



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

IPS Instituto Politécnico de Setúbal

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



POLITÉCNICO
DE PORTALEGRE

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

(Re) Capacitar para a marcha: resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação

Cátia Margarida Ferro Sousa

Orientação: Maria José Bule

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

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

(Re)Capacitar para a marcha: resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação

Cátia Margarida Ferro Sousa

Orientação: Maria José Bule

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Júri das Provas Publicas:

Presidente de Júri: Prof. Adjunta Maria Eugénia Grilo

Arguente: Prof. Adjunto José Moreira

Orientador: Prof. Adjunta Maria José Bule

Setúbal, 2023



| (Re) capacitar para a marcha: resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação

“A educação
é a arma mais poderosa
que você pode usar para mudar o mundo”

Nelson Mandela

AGRADECIMENTOS

Quando iniciei esta etapa, estava entusiasmada, mas também muito amedrontada com as novas competências e responsabilidades que iria adquirir. Neste momento, em que me encontro a finalizar este Mestrado agradeço a todos os que me ajudaram a acreditar que seria capaz. Ajudaram-me a adquirir confiança e a ser enfermeira especialista em reabilitação. Esta mudança só foi possível com o apoio dos meus orientadores: enf. R. G., enf. J. C. e enf. S. S.

À minha orientadora académica Maria José Bule, foi um gosto continuar esta caminhada académica junto a esta enfermeira-professora, onde a competência e empatia são valores que a definem.

Foi um desafio crescente em todos os sentidos, enquanto pessoa e enquanto profissional.

Agradeço ao meu filho Simão, o desafio de te poder reabilitar, fez-me seguir o caminho da enfermagem de reabilitação e à minha filha Alice, obrigado pelos teus abraços sempre na hora certa. Ao meu companheiro de longa data que sem a sua parceria não seria possível, foste o pai e a “mãe” nos meus momentos mais ausentes.

A ti, mãe, obrigado pelo gosto pelo estudo.

RESUMO

A funcionalidade contribui para uma vida independente e autónoma, a marcha está inerente à realização das atividades instrumentais de vida diária, com as quais se complementam as atividades de vida diária. Com este relatório pretendemos analisar o desenvolvimento de competências em enfermagem de reabilitação, descrever resultados das intervenções dos enfermeiros de reabilitação na (re) capacitação para a marcha, em doentes internados.

A Metodologia utilizada foi de estudos de caso, segundo as etapas do processo de enfermagem e a Teoria da Adaptação de Calista Roy.

Foram desenvolvidos quatro programas de enfermagem de reabilitação adaptados a cada pessoa. Verificaram-se evoluções favoráveis na funcionalidade, nos autocuidados alimentação, higiene pessoal, vestuário e na marcha.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Capacitação; Funcionalidade; Marcha.

ABSTRAT

Functionality contributes to an independent and autonomous life, gait is inherent in carrying out instrumental activities of daily living, with which activities of daily living are complemented. With this report, we intend to analyze the development of skills in rehabilitation nursing, describe the results of interventions by rehabilitation nurses in (re)training hospitalized patients to walk.

The methodology used was case studies, according to the stages of the nursing process and Calista Roy's Theory of Adaptation.

For rehabilitation nursing programs tailored to each person were developed. There were favorable developments in functionality: eating, personal hygiene, clothing and locomotion.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Training; Functionality; Gait.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVC – Acidente Isquémico Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diárias

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

TCE- Traumatismo Crânio-Encefálico

CHKS – Health Care Intelligence and Quality Improvement Services

SNS – Sistema Nacional de Saúde

MAR – Modelo de Adaptação de Roy

ÍNDICE

1.INTRODUÇÃO.....	14
2.APRECIÇÃO DO CONTEXTO.....	17
2.1 SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL.....	20
2.2 SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA.....	21
2.3 SERVIÇO DE ORTOPEDIA.....	22
3.ANÁLISE DE PRODUÇÃO DE CUIDADOS.....	23
4.REVISÃO DE LITERATURA.....	25
4.1 METODOLOGIA DE REVISÃO.....	25
5.MODELO DE ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY.....	30
6.PROJETO DE INTERVENÇÃO	32
6.1 METODOLOGIA.....	32
6.2 ETAPAS DO PROJETO SEGUNDO O MODELO DE ROY.....	33
6.2.1 Avaliação.....	33
6.2.2 Planeamento.....	36
6.2.3 Intervenção.....	37
6.2.4 Avaliação.....	37
7. ANÁLISE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: ANDAR.....	38
7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	38
7.2 CARACTERIZAÇÃO DA FUNCIONALIDADE.....	39
7.3 CARACTERIZAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.....	42
7.4 CARACTERIZAÇÃO DO EQUILÍBRIO.....	43
7.5 CARACTERIZAÇÃO DOS INDICADORES DE LIMITES DAS ATIVIDADES.....	44
7.6 CARACTERIZAÇÃO DE MEDIDA DE QUALIDADE DE VIDA.....	44
8. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	46
9. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	50
10. CONCLUSÃO.....	55
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Escala de Medida de Independência Funcional.....	140
Anexo II – Mini Mental State Examination.....	143
Anexo III – Avaliação da Força Muscular – Medical Research Council muscle scale.....	145
Anexo IV – Escala de Tinetti.....	147
Anexo V – Escala de Borg.....	149
Anexo VI – Escala Visual Analógica.....	151
Anexo VII – EUROHIS-QOL-8.....	153

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Intervenção.....	62
Apêndice II – Formulário de Recolha de Dados.....	75
Apêndice III – Árvore de Pesquisa.....	82
Apêndice IV – Tabela de Análise de Artigos.....	84
Apêndice V – Caso 1.....	89
Apêndice VI – Caso 2	100
Apêndice VII –Caso 3.....	110
Apêndice VIII – Caso 4.....	120
Apêndice IX – Folheto de exercícios para o doente com amputação de membro inferior.....	134
Apêndice X – Poster do 9º Curso de Gastreenterologia para Enfermeiros e Certificado de participação.....	137

INDICE DE FIGURAS

Gráfico 1 – Incapacidades referidas pelos munícipes.....	18
Gráfico 2 – Incapacidades da população residente nos concelhos seleccionados em 2021, pela idade e grau de dificuldade em andar.....	19

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Questão de pesquisa PI[C]O.....	25
Quadro 2 – Intervenções de cuidados de reabilitação planeado.....	36

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos casos.....	38
Tabela 2 – Resultados MIF Inicial e MIF Final.....	39
Tabela 3 – Resultados relativos ao autocuidado, baseados na MIF	40
Tabela 4 – Resultados obtidos na sub-categoria mobilidade da escala MIF.....	41
Tabela 5 – Avaliação da força muscular, segundo a escala de MRCm.....	42
Tabela 6 – Valores obtidos na escala de Tinetti (equilíbrio e marcha).....	43

1. INTRODUÇÃO

A realização deste Relatório surge no âmbito do 6º Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação e tem como objetivo, demonstrar as competências desenvolvidas ao longo dos estágios onde foram desenvolvidas, competências como Mestre na área de especialidade em enfermagem de reabilitação. Os estágios foram realizados nas áreas de cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente com afeções respiratórias, neurológicas e ortopédicas.

Com o presente relatório pretendemos analisar a prática de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação baseada na evidência; desenvolver o espírito crítico e reflexivo sobre a prestação de cuidados especializados; descrever e avaliar o projeto de intervenção profissional; demonstrar a aquisição de competências como Enfermeiro Especialista, e as competências de Mestre. A enfermagem constitui-se hoje como profissão e disciplina científica, autónoma e com campo de atuação e de investigação próprios (Ordem dos Enfermeiros, 2022), e para a atribuição do grau de mestre numa determinada especialidade, deve ser demonstrada capacidade de integrar conhecimentos, realizar reflexões críticas e aplicação de responsabilidade ética e profissional.

Os estágios decorreram em duas instituições hospitalares pertencentes à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. O primeiro estágio decorreu de 16 de maio de 2022 a 24 de junho de 2022, com a duração de 6 semanas, num serviço de Cirurgia Geral onde foram desenvolvidos cuidados de enfermagem de reabilitação na área cardiorrespiratória. O estágio final foi dividido em 2 componentes: neurológica e ortopédica, os cuidados de enfermagem de reabilitação neurológica foram prestados num serviço de Medicina Interna de 19 de setembro de 2022 a 25 de novembro de 2022, com a duração de 10 semanas, e o último período de estágio foi desenvolvido num serviço de Ortopedia, de 28 de novembro de 2022 a 21 de janeiro de 2023, com a duração de 6 semanas. Também durante os estágios foi realizado um período de observação participante em Departamento de AVD no Centro de Reabilitação da região de Lisboa e Vale do Tejo.

A organização das sequências de estágio e a escolha dos locais de estágio foram programados para dar resposta ao tema do relatório: **(Re)capacitar para a marcha: resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem**. O primeiro estágio (Cirurgia Geral) onde foram desenvolvidas as competências de Reabilitação Respiratória permitiu adquirir competências

e os resultados sensíveis aos cuidados que se salientam são a melhoria da tolerância ao esforço com consequentes ganhos na independência funcional. Posteriormente no serviço de Medicina Interna foram desenvolvidas competências de cuidados de enfermagem de reabilitação na área neurológica, neste estágio foi possível compreender e desenvolver intervenções em doentes com alterações neurológicas e respiratórias, e compreender como estas podem causar alterações na marcha. No último, mas não menos importante local de estágio: Ortopedia, foi possível desenvolver competências como enfermeira especialista em reabilitação em doentes com alterações ortopédicas que condicionam a marcha.

Foi definido como objetivo geral do projeto: Identificar resultados de cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação da marcha em doentes internados e os seguintes objetivos específicos: Adquirir competências como enfermeira especialista em reabilitação; Identificar os fatores que afetam a marcha e a funcionalidade; Elaborar um plano de intervenção terapêutica ajustado à pessoa e Analisar os resultados obtidos.

A capacidade de se movimentar é fundamental para a realização das atividades de vida diária, mas é relativamente comum que esta capacidade seja afetada em algum momento da vida de uma pessoa pelo aparecimento de diversas patologias, acidentes ou pelo processo natural de envelhecimento (Alcobia et al., 2019). A imobilidade tem influência nos sistemas: respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, músculo-esquelético, génito-urinário, metabólico, cutâneo e neurológico (Cerol et al., 2019). Por este motivo torna-se tão importante a reabilitação precoce, evitando que os efeitos da imobilidade se tornem tão graves. A imobilidade leva ao declínio da massa muscular e da força (Cerol et al., 2019), estes resultados de perda de força e massa muscular levam a uma alteração da qualidade de vida, com alteração da funcionalidade.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação pode ter um papel determinante para ajudar as pessoas a potenciar a sua funcionalidade e deste modo promover a independência, através de um processo de reeducação à pessoa e sua família (Alcobia et al., 2019).

A escolha deste tema surgiu após análise das necessidades reais, na prática do meu dia-a-dia enquanto enfermeira de cuidados gerais deparei-me com a perda de independência relacionada com a diminuição de capacidade para a marcha devido a internamentos com longos períodos de repouso no leito associados a uma debilidade física causada pela situação de doença. A dificuldade na marcha e a perda de autonomia funcional, foi referida por 23% das pessoas como o fator determinante para a institucionalização (Crispim, 2021).

O relatório usa a metodologia de estudos de casos que é um importante método de investigação e educação em enfermagem, contribuindo para o conhecimento e desenvolvimento, como disciplina e profissão (Figueiredo & Amendoeira, 2018). Os estudos de caso são realizados segundo as etapas do processo de enfermagem: avaliação, planeamento, intervenção e avaliação dos resultados.

Estes foram selecionados de acordo com os seguintes critérios, doentes que anuissem aos cuidados de enfermagem de reabilitação durante 3 dias seguidos, apresentassem marcha autónoma prévia ao internamento e alterações no padrão de marcha no momento do internamento.

O referencial teórico para os cuidados de enfermagem de reabilitação foi o de Callista Roy, que na sua teoria da adaptação, considera o potencial de adaptação do doente a uma nova condição. O modelo de Roy é composto por um processo de enfermagem bem definido que orienta a prática clínica de enfermagem e, conseqüentemente, orienta a investigação e o ensino (Coelho & Mendes, 2011).

O relatório é composto por: Introdução, Apreciação de contexto, Análise de produção de cuidados, Revisão de literatura, Modelo de adaptação de Callista Roy, Análise dos Cuidados, Discussão de resultados, Competências do enfermeiro especialista e Conclusão. O capítulo que expõe o enquadramento teórico e uma análise reflexiva sobre os conteúdos de intervenção profissional, seguindo-se o capítulo que aborda a teoria de enfermagem considerada na conceção dos cuidados de ER. Em apêndices e anexos encontram-se os documentos que sustentaram o presente relatório.

O presente relatório respeita a versão das normas de elaboração e apresentação de trabalhos da Escola Superior de Saúde de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal, entidade organizada do 6º Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

2. APRECIÇÃO DE CONTEXTO

O seguinte capítulo é composto pela análise de contexto que inclui a caracterização das instituições onde ocorreram os estágios (unidades curriculares: Estágio de enfermagem de reabilitação e Estágio Final). O estágio em Enfermagem de Reabilitação ocorreu no serviço de Cirurgia Geral (6 semanas) e o Estágio Final foi dividido entre um serviço de Medicina Interna (10 semanas) e um serviço de Ortopedia (6 semanas). Deste capítulo faz parte também a descrição e análise dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Os contextos que se apresentam referem-se aos locais de estágio, em dois hospitais distintos designados de hospital A e hospital B. No hospital A (serviço de Cirurgia Geral e serviço de Medicina Interna), foram adquiridas competências de enfermagem de reabilitação para cuidados ao doente e família com afeção neurológica e com afeção respiratória. No hospital B (serviço de Ortopedia), foram desenvolvidas competências de reabilitação a situações ortopédicas, ortotraumáticas, osteo-degenerativas e respiratórias.

Em ambos os hospitais a população é maioritariamente envelhecida, em concordância com os últimos censos (2021), é residente neste local do país, 23,3% de pessoas com + 65 anos, em 2011 o valor era de 17,8% (Instituto Nacional de Estatística, 2021).

O hospital A, tem como missão: a promoção da saúde a todos os cidadãos e cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa. A direção de Enfermagem tem como valores: a qualidade, orgulho e sentimento de pertença, respeito pela dignidade humana, espírito de colaboração e cortesia profissional, responsabilidade, integridade e ética. Este hospital encontra-se acreditado pelos padrões de qualidade da Healthcare Accreditation and Quality Unit (CHKS) e certificação ISO 9001 para os serviços de Patologia Clínica, Imunohemoterapia e imunoalergologia (CHS, 2023).

O hospital A apresentou em dezembro de 2022 uma taxa de ocupação de 86,8%, segundo dados fornecidos pelo Sistema Nacional de Saúde (Serviço Nacional de Saúde, 2023).

O hospital B tem como missão: a prestação de cuidados de saúde diferenciados, no âmbito das suas responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integra, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos

estratégicos e decisões superiormente aprovados. Tem definido como atributos: orientar toda a atividade em função do doente, respondendo às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas disponíveis. Este hospital encontra-se acreditado pela Direção Geral de Saúde (DGS), seguindo o modelo de acreditação da Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), modelo adotado pelo Ministério da Saúde Português, nos seguintes serviços: Oncologia, Pediatria, Unidade de Cirurgia de Ambulatório. Tem também certificação ISO 9001 nos serviços de Aprovisionamento, Imunohemoterapia, recursos humanos e radioterapia. O serviço de Senologia tem certificação do Breast Center Network (CHBM, 2023).

O hospital B apresentou em dezembro de 2022, uma taxa de ocupação de 85,3%, e em dezembro de 2022 foram realizadas 39,38% de cirurgias por fratura da anca nas primeiras 48 horas (Serviço Nacional de Saúde, 2023).

Para melhor compreender a população que reside na área de abrangência dos hospitais A e B, foi analisado através dos dados fornecidos pelos últimos censos de 2021, os concelhos de Alcochete, Barreiro, Moita, Montijo, Palmela, Sesimbra e Setúbal, estes concelhos constituem a área de abrangência dos hospitais, na seleção foi sempre incluído ser homem ou mulher.

Estas populações foram analisadas quanto a sua incapacidade de ouvir, ver, compreender, memória, tomar banho e vestir-se sozinha. Foi selecionada uma faixa etária desde os 20 anos até aos 90 ou mais anos, sendo homem e mulher (gráfico 1).

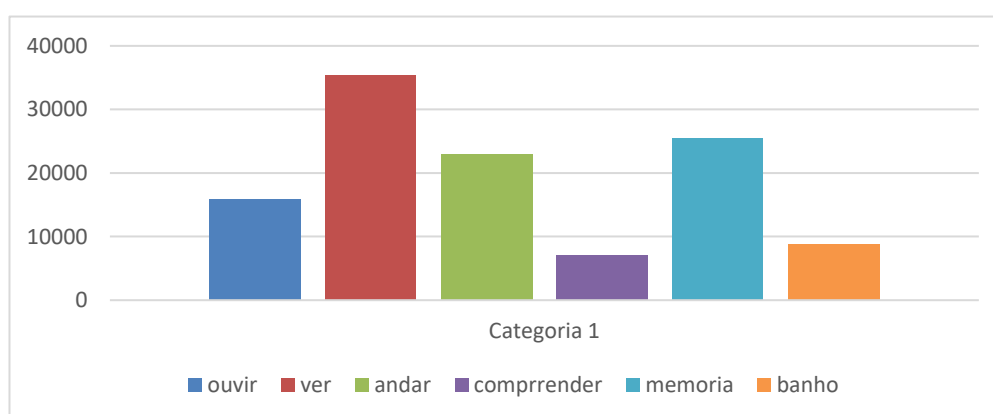


Gráfico 1 – Incapacidades referidas pelos municípios, fonte INE 2021

Como é possível visualizar no gráfico 1, o andar representa a terceira incapacidade referida pela população, foi referida por 22947 indivíduos.

Com o intuito de compreender melhor a população a que estávamos a prestar cuidados considerou-se a faixa etária dos 20 anos até aos 90 anos ou mais, nas categorias alguma dificuldade, muita dificuldade em andar e não faz a ação (gráfico 2).

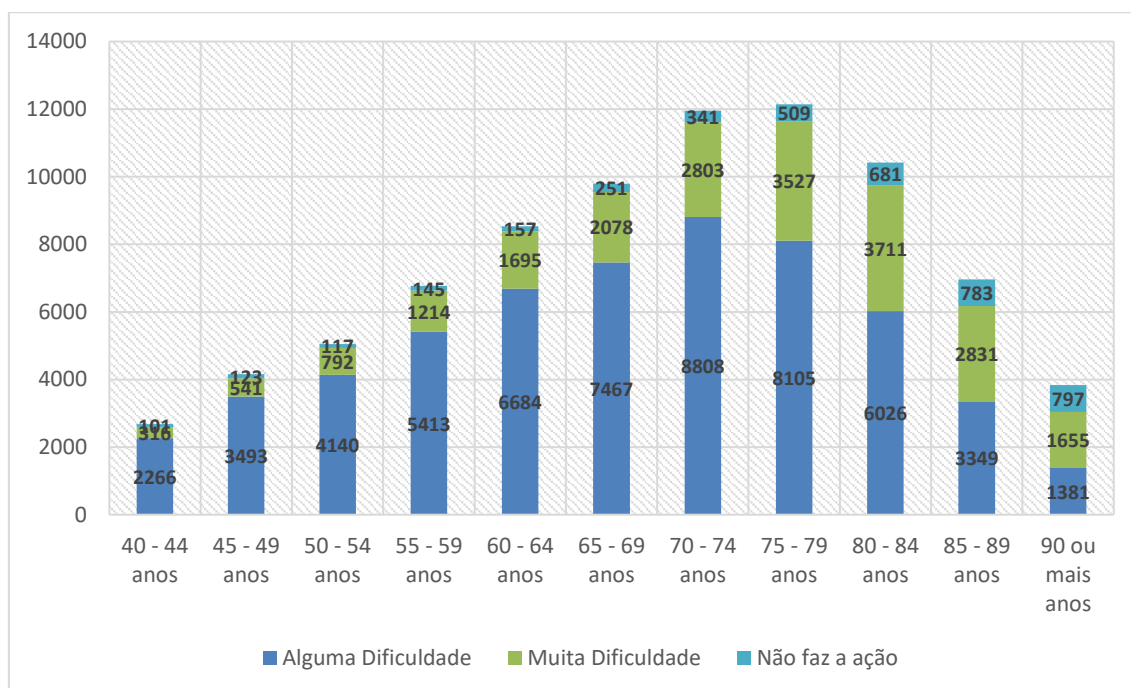


Gráfico 2 – Distribuição da população residente nos concelhos selecionados em 2021 pela idade e grau de dificuldade em andar, fonte INE

Após a interpretação dos dados selecionados e graficamente representados no gráfico 2, é possível verificar que até aos 74 anos, a dificuldade em andar nos graus de dificuldade: alguma dificuldade e muita dificuldade, são valores crescentes. A partir dos 75 anos começa a decrescer o número de indivíduos com alguma dificuldade e começa a aumentar os que referem muita dificuldade em andar.

A análise do grau de dificuldade não faz a ação, a percentagem de indivíduos que menciona este grau de incapacidade vai aumentando aos longos dos anos, na faixa etária dos 70-74 anos é representada por 2,85%; 75-79 anos a percentagem é de 4,19%; nos 80-84 anos é de 6,53%; 85-89 anos é de 11,24% e na faixa etária dos 90 ou mais anos é de 20,79%.

Após a caracterização da população e descrição dos hospitais escolhidos para realização dos estágios, passamos a uma descrição dos serviços onde decorreram os mesmos que originaram as aprendizagens de competências como enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação.

2.1 SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL

O serviço de Cirurgia Geral, situado no Hospital A, é composto por 2 serviços cirúrgicos: serviço de cirurgia homens e serviço de cirurgia mulheres, e serviço de UCIC (Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos), cada serviço dispõem de 30 camas, sendo que 8 estão dedicadas aos doentes da UCIC I e II. Os doentes são provenientes dos serviços de Urgência Geral, UCAP (Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos) e do domicílio (cirurgias programadas).

Os diagnósticos mais prevalentes são: colostomias, bypass gástricos, colecistectomias, traumas torácicos com necessidade de colocação de drenagens torácicas e amputações dos membros inferiores. O doente vítima de politraumatismo é internado neste serviço e também os doentes ortopédicos quando o serviço de Ortopedia do referido hospital não dispõe de vagas.

Neste serviço existem 3 enfermeiros de reabilitação que exercem cuidados de enfermagem de reabilitação de forma alternada, cada enfermeiro tem uma semana de horário dedicada aos cuidados de enfermagem de reabilitação. Esta dinâmica tornou-se muito rica, a transmissão de conhecimentos e da prática foi diversificada, sendo-me possível identificar e aprender as várias possibilidades de executar a mesma técnica.

Neste serviço encontra-se em desenvolvimento um projeto de cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente amputado. Foi identificada a necessidade de realização de um folheto com exercícios que o doente amputado pudesse realizar no domicílio, esse projeto foi iniciado com revisão da literatura e foi ainda concretizada a primeira versão do folheto para validação por peritos (apêndice IX), processo que se prevê, seja continuado pelos enfermeiros especialistas do serviço.

O serviço de Cirurgia dispõe de um gabinete onde possui uma marquesa, que permite a realização de exercícios de reabilitação de forma mais individual. Neste gabinete estão disponíveis halteres, bandas elásticas de diferentes tensões, tábua de transferência, espelho qua-

driculado, bola suíça, bastões e inspirómetro. Estão disponíveis ainda andarilhos e canadianas. Quando é necessário treinar subir e descer escadas, os enfermeiros de reabilitação recorrem às escadas comuns de acesso aos pisos do hospital, foi colocado um corrimão contínuo entre o piso de cirurgia e o piso inferior.

2.2 SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O serviço de Medicina Interna, situado no hospital A, é composto por 2 serviços com capacidade para receber até 60 doentes, provenientes do serviço de urgências, consultas externas e consulta de Hospital de Dia. Compõem ainda este serviço uma Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina (UCIM) e a unidade de hospitalização domiciliária.

A equipa de enfermagem de reabilitação é constituída por 3 enfermeiros que exercem funções em 2 turnos (8h00m às 16h00m e das 15h00m às 23h00m) estes enfermeiros são distribuídos de forma que sejam realizados cuidados de enfermagem de reabilitação todos os dias e se possível 2 sessões diárias.

O serviço tem dedicada 3 camas, em parceria com a especialidade de Cardiologia, compondo a Unidade Integrada de Insuficiência Cardíaca (UNIICA), onde em conjunto são tratados e reabilitados os doentes com diagnóstico de insuficiência cardíaca. A UNIICA tem como missão melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes com Insuficiência Cardíaca, garantindo uma abordagem multidisciplinar, com recurso a novas tecnologias e centrada no doente.

Existem vários recursos materiais que o EEER pode recorrer para reeducação sensorial, motora e respiratória, nomeadamente bastão, inspirómetro, bola suíça, halteres, pesos (sacos de areia de 0,5 e 1 Kg), espelho quadriculado, escada com 2 degraus, andarilho, canadianas, tripé, superfície de trabalho para cadeira de rodas, barras de apoio no WC, cadeira do banho, calçadeira, bandas elásticas com diferentes tensões, caixa com objetos para treino de motricidade fina, kit de avaliação dos pares cranianos. Os diagnósticos médicos mais frequentes são os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), pneumonias, insuficiências cardíacas, infeções urinárias. A continuidade dos cuidados é programada em reuniões semanais da equipa multidisciplinar (médico assistente, enfermeiro de reabilitação, assistente social, enfermeiro da equipa de gestão de altas, cabe ao enfermeiro de reabilitação do serviço referir o nível de funcionalidade do doente e a transmissão de informação obtida junto dos familiares acerca da funcionalidade prévia ao internamento. Com a informação médica e a informação do EEER,

é possível adequar a continuidade de cuidados necessários ao doente (unidade de convalescença, unidade de cuidados continuados de média e longa duração, instituições de terceira idade). No decorrer do estágio assistiu-se a uma reunião desta equipa multidisciplinar que atempadamente prevê e programa o destino necessário após a alta para o doente.

Neste serviço foi desenvolvido em colaboração com o enfermeiro orientador um poster para o 9º Curso Anual para Enfermeiros de Gastrenterologia, um poster teve como objetivo demonstrar a importância dos cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção de quedas, através da realização de intervenções de melhoria de equilíbrio e treino de marcha (certificado de participação e poster em Apêndice X).

2.3 SERVIÇO DE ORTOPEDIA

O serviço de Ortopedia situado no hospital B, é composto por 30 camas, sendo que 6 dessas camas são de internamento da especialidade de Ginecologia. Este serviço dispõe de dispositivos adequados à reabilitação motora, cadeiras de rodas com extensores dos membros inferiores, andarilhos, canadianas, artromotor, escada com corrimão para treino de subir e descer escadas, alteadores de sanita. Os diagnósticos mais comuns são: fraturas do fémur, gonartroses da anca e joelho. Os doentes são provenientes do serviço de urgência e do domicílio. A equipa de enfermeiros de reabilitação é composta por: 5 enfermeiros de reabilitação que dedica cuidados de enfermagem geral e cuidados de enfermagem de reabilitação, neste serviço não existem enfermeiros dedicados em exclusivo aos cuidados de reabilitação. O tempo da prática de reabilitação é gerido entre a prática de cuidados gerais e a reabilitação, aplicando-se técnicas de reabilitação durante a prática de cuidados gerais. Isto revelou-se uma grande mais-valia, pois foi possível aprender que o enfermeiro de reabilitação apesar de não estar nos cuidados de enfermagem de reabilitação em exclusivo, é lhe possível aplicar os seus conhecimentos da área de especialidade.

No decorrer deste local de estágio existiu a possibilidade de assistir a uma reunião mensal do grupo de enfermeiros de reabilitação, nestas reuniões mensais, os EEER partilham experiências e conhecimentos que foram adquirindo ao longo da sua prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. Nesta reunião estava a ser desenvolvido um modelo de enfermagem que pudesse servir de base para a organização dos cuidados de enfermagem de reabilitação, o que se revelou muito interessante.

3. ANÁLISE DE PRODUÇÃO DE CUIDADOS

Os EEER são responsáveis por realizar o diagnóstico, planeamento, execução das intervenções e avaliação.

O serviço de Cirurgia Geral e o serviço de Medicina Interna ambos pertencentes ao hospital A, utilizam como forma de registos de enfermagem o sistema informático SClínico (desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde), que se revela com muitas limitações para o registo de cuidados de enfermagem de reabilitação. Também o serviço de Ortopedia localizado no hospital B utiliza o sistema informático SClínico, com diferenças na parametrização.

O serviço de Cirurgia Geral, serviço de Medicina Interna e Ortopedia utilizam as escalas de Barthel para avaliação do nível de dependência do doente, cada hospital parametriza a regularidade da reavaliação da escala ao doente. A escala de Morse também é utilizada nestes três serviços, para determinação do risco de queda, no serviço de Medicina, de acordo com o grau de risco de queda é atribuído uma sinalética colorida no quadro de identificação do serviço e colocada na cama do doente.

Em todos os locais de estágio os enfermeiros especialistas fazem a avaliação da força muscular com recurso a escala de Medical Research Council muscle scale (MRCm) e a avaliação do tônus muscular é realizada pela escala de Ashworth para a avaliação da espasticidade.

A disfagia no serviço de Medicina Interna é avaliada pela escala de Gugging Swallowing (GUSS), depois de acordo com a pontuação obtida é atribuída uma consistência adequada à alimentação e aos líquidos. Neste serviço existe um procedimento para prevenção de lesões músculo-esqueléticas nos profissionais do serviço, cade aos enfermeiros especialistas em reabilitação a formação e a correção dos posicionamentos nos profissionais que lá trabalham.

No serviço de Ortopedia utiliza-se com frequência o goniómetro, como forma de avaliação da amplitude articular do doente, quando a condição clínica permite é realizada uma avaliação da amplitude articular prévia à cirurgia e outras avaliações no decorrer do programa de enfermagem de reabilitação. Neste serviço devido à dificuldade de registo no sistema informático SClínico, os enfermeiros de reabilitação optaram por acrescentar registos escritos em nota geral, para que possa servir de informação entre enfermeiros e médicos, não é possível fazer

referência à distância percorrida no treino de marcha e se foi realizado treino de subir e descer escadas.

Pode-se dizer que existe uma uniformização dos instrumentos de avaliação adequados ao diagnóstico de enfermagem de reabilitação, os enfermeiros destes três serviços recorrem ao manual de padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação da ordem dos enfermeiros, o que permite produzir registo numa linguagem uniformizada.

No caso dos doentes a aguardar cirurgia, no serviço de Ortopedia e de Cirurgia Geral são realizadas intervenções de reabilitação respiratória pré-operatória que consistente na dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática, inspirometria e ensino da tosse. As intervenções de reabilitação pré e pós-operatórias têm resultados na prevenção de complicações respiratórias (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

4. REVISÃO DA LITERATURA

A imobilidade decorrente dos processos fisiopatológicos e as restrições impostas à marcha em contexto hospitalar potencializam perdas funcionais. O seguinte capítulo é composto por uma revisão da literatura resultante da necessidade de uma prática de cuidados de enfermagem de reabilitação com base na evidência.

Foi elaborada uma questão delimitadora desta revisão: “Quais as intervenções de enfermagem de reabilitação que melhoram a funcionalidade em pessoas com alterações no andar?”. Foi seguido a metodologia PICO, para uma revisão sistemática da literatura de evidência de eficácia (Apóstolo, 2017)¹.

O objetivo da revisão é identificar cuidados de enfermagem de reabilitação que melhorem a funcionalidade na marcha.

[P] POPULAÇÃO	Pessoas adultas com alterações no andar
[I] INTERVENÇÃO	Cuidados de reabilitação
[O] OUTCOMES	Melhoria da funcionalidade

Quadro 1 – Acrónimo PI[C]O, adaptado para construção da questão

4.1 METODOLOGIA DA REVISÃO

Foi realizada uma pesquisa através dos motores de busca: EBSCO (*MEDLINE* complete e *CINAHL* complete), efetuada em setembro de 2022. Para a pesquisa foram selecionadas nomenclaturas de acordo com a Medical Subject Headings (MeSH). A expressão de pesquisa foi: *mobility limitation and exercise therapy and adult*. Foram ainda definidos critérios de inclusão como: texto integral e analisado por pares, com data de publicação de 2019 a 2022.

Posteriormente e para completar a pesquisa foi elaborada uma pesquisa na base de dados. PEDro com os mesmos critérios de pesquisa utilizados para a base de dados *CINAHL*.

¹ P (população), I (Intervenção), O (Outcomes), Revisão Sistemática de Literatura (RSL) de evidência de eficácia segundo (Apóstolo, 2017)

No apêndice III encontra-se a árvore de pesquisa que envolveu as duas bases de dados utilizadas.

Após a pesquisa procedeu-se à análise dos artigos selecionados, leitura e extração dos dados (apêndice IV), seguida da síntese narrativa para que pudéssemos obter resposta à questão delimitadora com base na evidência recente.

Nos artigos selecionados, o tempo de duração dos ensaios varia entre 4 semanas (Hernández-Guillén et al., 2020) e 24 meses (Stathi et al., 2022), cada sessão tinha uma duração de 20 minutos (Xu et al., 2021) a 60 minutos (Hassett et al., 2020), foram realizadas sessões entre 1x/semana (Stathi et al., 2022) e 5x/semana (Hassett et al., 2020).

Os instrumentos utilizados para validar os resultados foram: Knee Society Score (KSS) (Xu et al., 2021), Índice de Osteoartrite: Western Ontario and McMaster (WOMAC) (Xu et al., 2021), Escala analógica da dor (VAS) (Xu et al., 2021), Mini-Mental Statement (Hernández-Guillén et al., 2020), Escala de Berg (Hernández-Guillén et al., 2020 ; Sunde et al., 2020), Goniómetro (Hernández-Guillén et al., 2020), Dinamómetro (Sunde et al., 2020), Short Physical Performance Battery (SPBB) (Sunde et al., 2020), teste de 6 minutos (Sunde et al., 2020), Índice de Massa Muscular (IMC) (Sunde et al., 2020), HRQOL (Sunde et al., 2020), índice de mobilidade de Morton (Hassett et al., 2020), teste de alcance de equilíbrio máximo (Hassett et al., 2020), teste do degrau (Hassett et al., 2020), apoio unipodal (Hassett et al., 2020), UK healthy minds questionnaire (Stathi et al., 2022), ageing well profile (Stathi et al., 2022), sleep condition indicator (Stathi et al., 2022).

Em dois ensaios foram delineados programas de atividade física para melhorar o declínio funcional: o estudo REACT (Stathi et al., 2022) e AMOUNT (Hassett et al., 2020). No estudo REACT, desenvolvido por Stathi et al. (2022) pretendeu-se desenvolver uma intervenção para prevenir o declínio físico dos membros inferiores em idosos na comunidade. Foram realizados exercícios para melhorar a força muscular e o equilíbrio dos membros inferiores durante 1 hora, 2x/semana durante 12 semanas e posteriormente a atividade passou a ser realizada 1x/semana. Ao fim de 12 meses que durou o estudo o grupo experimental teve melhorias na função dos membros inferiores em comparação com o grupo de controlo que realizou exercícios em casa e 3 workshops (6, 12 e 24 meses). Aos 24 meses na última avaliação, e tendo o grupo experimental deixado as sessões de exercício presencial, os pesquisadores analisaram a população em estudo e ocorreu deterioração dos comportamentos, estando mantida a atividade física auto-relatada e os exercícios de fortalecimento muscular (Stathi et al., 2022). Este estudo evidencia os exercícios de fortalecimento muscular e o treino do equilíbrio como intervenções promotoras das capacidades físicas em idosos.

O instrumento de avaliação utilizado neste estudo REACT (Stathi et al., 2022), foi o Short Physical Performance Battery (SPPB) que avalia o equilíbrio, velocidade, força e resistência dos membros inferiores, através da realização de três provas: equilíbrio em ortostatismo com os pés nas posições tandem, semi-tandem ou lado-a-lado, caminhar 2,44 metros, levantar e sentar cinco vezes de uma cadeira sem a ajuda dos membros superiores, se ocorrer melhoria nos valores de escala SPBB, significa que ocorreu melhoria no equilíbrio, na força e resistência dos membros inferiores, e melhoria na força dos músculos que envolvem o sentar e levantar (quadríceps, glúteos). O equilíbrio e a força muscular dos músculos quadríceps e glúteos são essenciais para a tarefa de deambular, assim sendo podemos considerar o programa REACT desenvolvido por Stathi et al. (2022) um programa com intervenções úteis para o resultado de enfermagem de reabilitação sobre a recapacitação do andar, pois os idosos selecionados para o estudo tinham risco aumentado de limitação de mobilidade.

Um outro estudo AMOUNT (Hassett et al., 2020) tinha como objetivo avaliar a prescrição de exercícios em dispositivos digitais como complemento dos cuidados habituais a pessoas com limitações de mobilidade. O programa de reabilitação teve início em contexto hospitalar, com exercícios realizados por dois grupos: controlo e experimental, sendo que o experimental tinha exercícios adicionais através de dispositivos digitais. Na avaliação final o grupo experimental que realizava exercícios adicionais com dispositivo digital obteve uma melhoria nos scores de mobilidade, mas a segunda componente de avaliação que envolvia o tempo que ficavam de pé não sofreu qualquer alteração. Para este autor o sucesso da intervenção de melhoria da mobilidade deve-se provavelmente à personalização da intervenção que era direcionada para as limitações de mobilidade de cada pessoa. Segundo este resultado obtido por Hassett et al. (2020) o enfermeiro deve desenvolver com a pessoa o plano de cuidados de enfermagem de reabilitação direcionando sempre os cuidados para objetivos realistas e que tenham sido negociados com o doente.

O estudo realizado por Sunde et al. (2020) que tinha como objetivo investigar se um programa de exercícios multicomponentes baseado na função física e qualidade de vida tinha influência na saúde de idosos com e sem incapacidade de mobilidade após a alta hospitalar. Os exercícios do grupo de controlo foram realizados em casa, 3x/semana. O grupo experimental realizou 2x/semana exercícios supervisionados e 1x/semana no domicílio. Os exercícios realizados pelo grupo experimental foram: exercícios de força dos membros inferiores, exercícios de equilíbrio e rotação do tronco sentado, exercícios progressivos em alta intensidade. Cada sessão tinha também 6 a 9 minutos de treino de alta intensidade, intercalado com exercícios de flexibilidade, força e equilíbrio. Neste estudo, os doentes pontuavam pior na Qualidade de Vida em Relação à Saúde (QVRS), o que reforça que os doentes hospitalizados

com ou sem risco de incapacidade têm risco aumentado de transição para a fragilidade. Partindo deste ponto a intervenção de enfermagem de reabilitação pode contribuir para melhorar a capacidade funcional do doente hospitalizado.

Com o objetivo de determinar o impacto do treino de equilíbrio acrescido com mobilizações do pé e tornozelo no equilíbrio de idosos, Hernández-Guillén et al. (2020), acompanharam dois grupos: grupo de controlo e grupo experimental durante 4 semanas, 2x/semana com sessões de 40 minutos. Ambos os grupos tinham exercícios de equilíbrio fortalecimento dos músculos flexores e extensores do joelho e propriocepção. O grupo experimental além dos exercícios que realizava tinha sessões de técnicas de mobilização do pé e tornozelo (mobilizações ântero-posteriores da articulação talar, mobilizações da articulação subtalar mediolateral, mobilizações superior-inferior e médio-lateral do médio pé e mobilizações ântero-superior e inferior e mediolateral do pé. Hernández-Guillén et al. (2020) neste estudo concluíram que ambos os grupos apresentavam melhorias significativas na amplitude de movimento da articulação do tornozelo após as 4 semanas, sendo que apenas o grupo experimental que tinha técnicas de mobilizações articulares manteve a amplitude de movimento após 3 meses do término do programa. O treino de equilíbrio com técnicas de mobilização adicionais não foi mais eficaz que o treino de equilíbrio sozinho. O treino de equilíbrio sozinho melhorou a amplitude de movimento da articulação do tornozelo, que para os autores pode ser explicado por serem exercícios diferentes dos realizados nas atividades diárias.

O envelhecimento causa maior rigidez articular, e a rigidez articular nas articulações do pé pode promover o desequilíbrio e conseqüentemente maior risco de quedas. Exercícios que promovam o equilíbrio devem ser realizados em adultos com mais idade para prevenir e reduzir o risco de queda (Hernández-Guillén et al., 2020) e exercícios diferentes das atividades de vida têm impacto na melhoria da capacidade funcional dos doentes.

A amplitude de movimento do joelho em doentes submetidos a artroplastia total do joelho foi avaliada por Xu et al. em 2021, nesse estudo analisou dois grupos: grupo de controlo que realizou exercícios supervisionados e o grupo experimental que realizou exercícios em casa com indicação para permanecer sentado num banco baixo por um período. Os exercícios foram iniciados em contexto hospitalar no 1º dia de pós-operatório, e os participantes estiveram internados 7 dias. O programa do grupo de controlo durou 10 meses com exercícios 2x/semana durante 7 semanas e 1x/semana nos restantes meses, com exercícios de amplitude de movimento da articulação do joelho e exercícios de fortalecimento dos quadricípites, elevação da perna estendida, ciclismo estático, seguido de 20 minutos de calor húmido e 20

minutos de estimulação elétrica transcutânea. O programa do grupo experimental durou 10 meses com exercícios durante 5x/semana durante 7 semanas e 2x ou 3x/semana nos restantes meses, o programa de exercícios era semelhante ao do grupo de controlo, à exceção da indicação de permanecer sentado durante algum tempo num banco baixo. Os resultados foram muito semelhantes para os grupos analisados, com a exceção de no primeiro mês, onde o grupo experimental apresentou maior amplitude de movimento do joelho. Estes autores queriam demonstrar que é possível desenvolver programas de exercícios domiciliares que atinjam bons resultados.

Com a análise destes artigos é possível concluir que os programas de exercícios iniciados em contexto hospitalar (Sunde et al., 2020; Hassett et al., 2020 e Xu et al., 2021) e continuados em contexto fora do hospital apresentam melhorias de resultados. Os estudos demonstraram que existe necessidade de continuação de cuidados de reabilitação em contexto domiciliar, e que os doentes podem desenvolver essa atividade com sucesso tal como Xu et al. (2021) e Hassett et al. (2020) concluíram, a capacidade física para se movimentarem melhorou. Além de ser possível reduzir custos (Xu et al., 2021).

Analisando as intervenções descritas nos estudos encontrados para responder à questão de partida: “Quais os resultados das intervenções de reabilitação ao doente com alterações no andar?”, as intervenções planeadas envolvem exercícios de fortalecimento muscular dos músculos quadricíptes, glúteos, isquiotibiais, tibial anterior e treino de equilíbrio, (Xu et al., 2021; Hernández-Guillén et al., 2020; Sunde et al., 2020; Hassett et al., 2020 e Stathi et al., 2022).

As intervenções planeadas nestes estudos revelaram-se de elevada importância para melhorar a atividade física ou reduzir a incapacidade de se mobilizar, cabe ao enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação desenvolver programas de reabilitação adequados ao doente, Hassett et al. (2020) no seu programa AMOUNT concluíram que o sucesso do seu programa se deve às intervenções que eram desenvolvidas individualmente para cada um dos participantes. Ao enfermeiro cabe o dever de olhar holisticamente para o doente e planear intervenções realistas e adequadas às suas necessidades.

5. MODELO DE ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY

No momento de decisão sobre qual o modelo de enfermagem que iria orientar os cuidados de enfermagem de reabilitação, foi realizada uma pesquisa sobre as várias teorias de enfermagem que mais se adequavam à prática de cuidados de enfermagem de reabilitação. Nessa pesquisa foi encontrado um artigo de revista onde Martins et al. (2018), investigou quais os modelos de enfermagem de reabilitação que os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação mais utilizavam, por ordem de menção foi: Afaf Meleis (44,1%), Dorothea Orem (35,0%), Callista Roy (30,4%), Madeleine Leininger (27,5%), Virginia Henderson (24,5%), e outros.

Após a leitura do artigo acima mencionado foram pesquisados os modelos de enfermagem acima referidos, o modelo de adaptação de Callista Roy foi o modelo escolhido pois a base da teoria de adaptação adequa-se aos objetivos da enfermagem de reabilitação, que são: capacitar, maximizar a funcionalidade que se encontra alterada, surgindo assim uma nova “adaptação”.

Os modelos teóricos de enfermagem existem para orientar os cuidados. Para elaborar os planos de cuidados de enfermagem de reabilitação ao longo dos estágios, foi utilizado o modelo de enfermagem de Callista Roy. O modelo de enfermagem de Callista Roy, designa-se de Modelo de Adaptação de Roy (MAR), descreve várias formas de o indivíduo responder ao ambiente em mudança em situações da vida diária e em períodos críticos através de comportamentos diretamente focados em alcançar o equilíbrio.

No MAR o indivíduo é compreendido como um ser biopsicossocial e em constante interação com o meio em mudança e isso implica a necessidade de a pessoa adaptar-se continuamente para manter a sua integridade física e mental. (Filha et al., 2020)

No MAR, existem três etapas sequenciais de interpretação de estímulos (entradas, processos centrais e saídas). A pessoa reage aos estímulos percebidos no ambiente, os estímulos podem ser: focais (afetam a pessoa imediatamente), contextuais (todos os outros estímulos) e residuais (inespecíficos como: crenças, cultura ou atitudes em relação à doença). Roy descreve quatro modos adaptativos: 1) fisiológico (a pessoa responde como um ser físico aos estímulos ambientais e envolve cinco necessidades básicas: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso e proteção (Coelho & Mendes, 2011) e quatro processos complexos

(sensitivo, líquido e eletrólitos, função endócrina e função neurológica), 2) auto-conceito (que envolve os aspetos psicológicos e espirituais, e o auto-ideal pelo ser ético, moral e espiritual, 3) interdependência (relação que o individuo tem com os outros) e 4) função de papel (representação social do individuo e dos seus papeis na sociedade (Coelho & Mendes, 2011).

O processo de enfermagem de Roy é composto por: investigação do comportamento, pesquisa de estímulos, diagnóstico de enfermagem, determinação de metas, intervenção e avaliação (Lopes et al., 1999).

Segundo Hamadé et al. (2020), a primeira etapa, consiste na colheita de resposta/comportamentos das pessoas em relação a cada um dos modos adaptativos e envolve a identificação dos estímulos focais, contextuais e residuais que estão a influenciar o comportamento. A segunda etapa consiste na elaboração de diagnósticos de enfermagem, que reflete a avaliação do enfermeiro sobre o nível de adaptação da pessoa. A terceira etapa é onde são estabelecidas as metas da reabilitação com o doente, a quarta etapa são o desenvolvimento das intervenções e a quinta etapa é composta pela avaliação das intervenções realizadas.

A Teoria de Roy reconhece que as pessoas, perante estímulos, podem desenvolver respostas, positivas ou negativas, às novas situações. Este modelo permite que o enfermeiro desenvolva planos de cuidados de enfermagem de reabilitação que promovam respostas adaptativas, que permitem melhorar a adesão ao tratamento e melhor qualidade de vida dos doentes.

O modelo de Roy foi utilizado como modelo orientador da pesquisa realizada por Hamadé et al. (2020), que envolvia os diagnósticos de enfermagem em doentes com doença coronária, descreve este modelo como sendo o que permitiu uma compreensão da vivência dos doentes, perante uma perspetiva de adaptação. Esta compreensão foi revelante para os cuidados de enfermagem, pois ao tornar visíveis os principais problemas adaptativos, proporcionou um planeamento das intervenções de enfermagem que contribuiram para uma adaptação positiva.

Também Jiménez et al. (2021) concluíram no seu estudo pré-experimental que a intervenção de enfermagem baseada no modelo de adaptação de Callista Roy foi eficaz no que diz respeito à capacidade de adaptação dos cuidadores familiares de adolescentes e jovens operados por tumor cerebral com alterações comportamentais.

6. PROJETO DE INTERVENÇÃO

No projeto de intervenção realizado (Apêndice I), foram definidos como objetivos específicos, a aquisição e a consolidação de conhecimentos científicos em relação aos doentes com andar comprometido, e o desenvolvimento da capacidade e competência específica de avaliar as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação, definir diagnósticos de enfermagem de reabilitação adequados, selecionar as intervenções a implementar, a partir das evidências científicas, sempre com o objetivo da funcionalidade e, tendo dos princípios da beneficência e não maleficência para o doente. Após o planeamento, e a implementação dos planos de reabilitação, objetivou-se uma nova avaliação, com o objetivo de avaliação dos resultados obtidos, demonstrativos de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

6.1 METODOLOGIA

No projeto de intervenção a metodologia usada foi o estudo de caso. Os estudos de caso são um importante método de investigação e educação em enfermagem que contribuem para o seu conhecimento e desenvolvimento, como disciplina e profissão (Figueiredo & Amendo-eira, 2018). Os estudos de caso são realizados segundo as etapas do processo de enfermagem: avaliação, planeamento, intervenção e avaliação dos resultados.

O estudo de caso como método de pesquisa é um modo de investigação importante, e tem sido utilizado pela enfermagem nos seus diversos campos de atuação (Andrade et al., 2017). Os casos são descritos a partir de observações clínicas e requerem originalidade de diagnóstico, tratamento, ou de situações clínicas pouco frequentes ou raras, além de uma análise aprofundada sobre o assunto, os resultados devem apresentar hipóteses e não conclusões (Casarin & Porto, 2021).

Os estudos de caso recorrem a vários instrumentos de avaliação e técnicas para a coleta de dados. As observações são um recurso de recolha de dados que se adequa para fins de pesquisa quantitativa ou qualitativa (Rios, 2021).

Os estudos de caso, enquanto método de pesquisa procuram uma relação entre os fenômenos investigados e as respostas encontradas, e contribuem para a compreensão de diferentes contextos. O método de estudos de caso contribui para ampliar olhares acerca do mundo e da sua complexidade, sendo considerado como um meio de pesquisa eficiente e eficaz para a compreensão de determinada realidade (Rios, 2021).

Participantes

Foram incluídos no projeto de intervenção, os utentes internados nos serviços anteriormente referidos, no período de 19 de setembro de 2022 a 21 de janeiro de 2023. Estes foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: terem autonomia na marcha prévia ao internamento e permanecerem internados num período que inclui-se a realização de pelo menos três sessões de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Considerações éticas

Os participantes foram informados e esclarecidos relativamente ao projeto e aos cuidados de enfermagem de reabilitação propostos e só com a aceitação dos próprios, o mesmo foi desenvolvido. Foram assegurados os princípios da beneficência, avaliação da maleficência, justiça, veracidade e confidencialidade (Nunes, 2020).

O anonimato sobre os participantes e as fontes foi garantido desde a recolha de dados cujos registos foram feitos com a designação de “caso”, as informações ficaram à guarda da autora em ficheiro encriptado que será eliminado após a apresentação pública dos resultados.

6.2 ETAPAS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO SEGUNDO O MODELO DE ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY

6.2.1 Avaliação: observação dos modos de adaptação segundo o processo de enfermagem de Roy

Técnicas e Instrumentos de Recolha de Dados

A recolha de dados servirá para caracterização do participante. O instrumento de recolha de dados desenvolvido para a realização de este relatório foi dividido nos 4 modos que constituem a Teoria de Callista Roy: modo fisiológico (que é constituído em 9 funções: oxigenação, nutrição, eliminação, proteção, sentidos, atividade e repouso, fluidos e eletrólitos, função endócrina e função neurológica), modo de autoconceito (que é constituído pelo eu físico e o eu pessoal), função de papel (que está relacionado com a interação social) e modo de interdependência (que se refere à interação, forma de dar e receber amor) (Felisberto et al., 2021).

A primeira etapa da avaliação consiste na aplicação da escala de Medida de Independência Funcional (MIF), para avaliar a capacidade funcional, que tem como objetivo classificar o grau de capacidade/incapacidade do indivíduo (apêndice I). É composta por 18 itens, sendo que 6 destes correspondem ao autocuidado: alimentação, higiene pessoal, banho, vestir metade superior do corpo, vestir metade inferior do corpo e utilização do sanitário. As restantes composições dos itens da escala estão relacionadas com o controlo de esfíncteres (2 itens), 2 itens para avaliação da mobilidade/transferências (leito, cadeira de rodas, sanitário, banheira, chuveiro), 2 itens para avaliação da locomoção (marcha/cadeira de rodas, escadas), 2 itens para a comunicação e os restantes 3 itens correspondem à avaliação da cognição social (Direção Geral de Saúde, 2011).

A avaliação cognitiva foi determinada pelo instrumento mini mental state examination (apêndice II) validado para a população portuguesa por Morgado, em 2009 e referenciado pela norma 008 de 2019 da Direção geral de Saúde como instrumento de avaliação válido para avaliação cognitiva. O Mini Mental State Examination (MMSE) constitui um exame breve para a avaliação global das funções cognitivas. Usado internacionalmente, funciona como um teste de rastreio. Para a população portuguesa a avaliação da escala de normalidade cognitiva é: analfabetos ≥ 15 pontos; entre 1 a 11 anos de escolaridade, ≥ 22 pontos e com mais de 11 anos de escolaridade ≥ 27 pontos (Direção-Geral da Saúde, 2019).

A força muscular foi avaliada através da escala muscular da Medical Council Research Muscule Scale (MRCm) (apêndice III), esta escala classifica os níveis de força entre zero, quando não há contração muscular palpável ou visível, 1 se contração palpável ou visível sem movimento, 2 quando há movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, 3 se o movimento vence a gravidade sem vencer resistência, 4 o movimento contraria resistência e 5 força normal (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Esta classificação faz-se em relação ao máximo esperado para aquele músculo, através de resistência à mobilização ativa, com técnicas manuais.

Para avaliação do equilíbrio foi utilizada a escala de avaliação de Tinetti (apêndice IV), versão em português de Petiz (2002). A escala de Tinetti classifica fatores da marcha como a velocidade, a distância do passo, a simetria e o equilíbrio em pé, girar e mudança de olhos fechados (Apóstolo, 2012). É composta por 2 partes, a primeira parte avalia o equilíbrio estático e dinâmico em 9 indicadores (sentado na cadeira, levantar-se, em pé equilíbrio imediato, pequenos desequilíbrios na mesma posição, olhos fechados na mesma posição, girar sobre si, apoio unipodal e sentar-se), a pontuação máxima é de 16 pontos; na segunda parte da escala é avaliada a marcha (início de marcha, altura e largura do passo, simetria e estabilidade

de tronco), sendo a pontuação máxima de 12 pontos (Rocha et al., 2020). A avaliação completa das 2 partes do instrumento de avaliação de Tinetti totaliza 28 pontos máximos que têm uma correspondência para pontuação inferior a 19 pontos, com significado de alto risco de queda (Veloso et al., 2017).

Para avaliação da percepção subjetiva do esforço aplicou-se a escala de Borg modificada (apêndice V) que é uma escala com 10 pontos, onde a intensidade da sensação de dispneia é medida por números e associada a uma descrição sobre a intensidade da mesma, que vai desde 0 "nenhuma falta de ar" até 10 "falta de ar máxima", à pessoa é pedido que indique o número e descrição que corresponde à sensação de dispneia num determinado momento ou tarefa (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

A presença de dor foi avaliada segundo a Escala Visual Analógica (apêndice VI), seguindo os procedimentos da circular normativa da DGS nº 09 de 2003. A Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação "Sem Dor" e, na outra, a classificação "Dor Máxima". Ao doente solicita-se que assinale com uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que corresponde à intensidade da sua Dor. Para converter o valor obtido num valor numérico mede-se a distância até ao ponto assinalado pelo doente (Direção-Geral da Saúde, 2003).

De referir que nesta etapa, de acordo com o processo de enfermagem de Roy, deve ser observado o modo fisiológico, o autoconceito, função na vida real e interdependência.

Para avaliação do autoconceito foi escolhida a escala EUROHIS-QOL-8, Indicador de Qualidade de Vida (apêndice VII), que avalia a percepção de qualidade de vida de adultos, através de um indicador de aplicação fácil e breve. A Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu em 2003, esta escala para responder à necessidade de desenvolver uma medida de avaliação breve, para uso em estudos de larga dimensão e com múltiplos indicadores ou para qualquer situação em que seja necessário um indicador de qualidade de vida de aplicação rápida, a mesma foi validada para a população portuguesa em 2011 (Pereira et al., 2011).

Para determinar a percepção que a pessoa tem em relação ao seu estado de saúde e avaliar se esta percepção se alterou com a intervenção de enfermagem foi aplicada a escala visual analógica vertical (EuroQol. Health Policy, 1990).

Os dados obtidos na avaliação inicial foram analisados e interpretados para formulação dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação. O processo de validação dos diagnósticos foi realizado pelos orientadores.

6.2.2 Planeamento

Pela revisão da literatura foi elaborado um plano de intervenção que reuniu os objetivos terapêuticos e as intervenções para posterior seleção e individualização aos casos estudados (Quadro 2).

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções:
Movimento corporal diminuído	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ensino e treino de exercícios isotónicos: mobilizações ativas, assistidas e resistidas; ➤ Ensino e treino de exercícios isométricos; ➤ Ensino e treino de atividades terapêuticas no leito: ponte, rolar, rotação controlada da anca, automobilizações e carga no cotovelo; ➤ Ensino e treino de fortalecimento muscular dos membros superiores e dos inferiores com resistência (banda elástica).
Equilíbrio corporal comprometido	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ensino e treino de exercícios de correção postural: estimular e manter o equilíbrio corporal; ➤ Ensino e treino de atividades terapêuticas no leito: ponte, rolar, rotação controlada da anca, automobilizações e carga no cotovelo; ➤ Treino de equilíbrio (estático e dinâmico); ➤ Estimulação da proprioceptividade (apoiar pés no chão); ➤ Ensino e treino de exercícios de coordenação de movimentos (bater as palmas, juntar as pontas dos dedos das mãos, atirar e receber bola).
Andar comprometido	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ensino, treino e incentivo do andar; ➤ Ensino e treino de marcha adequado à pessoa (andarrilho, canadianas, cadeira de rodas e bengala); ➤ Ensino e treino da marcha com auxiliar de marcha (de acordo com as alterações na força muscular e equilíbrio).

Quadro 2 – Intervenções de reabilitação planeadas. (baseado em: Alcobia, A.; Ferreira, R.; Soares, M.; Vieira, J. (2019). Nursing rehabilitation for elderly people with committed floor, Journal of Aging & Innovation, 8 (2): 28-43)

De acordo com o diagnóstico de enfermagem anteriormente determinado foi programado um plano de intervenções tendo em conta a individualidade de cada pessoa, utilizando os estímulos influenciadores que possam projetar uma resposta para a capacitação para a marcha. A planificação de intervenções de cuidados de reabilitação foi ajustada às necessidades dos participantes.

6.2.3 Intervenção

Os cuidados de enfermagem de reabilitação foram efetuados com supervisão de enfermeiro especialista e ocorreu em todos os momentos de contacto direto com os participantes.

6.2.4 Avaliação

Para avaliar os resultados obtidos após as intervenções, reaplicaram-se os instrumentos utilizados na etapa de avaliação inicial. Comparou-se o resultado final com o inicial e apurou-se a eficácia da intervenção de cuidados de enfermagem de reabilitação.

7. ANÁLISE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: ANDAR

7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os participantes em análise foram selecionados nos serviços onde decorreu o estágio final. No serviço de medicina interna foram selecionados três participantes (Caso 1, Caso 2 e Caso 3) que se enquadravam nos critérios definidos anteriormente. Com os mesmos critérios foi selecionado um outro caso (Caso 4) no serviço de Ortopedia.

Dos quatro casos em análise, três intervenientes residiam em meio urbano e outro em meio rural com animais de quinta e horta. Com exceção do Caso 4, que residia sozinho, todos os indivíduos coabitavam com outras pessoas.

A média de idades é de 59 anos e com um desvio padrão de 20,072, sendo que o participante mais novo tinha 34 anos e o mais velho 81 anos. Dos quatro casos em análise, dois elementos eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. O grau de escolaridade, foi apurado em três participantes: dois participantes frequentaram até ao nono ano e um o décimo segundo ano. As pessoas de referência foram diferentes em todos os participantes: “filhos”, “pais”, “genro” e “amigo” (Tabela 1).

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Idade	52 anos	67 anos	34 anos	81 anos
Sexo	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino
Residência	Urbano	Urbano	Rural	Urbano
Escolaridade	9º ano	Desconhecido	12º ano	9º ano
Coabitação	Marido e filhos	Amigo	Pais	Sozinha
Função de papel	Esposa, mãe	desconhecido	filho	Nora, amiga
Autoconceito	Baixa auto-estima “menos presente” SIC	desconhecido	desconhecido	Baixa auto-estima “estou sozinha” SIC

Tabela 1 - caracterização sócio-demográfica dos casos

O número de dias do programa de reabilitação foi variado entre os participantes, dois participantes foram sujeitos entre 3 e 10 dias de programa de reabilitação. Em média foram realizadas 6,5 sessões por participante (desvio padrão=4,9). As durações das sessões de reabilitação variaram entre 20 e 45 minutos. O número de sessões de cuidados foi diferente, no caso 1 foram realizadas 3, no caso 2 foram realizadas 10 sessões, no caso 3 foram realizadas 4 sessões e no caso 4 foram realizadas 4 sessões.

As patologias que determinaram o internamento e a consequente alteração da marcha foram duas de origem neurológica (Acidente Vascular Cerebral e Traumatismo Crânio Encefálico), duas de origem músculo-esquelética (fratura do fémur e fraqueza muscular pós ventilação mecânica invasiva)

7.2 CARACTERIZAÇÃO DA FUNCIONALIDADE

Para avaliar a funcionalidade foi selecionada o instrumento de avaliação Medida de Independência Funcional (MIF). O instrumento foi aplicado a todos os 4 participantes no programa de reabilitação. Com recurso a entrevista aos doentes e familiares foi possível avaliar que apenas o participante do caso 1, tinha alterações prévias ao internamento, os restantes foram referidos como funcionalmente independentes antes do internamento.

Avaliando o valor total das 6 categorias que compõem a MIF, todos os casos apresentaram melhoria do nível de independência (Tabela2).

	Valor MIF Inicial	Valor MIF Final	Diferença
Caso 1	73	94	+21
Caso 2	22	45	+23
Caso 3	32	92	+60
Caso 4	60	91	+31

Tabela 2 – resultados MIF inicial e MIF final

Relativamente aos autocuidados que incluem a alimentação, a higiene pessoal, o banho, vestir a metade superior do corpo, vestir a metade inferior do corpo e o uso da sanita verificou-se evolução favorável em todos os casos (tabela 3), sendo estes resultados sensíveis aos cuidados de ensino e treino realizados apenas pelo Enfermeiro de Reabilitação.

	Autocuidado Inicial	Autocuidado Final	Diferença
Caso 1	19	28	+9
Caso 2	22	45	+23
Caso 3	12	26	+14
Caso 3	17	25	+8

Tabela 3 – Resultados relativos ao autocuidado, baseados na MIF

No caso 1 a melhoria da funcionalidade para ao autocuidado ocorreu na alimentação, com a melhoria da motricidade fina e a capacidade para pegar corretamente nos talheres com recuperação da autonomia nesta atividade de vida, outro aumento de funcionalidade ocorreu a nível da utilização da sanita, inicialmente apresentava por vezes incontinência, provavelmente por vezes demorar um pouco mais a obter ajuda de terceiros, com a melhoria na locomoção, passou a deslocar-se de forma independente ao sanitário (Apêndice V).

No caso 2, a melhoria da funcionalidade ocorreu na alimentação, no início era alimentado por terceiros, no final alimenta-se de forma independente, também melhorou na capacidade para vestir a parte superior do corpo, no banho foi capaz de lavar e secar a parte superior do corpo, relativamente à utilização de sanitário, não obtivemos nenhuma melhoria, manteve-se sempre o uso de fralda para as atividades de eliminação. Foi realizado ensino e treino do uso de comunicação aumentativa (cartão com imagem do sanitário) mas não houve capacidade para a sua utilização (apêndice VI).

O caso 3, inicialmente apresentava dificuldades na motricidade fina e na capacidade para vestir a parte superior e inferior do corpo, relativamente à utilização da sanita, o doente encontrava-se com drenagem vesical, aquando da sua remoção, ainda se encontrava debilitado para as deslocações à sanita, não apresentou capacidade para utilizar o urinol, pelo que muitas vezes urinava e evacuava na fralda. O treino do equilíbrio, os exercícios para recuperação da força muscular e os treinos de marcha resultaram na capacitação para a deslocação e uso do sanitário (Apêndice VII).

No caso 4 inicialmente devido ao repouso no leito, a doente lavava e vestia a parte superior do corpo, alimentava-se autonomamente e utilizava a arrastadeira. Com a cirurgia e a indicação de levantar passou a utilizar o sanitário, continuou a apresentar dificuldade na capacidade para vestir a parte inferior do corpo, foram realizados ensinamentos e treino de utilização de dispositivos de apoio para o autocuidado vestir, com eficácia, mas a doente manteve sempre a necessidade de ajuda para cumprir 50% da tarefa (Apêndice VIII).

A avaliação da mobilidade pela escala MIF, inclui a transferência de e para o leito/cadeira/cadeira de rodas, transferência para a sanita e transferência para banheira/duche. A mobilidade teve em todos os casos uma evolução favorável (Tabela 4).

	Mobilidade Inicial	Mobilidade Final	Diferença
Caso 1	9	12	+3
Caso 2	3	9	+6
Caso 3	4	21	+17
Caso 4	3	13	+10

Tabela 4 – resultados obtidos no sub-categoria mobilidade da escala MIF

A avaliação do item locomoção da escala MIF revelou ganhos em funcionalidade para todos os casos analisados. A mais relevante deu-se no caso 2, que apenas obtinha 2 pontos na avaliação da marcha e escadas, neste caso o doente no final das intervenções realizadas passou a obter 8 pontos. O doente do caso 2, inicialmente não se colocava de forma ereta e no final realizava marcha com auxiliar (andarilho), de forma segura e eficaz (Apêndice VI).

No caso 1, inicialmente a doente utiliza andarilho com auxiliar de marcha e na avaliação final a marcha é segura, sem uso de auxiliar. Na avaliação MIF, o item locomoção evoluiu de 5 pontos para 8 pontos (Apêndice V).

O caso 3, inicialmente o doente necessitava de apoio de enfermeiro para a marcha, foram introduzidos dois meios auxiliares, andarilho e canadiana, mas o doente apresentou dificuldade de coordenação entre os passos e os auxiliares pelo que se optou pela marcha com apoio de enfermeiro até evolução, inicialmente com pontuação 2 no item locomoção da escala MIF, terminou no momento da alta com 14 pontos (Apêndice VII).

Apenas no caso 4, foi avaliada a capacidade de subir e descer escadas, o serviço dispõe de escada de treino para reabilitação com 6 degraus² (Apêndice VIII).

7.3 CARACTERIZAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR

Procedeu-se a uma avaliação da força muscular nos membros inferiores e nos músculos envolvidos no equilíbrio para planear e avaliar os resultados dos cuidados de capacitação para a marcha. Os grupos musculares envolvidos na marcha e equilíbrio estão localizados no tronco e membros inferiores pelo que a força foi avaliada nas ações de extensão do tronco, flexão/abdução da anca, flexão/extensão do joelho e flexão plantar do tornozelo (Tabela 5).

	Extensão do Tronco		Flexão/abdução anca		Flexão/extensão do joelho		Flexão plantar tornozelo	
	Av Inicial	Av Final	Av Inicial	Av Final	Av Inicial	Av Final	Av Inicial	Av Final
Caso 1	3	4	3	4	3	4	3	4
Caso 2	3	4	3	4	3	4	3	4
Caso 3	4	5	4	5	4	5	4	5
Caso 4	4	4	4	4	4	4	4	4

Tabela 5– avaliação da força nos diferentes músculos

No caso 1, a doente apresentava hemiparésia à direita com diminuição da força no membro superior direito, com espasticidade presente, apresentava uma classificação de Ashworth de grau 3 (Tónus acentuado, difícil de completar o arco de movimento), ao longo do programa de reabilitação a doente manteve o mesmo grau de espasticidade (sequela de AVC anterior), nesta situação, a doente apresentava dor durante as mobilizações passivas e durante exercícios de motricidade fina (objeto com contas de madeira). Na avaliação inicial para a avaliação da dor, a doente manifestava dor 3, no final a doente refere dor 2 (Apêndice V).

O caso 2 e caso 3 apresentaram diminuição da força muscular, mas a mesma foi restabelecida no caso 3 e melhorada no caso 2. No caso 4, não houve alteração na força muscular, facto que pode ser explicado pela alta 48 horas após cirurgia ortopédica (Apêndices VI, VII e VIII).

² Nos casos 1,2 e 3 o treino em escadas esteve interdito por restrições Institucionais, relacionadas com a pandemia.

Durante os programas de reabilitação realizados houve necessidade de realizar avaliações com goniómetro para medir a amplitude articular em alguns segmentos corporais. No caso 1 utilizou-se o goniómetro para avaliação do ombro direito que apresenta limitações articulares. Recorrendo ao goniómetro foi avaliado o grau de movimento do ombro direito, apresenta uma abdução de 90°, uma flexão 90° de e uma adução de 20°, devido a uma espasticidade já instalada. Na avaliação final verificaram-se resultados de melhoria na amplitude articular do ombro (Apêndice V).

No caso 4 recorreu-se ao goniómetro para avaliação da amplitude da anca submetida a cirurgia, a doente apresentava flexão da anca operada de 87°, amplitude que permite sentar e subir escadas corretamente, o que possibilita as ações de sentar, subir e descer escadas.

7.4 CARACTERIZAÇÃO DO EQUILÍBRIO

Através da escala de Tinetti, foram avaliados o equilíbrio estático e dinâmico e a marcha. (Tabela 6)

	Equilíbrio			Marcha		
	Valor Inicial	Valor Final	Diferença	Valor Inicial	Valor Final	Diferença
Caso 1	7	13	+6	7	11	+4
Caso 2	0	8	+8	0	5	+5
Caso 3	5	15	+10	9	12	+3
Caso 4	10	10	0	8	8	0

Tabela 6 – resultados obtidos na avaliação com a escala de Tinetti

No caso 4 foi mantido o equilíbrio e o valor de marcha, a avaliação inicial desta escala foi realizada no primeiro levante, anteriormente a doente esteve em repouso no leito com tração cutânea a aguardar cirurgia ortopédica. A alta ocorreu 48 horas após a cirurgia, o que impediu que fossem realizadas mais sessões com intervenções de reabilitação (Apêndice VIII).

7.5 CARACTERIZAÇÃO DOS INDICADORES DE LIMITE DAS ATIVIDADES

Porque as intervenções devem ser realizadas até ao limiar da dor e da tolerância da pessoa, foi realizada avaliação de intolerância à atividade através da escala de Borg (caso 1 e caso 4). No caso 2 e caso 3 a avaliação ao esforço foi realizada por avaliação de sinais de cansaço físico (avaliação de fácies de cansaço, polipneia) em todos os casos analisados a tolerância ao esforço inicial era moderada, passando ao longo das sessões de reabilitação para uma descrição de tolerância ao esforço de leve. O número de repetições e de distância a percorrer foi aumentando gradualmente por forma a adequar a resistência da pessoa (Apêndice V, VI, VII e VIII).

Relativamente à avaliação da dor, no caso 1 e caso 4, o sintoma esteve presente, e foi respeitada a amplitude de movimentos até ao seu limiar, também como no caso da tolerância ao esforço, ao longo das sessões, a intensidade da dor medida com a VAS (Visual Analogic Scale) foi diminuindo. No caso 3, além do aumento gradual de resistência dos exercícios, foi solicitada avaliação nutricional para o doente que apresentava um índice de massa corporal baixo, a dieta para sonda nasogástrica que se encontrava prescrita é de baixo aporte calórico, segundo o manual de dietas do hospital, a mesma é de 1000kcal/dia, o que é baixo para um jovem com atividade (Apêndice V, VII e VIII).

7.6 CARACTERIZAÇÃO DA MEDIDA DE QUALIDADE DE VIDA

Para Calista Roy, no seu modelo de adaptação que serve de orientação aos cuidados prestados aos doentes em análise, a pessoa está inserida numa família, comunidade e sociedade. Torna-se assim importante além de estabelecer diagnósticos de enfermagem relativos do conceito fisiológico (oxigenação, nutrição, eliminação, atividade, repouso, proteção, função neurológica e função endócrina), avaliar o autoconceito que está relacionado com o psicológico, espiritual e imagem corporal.

Foi utilizada a escala de EUROHIS-QOL-8, que é uma medida de qualidade de vida que do ponto de vista conceptual, avalia cada um dos domínios (físico, psicológico, das relações sociais e ambiente) encontra-se representado por dois itens: a avaliação da qualidade vida, o autoconceito e as relações pessoais, e uma escala visual analógica vertical

onde a pessoa classifica o melhor estado de saúde imaginável, a aplicação desta escala só foi possível no caso 1 e caso 4. No caso 2 a mesma não foi possível de aplicar por dificuldades linguísticas. No caso 3, o doente apresentava uma avaliação cognitiva baixa e por isso não tinha capacidade cognitiva de interpretação das questões colocadas.

Em ambos os casos onde foi aplicado a escala EUROHIS-QOL-8, as doentes classificaram o seu melhor estado de saúde imaginável num score de 40 pontos em 100 pontos máximos, este releva que as doentes consideram o seu estado de saúde baixo (Apêndice V e VIII).

No caso 1 na questão sobre a satisfação com as suas relações interpessoais, a doente respondeu que se encontra pouco satisfeita. No decorrer de uma das sessões a doente apresentou um episódio de ansiedade, manifestado por choro, onde revelou estar preocupada com a sua situação de saúde e a ausência para os seu filhos e marido.

No caso 4, a doente também manifestou um episódio de choro intenso por se sentir só, tinha falecido o marido há pouco tempo e anteriormente tinha falecido a sua única filha, o que tornou o seu genro a única pessoa familiar próxima.

8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os estudos de caso realizados seguiram as etapas do processo de enfermagem pelo que as intervenções realizadas foram personalizadas e ajustadas às necessidades de cuidados identificadas o que, segundo Hassett et al. (2009) e Sunde et al. (2020) pode estar relacionado com a obtenção de melhores resultados. Para os mesmos autores os planeamentos dos cuidados de enfermagem de reabilitação além de individualizados e negociados com os doentes, devem ter objetivos realistas e concretizáveis (Hassett et al., 2020).

A duração das sessões variou entre os 20 e os 45 minutos, de acordo com a tolerância do doente ao esforço, nos estudos de Hernández-Guillén et al. (2020) e Xu et al. (2021) apresentaram sessões com tempo variando entre os 20 minutos no estudo de Xu et al. (2021) e 40 minutos no estudo de Hernández-Guillén et al. (2020). O número de sessões semanais foi variado Xu et al. (2021) realizou sessões 5 dias por semana, já Hernández-Guillén et al., (2020) realizou as suas sessões 2x por semana, Sunde et al. (2020) instruiu a realizar 3x/semana em casa e Stathi et al. (2022) desenvolveu um programa de reabilitação em sessões de 60 minutos durante 2x por semana e posteriormente uma vez semanal. Os casos acompanhados neste relatório, tiveram acompanhamento de enfermagem de reabilitação com sessões durante 2 a 3 vezes por semana, os resultados indiciam eficácia das mesmas, a frequência aproxima-se à mencionada nos estudos, com a salvaguarda de envolverem pessoas em situação não aguda.

A incapacidade funcional é definida como a dificuldade em exercer atividades do dia - a - dia, devido a problemas de saúde que estão relacionados a fatores multidimensionais, ocasionando maior vulnerabilidade e dependência (Gama et al., 2021). A funcionalidade foi avaliada pelo instrumento de avaliação MIF, e permitiu determinar que todos os casos analisados obtiveram melhoria da sua funcionalidade, no momento da alta, o caso 1,3 e 4 obtiveram uma pontuação correspondente a dependência modificada de até 25% da tarefa. O caso 3 obteve melhoria da sua funcionalidade e no momento da alta obteve uma dependência modificada de até 50% da tarefa. A avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa é de suma importância, uma vez que está fornece dados fundamentais para os cuidados de reabilitação, que pode intervir com o intuito de minimizar ou evitar a perda da capacidade funcional e prevenir complicações (Gama et al., 2021). Pode-se se dizer que obtivemos ganhos na funcionalidade dos doentes submetidos ao processo de enfermagem de reabilitação.

A avaliação da funcionalidade contempla o autocuidado que é definido pela CIPE (International Council of Nurses, 2019) como: “uma atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”. Os resultados do estudo de Hernández-Guillén et al. (2020) sugeriram que o impacto clínico, das intervenções foram capazes de superar as limitações funcionais. Xu et al. (2021) desenvolveu intervenções de reabilitação com base nas atividades de vida diária.

O termo atividades de vida diária, no contexto da reabilitação, refere-se ao conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma no seu dia-a-dia (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Todos os casos em análise neste relatório obtiveram melhoria no desempenho do autocuidado, e consequentemente melhoria das suas atividades de vida diária. Um dos objetivos do processo de reabilitação é capacitar a pessoa para o autocuidado e atingir um nível de elevada funcionalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Alcobia et al. referiram no seu estudo que a capacidade de se movimentar é fundamental para a realização das atividades de vida diária e que é relativamente comum que esta capacidade seja afetada em algum momento da vida de uma pessoa pelo surgimento de diversas patologias, acidentes ou pelo processo natural de envelhecimento (Alcobia et al. 2019).

Todas as AVD's dependem de reações de equilíbrio (Araújo et al., 2021), o equilíbrio é definido como a capacidade para se manter em pé, em posição equilibrada, controlo postural sentado e em pé, controlo postural em movimento (Lourenço et al., 2021). O equilíbrio limitado pode causar efeitos adversos (Hernández-Guillén et al., 2020). Antes de iniciar treino de marcha, o equilíbrio deve estar mantido, a avaliação do equilíbrio ocorreu com recurso à escala de equilíbrio e marcha de Tinetti, nos casos 1, 2 e 3, os doentes apresentavam equilíbrio comprometido no equilíbrio do programa de reabilitação, no último momento de avaliação, estes doentes obtiveram melhoria da pontuação da escala de equilíbrio, o que significa uma melhoria do seu equilíbrio. No caso 4, a aplicação da escala de Tinetti, não foi possível de aplicar devido ao necessário repouso no leito para estabilização de fratura do fémur com tração cutânea com peso de 3 quilos, neste caso específico a avaliação do equilíbrio só ocorreu no primeiro levante, 24 horas após a cirurgia, a doente não apresentou alterações do equilíbrio.

Como já referido anteriormente, com o equilíbrio mantido, pode iniciar-se treino de marcha, que segundo (Alcobia et al., 2019), a locomoção é a capacidade de se movimentar para

realizar as AVD's, pode ser duplamente analisada, pode ser avaliada pela subcategoria: locomoção, da escala MIF e através da segunda parte da escala de Tinetti, nestas duas escalas, todos os casos 1, 2 e 3 obtiveram melhoria da sua capacidade de locomoção após o início das intervenções. Na avaliação da locomoção, o caso 4, manteve a pontuação na escala MIF e na avaliação da marcha pela escala de Tinetti, a locomoção só possível avaliar após o primeiro levante, e a segunda avaliação ocorreu 24 horas após, no momento da alta.

No estudo REACT elaborado por Stathi et al., (2022) foram realizadas sessões para melhorar a força muscular e o equilíbrio nos membros inferiores. Neste seu estudo obtiveram melhorias da componente física e funcionamento físico dos membros inferiores. Nos casos analisados no relatório a melhoria da força física dos membros inferiores e tronco foram avaliados pela escala MRCm com resultados que demonstram o aumento da força muscular. A nível da força muscular do tronco, a escala de Tinetti reflete esse ganho na avaliação da postura corporal na avaliação do equilíbrio estático, o equilíbrio dinâmico avaliado também pela escala de Tinetti reflete o fortalecimento dos músculos dos membros inferiores. A capacidade de locomover-se está dependente da força muscular dos membros inferiores e músculos do tronco. À medida que o fortalecimento muscular do tronco e membros inferiores ocorre, a capacidade para andar também aumenta, a subcategoria locomoção da escala MIF reflete esse aumento.

O evento que leva o doente ao internamento é o início ou o aumento do processo de dependência, tornando-se assim importante a prevenir a imobilidade, sendo este um grande desafio para os enfermeiros de reabilitação (Reis et al., 2021). Sempre que os doentes apresentaram diminuição da força muscular foram realizados exercicios de fortalecimento muscular, no caso 3 com recurso a bandas elásticas e bola. No caso 4, utilizando o trapézio existente na cama. Ao longo do programa realizado para cada doente foi visível nas reavaliações e na avaliação final no momento da alta que os todos os doentes melhoraram a força muscular, até pelo menos a força muscular de grau 4, segundo a escala de MRCm.

No estudo REACT de Stathi et al. (2022), os autores concluíram que programas de intervenção para os membros inferiores não refletem aumento da força nos membros superiores, devendo-se assim fortalecer os membros superiores e inferiores, foi planeado sempre intervenções de fortalecimento muscular para os membros superiores e inferiores, pois quando necessário utilizar auxiliar de marcha (andarilho ou canadianas) para locomover-se os membros superiores desempenham um papel importante na utilização destes auxiliares. Também de referir que melhorar a condição para a marcha tem, no âmbito das competências do enfermeiro de reabilitação, a perspetiva de melhorar a funcionalidade nos autocuidados e como tal deve ser considerada no plano de intervenção.

As limitações na mobilidade podem reduzir significativamente, a qualidade de vida, gerar custos aumentados de saúde e aumentar a mortalidade, a redução da velocidade da marcha e baixos níveis de atividade física são marcos de fragilidade (Stathi et al., 2022).

Relativamente à Qualidade de Vida em Relação à Saúde, que se pretendia avaliar neste relatório, foi notória que a QRVS referida pelos dois doentes que tiveram capacidade de responder à questão é baixa, 40% em ambos. A qualidade de vida em relação à saúde com o teste QVRS, foi avaliada por Sunde et al. (2020), que encontrou resultados coincidentes com os resultados dos dois doentes avaliados, os doentes internados pontuavam pior na QVRS, independentemente de terem ou não risco de incapacidade tornando-os um risco aumentado de transição para a fragilidade. Pudemos colocar a questão da limitação do tempo de permanência das visitas no hospital, como algo que faz os doentes pontuarem de forma baixa na qualidade de vida, o doente encontra-se fragilizado com a doença, no caso 1 e caso 4, as doentes apresentaram períodos de labilidade emocional com o afastamento familiar, embora estes estágios já tenham sido realizados no período pós pandemia SARS-COV2, a limitação de visitas e a limitação de tempo de permanência (30 minutos/dia), é manifestado como pouco pelas doentes. Nos outros dois casos em análise, não foi possível aplicar a escala, um por dificuldade na comunicação (barreira linguística) e outro por dificuldade na compreensão.

Em suma, a melhoria da força muscular, as melhorias do equilíbrio corporal contribuíram para o aumento da funcionalidade dos doentes, incluindo a funcionalidade andar. De ressaltar que à exceção do doente do caso 3, que a família recusou a continuidade de programa de reabilitação, os doentes foram encaminhados para unidades de cuidados continuados integrados – valência de convalescença.

Em resposta ao objetivo geral definido para o projeto de intervenção: Identificar resultados de cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação da marcha em doentes internados, o mesmo foi atingido, o resultado obtido na avaliação final de cada doente reflete progressos na autonomia da marcha de todos os casos sujeitos ao programa de reabilitação. Os casos analisados e que foram sujeitos a intervenções de enfermagem de reabilitação foram planeados de forma individualizada e negociados com os doentes, tendo objetivos realistas e concretizáveis (Hassett et al., 2020).

9. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Neste capítulo irei fazer uma abordagem reflexiva do desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e de Mestre, ao longo do curso, com enfoque nos estágios realizados.

Pareceu inseparável descrever as competências do enfermeiro especialista em reabilitação sem descrever as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências de enfermeiro de cuidados gerais. As competências do enfermeiro de cuidados gerais são as competências iniciais do “ser” enfermeiro, além disso para a candidatura académica para uma especialização em enfermagem o critério de admissão é ter pelo menos 2 anos de experiência profissional como enfermeiro, isto explica a necessidade de as competências éticas que adquire.

Começando pela base das competências do enfermeiro, neste caso o enfermeiro de cuidados gerais, no regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2012) no artigo 2.º alínea 2: “...assegura-se que o enfermeiro possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.7).

Assim sendo o enfermeiro especialista durante a sua formação e prática clínica tem de ter o conhecimento, a capacidade e a aptidão que adquiriu na sua prática para a especialização em enfermagem, onde aprofunda e obtém competências numa determinada área de especialização.

No regulamento n.º 140/2019, que corresponde ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República, 2019) está definido que: “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”, nesse sentido são definidas diferentes competências:

a) “Competências comuns”: que são as competências demonstradas independente da sua especialização através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de

cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Diário da República, 2019);

b) “Competências específicas”: que são competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Diário da República, 2019).

Para descrever as competências do EEER há necessidade de compreender a origem e os conceitos da enfermagem de reabilitação, para deste modo abranger como surgiram as competências descritas no regulamento e que orientam a prática da enfermagem de reabilitação.

Segundo Schoeller et al., a enfermagem de reabilitação teve a sua origem histórica nas duas grandes guerras mundiais, devido à necessidade de se recolocar os soldados feridos e deficientes de volta às batalhas ou às suas casas, e tinha como foco central a deficiência física e as perdas funcionais. Em Portugal, a necessidade de enfermagem de reabilitação surge após dois acontecimentos: o caso do motorista de Salazar, que realizou tratamento de reabilitação na Alemanha (onde já existiam enfermeiros de reabilitação), e o outro, os soldados com sequelas resultantes da guerra do Ultramar. Depois destes dois acontecimentos, o Governo português abriu o primeiro Centro de Reabilitação de Portugal, em Lisboa, onde duas enfermeiras foram responsáveis por ir aos Estados Unidos aprender a especialidade de enfermagem de reabilitação e, quando regressaram, implementaram em Portugal um curso de especialização em enfermagem de reabilitação, com conteúdos teóricos, teórico-práticos e estágios, tal como ainda hoje existem que é: intervir em “todos os grupos etários com deficiência e ação iniciada na fase aguda e continuada em tratamento ambulatorio na comunidade (Schoeller et al., 2018).

Esta descrição histórica permite compreender os fundamentos que lhe deram origem: “cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo seu ciclo de vida, do Regulamento n.º 392/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019) onde se encontra o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, na descrição da competência 1 deste regulamento e comparando ao momento histórico anteriormente descrito: *os soldados que ficavam feridos e com necessidades de cuidados especiais*, o enfermeiro de reabilitação *capacitava-o para a reinserção* (competência 2 do regulamento nº392/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019)), *maximizando as suas capacidades* (competência 3 do regulamento 392/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A necessidade de maximizar a funcionalidade, reinserir os feridos de guerra deu origem a uma competência de enfermagem especializada em reabilitação que se mantém necessária nos dias de hoje, existia uma necessidade social de reinserir os feridos de guerra, o enfermeiro de reabilitação mantém a função de reinserir na sociedade as pessoas que apresentam dificuldades na inserção, promovendo a inclusão como forma de igualdade.

Na competência 1, o EEER identifica as necessidades de intervenção da sua área, em todo o *continuum* de vida. As necessidades são identificadas como incapacidades de executar AVD'S, aqui o enfermeiro de reabilitação concebe, implementa e avalia planos de reabilitação com o objetivo de melhorar, reinserir, reintegrar. Utilizando instrumentos de avaliação que apoiam a sua tomada de decisão classificando o déficit e que vai permitir a reavaliação do seu programa de reabilitação seja motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, eliminação e sexualidade. O enfermeiro especialista deve aplicar instrumentos de avaliação validados que lhe permitem determinar diagnósticos de enfermagem corretos e planejar as intervenções adequadas, de acordo com os diagnósticos realizados. Nesta fase o enfermeiro especialista em reabilitação aplica uma modelo de enfermagem que melhor se aplica à prática e que vai organizar as etapas da avaliação e diagnóstico de enfermagem.

Na competência 2, o EEER realiza ensinamentos, treino, e a supervisão das AVD'S, prescreve a utilização de produtos de apoio, promove ambientes seguros, identifica e orienta para a eliminação de barreiras arquitetônicas, e participa na elaboração de protocolos entre serviços de saúde e organizações, elabora pareceres técnico-científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade.

Na competência 3, a interação entre o EEER e a pessoa é importante para desenvolver atividades que possam maximizar as capacidades funcionais. Esta competência atribui ao EEER a capacidade de conceber e implementar programas de treino motor, cardíaco e respiratório com base no conhecimento proveniente da melhor evidência científica. Estes planos têm como objetivo a individualidade da pessoa, para um máximo potencial, criando limites e capacidades únicas, respeitando um dos princípios da enfermagem: cada pessoa é um ser holístico.

A aprendizagem de conhecimentos para a especialização em enfermagem dá-se em contexto académico de 2º ciclo do ensino superior, onde os estudantes do mestrado em enfermagem adquirem competências que lhe permitem solucionar situações complexas de cuidados, adquirir capacidade para avaliar a pessoa e aprender competências de enfermagem de reabilitação.

No regime jurídico que regula os graus e diplomas do ensino superior (Diário da República, 2006), encontram-se descritas as capacidades que o Mestre tem de adquirir para que lhe seja conferido aquele grau académico: deter conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que sustentado pela aprendizagem de 1º ciclo, desenvolve e aprofunda conhecimentos.

Ao Mestre compete aprofundar conhecimentos, de forma a aplicar os conhecimentos adquiridos e capacidade de resolução de problemas para situações novas. O Mestre tem de demonstrar conhecimento para lidar com situações complexas, e desenvolver soluções de acordo com as implicações éticas e sociais. O Mestre tem de adquirir capacidade de transmitir os seus conhecimentos e conclusões.

Ao Mestre e especialista em enfermagem de reabilitação compete avaliar, diagnosticar, planear, executar e reavaliar os cuidados de reabilitação com base na melhor evidência científica.

Por último, mas não menos importantes neste processo de aprendizagem encontram-se os objetivos determinados no plano de estudos: avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que causam limitações da atividade e incapacidades; implementar programas de treino motor, objetivando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida; diagnosticar, planear, executar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com problemas cardíacos e respiratórios; no período pré e peri-operatório; com problemas neurológicos e com problemas traumáticos e ortopédicos; capacitar a pessoa com incapacidade, para a reinserção e cidadania; desenvolver programas de treino de atividades de vida diária e utilização de ajudas técnicas; orientar os cuidados, e projetos envolvendo a equipa de enfermagem e a articulação da equipa multiprofissional; conceber dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Um Mestre em enfermagem e especialista em reabilitação significa apoiar a prática de cuidados especializados na melhor evidência científica.

As competências de mestre em enfermagem com especialização em enfermagem de reabilitação, foram desenvolvidas ao longo do curso e no decorrer dos três estágios, onde foi possível adquirir competências de organização e orientação de equipas. Em todos os locais de estágio, era da competência do enfermeiro especialista, a orientação da equipa de trabalho, definindo estratégias de organização e dos cuidados de enfermagem.

Por forma a prestar os melhores cuidados de enfermagem de reabilitação foi necessário e continuará a ser necessário, manter e atualizar conhecimentos de enfermagem de reabilitação.

No serviço de ortopedia foi possível assistir a uma reunião do núcleo de enfermeiros de reabilitação e nesse sentido colaborar com o programa de melhoria continua da qualidade.

Ao longo destes estágios foi possível maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa no âmbito do andar e também de outras capacidades que se encontram diminuídas, melhorando a funcionalidade da pessoa.

O facto destes estágios ainda terem decorrido em período pós-pandémico, fez com que não tenha sido possível desenvolver e contactar com os familiares e cuidadores, os períodos de visita eram curtos, os familiares estavam pouco disponíveis para aprendizagens pois encontravam-se preocupados em aproveitar os tempos da visita junto do doente.

O estágio final desenvolveu e consolidou as competências nas três áreas definidas pela Ordem dos Enfermeiros e vertidas no plano de estudos. As experiências clínicas descritas no relatório bem como os resultados sensíveis aos cuidados prestados atestam a sua aquisição.

10. CONCLUSÃO

A alteração da funcionalidade é uma condição que pode afetar qualquer pessoa ao longo do seu ciclo vital limitando-a na independência para responder às necessidades humanas fundamentais. Atualmente a sociedade encontra-se com dificuldade em cuidar dos mais envelhecidos/dependentes, devido à exigente carga horária laboral ou perante a exigente participação em atividades sociais. Por vezes, o aumento da dependência resulta na institucionalização dos mais dependentes, cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, participar ativamente na equipa de cuidados e intervir no sentido de manter ou recuperar a funcionalidade.

A funcionalidade contribui para uma vida independente e autónoma, a marcha está inerente à realização das atividades instrumentais de vida diária, com as quais se complementam as atividades de vida diária.

O EEER elabora programas de reabilitação personalizados nesse sentido os planos de intervenção foram elaborados com base no modelo de enfermagem de Callista Roy. O modelo de enfermagem de Callista Roy, que se designa de Modelo de Adaptação de Roy (MAR), descreve um modelo onde são possíveis várias formas de o indivíduo responder ao ambiente em mudança em situações da vida diária e em períodos críticos através de comportamentos diretamente focados em alcançar o equilíbrio.

Seguiu-se a metodologia de estudos de caso porque é um importante método de investigação em enfermagem que contribuem para o seu conhecimento e desenvolvimento. Permite um conhecimento e compreensão de diversos contextos, e permite adequar os planos de intervenção de enfermagem de uma forma holística.

Foram utilizados instrumentos de avaliação adequados a cada situação clínica, que permitiram o diagnóstico de enfermagem dos processos comprometidos. Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram: movimento corporal diminuído, equilíbrio comprometido, marcha comprometida e intolerância ao esforço. Posteriormente aos diagnósticos foram planeadas as intervenções de enfermagem de reabilitação adequadas a cada doente, tendo sido personalizadas de acordo com a motivação, limite de dor ou tolerância ao esforço.

No final de cada plano de reabilitação obtiveram-se resultados de melhoria funcional. Estes resultados decorrem em ganhos em saúde para os doentes que participaram no projeto de intervenção. No final todos os doentes tinham marcha autónoma, o que lhes permitia desenvolver atividades de vida diária.

A funcionalidade foi monitorizada pela escala MIF, que revelou melhorias na funcionalidade entre a primeira avaliação e a última avaliação, este resultado serve de indicador de ganhos para o doente, revelando resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem em particular nos autocuidados alimentação, higiene pessoal, vestir e despir e na marcha. O ensino e o treino de AVD foram cuidados prestados exclusivamente pela mestranda.

Sempre que após a intervenção do enfermeiro de reabilitação, ocorre maximização do bem-estar, e se promove a autonomia e a qualidade de vida, podemos afirmar que ocorreram ganhos em saúde que foram sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação. Nos casos em estudo, ocorreram ganhos documentados pelos respetivos instrumentos de avaliação, foram validados ganhos na capacidade para andar, ganhos sobre equilíbrio corporal, ganhos na tolerância à atividade.

Os estágios foram realizados em unidades previamente selecionadas e permitiram não só o desenvolvimento de competências das especialidades nas áreas: cardiorrespiratória, músculo-esquelética e neurológica como também recursos e oportunidades de elevado valor formativo.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcobia, A., Ferreira, R., Soares, M., & Vieira, J. (2019). Enfermagem de reabilitação a pessoas idosas com andar comprometido. *Journal of Aging and Innovation*, 8(2), 28–43. <https://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/3JAIV8E2.pdf>
- Andrade, S., Ruoff, A., Piccoli, T., Schimtt, M., Ferreira, A., & Xavier, A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(4), 1–12. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para avaliação em Geriatria*. https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509
- Apóstolo, J. L. A. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência* (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Ed.). <file:///C:/Users/catia/OneDrive/Ambiente%20de%20Trabalho/livro%20jo%C3%A3o%20ap%C3%B3stolo%20web.pdf>
- Casarin, S., & Porto, A. (2021). Relato de Experiência e Estudo de Caso: algumas considerações. *Journal of Nursing and Health*, 11. <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/21998>
- Cerol, P., Martins, J., Sousa, L., Oliveira, T., & Silveira, T. (2019). Mobilização precoce em pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 49–58. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.07.4563>
- CHBM. (2023). *Centro Hospitalar Barreiro Montijo*. CHBM. Obtido a 29 de janeiro de 2023. <http://www.chbm.min-saude.pt/centro-hospitalar/qualidade>
- CHS. (2023). *Centro Hospitalar de Setúbal*. CHS E.P.E. Obtido a 29 de janeiro de 2023. <https://www.chs.min-saude.pt/noticias/centro-hospitalar-de-setubal-reacreditado-pelo-chks/>
- Coelho, S. M. S., & Mendes, I. M. D. M. (2011). Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. *Escola Anna Nery*, 15(4), 845–850. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400026>
- Crispim, R. (2021). Institucionalização na velhice: uma revisão sistemática da literatura sobre preditores em contexto de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI). *Methados Revista de Ciencias Sociales*, 9(2), 258–271. <https://doi.org/10.17502/mrcs.v9i2.499>
- Diário da República. (2006). *Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior*. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2006-75326440-75326676>

- Diário da República. (2009). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. In *Diário da República* (Vol. 140, pp. 4744–4750). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação* (054/2011). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *A Dor como 5ª sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dqcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Sistema Nacional de Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2019). Programas de Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários. In *Sistema Nacional de Saúde* (pp. 1–30). Departamento da Qualidade na Saúde. https://nocs.pt/wp-content/uploads/2019/08/Orientacao012-2019_reabilitacao_respirato%CC%81ria_CSP.pdf
- Felisberto, A., Bitterncourt, G., Silva, A., & Nóbrega, M. (2021). Construção de um instrumento para consulta de enfermagem à mulher idosa com incontinência urinária. *Enfermagem Em Foco*, 12(1), 47–53. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3886>
- Figueiredo, M., & Amendoeira, J. (2018). O Estudo de Caso como Método de Investigação em Enfermagem. *Revista Da UIIPS - Unidade de Investigação Do Instituto Politécnico de Santarém*, 6(2), 102–107. <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
- Filha, F. S. S. C., de Castro, R. de P., Vilanova, J. de M., da Silva, M. V. da R. S., Filho, I. M. de M., & de Sousa, T. V. da S. (2020). Aplicação da teoria de Callista Roy a pais/cuidadores de crianças autistas: uma proposta intervencionista. *Revista Enfermagem Atual*, 94(32), 1–20. <https://doi.org/10.31011/raid-2020-v.94-n.32-art.728>
- Hamadé, D. do C., Moraes, C. de S., Costa, C. C. P. da, & Martins, M. O. D. (2020). Nursing diagnoses with coronary patients in the light of Calista Roy's theory. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 130–137. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v12.7137>
- Hassett, L., van den Berg, M., Lindley, R. I., Crotty, M., McCluskey, A., van der Ploeg, H. P., Smith, S. T., Schurr, K., Howard, K., Hackett, M. L., Killington, M., Bongers, B., Togher, L., Treacy, D., Dorsch, S., Wong, S., Scrivener, K., Chagpar, S., Weber, H., ... Sherrington, C. (2020). Digitally enabled aged care and neurological rehabilitation to enhance outcomes with Activity and MObility UsiNg Technology (AMOUNT) in Australia: A randomised controlled trial. *PLOS Medicine*, 17(2), e1003029. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003029>

- Hernández-Guillén, D., Sanoguera-Torres, A., Martínez-Pérez, C., Igual-Camacho, C., & Blasco, J. M. (2020). Balance training versus balance training and foot and ankle mobilization: a pilot randomized trial in community-dwelling older adults. *Physiotherapy Theory and Practice*, 36(10), 1097–1106. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1563931>
- Instituto Nacional de Estatística. (n.d.). *Censos 2021*. Retrieved February 14, 2023, from https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_populacao&xpid=CENSOS21
- Instituto Nacional de Reabilitação. (2021). *Estratégia Nacional para a Inclusão das Pessoas com Deficiência 2021-2025*. Obtido a 27 de maio de 2022. <https://www.inr.pt/documentos/11309/284924/ENIPD.pdf>
- International Council of Nurses. (2019). *Cipe - Português*. Obtido em 15 de abril de 2023. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf
- Jesus Rocha, I. de, Martin Bravo, M. F., Mota Sousa, L. M., Nunes Mesquita, A. C., & Carlos Pestana, H. C. F. (2020). Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após acidente vascular cerebral: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(S1), 5–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>
- Jiménez, M. S., Inarvis Medina González, A., González Sánchez, L. C. B., & Collazo, C. M. (2021). Efectividad de intervención enfermera en capacidad de adaptación-afrontamiento de cuidadores de operados de cáncer cerebral con cambios conductuales. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(1), 1–14. <https://web.s.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=11&sid=ef73f39e-c533-45e1-9848-7c88832f4e78%40redis&bdata=Jmxhbm9cHQtcHQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=lth&AN=150654754>
- Lima, A., Ferreira, M., Martins, M., & Fernandes, C. (2019). Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação da independência funcional do paciente. *Journal Health NPEPS*, 4(2), 28–43. <http://dx.doi.org/10.30681/252610104062>
- Lopes, M. V. de O., Araújo, T. L. de, & Rodrigues, D. P. (1999). A relação entre os modos adaptativos de ROY e a taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(4), 97–104. <https://doi.org/10.1590/S0104-11691999000400013>
- Loupa, A., Mesuras, S., Santos, V., Silva, S., Parreira, D., & Ribeiro, A. (2020). Biomecânica da Marcha. *Journal of Aging and Innovation*, 9(1), 136–140. <https://www.journalofaging-innovation.org/wp-content/uploads/9JAIV9E1.pdf>
- Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura Da Silva, J. (2018). Orientações conceituais dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em hospitais portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 42–48. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4409>

- Nunes, L. (2020). *ASPETOS ÉTICOS na investigação de Enfermagem* (pp. 1–40). IPS, ESS, Departamento de Enfermagem. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação* (No. 85; 2^a). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Regulamento n.º 613/2022* (No. 131; 2^a). Obtido a 12 de novembro de 2022. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26674/regulamento-ato-do-enfermeiro.pdf>
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do - índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, 9(2), 109–123. <https://doi.org/https://doi.org/10.14417/lp.627>
- Reis, G., & Bule, M. (2017). Capacitação e Atividade de Vida. In L. Sousa & C. Marques-Vieira (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa ao longo da Vida* (pp. 57–63). Lusodidata.
- Reis, G., Bule, M., Sousa, L., & Marques-Vieira, C. (2021). Enfermagem de Reabilitação na Idade Adulta e Velhice. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas*. Lidel.
- Rios, J. (2021). Estudo de Caso: Método de pesquisa qualitativa ou método qualitativo de pesquisa? In A. Moreira (Ed.), *Reflexões em torno de Metodologias de Investigação - métodos* (1st ed., Vol. 1, pp. 13–29). <http://dx.doi.org/10.34624/hmtj-qg49>
- Santos, A., Silva, T., Oliveira, L., Souza, N., Oliveira, C., & Narvaez, A. (2022). Aplicação do processo de enfermagem ao indivíduo com diabetes mellitus baseado na teoria de calista roy. *Brazilian Journal of Health Review*, 8(6), 42856–42869. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n6-024>

- Schoeller, S. D., Martins, M. M., Ribeiro, I., Lima, D. K. S., Padilha, M. I., & Gomes, B. P. (2018). Breve panorama mundial da Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 6–12. <https://doi.org/10.33194/RPER.2018.V1.N1.01.4388>
- Serviço Nacional de Saúde. (n.d.). *Transparência - Serviço Nacional de Saúde*. Retrieved January 29, 2023, from https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/atividade-de-internamento-hospitalar/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&disjunctive.tipo_de_especialidade&sort=tempo
- Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020a). A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO EMPODERAMENTO E CAPACITAÇÃO DA PESSOA EM PROCESSOS DE TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 63–68. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>
- Stathi, A., Greaves, C. J., Thompson, J. L., Withall, J., Ladlow, P., Taylor, G., Medina-Lara, A., Snowsill, T., Gray, S., Green, C., Johansen-Berg, H., Sexton, C. E., Bilzon, J. L. J., deKoning, J., Bollen, J. C., Moorlock, S. J., Western, M. J., Demnitz, N., Seager, P., ... Fox, K. R. (2022). Effect of a physical activity and behaviour maintenance programme on functional mobility decline in older adults: the REACT (Retirement in Action) randomised controlled trial. *The Lancet Public Health*, 7(4), e316–e326. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00004-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00004-4)
- Sunde, S., Hesseberg, K., Skelton, D. A., Ranhoff, A. H., Pripp, A. H., Aarønæs, M., & Brovold, T. (2020). Effects of a multicomponent high intensity exercise program on physical function and health-related quality of life in older adults with or at risk of mobility disability after discharge from hospital: a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01829-9>
- Veloso, L., Silva, M., Haagen, M., Santos, R., & Rodrigues, E. (2017). Risco de quedas e capacidade funcional em idosos. *Revista Sociedade Brasileira Clínica Médica*, 15, 90–94. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875550/152_90-93.pdf
- Xu, T., Yang, D., Liu, K., Gao, Q., Lu, H., Qiao, Y., Zhu, C., & Li, G. (2021). Efficacy and safety of a self-developed home-based enhanced knee flexion exercise program compared with standard supervised physiotherapy to improve mobility and quality of life after total knee arthroplasty: a randomized control study. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-021-02516-0>

Apêndice I

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Projeto de Estágio

(Re) capacitar para a marcha: resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação

Cátia Margarida Ferro Sousa

Orientação: Maria José Abrantes Bule

Setembro de 2022

RESUMO

A realização deste projeto de estágio surge no âmbito do 6º Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, pretende ser um trabalho de aprofundamento de conhecimentos adquiridos e fundamentados, aplicando assim a prática baseada na evidência.

A escolha do tema, (Re)Capacitar para a marcha, surge de problema de uma necessidade real, presente em muitos contextos de internamento. A imobilidade e o repouso no leito podem originar complicações e consequências físicas e psicológicas, com impacto na condição de saúde dos indivíduos.

A mobilização precoce conduz a diminuição de dias de internamento e à redução da morbilidade e mortalidade.

Querendo contribuir para a recuperação da funcionalidade da marcha proponho-me a desenvolver competências nessa temática.

A intervenção de cuidados de enfermagem deste projeto baseia-se na capacitação, que é um processo que envolve a dimensão cognitiva, física e material, os processos de capacitação são adaptações que vão ocorrendo ao longo do continuum de vida. Capacitar, em contexto de educação para a saúde, é um processo que envolve o conhecimento, a decisão e a ação.

Defini como objetivo geral: Identificar resultados de cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação da marcha em doentes internados e como objetivos específicos como: desenvolver competências como enfermeira especialista em reabilitação; identificar os fatores que afetam a marcha e a funcionalidade; elaborar um plano de intervenção terapêutica ajustado à pessoa e analisar os resultados obtidos.

Ao longo deste estágio final proponho desenvolver competências como mestre em enfermagem e competências como enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Descritores: Enfermagem de Reabilitação; Capacitação; Marcha; Teoria da Adaptação Callista Roy

INTRODUÇÃO

A marcha é uma função básica que permite ao indivíduo explorar o seu ambiente e executar ações apropriadas (De Menezes et al., 2020).

O doente internado devido a algumas situações patológicas e contingências dos serviços acaba limitados na marcha, originando um impacto negativo na independência. Cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação prevenir complicações decorrentes do processo de marcha comprometida, aplicando intervenções que minimizem os efeitos de restrição da mobilidade.

A realização deste projeto de estágio surge no âmbito do 6º Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, e será desenvolvido no estágio final, de 19 de setembro a 21 de janeiro de 2023.

Ambos os serviços de estágio estão integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde da administração Regional de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo (ARS LVT).

O serviço de medicina interna é composto por 3 unidades, incluindo uma unidade de cuidados intermédios de medicina. Dispõe ainda de Hospital de Dia de Medicina e de uma Unidade de Hospitalização Domiciliária. No total as 3 unidades de internamento têm capacidade para 51 camas. Neste local decorreram as primeiras 10 semanas de estágio. Os serviços de Medicina Interna acolhem doentes com ampla necessidade de cuidados, com várias faixas etárias, e os motivos de internamento são doenças do foro neurológico (Acidente Vascular Cerebral), doenças do foro Respiratório, e doenças do foro urinário.

A segunda etapa do estágio final decorrerá no serviço de ortopedia onde desenvolverei cuidados de enfermagem de reabilitação a doentes com marcha comprometida por patologia ortopédica. Os diagnósticos clínicos prevaletentes são: artropatias da anca, artropatia do joelho, correção cirúrgica de fraturas.

A escolha do tema, (Re)Capacitar para a marcha, surge de problema e uma necessidade real, presente em muitos contextos de internamento. Por vezes o doente é admitido em contexto hospitalar independente ou com um nível de dependência ligeiro e com todas as condicionantes do internamento agrava o seu nível de dependência, acabando com um desfecho social marcante para o doente mais idoso, ao agravar o seu nível de dependência e passar a necessitar de terceiros para a realização das suas Atividades de Vida Diária, aquando da alta.

Querendo contribuir para a recuperação da funcionalidade da marcha proponho-me a desenvolver competências nessa temática.

Defino como objetivo geral:

- Identificar resultados de cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação da marcha em doentes internados.

Os objetivos específicos deste projeto são:

- Adquirir competências como enfermeira especialista em reabilitação;
- Identificar os fatores que afetam a marcha e a funcionalidade;
- Elaborar um plano de intervenção terapêutica ajustado à pessoa;
- Analisar os resultados obtidos.

Este trabalho está escrito de acordo com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, as regras definidas no Regulamento do Mestrado em Enfermagem e pelas normas de referência bibliográfica da American Psychological Association (APA) sétima edição.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A capacidade de se movimentar é fundamental para a realização das atividades de vida diária, mas é relativamente comum que esta capacidade seja afetada em algum momento da vida de uma pessoa pelo aparecimento de diversas patologias, acidentes ou pelo processo natural de envelhecimento (Alcobia et al., 2019). A imobilidade tem influência nos sistemas: respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, músculo-esquelético, génito-urinário, metabólico, cutâneo e neurológico (Cerol et al., 2019). Por este motivo se torna tão importante a reabilitação precoce, evitando que as consequências da imobilidade se tornem tão graves. A imobilidade leva ao declínio da massa muscular e da força (Cerol et al., 2019), estas consequências levam a uma alteração da qualidade de vida, com alteração da funcionalidade.

Sabendo da importância da mobilização precoce para a manutenção da independência do indivíduo. É fundamental que as pessoas que sofreram eventos negativos limitadores do seu andar e que estiveram hospitalizadas, tenham ambientes favoráveis à sua mobilização precoce e a cuidados que garantam uma reabilitação adequada.

Sendo a marcha uma atividade de fundamental para a independência do indivíduo e sendo a hospitalização um evento limitador da marcha, considero pertinente planejar e intervir junto de doentes que apresentem marcha comprometida.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação pode ter um papel determinante para ajudar as pessoas a potenciar a sua funcionalidade e deste modo promover a independência, através de um processo de reeducação à pessoa e sua família (Alcobia et al., 2019).

A marcha é um conjunto de movimentos dos membros inferiores que tem como função mover o indivíduo. A marcha traz independência ao indivíduo, permite desenvolver a autonomia.

Mobilizar: movimento do corpo de um lugar para outro, movendo as pernas passo a passo; capacidade para sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz, com velocidades que vão de lenta a moderada ou rápida; subir ou descer escadas e rampas (International Council of Nurses, 2019).

A biomecânica de um simples ato de andar, envolve os ossos, os músculos e as articulações (Loupa et al., 2020). O ciclo da marcha define-se como um contacto que vai de um pé no solo, até ao contacto seguinte desse mesmo pé (membro inferior direito como referência) é, uma sequência de movimentos (Loupa et al., 2020).

O ciclo da marcha comporta 2 fases: fase de apoio (que se inicia com o contacto do pé com o solo e termina com a descolagem do pé) e a fase de balanço (iniciada desde o movimento da descolagem do ante pé até ao contacto seguinte com o solo). Os movimentos de um ciclo da marcha são: contacto do calcanhar com o solo, apoio total da planta do pé, decolagem do calcanhar, decolagem dos dedos, oscilação do membro e contacto seguinte do calcanhar (Loupa et al., 2020).

IMOBILIDADE

A imobilidade decorrente dos processos inerentes ao envelhecimento ou do repouso prolongado no leito é definida como a degradação de todos os sistemas corporais, acarretando sérios problemas de saúde, assim como custos económicos elevados (Cerol et al., 2019).

Em Portugal, cerca de 14% das mortes, estão associadas à imobilidade, sendo esse valor superior à média mundial (10%). Um período de 7 a 10 dias de repouso no leito, reduz em

30% a força muscular total. E, por cada semana de imobilização completa no leito o doente perde 20% da sua força muscular, atingindo 50% em quatro semanas (Lima et al., 2019).

A imobilidade e o repouso no leito podem originar complicações e consequências físicas e psicológicas.

É da competência do EEER a realização de exercícios no leito, quando a imobilização se encontra prescrita como atitude terapêutica. Os exercícios a realizar devem prevenir ou limitar as complicações acima descritas. O evento que leva o doente ao internamento é o início ou o agravamento do processo de dependência, tornando-se assim importante a prevenção da imobilidade, sendo este um grande desafio para os enfermeiros de reabilitação, deve ter em conta as causas e deve ser iniciada precocemente (Reis et al., 2021).

CAPACITAÇÃO

A capacitação é um processo que envolve a dimensão cognitiva, física e material, os processos de capacitação são adaptações que vão ocorrendo ao longo do continuum de vida (Reis & Bule, 2017). Para Sousa et al. (2020) capacitar, em contexto de educação para a saúde, é um processo multidimensional, decisão e ação.

Os conhecimentos são os saberes construídos nos valores das pessoas, que se modificam ao longo da vida e são influenciados por fatores, nomeadamente de ordem social, cultural e religiosa (Sousa et al., 2020).

O plano 2021 - 2025 da Estratégia Nacional da Inclusão das Pessoas com Deficiência (ENIPD)—formam determinados objetivos entre eles a capacitação de pessoas e famílias para a autonomia. O mesmo documento do INIPD refere que de acordo com as orientações emanadas dos documentos estratégicos europeus, o plano destaca: a importância da capacitação das pessoas com deficiência, para que possam usufruir dos seus direitos e beneficiar da sua participação na sociedade e na economia, bem como da capacitação das organizações e da comunidade que garantem essa mesma condição essencial de cidadania plena (Instituto Nacional de Reabilitação, 2021).

TEORIA E MODELO DE ENFERMAGEM

Como alicerce ao processo de cuidar, a Enfermagem dispõe de teorias e modelos que consistem em uma organização de conceitos centrais da profissão de forma ordenada e científica para direcionar a recolha de dados, a identificação de alterações no quadro clínico do paciente, as intervenções de enfermagem e a avaliação dos resultados (Cerol et al., 2019).

A teoria confere significado ao conhecimento, de forma a melhorar a prática, descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos, sendo que o objetivo de um modelo de enfermagem a orientação para a prática de enfermagem (Coelho & Mendes, 2011).

Os fatores ambientais apesar de externos à pessoa podem influenciar a estrutura e a função do corpo, e também o seu comportamento enquanto cidadão, no que respeita à capacidade de executar ações ou tarefas. É nesta medida que os elementos ambientais são avaliados pelos enfermeiros de reabilitação durante o exercício do cuidar e na definição de estratégias (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Partindo desta orientação do regulamento de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação considere utilizar a teoria de adaptação de Callista Roy, pois para esta teórica de enfermagem, o ambiente tem influência na pessoa.

Para Callista Roy, a adaptação ocorre por estímulos originados no ambiente (S. Coelho & Mendes, 2011). A teoria de Roy apresenta no seu modelo de adaptação quatro elementos essenciais: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem (Santos et al., 2022). Roy propõem quatro modos de adaptação: o fisiológico, o autoconceito, função de papel e interdependência (Hamadé et al., 2021).

O modelo de Roy tem o processo de enfermagem bem definido, orientando a prática clínica de enfermagem e a prestação de cuidados, consequentemente orientando a investigação e o ensino (Coelho & Mendes, 2011).

Os elementos do processo de enfermagem de Roy incluem: investigação do comportamento, investigação de estímulos, diagnóstico de enfermagem, estabelecimento de metas, intervenção e avaliação (Hamadé et al., 2021).

METODOLOGIA

Estarão incluídos nos cuidados de intervenção de enfermagem de reabilitação, os utentes que estejam internados nos serviços anteriormente referidos no período de 19 de setembro de 2022 a 21 de janeiro de 2023. Os doentes participantes serão esclarecidos e são considerados os que de forma livre aceitarem integram os planos de intervenção do EEER, mas etapas de avaliação diagnóstica que o compõem: recolha de dados, intervenção terapêutica e avaliação diagnóstica.

O relatório usará a metodologia de estudos de casos porque são um importante método de investigação em enfermagem e educação em enfermagem que contribuem para o seu conhecimento e desenvolvimento, como disciplina e profissão (Figueiredo & Amendoeira, 2018). Os estudos de caso são realizados segundo as etapas do processo de enfermagem: avaliação, planeamento, intervenção e avaliação dos resultados.

O estudo de caso como método de pesquisa é um modo de investigação importante, e tem sido utilizado pela enfermagem nos seus diversos campos de atuação (Andrade et al., 2017).

Os casos são descritos a partir de observações clínicas e requerem originalidade de diagnóstico, tratamento, ou de situações clínicas pouco frequentes ou raras, além de uma análise aprofundada sobre o assunto. Os resultados devem apresentar hipóteses e não conclusões (Casarin & Porto, 2021).

Os Estudos de caso recorrem a vários instrumentos e técnicas para a coleta colheita de dados. As observações são um recurso de recolha de dados que se adequa para fins de pesquisa quantitativa ou qualitativa (Rios, 2021).

Enquanto método de pesquisa qualitativa busca encontrar uma relação entre os fenômenos investigados e as respostas encontradas, alargando o universo do saber a que toda a humanidade se debruça e contribuindo para a compreensão de diferentes contextos e realidades. É, portanto, um método cuja contribuição traz e amplia olhares acerca do mundo e da sua complexidade, sendo considerado como um meio de pesquisa eficiente e eficaz para a compreensão de determinada realidade (Rios, 2021).

ETAPAS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO SEGUNDO O MODELO DE ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY

Avaliação: observação dos modos de adaptação segundo o processo de enfermagem de Roy

Técnicas e Instrumentos de Recolha de Dados

A recolha de dados servirá para caracterização do participante. O instrumento de recolha de dados desenvolvido para a realização de este relatório foi dividido nos 4 modos que constituem a Teoria de Callista Roy: modo fisiológico (que é constituído em 9 funções: oxigenação, nutrição, eliminação, proteção, sentidos, fluidos e eletrólitos, atividade e repouso, função neurológica e função endócrina), modo de autoconceito (que é constituído pelo eu físico e o eu pessoal), função de papel (que está relacionado com a interação social) e modo de interdependência (que se refere à interação, forma de dar e receber amor) (Felisberto et al., 2021).

A primeira etapa da avaliação será através da aplicação da escala de Medida de Independência Funcional (MIF), para avaliar a capacidade funcional do doente, que tem como objetivo classificar o grau de capacidade/incapacidade do individuo. É composta por 18 itens, sendo que 6 destes correspondem ao autocuidado: alimentação, higiene pessoal, banho, vestir metade superior do corpo, vestir metade inferior do corpo e utilização do sanitário. As restantes composições dos itens da escala estão relacionados com o controlo de esfíncteres (2 itens), 2 itens para avaliação da mobilidade/transferências (leito, cadeira de rodas, sanitário, banheira, chuveiro), 2 itens para avaliação da locomoção (marcha/cadeira de rodas, escadas), 2 itens para a comunicação e os restantes 3 itens correspondem à avaliação da cognição social (Direção Geral de Saúde, 2011).

A avaliação cognitiva será determinada pelo instrumento mini mental state validado para a população portuguesa por Morgado, em 2009 e referenciado pela norma 008 de 2019 da Direção geral de Saúde como instrumento de avaliação válido para avaliação cognitiva. O Mini Mental State Examination (MMSE) constitui um exame breve para a avaliação global das funções cognitivas. Usado internacionalmente, funciona como um teste de rastreio. Para a população portuguesa a avaliação da escala de normalidade cognitiva é: analfabetos ≥ 15 pontos; entre 1 a 11 anos de escolaridade, ≥ 22 pontos e com mais de 11 anos de escolaridade ≥ 27 pontos (Direção-Geral da Saúde, 2019).

A força muscular através da escala muscular da Medical Council Research Muscle Scale (MRCms), esta escala classifica os níveis de força entre zero, quando não há contração muscular palpável ou visível, 1 se contração palpável ou visível, mas sem movimento, 2 quando há movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular), 3 (movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, 4 o movimento contraria resistência e 5 força normal. Esta classificação faz-se em relação ao máximo esperado para aquele músculo, através de resistência à mobilização ativa, com técnicas manuais. A este instrumento não se aplica a validação para a população portuguesa (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Para avaliação do equilíbrio será utilizada a escala de avaliação de Tinetti, Versão em português de Petiz, E. (2002). A escala de Tinetti classifica aspetos da marcha como a velocidade, distancia do passo, simetria e equilíbrio em pé, girar e mudança de olhos fechados (Apostolo, 2012). É composta por 2 partes, a primeira parte avalia o equilíbrio estático e dinâmico em 9 subtópicos (sentado na cadeira, levantar-se, em pé equilíbrio imediato, pequenos desequilíbrios na mesma posição, olhos fechados na mesma posição, girar sobre si, apoio unipodal e sentar-se), a pontuação máxima é de 16 pontos; na segunda parte da escala é avaliada a marcha (início de marcha, altura e largura do passo, simetria e estabilidade de tronco), sendo a pontuação máxima de 12 pontos (Jesus Rocha et al., 2020). A avaliação completa das 2 partes do instrumento de avaliação de Tinetti totaliza 28 pontos máximos, que têm uma correspondência para uma pontuação inferior a 19 pontos, com significado de alto risco de queda (Veloso et al., 2017).

Para avaliação da perceção subjetiva do esforço aplica-se a escala de Borg modificada que é uma escala de 10 pontos onde a intensidade da sensação de dispneia é medida por números e associada uma descrição sobre a intensidade da mesma, que vai desde 0 "nenhuma falta de ar" até 10 "falta de ar máxima", à pessoa é pedido que indique o número e descrição que corresponde à sensação de dispneia num determinado momento ou tarefa. A esta escala não se aplica a validação para a população portuguesa (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

A presença de dor será avaliada segundo a Escala Visual Analógica, seguindo os procedimentos da circular normativa da DGS nº 09 de 2003. A Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação "Sem Dor" e, na outra, a classificação "Dor Máxima". Ao doente solicita-se que assinale uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que

representa a intensidade da sua dor. Para converter o valor obtido num valor numérico mede-se a distância até ao ponto assinalado pelo doente (Direção-Geral da Saúde, 2003).

De referir que nesta etapa, de acordo com o processo de enfermagem de Roy, deve ser observado o modo fisiológico, o autoconceito, função na vida real e interdependência.

Para avaliação do autoconceito foi escolhida a escala EUROHIS-QOL-8 (Indicador de Qualidade de Vida) que avalia a perceção de qualidade de vida de adultos, através de um indicador de aplicação fácil e breve. A Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu em 2003, procurando responder à necessidade de desenvolver uma medida de avaliação mais breve, para uso em estudos de larga dimensão e com múltiplos indicadores ou para qualquer situação em que seja necessário um indicador de qualidade de vida de aplicação rápida. Foi validada para a população portuguesa em 2011 (Pereira et al., 2011).

Para determinar a perceção que a pessoa tem em relação ao seu estado de saúde e avaliar se esta perceção se alterou com a intervenção de enfermagem será aplicada a escala visual analógica vertical (EuroQol. Health Policy, 1990). Esta escala está validada para a população portuguesa pela Direção Geral de Saúde (Direção-Geral de Saúde, 2019).

Diagnóstico de Enfermagem

Analisar os dados que identificam os estímulos influenciadores. Determinar o comportamento ineficaz

Planeamento

Estabelecer os objetivos, definir as intervenções de enfermagem através da gestão dos estímulos influenciadores.

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções:
Movimento corporal diminuído	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ensino e treino de exercícios isotónicos: mobilizações ativas, assistidas e resistidas; ➤ Ensino e treino de exercícios isométricos; ➤ Ensino e treino de atividades terapêuticas no leito: ponte, rolar, rotação controlada da anca, automobilizações e carga no cotovelo; ➤ Ensino e treino fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores com resistência (banda elástica).
Equilíbrio corporal comprometido	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ensino e treino de correção postural: estimular e manter o equilíbrio corporal; ➤ Ensino e treino de atividades terapêuticas no leito: ponte, rolar, rotação controlada da anca, automobilizações e carga no cotovelo; ➤ Treino de equilíbrio (estático e dinâmico); ➤ Estimular a proprioceptividade (apoiar pés no chão); ➤ Ensino e treino de exercícios de coordenação de movimentos (bater as palmas, unir as pontas dos dedos das mãos, atirar e receber bola).
Andar comprometido	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ensino, treino e incentivo a andar; ➤ Providenciar dispositivo auxiliar de marcha adequado à pessoa (andari-lho, canadianas, cadeira de rodas e bengala); ➤ Ensino e treino da marcha com auxiliar de marcha (de acordo com as alterações na força muscular e equilíbrio).

Baseado em: Alcobia, A.; Ferreira, R.; Soares, M.; Vieira, J. (2019 Nursing rehabilitation for elderly people with committed floor, *Journal of Aging & Innovation*, 8 (2): 28-43

De acordo com o diagnóstico de enfermagem anteriormente determinado é programado um plano de intervenções tendo em conta a individualidade de cada pessoa, utilizando os estímulos influenciadores que possam projetar uma resposta para a capacitação para a marcha.

A planificação de intervenções de cuidados de reabilitação será ajustada às necessidades dos participantes.

Intervenção


A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação é efetuada com supervisão de enfermeiro especialista e ocorrerá em todos os momentos de contacto direto com os participantes.

Avaliação

Avaliar os resultados obtidos após as intervenções, reaplicando os instrumentos que foram utilizados na etapa de avaliação inicial, comparando o resultado com o resultado inicial e determinando a eficácia da intervenção de cuidados de enfermagem de reabilitação. Para a reavaliação pressupõem-se que o doente seja alvo de intervenções de enfermagem de reabilitação pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação pelo período mínimo de 3 sessões de reabilitação.

CRONOGRAMA

Período	Maio 2022	Ju- nho 2022	Julho 2022	Agosto 2022	Setembro 2022	Outubro 2022	Novembro 2022	Dezembro 2022	Janeiro 2023	Fevereiro 2023	Março 2023
Pesquisa bibliográfica	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Aprovação do projeto					X						
Avaliação diagnóstica					X	X	X	X	X		
Implementação das intervenções					X	X	X	X	X		
Avaliação dos resultados						X	X	X	X		
Elaboração do relatório final									X	X	X



| (Re) capacitar para a marcha: resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação

Apêndice II

Caso nº ____ nº de dias de contacto _____

Folha de recolha de dados

Idade: _____ Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Diagnóstico/s clínicos: _____

História de saúde/doença

MODO ADAPTATIVO FISIOLÓGICO

Avaliação da função neurológica: padrão cognitivo e perceptivo

Avaliação do Sistema Nervoso:

Dor: Sim _____ Não: _____

Localização: _____

Fatores que agravam a dor: _____

Fatores que diminuem a dor: _____

Intensidade da dor – VAS _____

Escala visual analógica da dor:

Sem Dor _____ Dor Máxima

Avaliação cognitiva pelo mini mental state examination

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que anos estamos? ____
Em que mês estamos? ____
Em que dia do mês estamos? ____
Em que dia da semana estamos? ____
Em que estação do ano estamos? ____
Em que país estamos? ____
Em que distrito vive? ____
Em que terra vive? ____
Em que casa estamos? ____
Em que andar estamos? ____

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

"Vou dizer três palavras, queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure ficar a sabe-las de cor".

Pera ____
Gato ____
Bola ____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta, se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas).

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

27_24_21_18_15

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

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

Pera ____
Gato ____
Bola ____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a) "Como se chama isto?" Mostrar os objetos:

Relógio ____
Lápis ____

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

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

Pega com a mão direita ____

Dobra ao meio ____

Coloca onde deve ____

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

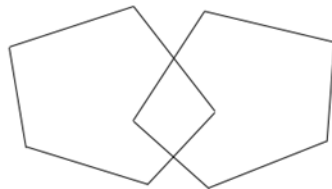
Fechou os olhos ____

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

FRASE:

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta)

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



Cópia:

TOTAL (máximo 30 pontos): ____

Escala de normalidade em função da escolaridade:

- Analfabetos ≥ 15 pontos
- Entre 1 a 11 anos de escolaridade ≥ 22 pontos
- Mais de 11 anos de escolaridade ≥ 27 pontos

Oxigenação

Padrão ventilatório:

Frequência _____ Ritmo _____

Amplitude _____ Tipo _____

Auscultação torácica _____

Tosse: Sim Não Ventilação: FR= rpm

Frequência Cardíaca= bpm Tensão Arterial= ____/____ mmHg

Proteção

Temperatura: _____ °C

AUTOCONCEITO

Annex 1

European Portuguese version of the EUROHIS-QOL-8 Questionnaire

1	Como avalia a sua qualidade de vida?
2	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?
3	Tem energia suficiente para a sua vida diária?
4	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?
5	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?
6	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?
7	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?
8	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?

Escala Visual Analógica Vertical

Data ___ / ___ / ___

Gostaríamos que indicasse nesta escala qual é hoje, na sua opinião, o seu estado de saúde

O melhor estado de saúde imaginável

100	
9	0
8	0
7	0
6	0
5	0
4	0
3	0
2	0
1	0
0	

O pior estado de saúde imaginável

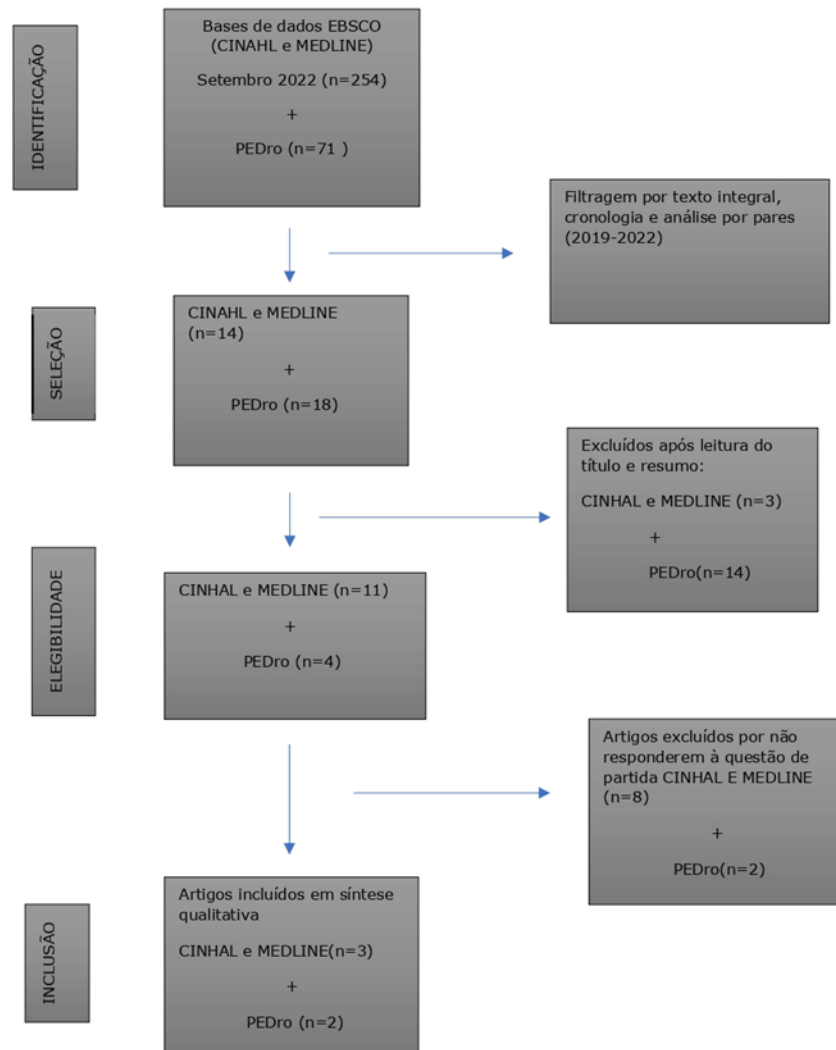
EuroQol Group. Health Policy 1990;16:199-208.

IMPRESSÕES DA ENFERMEIRA, INTEROCORRENCIAS E OBSERVAÇÕES:

Adaptado de “Construção de um instrumento para consulta de enfermagem à mulher com incontinência urinária” FELISBERTO, A. BIT-
TENCOURT, G. SILVA, A. NÓBREGA, M. (2021)

Apêndice III

Árvore de Pesquisa – Revisão da Literatura



Apêndice IV

Autor/Ano	Título	Tipo de Estudo	Objetivo do estudo	Intervenções de reabilitação	Instrumentos Utilizados	Resultados
Xu, et al (2021)	Efficacy and safety of a self-developed home-based enhanced knee flexion exercise program compared with standard supervised physiotherapy to improve mobility and quality of life after total knee arthroplasty: a randomized control study	Ensaio clínico prospetivo, randomizado e controlado	Comparação entre a fisioterapia supervisionada padrão e um programa de exercícios de flexão aprimorado em casa utilizando um banco baixo em doentes submetidos a artroplastia total do joelho.	Total do programa: 10 meses. Ambos os grupos iniciaram o programa em contexto hospitalar no 1º dia pós-operatório, durante 7 dias. Grupo de controlo realizou exercícios 2 dias por semana durante 7 semanas, seguido 1 dia/mês nos restantes 10 meses, com exercícios de amplitude de movimento da articulação do joelho e exercícios de fortalecimento do quadríceps, elevação da perna estendida, ciclismo estático, treino de força para articulação do joelho. Depois 20 min de calor húmido e 20 min de estimulação elétrica nervosa transcutânea, exercícios realizados com supervisão.. Grupo experimental de exercícios em casa: 20 min/dia durante 5 dias/semana, durante 7 semanas e 2/3 dias por semana, com exercícios de fortalecimento do quadríceps femoral, isquiotibiais, elevação da perna estendida com peso em decúbito dorsal e em posição lateral e flexão/extensão do joelho com peso em decúbito ventral e sentado. exercícios de alongamento estático para os músculos isquiotibiais e musculo solear, e exercícios de flexão da articulação do joelho com banco baixo.	Knee Society Score (KSS) índice de osteoartrite das universidades de western ontario e McMaster (womac). Escala analógica visual da dor (VAS)	A amplitude de movimento e os scores funcionais foram ligeiramente melhores no grupo de exercícios domiciliares no acompanhamento inicial. Ao longo do restante tempo não existiu diferenças estatísticas entre os 2 grupos, à exceção do 1º mês, em que a amplitude de movimento do joelho foi maior no grupo de exercícios em casa. O programa domiciliar pode reduzir a carga de tempos e os custos relacionados com a reabilitação para os doentes. Os resultados sugerem que o sentar num banco baixo pode melhorar a amplitude do joelho no pós-operatório.
Hernández-Guillén et al. (2020)	Balance training versus balance training and foot and ankle mobilization: a pilot	Estudo piloto randomizado	Determinar o impacto do treino de equilíbrio acrescido de mobilizações do pé e tornozelo no equilíbrio de idosos	Intervenção de 4 semanas com 8 sessões de 40 min Em ambos os grupos o programa tinha início com uma fase de aquecimento e uma fase de trabalho para fortalecer os músculos flexores	Mini-mental statment Escala de Berg Goniometro	Ambos os grupos apresentaram melhorias significativas na amplitude de movimento da articulação do tornozelo após as 4

	randomized trial in community-dwelling older adults		no equilíbrio de idosos	e extensores do joelho, treino de equilíbrio e propriocepção. Depois permaneciam em posição de tandem e ficar em postura unipodal com flexão de 45° do membro que não faz carga e flexão leve do joelho em carga. No grupo experimental foi adicionalmente realizado técnicas de mobilização do pé e tornozelo. (mobilizações ântero-posteriores da articulação talar, mobilizações da articulação subtalar mediolateral, mobilizações articulares superior-inferior e médio-lateral do medio pé e mobilizações antero superior-inferior e mediolateral do pé.		semanas. Apenas o grupo experimental manteve a melhoria da amplitude de movimento nos 3 meses seguintes. Os treinos de equilíbrio com as técnicas de mobilização da articulação não foram mais eficazes do que o treino de equilíbrio sozinho. O treino de equilíbrio melhorou a amplitude de movimento independentemente das mobilizações adicionais, o que pode ser explicado por serem exercicios diferentes dos realizados nas atividades diárias.
Sunde et al (2020)	Effects of a multicomponent high intensity exercise program on physical function and health-related quality of life in older adults with or at risk of mobility disability after discharge from hospital: a randomised controlled trial	Estudo controlado randomizado	Investigar um programa de exercicios multicomponentes de após a alta hospitalar baseado na função física e qualidade de vida em relação a saúde em idosos com e sem incapacidade de mobilidade após a alta hospitalar.	Ambos os grupos iniciaram reabilitação hospitalar e receberam informações dos exercicios a realizar e foram instruidos a realizar 3x/semana. Os exercicios do grupo experimental foram realizados: 2x por semana durante 4 meses, máximo de 32 sessões ou 5 meses. O grupo de controlo realizou exercicios em casa. O grupo experimental realizou exercicios supervisionados e 2x/semana e 1x/semana em casa. Exercicios realizados foram: exercicios de força dos membros inferiores, exercicios de equilibrio e rotação de tronco sentado. Exercicios progressivos com 8 a 12 repetições em alta intensidade.	Short Physical Perfomance Battery (SPPB); teste 6 min; escala de equilibrio de Berg; força de preensão (dinamómetro) IMC; HRQOL	No início do estudo os doentes pontuavam pior na QVRS, o que reforça que os doentes hospitalizados com ou sem risco de incapacidade têm risco aumentado de transição para a fragilidade. O grupo experimental teve uma ligeira melhoria no teste de caminhada de 6 minutos e no resumo da componente física. O programa de exercicios multicomponente de alta intensidade melhorou significativamente a capacidade funcional e

				Utilizaram cintos com carga máxima de 12 kg. Cada sessão continha também 3 sessões de 6 a 9 minutos de treino de alta intensidade, intercalado com exercicios de flexibilidade, força e equilibrio.		qualidade de vida em relação a saúde nos doentes com ou sem incapacidade de mobilidade apos a alta hospitalar.
--	--	--	--	---	--	--

Autor/Ano	Título	Tipo de estudo	Objetivo do Estudo	Intervenções de reabilitação	Instrumentos Utilizados	Resultados
Hassett et al (2020)	Digitally enabled aged care and neurological rehabilitation to enhance outcomes with Activity and MObility UsiNg Technology (AMOUNT) in Australia: A randomised controlled trial	Estudo controlado randomizado cego pragmático:	Avaliar uma prescrição personalizada de dispositivos digitais acessíveis, além dos cuidados habituais para com as pessoas com limitações de mobilidade	O grupo de controlo e de intervenção receberam cuidados habituais de reabilitação, prescrição de series de exercicios repetitivos e folheto sobre prevenções de quedas. Ao grupo experimental foi prescrito 30 a 60 min de reabilitação digital 5 dias por semana no hospital e após a alta.	Índice de mobilidade de Morton; Teste de alcance equilibrio máximo; teste do degrau; Apoio unipodal Medida de atividade física: "ficar em pé"	A mudança nos scores de mobilidade foi maior no grupo de intervenção em comparação com o grupo de controlo desde o inicio, no entanto não houve evidencia de diferença entre os grupos para o tempo em pé. A capacidade fisica dos participantes do grupo de intervenção para se movimentar tenha melhorado, isso não se traduziu em tempo gasto a permanecer em pé. O sucesso de intervenção da melhoria de mobilidade

Autor/Ano	Título	Tipo de estudo	Objetivo do Estudo	Intervenções de reabilitação	Instrumentos Utilizados	Resultados
Stathi et al (2022)	Effect of a physical activity and behaviour maintenance programme on functional mobility decline in older adults: the REACT (Retirement in Action) randomised controlled trial	Estudo controlado, pragmático randomizado	Estabelecer se uma intervenção de envelhecimento ativo baseado na comunidade poderia prevenir o declínio físico dos membros inferiores em idosos com risco aumentado de limitação da mobilidade	O grupo experimental recebeu exercícios durante 12 meses. As sessões foram elaboradas para melhorar a força muscular e equilíbrio dos membros inferiores 2x/semana durante 1 hora durante 12 semanas. Nas 40 semanas seguintes foi realizado 1x/semana. As sessões de exercícios foram seguidas de 20min de lanche e sociabilização. O grupo de controlo realizou 3 workshops com duração de 60 a 90 min antes das avaliações aos 6, 12 e 24 meses.	SPPB; PASE; Dinamómetro UK biobank healthy minds questionnaire; Ageing well profile; Sleep condition indicator	As pontuações SPPB foram significativamente maiores no grupo de intervenção do que no grupo de controlo aos 6 meses. Houve diferenças significativas no grupo de intervenção no score da componente física, força de preensão palmar e funcionamento físico dos membros inferiores. Os idosos com limitações de mobilidade que receberam a intervenção REACT de 12 meses tiveram melhorias significativas na função dos membros inferiores em comparação com participantes do grupo de controlo. Aos 24 meses apenas a atividade física auto-relatada, exercícios de fortalecimento muscular foram mantidos, o que pode refletir a deterioração dos comportamentos de exercício ao longo dos tempos. O programa REACT forneceu evidências que apoiam as recomendações de atividade da OMS. Os dados apoiam a ideia de que 1x/semana de exercício multimodal pode ser suficiente para benefícios na função física dos membros inferiores.

Apêndice V

Caso 1

Idade: 52 anos

Antecedentes Pessoais: HTA secundária a hiperaldosterismo familiar tipo 1 (dependente de corticóides); HVE-VE não dilatado, com ligeira hipertrofia e boa função sistólica; AVC isquémico da ACM esquerda; angor instável; AVC hemisfério direito e embolia da artéria central da retina; perturbação obsessivo-compulsiva

Estado Civil: casada

Escolaridade: 9ºano

Classificação de independência anterior ao internamento: independente nas AVD'S (informação da doente)

Diagnóstico Atual: AVC hemorrágico mínimo cerebeloso esquerdo de provável etiologia hipertensiva

Avaliação Inicial

A avaliação inicial foi realizada aos 22 dias de internamento, com base nesta avaliação e da análise de exames complementares de diagnóstico e após aplicação de instrumentos de avaliação adequados foi possível determinar os diagnósticos de enfermagem que permitiriam capacitar a doente para a sua máxima independência funcional possível. Foi determinado nesta colheita de dados o foco motivacional da doente: “cuidar dos filhos: T. e B.”. O programa de reabilitação desenvolvido ocorreu durante 3 dias, não foi possível continuar por mais dias pois a doente foi transferida para uma unidade de convalescença onde irá continuar o seu processo de reabilitação.

Medicação habitual:

Prednisolona 5mg (1+0+0+1); Espironolactona 200mg (1+0+0+1); Diltiazem 120mg (1+0+0+1); Amlodipina 10mg (0+0+0+1); AAS 150mg; Rosuvastatina 10mg; Fluoxetina 20mg (1+1+0+1); Clomipramina 75mg; Topiramato 100mg; Alprazolam 1 mg; Quetiapina 150mg; Bupropiona 150mg

Avaliação dos pares cranianos

D22 Internamento/D 1 Reabilitação Motora	D27 Internamento /D4 Reabilitação Motora
VII – facial – apagamento sulco nasogéniano XI – espinal – diminuição elevação escapulo-umeral direita XII – hipoglosso – articulação das palavras	VII – facial – apagamento sulco nasogéniano XI – espinal – diminuição elevação escapulo-umeral direita XII – hipoglosso – articulação das palavras

MIF

No dia 1 do programa de reabilitação motora a doente apresentava-se com um grau de Independência funcional modificada de até 25% da tarefa. No 3º dia do programa de reabilitação o nível de dependência mantém-se no mesmo grau nas com um aumento do número de pontos. A doente teve uma melhoria na independência funcional no autocuidado, melhorou também a nível do controlo de esfíncteres devido ao facto de se deslocar até ao wc com supervisão. Melhoria da independência funcional a nível da mobilidade e locomoção. Embora o nível de independência funcional seja de dependência modificada de até 25% da tarefa, entre o D1 do plano de intervenção e o D3, ocorreu um aumento de 21 pontos na escala de medida de independência funcional.

Aplicando a norma nº54 da DGS, através da classificação da escala MIF, no doente com AVC, considerando-se, apenas, a pontuação relativa a autocuidados, controlo de esfíncteres, mobilidade e locomoção (MIF motor), a situação é classificada como um AVC moderado. Esta classificação permite realizar triagem para a continuidade de cuidados, nesta situação de AVC moderado, <75 anos e tolerância ao esforço de 1 a 3 horas, indica continuação de cuidados numa unidade UCCI – convalescença AVC.

Após a alta hospitalar foi institucionalizada numa unidade de convalescença para continuação do plano de reabilitação.

Após a intervenção de reabilitação a doente apresentou melhoria ao nível da independência funcional nos autocuidados, devido a melhoria da motricidade fina que permite pegar melhor nos talheres (necessita de ajuda com a abertura das caixas), colabora no banho e veste a roupa com maior destreza.

Medida de Independência Funcional		
Autocuidados	22/09	27/09
Alimentação	3	7
Higiene pessoal	3	4
Banho	3	4
Vestir metade superior	4	4
Vestir metade inferior	3	4
Utilização da sanita	3	5
Controlo dos esfínteres		
Bexiga	4	7
Intestino	4	7
Mobilidade		
Leito, cadeira, cadeira de rodas	3	4
Sanita	3	4
Banheira, duche	3	4
Locomoção		
Marcha/ cadeira de rodas	3	6
Escadas	2	2
Comunicação		
Compreensão	7	7
Expressão	4	4
Consciência do mundo exterior		
Interação social	7	7
Resolução de problemas	7	7
Memória	7	7
Total	73	94

Scores	
18	Dependência total
19-80	Dependência modificada (até 50% da tarefa)
81-103	Dependência modificada (até 25% da tarefa)
104-126	Independência completa

Níveis	
Sem Ajuda	
7	Independência completa
6	Independência modificada (ajuda técnica)
Com ajuda	
Dependência Modificada	
5	Supervisão
4	Ajuda mínima (≥25%)
3	Ajuda moderada (≥50%)
Dependência Completa	
2	Ajuda máxima (≥25%)
1	Ajuda total (≥0%)

Mini Mental State Examination

Foi aplicado o mini mental state examination com o intuito de avaliar as capacidades cognitivas da doente e averiguar se as capacidades cognitivas tinham sido afetadas com o recente AVC.

A doente apresenta uma falha de 2 itens a nível da orientação, dia do mês, foi realizada orientação para o dia do mês, com compreensão pela doente. Relativamente ao piso, a doente falhou, mas o serviço não tem no espaço interno nenhuma informação do piso, após orientação pelo enfermeiro a doente memorizou o piso.

1. Orientação – 8/10 (falhou o dia do mês e o piso)
2. Retenção - 3/3
3. Atenção e cálculo – 4/4
4. Evocação – 2/3 (falhou a uma palavra)
5. Linguagem – 4/8 (dificuldade devido ao défice na motricidade fina, na construção da frase foi correta, mas dificuldade na caligrafia)
6. Habilidade construtiva – 1 (com dificuldade no desenho, mas conceito correto)

Total – 22 pontos, de acordo com a cotação da escala e a escolaridade da doente, apresenta uma normal função cognitiva. Esta avaliação determinou que cognitivamente apresenta capacidade cognitiva para os focos de enfermagem no domínio da aprendizagem e conhecimento.

Escala de Tinetti

No 1º dia do programa de reabilitação a pessoa apresentava um score de 7 em 16 pontos máximos do sub-total da escala na avaliação do equilíbrio estático e dinâmico, o que traduz um grau de desequilíbrio corporal (inclinava o tronco quando sentada, usava os braços para se colocar de pé, necessitava de apoio de pessoa para a marcha, por momentos cambaleia, não consegue dar volta de 360º e não fica em apoio unipodal, utiliza os braços para se sentar). No dia 3º do programa de reabilitação a escala de Tinetti tem um sub-total de 13 pontos na avaliação do equilíbrio (melhorou no equilíbrio sentado (fica estável), deambula sem ajudas, mantém-se estável com pequenos desequilíbrios e senta-se de uma forma harmoniosa).

Na avaliação da segunda parte da escala que avalia a marcha no 1º dia de intervenção do EEER a pessoa tinha um sub-total de 7 pontos em 12 pontos máximos (o pé direito não perde o contacto com o solo, o passo é assimétrico, mas contínuo, utiliza apoio de pessoa para a marcha). no 3º dia de intervenção a sra F. passou de 6 pontos para 11 pontos de 12 pontos máximos, melhorando o caminhar sem ajuda, a estabilidade do tronco).

Equilíbrio estático e dinâmico – parte 1	22/09	27/09
1 – Equilíbrio sentado	1	2
2 – levantar-se da cadeira	1	1
3 – Equilíbrio imediato (5 seg)	1	2
4 – Equilíbrio em pé - pés paralelos	1	2
5 – Pequenos desequilíbrios na mesma posição	1	2
6 – Fechar os olhos	1	1
7 – Volta de 360º (2 vezes)	0	1
8 – Apoio unipodal (5 seg)	0	0
9 – sentar-se	1	2
SUB-TOTAL	7	13

Marcha – parte 2	22/09	27/09
1 – Início da marcha	1	1
2 – Largura do passo pé direito	1	1
3 – Altura do passo pé direito	0	0
4 – Largura do passo pé esquerdo	1	1
5 – Altura do passo pé esquerdo	1	1
6 – Simetria do passo	0	1
7 – Continuidade do passo	1	1
8 – Percurso de 3 m	1	2
9 – Estabilidade do tronco	0	2
10 – Base de sustentação da marcha	1	1
SUB-TOTAL	7	11
TOTAL (soma de 2 sub-totais)	14	24

As 2 partes da escala (equilíbrio e marcha) totalizam no 1º dia do programa de reabilitação 13 pontos e ao 3º dia de intervenção 24 pontos. Isto traduz-se na redução do risco de queda, no início do programa de reabilitação a pessoa apresentava alto risco de queda e ao 3º dia apresenta moderado risco de queda. Isto traduz-se em ganhos na Independência.

Escala da Força Muscular MRCm

0	Sem contração à palpação
1	Contração muscular palpável
2	Contração muscular, não vence a gravidade
3	Contração muscular, vence a gravidade
4	Contração muscular vence a gravidade e tem alguma resistência
5	Força normal, vence gravidade e tem resistência

Foram avaliados segundo a escala da força muscular os seguintes segmentos musculares:

Movimento	Hemicorpo Direito	Hemicorpo Esquerdo
Elevação escapular	4	3
Flexão/extensão do cotovelo	4	3
Flexão/extensão do punho	4	3
Flexão dos dedos	4	3
Flexão do tronco	4	
Flexão da anca	4	4
Abdução da anca	4	4
Flexão/extensão do joelho	4	4
Flexão plantar do tornozelo	4	4

Escala Numérica da Dor e Escala de Ashworth

A doente manifesta dor na articulação do ombro, no membro superior esquerdo, que apresenta espasticidade, classifica a sua dor com uma quantificação de 4, segundo a escala visual analógica. A doente apresenta dificuldade abdução do ombro e pronação do cotovelo. Foi realizada massagem e realizado exercícios de mobilização passiva até tolerância da dor com ligeira melhoria da amplitude articular e dor que no momento da alta é classificada como dor 3. Ao longo do internamento foi incentivado o padrão anti-espástico.

0	Sem aumento do tónus
1	Ligeiro aumento do tónus
2	Tónus moderado, completa-se o arco do movimento
3	Tónus acentuado, difícil completar o arco de movimento
4	Contratura permanente

Escala de Ashworth

No membro superior esquerdo a doente apresentava uma espasticidade de grau 3, segundo a escala de Ashworth a nível da extensão do músculo braquial e na mobilização do punho, nos dedos apresenta uma classificação de grau 3 na escala de Ashworth (apresenta ligeira flexão dos dedos da mão, mantêm-se funcionais para as atividades de vida).

Ao longo do plano de reabilitação não foi observado diminuição na espasticidade, mas melhoria da dor causada pela espasticidade.

O ombro direito apresenta limitações articulares, recorrendo ao goniómetro foi avaliada o grau de movimento do ombro esquerdo, apresenta uma abdução de 90º, uma flexão 90º de e uma adução de 20º.

Escala de Borg modificada

Foi pedido que quantificasse o seu nível de cansaço no início das intervenções e 10 minutos após o término da sessão de reabilitação motora. É possível verificar que ao longo do plano de reabilitação ocorreu uma melhoria no nível da quantificação de cansaço e com isso uma melhoria na tolerância ao esforço. Pudemos considerar que a doente apresenta ganhos em saúde para a realização de atividades de vida diária que implicam movimentos mais complexos e melhoria no modo de vida fisiológico: atividade.

	22/09	25/09	27/09
Início da R.M.	5 (forte)	4 (um pouco forte)	3 (média)
Final da R.M.	7 (muito forte)	5 (forte)	3 (média)

Autoconceito

Relativamente à avaliação da qualidade de vida (questionário EUROHIS_QOL 8), a doente refere-se pouco satisfeita com a saúde, com a sua capacidade de desempenhar as atividades de vida. refere-se pouco satisfeita com as suas relações pessoais e que não dispõem de dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades (reformada por invalidez). Encontra-se satisfeita com as condições do local onde vive.

Quando questionada qual a força motivadora para a mudança no seu estado de saúde atual refere ser os filhos B. e T.

Utilizando a escala visual analógica vertical (EUROQOL) para a opinião sobre o seu estado de saúde, sendo 100, o melhor estado de saúde imaginável e 0 o pior estado de saúde imaginável, a doente refere classificar o seu estado de saúde numa pontuação de 40. Anteriormente a este internamento um quadro depressivo, já estando medicada para a depressão, esta patologia pode condicionar a sua perspetiva de qualidade de vida.

Avaliação Inicial			
	Categoria segundo Callista Roy	Avaliação	Diagnóstico de Enfermagem
Modo Fisiológico	Higiene Pessoal e Vestuário	Escala MIF	
	Nutrição	Escala MIF	Autocuidado alimentar-se comprometido
	Atividade	Escala de Tinetti	Movimento muscular diminuído Equilíbrio corporal comprometido Dor ombro esquerdo
	Eliminação	Escala MIF	Autocuidado sanitário
	Oxigenação	Escala de Borg	Intolerância à atividade
	Comunicação	Disartria	Comunicação comprometida
	Repouso	Não refere dificuldade em adormecer, refere ter um sono reparador. Não apresenta sinais de sonolência ao longo do dia.	
	Proteção	Escala de Tinetti	Risco de queda
	Modo auto-		EUROQOL_QOL8 e Escala analógica visual vertical do EUROQOL
Modo o Função de Papel		Através de conversa informal foi possível saber que o papel "mãe" apresenta o papel mais importante e deste modo os filhos são a força motivadora para a adaptação para o processo de reabilitação.	
Mod o Inter-dependen-		Foi possível constatar que é acarinhada e cuidada pelos seus familiares diretos, recebia visita dos filhos alternadamente e do marido.	Sem risco

Categoria	Diagnóstico de Enfermagem (CIPE®)	Intervenções	Resultados
Higiene Pessoal e Vestuário		<ul style="list-style-type: none"> -Treinar pentear com escova de cabo grosso; - Treinar lavar os dentes; -Treinar abotoar botões com recurso a material educativo; -Treinar vestir primeiro parte inferior e depois parte superior do corpo; - Preparar roupa e produtos necessários de forma alcançável; 	Melhoria pontuação MIF, MIF inicial 73 para MIF final de 94
Alimentação	Deglutição comprometida (ingestão de líquidos)	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar a capacidade de deglutição; -Monitorizar deglutição (através de escala GUSS); - Ensinar estratégias como: sentar confortavelmente, apoiar cotovelos; - Determinar a textura tolerada; - Supervisionar a deglutição; 	Tolera líquidos espessados a textura mel
Mobilidade (locomoção e transferência)	Equilíbrio Corporal comprometido	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar equilíbrio corporal estático e dinâmico/sentado e ortostático; - Executar exercícios terapêuticos (ponte, dissociação cintura pélvica); -Estimular a manter o equilíbrio corporal através da correção postural; -Executar técnica de treino de equilíbrio: contorno de obstáculos, alternância de carga nos membros inferiores, - Monitorizar equilíbrio corporal através da escala de Tinetti 	Melhoria da pontuação de avaliação do equilíbrio corporal estático e dinâmico (escala de Tinetti) início=7 final=13; tolera desequilíbrios, equilíbrio em pé, equilíbrio imediato, equilíbrio sentado
	Espasticidade em grau moderado (grau 3), no membro superior esquerdo, segmento cotovelo-punho-dedos	<ul style="list-style-type: none"> -Executar técnica de massagem; -Executar técnica de exercício muscular e articular passivo no sentido distal-proximal; -Executar técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade; -Monitorizar espasticidade através da escala de Ashworth 	Melhoria da dor associada ao ombro espástico segundo escala analógica da dor. Dor classificada como de grau 4 no início do plano e dor 3 no final do plano de reabilitação.

	Intolerância à atividade	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar intolerância à atividade física (tolerância as atividades diárias, recupera a energia após descanso); - Treinar exercícios de resistência (aumento gradual da atividade física (3m, 5m, 10m)); - Planejar o repouso. 	Pela avaliação da escala de Borg, a doente passou de manifestar um cansaço forte (5) nas atividades para um cansaço regular (3).
	Movimento Muscular diminuído	<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido com banda elástica nos membros superiores; - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido com cicloergômetro; - Treinar técnica de exercício muscular e articular, exercícios de agachamento; - Treinar técnica de exercício muscular e articular, exercícios de motricidade fina com labirinto educacional com contas de madeira, rasgar papel. 	<p>Ao longo do plano de reabilitação a doente manteve um grau de força muscular de 4 no membro superior e inferior. Ocorreu melhoria significativa na motricidade fina do membro superior direito. Ao nível do membro inferior direito foi visível a melhoria avaliando a marcha, dá passos simétricos, deambula sem ajuda de pessoa ou auxiliar de marcha</p> <p>Inicialmente necessário ajuda para erguer-se e necessário auxiliar de marcha andador para manter-se em posição ortostática, no final erguer-se sem hesitação ou apoio, mantém-se estável quando na mesma posição ortostática.</p>
	Pôr-se de pé comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a pessoa a pôr-se de pé; - Incentivar a pessoa a pôr-se de pé; - Treinar exercícios de fortalecimento do quadríceps femoral + glúteos + eretores da espinha, através da realização do exercício da ponte; - Treinar pôr-se de pé (3x). 	
Comunicação		<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a pessoa a comunicar; - Executar técnica de treino de discurso (falar pausadamente, ambiente calmo, escuta ativa) - Providenciar material educativo através de imagens. 	Melhoria na articulação de algumas palavras básicas, palavras mais perceptíveis
Ansiedade	Presente	<ul style="list-style-type: none"> - Planejar visitas de acordo com horários do serviço e disponibilidade familiar; - Escuta ativa. 	- Com menos labilidade emocional, mais envolvida no processo de reabilitação

Apêndice VI

Caso 2

Idade: 67 anos

Nacionalidade: Letónia

Estado Civil: casado

Escolaridade: desconhecida

Classificação de independência anterior ao internamento: independente nas AVD'S (informação de filha de amigo)

Diagnóstico Atual: status pós-hidrocefalia

Antecedentes Pessoais: queda em via pública há 3 meses com alteração do estado de consciência e hematoma subdural agudo com convexidade direita, fratura frontoparietal direita + hemorragia difusa, foi realizada craniotomia + drenagem do hematoma e colocação de sensor de pressão intracraniana, fumador, alcoolismo crónico.

Avaliação Inicial

A avaliação inicial foi realizada a dia 12 do internamento. Não foi possível a recolha de informação através de entrevista pois o doente não comunicava em português. Não se obteve informação sobre o fator motivacional, mas foi perceptível que o doente tinha motivação para a reabilitação, demonstrou pela persistência.

Medicação habitual:

Oxazepan 15 mg SOS; Quetiapina 25 mg (0+0+0+1); Ondasetron 4mg EV SOS; Lactulose 15 ml (1+1+0+1); AAS 150mg; Propanolol 10mg (1+1+0+1); Paracetamol 1gr SOS; Levetiracetam 1gr (1+1+0+1); Baclofeno 10mg (1+0+0+1); Enoxiparina 60mg/1x dia; Esomeprazol 20mg; Tansulosina 0,4mg (0+0+0+1); Flavoxato 200mg (1+1+0+1)

MIF

Medida de Independência Funcional	03/10	06/10	09/10	27/10
Autocuidados				
Alimentação	1	1	4	4
Higiene pessoal	1	1	2	3
Banho	1	1	3	3
Vestir metade superior	1	1	1	3
Vestir metade inferior	1	1	1	1
Utilização da sanita	1	1	1	1
Controlo dos esfínteres				
Bexiga	1	1	1	1
Intestino	1	1	1	1
Mobilidade				
Leito, cadeira, cadeira de rodas	1	1	3	4
Sanita	1	1	1	1
Banheira, duche	1	1	3	4
Locomoção				
Marcha/ cadeira de rodas	1	1	3	4
Escadas	1	1	1	4
Comunicação				
Compreensão	3	3	3	1
Expressão	1	1	1	3
Consciência do mundo exterior				
Interação social	2	2	3	3
Resolução de problemas	1	1	3	3
Memória	2	2	4	4
Total	22	22	39	45

Níveis	
Sem Ajuda	
7	Independência completa
6	Independência modificada (ajuda técnica)
Com ajuda	
Dependência Modificada	
5	Supervisão
4	Ajuda mínima (≥75%)
3	Ajuda moderada (≥50%)
Dependência Completa	
2	Ajuda máxima (≥25%)
1	Ajuda total (≥0%)

Scores	
18	Dependência total
19-60	Dependência modificada (até 50% da tarefa)
61-103	Dependência modificada (até 25% da tarefa)
104-126	Independência completa

No 1º dia e no 3º dia do programa de reabilitação motora o doente apresentava-se com um grau de Independência funcional modificada de 22, o que representa um grau de dependência modificada, significando que realiza até 50% das tarefas. Ao 5º dia do programa de reabilitação o nível de dependência mantém-se igual, mas com subida no valor da pontuação total, o score sobe de 22 para 39 pontos, o doente melhorou no autocuidado alimentação, é capaz de se alimentar sozinho se tiver o tabuleiro preparado, melhorou também a nível do autocuidado higiene, lava e seca a parte superior do corpo. Obteve maior pontuação na consciência do mundo exterior: repete “bom dia” e quando se suja a comer tem o cuidado de ir limpar. No final da intervenção, o doente mantém-se no grau de dependência modificada, de até 50% da tarefa mas com uma pontuação mais elevada de 45 pontos na escala MIF. O doente consegue realizar mais tarefas de autocuidado no banho, vestir a parte superior e inferior, mais autónomo na marcha. Não foi possível perceber se o doente apresentava incontinência fecal e vesical, mantinha eliminações na fralda, através de cartões com imagens de sanita que ficou junto ao doente foi tentado que o doente solicitasse que queria ir ao sanitário, mas nunca pediu, nesse ponto de controlo de esfíncteres o doente manteve sempre um score de ajuda total.

Após a alta hospitalar foi institucionalizado numa unidade de convalescença para continuação do plano de reabilitação e posteriormente puder viajar até a sua terra natal, Letónia.

Mini Mental State Examination

Não avaliável.

Escala de Tinetti

No 1º dia do programa de reabilitação a pessoa apresentava um score total de 0, não apresenta equilíbrio sentado, desliza no cadeirão, instável quando provocados pequenos desequilíbrios, não foi realizada tentativa de colocar de pé, optou-se por melhorar a força muscular e realizar exercícios que promovam o equilíbrio. No dia 3º do programa de reabilitação na escala de Tinetti o doente obteve uma pontuação total de 6 pontos, é capaz de se segurar ao auxiliar de marcha para tentar equilibrar-se, tenta reequilibrar-se após vários desequilíbrios provocados pelo enfermeiro. No dia 5 de reabilitação. continuou a melhorar a pontuação na escala de Tinetti, subindo para 10 pontos na pontuação total, apresenta um equilíbrio estável quando sentado, quando em posição ereta apresenta maior estabilidade embora suportado

pelo auxiliar de marcha e utiliza os braços para se sentar no cadeirão. no dia 10 de reabilitação, apresenta uma pontuação total de 13 pontos, consegue levantar-se da cadeira sozinha (embora não a primeira tentativa), na estabilidade do tronco apresentou melhoria.

Ao longo do programa de reabilitação o doente apresentou sempre dificuldade em elevar os pés do chão, apresenta uma marcha arrastada com aproximação dos calcanhares que por vezes quase se tocam, apresenta características de uma marcha tipo parkinsónica.

Equilíbrio estático e dinâmico –	03/10	06/10	09/10	27/10
1 – Equilíbrio sentado	0	1	2	2
2 – levantar-se da cadeira	0	0	0	1
3 – Equilíbrio imediato (5 seg)	0	0	1	1
4 – Equilíbrio em pé - pés paralelos	0	1	1	1
5 – Pequenos desequilíbrios na	0	1	1	1
6 – Fechar os olhos	0	0	1	1
7 – Volta de 360° (2 vezes)	0	0	0	0
8 – Apoio unipodal (5 seg)	0	0	0	0
9 – sentar-se	0	0	1	1
SUB-TOTAL	0	3	7	8

Marcha – parte 2	03/10	06/10	09/10	27/10
1 – Início da marcha	0	0	0	0
2 – Largura do passo pé direito	0	1	1	1
3 – Altura do passo pé direito	0	0	0	0
4 – Largura do passo pé esquerdo	0	0	0	1
5 – Altura do passo pé esquerdo	0	0	0	0
6 – Simetria do passo	0	0	0	0
7 – Continuidade do passo	0	0	0	0
8 – Percurso de 3 m	0	1	1	1
9 – Estabilidade do tronco	0	0	0	1
10 – Base de sustentação da marcha	0	1	1	1
SUB-TOTAL	0	3	3	5
TOTAL (soma de 2 sub-totais)	0	6	10	13

Avaliação da Força Muscular MRCm

0	Sem contração à palpação
1	Contração muscular palpável
2	Contração muscular, não vence a gravidade
3	Contração muscular, vence a gravidade
4	Contração muscular vence a gravidade e tem alguma resistência
5	Força normal, vence gravidade e tem resistência

Foram avaliados segundo a escala da força muscular os seguintes segmentos musculares:

No início do programa de reabilitação o doente apresentava com um grau de força 3 segundo a escala de MRCm, apresentava contração muscular e vencia a gravidade. Após as intervenções programadas para fortalecimento muscular, o doente conseguiu adquirir um maior grau de força muscular, força 4.

Movimento	Hemicorpo Direito		Hemicorpo Esquerdo	
	03/10	17/10	03/10	17/10
Elevação escapular	3	4	3	4
Flexão/extensão do cotovelo	3	4	3	4
Flexão/extensão do punho	3	4	3	4
Flexão dos dedos	3	4		
Flexão do tronco	3 inicial		4 final	
Flexão da anca	3	4	3	4
Abdução da anca	3	4	3	4
Flexão/extensão do joelho	3	4	3	4
Flexão plantar do tornozelo	3	4	3	4

Escala Numérica da Dor

A avaliação da dor só era possível através de fácies de dor, do doente. Não tendo sido possível quantificar.

Escala de Borg modificada

A avaliação da tolerância ao esforço foi realizada através de sinais físicos de cansaço como: polipneia, fácies de cansaço. A dia 4 do programa de reabilitação, o doente apresentava um cansaço manifestado com tremor nos membros inferiores quando se coloca em posição ereta com o auxílio do andarilho junto ao cadeirão, foi realizado treino de levantar e sentar, com

cerca de 3 repetições o doente manifestou tremor nos membros inferiores. A dia 6 do programa de reabilitação quando iniciou treino de marcha com auxiliar de marcha andarilho, percorreu cerca de 5 metros, o doente manifestou por polipneia e respiração mais profunda. A dia 7 o doente caminha 10 metros com auxiliar de marcha andarilho e regresso ao cadeirão com um cansaço ligeiro manifestado por uma ligeira polipneia. A dia 9 de internamento o doente caminhou com apoio bilateral, percorreu o corredor da enfermaria (cerca de 15 metros) sem hesitações não tendo manifestado sinais de cansaço quando regressou ao cadeirão.

Autoconceito

Novamente devido à dificuldade de comunicação não foi aplicada a escala.

Avaliação Inicial			
	Categoria segundo Callista Roy	Avaliação	Diagnóstico de Enfermagem
Modo Fisiológico	Higiene Pessoal e Vestuário	Escala MIF	Autocuidada higiene e vestir-se comprometido
	Nutrição	Escala MIF	Autocuidado alimentar-se comprometido
	Atividade	Escala de Tinetti	Movimento muscular diminuído Equilíbrio corporal comprometido
	Eliminação	Escala MIF	Autocuidado sanitário
	Oxigenação	Avaliação subjetiva	Intolerância à atividade
	Comunicação	O doente só comunica em língua russa.	Comunicação comprometida
	Repouso		Sem risco
	Proteção	Escala de Tinetti	Risco de queda
Modo auto-		Desconhecemos como o sr. A. se sente relativamente ao seu conceito enquanto pessoa.	
Modo o Função de Papel		Sabemos que o sr. A. tem esposa, não tem filhos. Desconhecemos como se sente em relação aos seus papéis sociais e familiares.	Risco elevado, devido ao afastamento familiar.
Modo o Interdependência		Foi possível verificar que o sr A. apresentava apoio de uma filha de um amigo residente em Portugal, tendo sido esta pessoa significativa que fez o contacto com a esposa do senhor que reside na letónia. A esposa manifestou vontade de cuidar do marido, desde que esteve estivesse na letónia, referiu dificuldade em vir buscá-lo.	Sem risco

Categoria	Diagnóstico de Enfermagem (CIPE®)	Intervenções	Resultados
Higiene Pessoal e Vestuário		<ul style="list-style-type: none"> - Treinar pentear com escova de cabo grosso; - Treinar lavar os dentes; - Treinar abotoar botões com recurso a material educativo; - Treinar vestir primeiro parte inferior e depois parte superior do corpo; - Preparar roupa e produtos necessários de forma alcançável; 	<p>Veste o casaco de pijama e abotoa botões do mesmo (27/10);</p> <p>Limpa a roupa quando se suja a comer. (27/10).</p> <p>Melhoria da pontuação MIF na subcategoria Higiene Pessoal e Vestuário, 6 pontos a dia 03/10 e 15 pontos a dia 27/10.</p>
Alimentação	Deglutição comprometida (ingestão de líquidos)	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade de deglutição; - Monitorizar deglutição (através de escala GUSS); - Ensinar estratégias como: sentar confortavelmente, apoiar cotovelos; - Determinar a textura tolerada; - Supervisionar a deglutição; 	<p>Tolera líquidos espessados a textura pudim a 06/10/22</p> <p>Tolera líquidos a textura mel a 22/10/22</p>
Mobilidade (locomção e transferência)	Equilíbrio Corporal comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar equilíbrio corporal estático e dinâmico/sentado e ortostático; - Executar exercícios terapêuticos (ponte, dissociação cintura pélvica); - Estimular a manter o equilíbrio corporal através da correção postural; - Executar técnica de treino de equilíbrio: contorno de obstáculos, alternância de carga nos membros inferiores, Monitorizar equilíbrio corporal através da escala de Tinetti 	<p>Melhoraria da pontuação de avaliação do equilíbrio corporal estático e dinâmico (escala de Tinetti) início=0 final=13; tolera desequilíbrios, equilíbrio em pé, equilíbrio imediato, equilíbrio sentado</p>

	Apresenta flexão da cervical	-Executar técnica de massagem; -Executar técnica de exercício muscular com movimentos de rotação da cabeça -Monitorizar a flexão com recurso a goniómetro; - Incentivar o posicionamento correto.	<p>Pela avaliação subjetiva o doente passou de manifestar um cansaço forte nas atividades para um cansaço nada ou muito pouco.</p> <p>Ao longo do plano de reabilitação a doente manteve um grau de força muscular de 4 no membro superiores. Nos membros inferiores houve uma progressão de um grau de força 3 para um grau de força 4. Ocorreu melhoria significativa na motricidade fina, pegar nos talheres, abotoar botões, pegar no pente. Maior tolerância ao esforço.</p> <p>Inicialmente necessário ajuda para erguer-se e necessário auxiliar de marcha andarilho para manter-se em posição ortostática, no final erguer-se sem hesitação ou apoio, manter-se estável quando na mesma posição ortostática.</p>
	Intolerância à atividade	- Avaliar intolerância à atividade física (tolerância as atividades diárias, recupera a energia após descanso); - Treinar exercícios de resistência (aumento gradual da atividade física (3m, 5m, 10m)); - Planear o repouso.	
	Movimento Muscular diminuído	-Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido com banda elástica nos membros superiores; - Executar técnica de exercício-muscular e articular ativo-resistido com cicloergómetro; -Treinar técnica de exercício muscular e articular, exercícios de agachamento; -Treinar técnica de exercício muscular e articular, exercícios de motricidade fina com labirinto educacional com contas de madeira.	

	Pôr-se de pé comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a pessoa a pôr-se de pé; - Incentivar a pessoa a pôr-se de pé; - Treinar exercícios de fortalecimento do quadríceps femoral + glúteos + eretores da espinha, através da realização do exercício da ponte; - Treinar pôr-se de pé (3x). 	
Eliminação		- Incentivar a pessoa a	Embora se tenha tentado com cartões que o doente aprendesse algumas palavras em português, por forma a melhorar a autonomia do doente, este não verbaliza para ir ao sanitário, utiliza fraida para as eliminações urinárias e intestinais.
Comunicação		<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a pessoa a comunicar; - Executar técnica de treino de discurso (falar pausadamente, ambiente calmo, repetição de palavras) - Providenciar material educativo através de imagens. 	Doente não manifestou interesse na aprendizagem de palavras em português com recurso a cartão com imagens como: água, comida, sanita...
Ambiente Seguro		- Colocação de campainha e objetos pessoais próximos do doente.	
Ansiedade	Presente	- Planear visitas de acordo com horários do serviço e disponibilidade da pessoa significativa;	A pessoa significativa não o visitava com regularidade e não teve a possibilidade de presenciar nenhuma visita e perceber a relação.

Apêndice VII

Caso 3

Idade: 34 anos

Antecedentes Pessoais:

Estado Civil: solteiro

Escolaridade: 12^oano

Classificação de independência anterior ao internamento: é autónomo nas AVD's, necessita de ajuda nas atividades instrumentais de vida

Diagnóstico Atual: status pós-traqueostomia

Antecedentes Pessoais: diabetes tipo I (insulinodependente) desde os 16 anos, epilepsia e status pós-encefalite com défice cognitivo.

Motivo de internamento: o doente foi encaminhado ao serviço de urgência após apresentar uma crise convulsiva no domicílio, onde foi diagnosticado cetoacidose diabética, lesão renal aguda, hiponatremia grave, hipercaliémia grave e mal epilético, devido à gravidade do diagnóstico e por manter crise epilética foi transferido para a UCI onde permaneceu durante 42 dias. Na UCI houve necessidade de ser submetido a traqueostomia para ventilação mecânica invasiva. Foi descanulado, tendo sido transferido para o serviço de Medicina Interna.

Avaliação Inicial

A avaliação inicial foi realizada a dia 4 do internamento no serviço de Medicina Interna. Foi determinado nesta colheita de dados o foco motivacional da doente: “cuidar da horta e animais da quinta e futebol”. Devido ao défice cognitivo do doente foram ajustados os instrumentos de avaliação, para avaliação da dor foi utilizada a escala WONG-BAKER, que vem referida na orientação técnica 14/2010, emitida pela DGS. O programa de reabilitação desenvolvido para o sr F. ocorreu durante 4 dias, o doente não foi encaminhado para uma unidade de reabilitação por decisão familiar. Devido aos antecedentes psiquiátricos, os pais e irmãs mais velhas acharam que o F. iria ficar desconfortável.

Medicação habitual:

carvedilol 6,25mg (1+0+1+0); ácido valpróico 400mg (1+1+0+1); bisacodilo 5mg (1+0+1+0); Levetiracetam 500mg (1+0+0+1); AAS 150mg; esomeprazol 20mg (1+0+0+0); Olazanpina 10mg (0+0+0+1); Olazanpina 5mg (0+0+1+0); mirtazapina 15mg (0+0+1+0); Insulina isofânica 32U (9H e 21H); Insulina glulisina 4U (9H,12H,18H,21H)); prednisolona 40mg (1+0+0+0); prednisolona 20mg (0+0+0+1); enoxiparina 40mg (18H)

MIF

No dia 1 do programa de reabilitação motora o doente apresentava-se com um grau de Independência funcional de dependência modificada, realiza até 50% da tarefa (score de 32 pontos). Neste primeiro dia de reabilitação o doente apresentava-se muito debilitado, confuso e agitado (dificultava a comunicação e a compreensão doente para cumprir ordens), ao longo dos restantes dias, foi realizado um trabalho de relação de ajuda, que se revelou positiva. No dia 4 do programa de reabilitação, o doente melhorou significativamente o seu nível de independência funcional, estando já bastante autónomo nas tarefas de higiene, vestir, mobilidade, uso do sanitário, passou de uma dependência modificada de até 50% da tarefa para uma dependência modificada de até 25% da tarefa. O doente manteve ao longo do programa de reabilitação como dependente total na alimentação pois era alimentado por sonda nasogástrica, inicialmente a eliminação vesical era por drenagem vesical e realizada a eliminação intestinal na fralda, à medida que o programa de reabilitação foi executado e foi aumentando o seu desempenho físico, foram melhorando as suas atividades de vida.

Medida de Independência Funcional	11/11	15/11
Autocuidados		
Alimentação	1	1
Higiene pessoal	2	5
Banho	2	5
Vestir metade superior	2	5
Vestir metade inferior	2	5
Utilização da sanita	1	5
Controlo dos esfíncteres		
Bexiga	1	5
Intestino	1	5
Mobilidade		
Leito, cadeira, cadeira de rodas	2	7
Sanita	1	7
Banheira, duche	1	7
Locomoção		
Marcha/ cadeira de rodas	1	7
Escadas	1	7
Comunicação		
Compreensão	4	4
Expressão	2	2
Consciência do mundo exterior		
Interação social	3	3
Resolução de problemas	2	2
Memória	3	3
Total	32	92

Níveis	
Sem Ajuda	
7	Independência completa
6	Independência modificada (ajuda técnica)
Com ajuda	
Dependência Modificada	
5	Supervisão
4	Ajuda mínima (≥75%)
3	Ajuda moderada (≥50%)
Dependência Completa	
2	Ajuda máxima (≥25%)
1	Ajuda total (≥0%)

Scores	
18	Dependência total
19-60	Dependência modificada (até 50% da tarefa)
61-103	Dependência modificada (até 25% da tarefa)
104-126	Independência completa

Mini Mental State Examination

Foi aplicado o mini mental state examination com o intuito de avaliar as capacidades cognitivas da doente e averiguar se as capacidades cognitivas.

1. Orientação – 4/10 (falhou o dia da semana, dia, mês e ano, estação do ano e andar)
2. Retenção - 2/3 (falhou a terceira palavra)
3. Atenção e cálculo – 0/4 (não conseguiu realizar a subtração)
4. Evocação – 2/3 (falhou uma palavra)
5. Linguagem – 4/8 (não conseguiu cumprir o pedido de ordem com a folha e a frase não cumpria os critérios)
6. Habilidade construtiva – 0

Total – 12 pontos, de acordo com a cotação da escala e a escolaridade da doente, apresenta um défice na função cognitiva. Isto determinou que seria necessária uma adaptação do plano de reabilitação a um nível de compreensão do doente.

Escala de Tinetti

No 1º dia do programa de reabilitação a pessoa apresentava um score de 5 em 16 pontos máximos do sub-total da escala na avaliação do equilíbrio estático e dinâmico, o que traduz um grau de desequilíbrio corporal (inclinava o tronco quando sentado, usava os braços para se colocar de pé, necessitava de apoio de pessoa para a marcha, por momentos cambaleia, não consegue dar volta de 360º e não fica em apoio unipodal, utiliza os braços para se sentar). No dia 4º do programa de reabilitação a escala de Tinetti tem um sub-total de 15 pontos na avaliação do equilíbrio (melhorou no equilíbrio sentado (fica estável), deambula sem ajudas, mantém-se estável com pequenos desequilíbrios e senta-se de uma forma harmoniosa).

Na avaliação da segunda parte da escala que avalia a marcha no 1º dia de intervenção do eeer a pessoa tinha um sub-total de 9 pontos em 12 pontos máximos (utiliza apoio de pessoa para a marcha e desvia-se no caminho a seguir). No 4º dia de intervenção o sr F. passou de 9 pontos para 12 pontos de 12 pontos máximos, melhorando o caminhar sem ajuda, a estabilidade do tronco).

As 2 partes da escala (equilíbrio e marcha) totalizam no 1º dia do programa de reabilitação 14 pontos e ao 4º dia de intervenção 27 pontos. Isto traduz-se na redução do risco de queda, no início do programa de reabilitação a pessoa apresentava alto risco de queda e ao 4º dia apresenta moderado risco de queda. Isto traduz-se em ganhos na Independência.

Equilíbrio estático e dinâmico – parte 1	11/11	15/11
1 – Equilíbrio sentado	1	2
2 – levantar-se da cadeira	1	2
3 – Equilíbrio imediato (5 seg)	0	2
4 – Equilíbrio em pé - pés paralelos	1	2
5 – Pequenos desequilíbrios na mesma posição	1	2
6 – Fechar os olhos	0	1
7 – Volta de 360º (2 vezes)	0	1
8 – Apoio unipodal (5 seg)	0	1
9 – sentar-se	1	2
SUB-TOTAL	5	15
Marcha – parte 2	11/11	15/11
1 – Início da marcha	1	1
2 – Largura do passo pé direito	1	1
3 – Altura do passo pé direito	1	0
4 – Largura do passo pé esquerdo	1	1
5 – Altura do passo pé esquerdo	1	1
6 – Simetria do passo	1	1
7 – Continuidade do passo	1	1
8 – Percurso de 3 m	1	2
9 – Estabilidade do tronco	0	2
10 – Base de sustentação da marcha	1	1
SUB-TOTAL	9	12
TOTAL (soma de 2 sub-totais)	14	27

Escala da Força Muscular MRCm

Foram avaliados segundo a escala da força muscular os seguintes segmentos musculares:

0	Sem contração à palpação
1	Contração muscular palpável
2	Contração muscular, não vence a gravidade
3	Contração muscular, vence a gravidade
4	Contração muscular vence a gravidade e tem alguma resistência
5	Força normal, vence gravidade e tem resistência

Movimento	Hemicorpo Direito		Hemicorpo Esquerdo	
	11/11	15/11	11/11	15/11
Elevação escapular	4	5	4	5
Flexão/extensão do cotovelo	4	5	4	5
Flexão/extensão do punho	4	5	4	5
Flexão dos dedos	4	5	4	5
Flexão do tronco	4 (11/11)		5 (15/11)	
Flexão da anca	4	5	4	5
Abdução da anca	4	5	4	5
Flexão/extensão do joelho	4	5	4	5
Flexão plantar do tornozelo	4	5	4	5

No decorrer do programa de reabilitação o doente, melhorou a força muscular que passou de grau 4 (contração muscular vence a gravidade e tem alguma resistência) para uma força de grau 5 (Força normal, vence gravidade e tem resistência). A nível da recuperação da força muscular o programa foi um sucesso.

Escala Numérica da Dor

O doente manifesta dor na região cervical, foi realizada massagem e realizado exercícios de mobilização passiva até tolerância da dor com melhoria da dor que no momento da alta é classificada como dor 0.

Escala de Borg

Foi pedido ao doente que classifica-se a sua tolerância ao esforço utilizando a escala de Borg mas o doente não foi capaz de utilizar a escala para quantificar o seu cansaço. A tolerância ao esforço foi realizada por avaliação de sinais como: polipneia, fátigas de cansaço.

Em D2, o doente manifestou-se polipneico com FR= 22 p/m após a realização dos exercícios de reabilitação, em D3 após a realização dos exercícios manifestava-se com FR= 19p/m, na última avaliação a D4, o doente após a realização das intervenções planeadas apresentava eupneico com FR=14 p/m.

	D2	D3	D4
Sat. O2 (inicial)	92%	98%	98%
Sat. O2 (final)	95%	100%	100%

Autoconceito

Relativamente à avaliação da qualidade de vida (questionário EUROHIS_QOL 8), o doente não possui capacidade cognitiva para a realização do questionário.

Avaliação Inicial			
	Categoria segundo Callista Roy	Avaliação	Diagnóstico de Enfermagem
Modo Fisiológico	Higiene Pessoal e Vestuário	Escala MIF	Autocuidado Higiene e vestuário comprometido
	Nutrição	Escala MIF	Autocuidado alimentar-se comprometido
	Atividade	Escala de Tinetti	Movimento muscular diminuído Equilíbrio corporal comprometido
	Eliminação	Escala MIF	Autocuidado sanitário comprometido
	Oxigenação	Escala analógica visual de dispneia de Lima Oximetria de pulso	Intolerância à atividade Dependência de aporte de oxigénio
	Comunicação		Sem risco
	Repouso	Apresenta um sono noturno contínuo. Durante o dia não apresenta sinais de cansaço.	
	Proteção	Escala de Tinetti	Risco de queda
Modo auto-		Não foi possível avaliar	
Modo Função de Papel		Através de conversa informar o sr F. manifesta necessidade de regressar a casa para ajudar os pais nas tarefas de cuidar da quinta	Papel de filho comprometido
Modo Interdependente		Foi possível constatar que o sr F. é acarinhada e cuidada pelos seus familiares diretos, recebia visita dos pais e das irmãs mais velhas. Relação com irmão mais velho conflituosa (irmão esquizofrénico), de momento o irmão encontra-se institucionalizado em casa de saúde mental.	Sem risco

Categoria	Diagnóstico de Enfermagem (CIPE®)	Intervenções	Resultados
Higiene Pessoal e Vestuário		<ul style="list-style-type: none"> -Treinar pentear; - Treinar lavar os dentes; -Treinar abotoar botões com recurso a material educativo; -Treinar vestir primeiro parte inferior e depois parte superior do corpo; - Preparar roupa e produtos necessários de forma alcançável; 	Melhoria da subcategoria Higiene Pessoal e vestuário da MIF, passou de 10 pontos para 26 pontos, tendo só mantido a mesma pontuação a nível da alimentação.
Alimentação	Deglutição comprometida (ingestão de líquidos)	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar a capacidade de deglutição; -Monitorizar deglutição (através de escala GUSS); - Ensinar estratégias como: sentar confortavelmente, apoiar cotovelos; - Determinar a textura tolerada; - Supervisionar a deglutição; 	Avaliação da escala com pontuação de 2 pontos (sialorria presente e tosse após deglutição de saliva), não foi progredido o teste. Avaliação por médico de otorrinolaringologista e terapeuta da fala, realizou laringoscopia, apresenta paresia das cordas vocais pelo que mantém indicação para alimentação entérica e colocação posterior de gastrostomia percutânea.
Oxigenação		<ul style="list-style-type: none"> - Realizar exame físico (inspeção, palpação, percussão, auscultação) - Realizar exercícios de expiração de lábios cerrados (soprar através de palhinha para copo de água (10x) 1 serie); - Soprar folha de papel (5x) 1 sessão; - Realizar abertura da grelha costal e fortalecimento muscular com recursos a banda elástica (10x) 1 serie. 	Devido a dificuldade de realizar exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios, o doente não conseguia coordenar a inspiração pelo nariz, expiração pela boca, foi realizado exercício alternativo. Melhoria da saturação periférica (I=92%, F=95%). No 3º dia de reabilitação foi possível permanecer em ar ambiente.
Mobilidade (locomção e transferência)	Equilíbrio Corporal comprometido	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar equilíbrio corporal estático e dinâmico/sentado e ortostático; - Executar exercícios terapêuticos (ponte, dissociação cintura pélvica) 2 series de 5 repetições; -Estimular a manter o equilíbrio corporal através da correção postural; 	Melhoria da pontuação de avaliação do equilíbrio corporal estático e dinâmico (escala de Tinetti) início=14final=27; tolera desequilíbrios, equilíbrio em pé, equilíbrio imediato, equilíbrio sentado

		<ul style="list-style-type: none">-Executar técnica de treino de equilíbrio: contorno de obstáculos, alternância de carga nos membros inferiores,- Monitorizar equilíbrio corporal através da escala de Tinetti	
	Intolerância à atividade	<ul style="list-style-type: none">- Avaliar intolerância à atividade física (tolerância as atividades diárias, recupera a energia após descanso);- Treinar exercícios de resistência (aumento gradual da atividade física (3m, 5m,10m));- Planejar o repouso.	Inicialmente o doente apresentava-se polipneico com FR= 22p/m e referia cansaço, com a progressão das intervenções já não refere cansaço e apresenta-se eupneico com FR= 14 p/m
	Movimento Muscular diminuído	<ul style="list-style-type: none">-Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido com banda elástica nos membros superiores (10x, 1 serie)- Executar técnica de exercício-muscular e articular ativo-resistido com cicloergómetro (5 minutos);-Treinar técnica de exercício muscular e articular, exercícios de agachamento (5 x, 2 series);-Treinar técnica de exercício muscular e articular, com recurso a bola (pontapear e atirar com as mãos 10x, 1 serie)	No início do plano de reabilitação o doente apresentava-se visivelmente debilitado, com diminuição da força muscular (grau 4 MRCm), apresentava intolerância atividade com cansaço grave. Na continuação do plano foi possível fortalecer os músculos com aumento do grau de força muscular para 5 (grau de força normal) e uma tolerância a atividade.
	Pôr-se de pé comprometido	<ul style="list-style-type: none">- Avaliar a pessoa a pôr-se de pé;- Incentivar a pessoa a pôr-se de pé;- Treinar exercícios de fortalecimento do quadrícipite femoral + glúteos + eretores da espinha, através da realização do exercício da ponte;- Treinar pôr-se de pé (3x).	Inicialmente necessário ajuda para erguer-se e necessário auxiliar de marcha andarilho para manter-se em posição ortostática, no final erguer-se sem hesitação ou apoio, mantém-se estável quando na mesma posição ortostática. Escala de Tinetti, subcategoria de equilíbrio, 1º dia pontuação de 5

			pontos e no último dia de reabilitação, totaliza 15 pontos.
Eliminação		- Incentivar usar o sanitário;	Após a retirada da drenagem vesical e com o aumento do equilíbrio e força muscular, o doente passou a utilizar autonomamente o sanitário.
Comunicação		- Incentivar a pessoa a comunicar;	Sem alterações na comunicação
Ambiente Seguro		- Colocar de imobilizador de tronco;	Devido a dificuldade na compreensão das medidas de segurança e devido ao desequilíbrio e diminuição da força muscular foi necessário no início colocar imobilizador de tronco sempre que não era possível supervisão.
Ansiedade	Presente (Manifesta vontade de regressar em breve a casa)	- Planear visitas de acordo com horários do serviço e disponibilidade familiar; - Planear atividades lúdicas do interesse do doente (cromos de futebol, falar sobre o seu clube de futebol, como cuida dos animais...)	Após a realização das atividades lúdicas fica mais tranquilo. Ansiedade reduzida.

Apêndice VIII

Caso 4

Idade: 81 anos

Antecedentes Pessoais: hipertensão arterial, dislipidémia,

Estado Civil: viúva

Escolaridade: 9ºano

Classificação de independência anterior ao internamento: independente nas AVD'S (informação da doente)

Diagnóstico Atual: fratura pertroncatérica fémur direita após atropelamento a baixa velocidade com embate na anca direita

Avaliação Inicial

A avaliação inicial foi realizada a dia 2 do internamento. A utente encontra-se em repouso no leito com tração cutânea com 3 kg no membro inferior direito. Apresentava fratura pertro-cantérica do fémur direita, com indicação médica para tração para alinhamento da fratura. A utente encontrava-se a fazer anticoagulantes orais com clopidrogel 75mg, que tem indicação para fazer 5 dias de pausa de administração para uma intervenção cirúrgica em segurança.

A doente não apresenta grande foco motivacional, ficou viúva há cerca de 4 meses e perdeu a sua única filha há 4 anos de forma repentina, tem o apoio do genro, mas sente-se um peso na vida do sr. J. O programa de reabilitação desenvolvido ocorreu durante 3 dias, não foi possível continuar por mais dias pois a doente teve alta para domicílio.

Medicação habitual: clopidrogrel 75mg, atorvastatina 20mg, perindopril 4 mg.

Imagens radiográficas



A imagem evidencia a fratura peritrocantérica do fêmur direito.

imagem 1 - local e tipo de fratura



A imagem 2 mostra o encavilhamento gamma colocado cirurgicamente para alinhamento da fratura.

Imagem 2- encavilhamento gamma

MIF

Devido ao facto de se encontrar imobilizada no leito com tração cutânea com peso de 3 kg para alinhamento de fratura, a doente apresenta um score de independência funcional de dependência modificada, realizando apenas até 50% da tarefa, a doente realiza tarefas como lavar/secar e vestir a parte superior do corpo, alimenta-se sozinha, mas necessita que o tabuleiro e a comida esteja arranjada. Não apresenta perdas urinárias ou fecais, mas utiliza fralda por desconforto com a arrastadeira. Após a cirurgia e o início do levante para cadeira de rodas a doente passou a independente na alimentação, melhorou o score na mobilidade e locomoção.

Medida de Independência Funcional	25/11	13/12	16/12
Autocuidados			
Alimentação	5	5	7
Higiene pessoal	3	3	5
Banho	3	3	4
Vestir metade superior	4	4	4
Vestir metade inferior	1	1	1
Utilização da sanita	1	1	4
Controlo dos esfíncteres			
Bexiga	1	1	4
Intestino	1	1	4
Mobilidade			
Leito, cadeira, cadeira de rodas	1	1	5
Sanita	1	1	4
Banheira, duche	1	1	4
Locomoção			
Marcha/ cadeira de rodas	1	1	5
Escadas	1	1	5
Comunicação			
Compreensão	7	7	7
Expressão	7	7	7
Consciência do mundo exterior			
Interação social	7	7	7
Resolução de problemas	7	7	7
Memória	7	7	7
Total	60	60	91

Níveis	
Sem Ajuda	
7	Independência completa
6	Independência modificada (ajuda técnica)
Com ajuda	
Dependência Modificada	
5	Supervisão
4	Ajuda mínima ($\geq 75\%$)
3	Ajuda moderada ($\geq 50\%$)
Dependência Completa	
2	Ajuda máxima ($\geq 25\%$)
1	Ajuda total ($\geq 0\%$)

Scores	
18	Dependência total
19-60	Dependência modificada (até 50% da tarefa)
61-103	Dependência modificada (até 25% da tarefa)
104-126	Independência completa

Mini Mental State Examination

Foi aplicado o mini mental state examination com o intuito de avaliar as capacidades cognitivas da doente e averiguar se as capacidades cognitivas da doente. Não sabia o mês, nem o piso da enfermaria. Foi realizada orientação para a estes itens, com a compreensão da doente.

1. Orientação – 8/10 (falhou o dia da semana e o piso)
2. Retenção - 3/3
3. Atenção e cálculo – 4/4
4. Evocação – 2/3 (falhou uma palavra)
5. Linguagem – 7/8 (falhou a colocação do papel na mesa)
6. Habilidade construtiva – 1 (com dificuldade, desenhou os hexágonos, mas só se tocavam num lado)

Total – 23 pontos, de acordo com a cotação da escala e a escolaridade da doente, apresenta uma normal função cognitiva. Esta avaliação determinou que cognitivamente apresenta capacidade cognitiva para os focos de enfermagem no domínio da aprendizagem e conhecimento.

Escala de Tinetti

A escala de Tinetti só foi aplicado ao 10º dia de internamento, altura em que a doente teve indicação para levantar para cadeira de rodas e posteriormente para treino de marcha onde foi aplicado a segunda parte do instrumento de avaliação de equilíbrio de Tinetti.

No dia do levantar a doente apresentava equilíbrio dinâmico e estático sentada. No treino de marcha a indicação para este tipo de procedimento cirúrgico é de realizar marcha com carga parcial do membro operado, para realizar marcha com carga parcial foi selecionado o andarilho como auxiliar de marcha, pois representava menor exigência de coordenação passos-andarilho e revelou-se ser melhor para adaptação da doente. O domicílio não apresentava escadas por isso o andarilho representava ser um auxiliar adequado.

Equilíbrio estático e dinâmico – parte 1	15/12	16/12
1 – Equilíbrio sentado	2	2
2 – levantar-se da cadeira	1	1
3 – Equilíbrio imediato (5 seg)	1	1
4 – Equilíbrio em pé - pés paralelos	1	1
5 – Pequenos desequilíbrios na mesma posição	2	2
6 – Fechar os olhos	1	1
7 – Volta de 360° (2 vezes)	1	1
8 – Apoio unipodal (5 seg)	0	0
9 – sentar-se	1	1
SUB-TOTAL	10/16	10/16

Marcha – parte 2	15/12	16/12
1 – Início da marcha	1	1
2 – Largura do passo pé direito	1	1
3 – Altura do passo pé direito	0	0
4 – Largura do passo pé esquerdo	1	1
5 – Altura do passo pé esquerdo	1	1
6 – Simetria do passo	1	1
7 – Continuidade do passo	1	1
8 – Percurso de 3 m	1	1
9 – Estabilidade do tronco	0	0
10 – Base de sustentação da marcha	1	1
SUB-TOTAL	8/12	8/12
TOTAL (soma de 2 sub-totais)	18/28	18/28

Escala da Força Muscular MRCm

0	Sem contração à palpação
1	Contração muscular palpável
2	Contração muscular, não vence a gravidade
3	Contração muscular, vence a gravidade
4	Contração muscular vence a gravidade e tem alguma resistência
5	Força normal, vence gravidade e tem resistência

Foram avaliados segundo a escala da força muscular os seguintes segmentos musculares:

Movimento	11/12	15/12
Elevação escapular	4	4
Flexão/extensão do cotovelo	4	4
Flexão/extensão do punho esq/drt	4	4
Flexão dos dedos	4	4
Flexão do tronco	4	
Flexão da anca esquerda	4	4
Abdução da anca esquerda	4	4
Flexão/extensão do joelho es-	4	
Flexão plantar do tornozelo	4	

Goniometria

Avaliou-se a amplitude articular com goniómetro, registou-se apenas as amplitudes da articulação coxofemoral do membro inferior direito, uma vez que as outras articulações se encontravam dentro dos valores de amplitude articular. Não foram avaliados a rotação interna ou externa, nem a adução para além da linha média, uma vez que representam movimentos luxantes a evitar. No período pré-operatório não foi avaliado a amplitude articular pois o membro fraturado encontra-se com tração cutânea para alinhamento da fratura. No dia da alta, a doente apresentava flexão da anca operada de 87º graus, o que funcionalmente já permite sentar corretamente e permite subir e descer escadas.

Escala de Borg modificada

Foi pedido que quantificasse o seu nível de cansaço no início das intervenções e 10 minutos após o término da sessão de reabilitação motora. É possível verificar que ao longo do plano de reabilitação ocorreu uma melhoria no nível da quantificação de cansaço e com isso uma melhoria na tolerância ao esforço. Pudemos considerar que apresentou ganhos em saúde para a realização de atividades de vida diária que implicam movimentos mais complexos e melhoria no modo de vida fisiológico: atividade.

Os primeiros exercícios de reabilitação foram realizados em repouso no leito (11/12 e 13/12), a doente apresenta cansaço ligeiro.

No dia do levante a 15/12, devido ao facto do nível de atividade ter aumentado com a transferência para a cadeira de rodas e treino de marcha com andarilho, manifestou maior cansaço, que se deveu a um maior período de imobilidade no leito. No dia seguinte com treino de marcha com andarilho e treino de subir e descer escadas, apresentou menor cansaço que no dia anterior.

	11/12	15/12	16/12
Início da R.M.	2	5	3
Final da R.M.	4	6	3

Autoconceito

Relativamente à avaliação da qualidade de vida (questionário EUROHIS_QOL 8), refere ter uma qualidade de vida boa, e que se encontra satisfeita com a qualidade de vida. Anterior ao acidente que motivou a fratura, sentia-se com energia para a realização das suas atividades de vida diária, inclusive quando sofreu o atropelamento tinha ido a pé ao supermercado. Em relação à satisfação consigo mesma e as relações pessoais, sente-se triste devido a sentir-se sozinha. Na questão monetária refere dispor de dinheiro que lhe permite adquirir o que necessita.

Utilizando a escala visual analógica vertical (EUROQOL) para a opinião sobre o seu estado de saúde, sendo 100, o melhor estado de saúde imaginável e 0, o pior estado de saúde imaginável, a doente refere classificar o seu estado de saúde numa pontuação de 40, devido à incapacidade realizar as tarefas da vida diária.

É nas relações interpessoais com as vizinhas e amigas que a doente mantém a motivação para recuperar e adaptar-se a este episódio de doença. Tem uma pequena agenda onde tem os números de contacto, passa o tempo livre no internamento em conversa com as amigas. Por esse motivo, o telemóvel e a agenda é colocada de forma acessível à doente e ajuda -se quando necessário a verificar os números apontados na agenda.

Avaliação Inicial			
	Categoria segundo Callista Roy	Avaliação	Diagnóstico de Enfermagem
Modo Fisiológico	Higiene Pessoal e Vestuário	Escala MIF	Higiene Pessoal e Vestuário comprometido
	Nutrição	Escala MIF	Autocuidado alimentar-se comprometido
	Atividade	Escala de Tinetti	Movimento muscular diminuído Equilíbrio corporal comprometido
	Eliminação	Escala MIF	Autocuidado sanitário
	Oxigenação	Escala de Borg	Intolerância à atividade
	Repouso	Não refere dificuldade em adormecer, refere ter um sono reparador. Não apresenta sinais de sonolência ao longo do dia.	
	Proteção	Escala de Tinetti	Risco de queda
			Proteção pele comprometida
Modo auto-		EUROQOL_QOL8 e Escala analógica visual vertical do EUROQOL	
Modo Função de Papel		Na função de papel, sente-se deprimida, perdeu o papel de "mãe" com o óbito da filha à 4 anos e perdeu o papel de "esposa" com a recente morte do marido.	Tristeza Presente
Modo Interdependen-		Foi possível constatar que é acarinhada pelo genro que se mantém responsável pela doente	Sem risco

Categoria	Diagnóstico de Enfermagem (CIPE®)	Intervenções	Resultados
Higiene Pessoal e Vestuário	<ul style="list-style-type: none">- Potencial para melhorar a capacidade para vestir-se/despir-se;- Potencial para melhorar a capacidade sobre técnica de adaptação vestir-se/despir-se;	<ul style="list-style-type: none">- Instruir técnica de adaptação autocuidado: higiene;- Treinar técnica de adaptação autocuidado: higiene;- Instruir técnica de adaptação autocuidado: arranjar-se;- Treinar técnica de adaptação autocuidado: arranjar-se; (não fletir o tronco)- Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (descalçar e calçar meias; descalçar/calçar sapatos; vestir a roupa da parte inferior do corpo)- Instruir sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário;- Providenciar material educativo sobre objetos de ajuda técnica para vestir/despir parte inferior do corpo) utensílios de cabo longo.	<ul style="list-style-type: none">- Aumento do score higiene pessoal e banho na subescala de autocuidados da MIF, passou de um nível de assistência moderada para um nível de supervisão/preparação.
Ventilação	<ul style="list-style-type: none">- Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica respiratória	<ul style="list-style-type: none">- Executar técnicas para otimizar respiração (controlo e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática, reeducação costal global); 2 series de 10 repetições- Treinar técnicas para otimizar respiração (controlo e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática, reeducação costal global);	<ul style="list-style-type: none">- Saturações periféricas de oxigénio $\geq 95\%$, FR= 14 cr/m)- Sem sinais de compromisso respiratório (respiração regular, abdominal)- Auscultação com murmúrio vesicular mantido, sem ruídos adventícios.
Limpeza das vias aéreas	<ul style="list-style-type: none">- Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas para limpeza da via aérea	<ul style="list-style-type: none">- Ensinar sobre técnicas para limpeza da via aérea (técnica de tosse dirigida) 2 repetições	<ul style="list-style-type: none">- Sem presença de secreções

			-Sem ruídos adventícios ou ausência de som à auscultação
Alimentação	- Alimentar-se comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre técnica de adaptação para autocuidado: beber; - Ensinar sobre técnica de adaptação para autocuidado: comer; 	- Aumento do valor de score do autocuidado alimentar-se na escala de MIF, passou de uma nível de preparação para um nível de independência.
Mobilidade (locomção e transferência)	Posicionar-se comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se; - Ensinar sobre técnica de adaptação para posicionar-se (não realizar flexão do tronco, não cruzar as pernas, não ultrapassar a linha média do corpo com o membro operado (adução do membro); - Treinar técnica de adaptação para posicionar-se; 	- Na subescala da MIF (locomção e mobilidade) passou de um nível de assistência total para supervisão/preparação
	<p>Andar com auxiliar de marcha</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar conhecimento sobre andar auxiliar de marcha; - Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha; 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha; - Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha (andarilho, perna operada, perna não operada) - Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha; - Instruir sobre andar com auxiliar de marcha; - Instruir sobre subir e descer escadas com 2 canadianas (subir: perna não operada, canadianas, perna operada / descer: canadianas, perna operada, perna não operada) subir e descer 5 degraus com recurso a escada de treino. 	

<p>Intolerância à atividade</p> <p>- Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre a gestão da atividade/repouso e conservação de energia.</p>	<p>- Treinar técnica de conservação de energia coordenando a respiração durante a realização da atividade (inspira no momento do passo, expira na pausa)</p> <p>- Avaliar intolerância à atividade com recurso à escala de Borg;</p> <p>- Planear atividade física, aumentando progressivamente a distância (<5m, >5m a <10m, >10m); 1º dia <5m;</p> <p>2º dia >5m e < 10m</p>	<p>- Ao longo dos dias de reabilitação motora a doente referiu melhoria do cansaço, passou de um valor da escala de Borg de 6 (intenso) para 3 (moderada) no último dia de intervenção;</p>
<p>Movimento Muscular diminuído no membro inferior direito;</p> <p>- Potencial para melhorar o conhecimento sobre os exercícios musculares e articulares;</p> <p>- Potencial para melhorar a capacidade para executar os exercícios musculares e articulares</p>	<p>- Executar técnica de exercício muscular ativo-assistido (membro inferior esq. flexão/extensão do joelho, flexão/extensão da anca) 2 series de 10 repetições</p> <p>- Monitorizar força muscular através da escala de MRCm;</p> <p>- Supervisionar o movimento muscular;</p> <p>- Instruir técnica de exercício muscular e articular;</p> <p>- Treinar técnica de exercício muscular e articular;</p> <p>- Executar técnica de exercícios de fortalecimento muscular isométricos (glúteos, abdominais, isquiotibiais) 2 series de 10 repetições</p>	<p>-</p> <p>- Não existiu perda de força muscular segundo a escala de MRCm</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de exercícios de fortalecimento muscular isotônicos (elevação do tronco com recurso ao trapézio e deltóides) 2 series de 10 repetições - dorsiflexão plantar em ambos os pés 2 series de 10 repetições 	<p>- Avaliação pela MIF de assistência total para supervisão/preparação</p>
Transferir-se comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar a capacidade para transferir-se (cama/cadeira, cadeira/cama) - Potencial melhorar a capacidade para prevenir complicações na articulação (da anca ou joelho) durante o transferir-se; 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se; - Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se (usar os membros superiores como apoio na cama para erguer-se, fazer carga no membro não operado com atenção à adução dos membros, rodar sobre o membro inferior não operado, utilizar membros superiores para apoio na cadeira e ir baixando o corpo ao mesmo tempo que faz extensão do membro operado, na transferência para a cama o membro não operado passa por trás do membro operado e transporta o membro para a cama. - Treinar sobre técnica de adaptação para transferir-se; 	
Pôr-se de pé comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de equilíbrio; - Potencial melhorar o equilíbrio 	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a pôr-se de pé; - Planear o pôr-se de pé; - Providenciar dispositivo auxiliar para pôr-se de pé; - Supervisionar a pessoa a pôr-se de pé; 	

		- Avaliar equilíbrio corporal em ortostatismo estático e dinâmico através da escala de Tinetti;	- Avaliação pela escala de Tinetti, apresenta uma pontuação de 18 pontos.
Eliminação	- Risco de obstipação (repouso no leito) - Risco de Maceração (uso de fralda) - Potencial para melhorar o conhecimento sobre adaptação do domicílio (alteador de sanita)	- Reforço hídrico; - Manter pele seca; - Instruir sobre dispositivo auxiliar (alteador de sanita) para autocuidado: ir ao sanitário; - Instruir sobre técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário; (quando necessário) - Treinar técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário;	- Pele íntegra, sem maceração - Dejeções diárias
Ambiente Seguro	- Risco de queda	- Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha (domicílio com espaço amplo, remover tapetes, iluminar os espaços)	
Ansiedade	Presente	- Escuta ativa da doente; - Executar exercícios de relaxamento através de massagem;	- No momento que antecedeu à cirurgia apresentou momento de choro intenso, nos
			restantes dias mais tranquila e confiante

Apêndice IX

EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO



EXTENSÃO DO JOELHO— realizar movimento repetitivo de extensão do joelho, 3 a 4 vezes por dia com duração de 5 a 10 min cada.



EXTENSÃO DO QUADRIL— realizar movimento repetitivo de extensão completa do quadril, 3 a 4 vezes/dia, duração 5 a 10 min cada.



FLEXÃO DO JOELHO— Realizar movimento repetitivo de flexão do joelho, 3 a 4 vezes por dia com duração de 5 a 10 min cada.



EXTENSÃO DO QUADRIL— Realizar movimento repetitivo de extensão completa do quadril, 3 a 4 vezes/dia com duração 5 a 10 min cada.



ADUÇÃO DO QUADRIL— Realizar movimento repetitivo de adução máximo do quadril, 3 a 4 vezes/dia com duração de 5 a 10 min cada.

In: exercícios de fortalecimento muscular após amputação—serviço de angiologia vascular CHUC

Sinais de Alerta:

- ⇒ Febre;
- ⇒ Rubor e ou dor no coto;
- ⇒ Saída de líquido pela cicatriz do coto;
- ⇒ Odor desagradável;
- ⇒ Pele do coto com alterações de coloração.
- ⇒ Se apresentar algum destes sinais e sintomas deve procurar o médico para avaliação, o mais breve possível.



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Elaborado por: Cátia Sousa—aluna do 6º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação—IPS

Orientação: EEER Ricardo Grenhas
Enfermeira Coordenadora: Helena Matos
Docente: Prof. Maria José Bule
Ano letivo 2021/2022

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL EPE - SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL

Gua de Orientações ao Doente Amputado



Dessensibilização do coto

Nas primeiras semanas após a amputação deve iniciar exercícios de dessensibilização do coto.

Estes exercícios previnem e ajudam a suportar diferentes sensações.

Pode usar gelo, algodão, a toalha passe na pele já cicatrizada, de forma suave, aumentando a frequência e a duração dos movimentos, respeitando a sua tolerância.

<https://portal-chsj.min-saude.pt/pages/1013>



Massagem no coto:

- ⇒ Utilize creme hidratante para realizar a massagem, serve para ativar a circulação sanguínea e aliviar a dor fantasma.



<https://professoradriano.synthasite.com/res/cursos/ENFAXAMENTO%20O%20COT>

Contraturas

As principais causas para o aparecimento de contraturas são:

- ⇒ Mobilização tardia do membro residual;
- ⇒ Posicionamento incorreto do membro residual;
- ⇒ Desequilíbrios musculares decorrentes da amputação.

<https://portal-chsj.min-saude.pt/pages/1016>

Como prevenir contraturas:

- ⇒ Não deixe o coto pendurado fora da cama/cadeira ou cruzado sob a perna;
- ⇒ Não apoie o coto sob a muleta;
- ⇒ Não apoie o coto sob almofadas quando estiver deitado ou sentado.



<https://www.hcfmb.unesp.br/>

Recomendações:

- ⇒ Mobilização precoce após a amputação.
- ⇒ Utilização de suportes adequados / adaptados às cadeiras de rodas.
- ⇒ Realizar os exercícios de alongamentos e de fortalecimento muscular (descritos no folheto)

<https://portal-chsj.min-saude.pt/pages/1018>

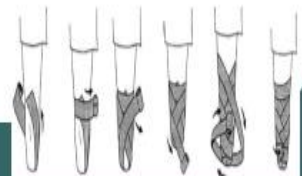
Bandagem para o coto:

A aplicação de ligadura elástica vai moldar gradualmente o coto, facilitando a colocação de prótese, também protege a pele de traumas, aumenta a tolerância local à pressão e, diminui o desconforto causado pela dor e/ou sensação fantasma.

CUIDADOS A TER:

- ⇒ Deve ser iniciada logo que as condições de cicatrização o permitam;
- ⇒ Lave diariamente com água e sabão e seque com uma toalha suave;
- ⇒ As ligaduras devem ser elásticas e não abrasivas, deve evitar dobras ou pregas;
- ⇒ A aplicação deve iniciar com maior pressão junto ao local de amputação e diminuir na parte superior;
- ⇒ As ligaduras devem ser colocadas a desenhar um "8" (ver figura);
- ⇒ Deve retirar-se e ajustar a bandagem 3x/dia e massagear o coto 10-15 min;
- ⇒ Inspeccionar o coto com um espelho, quando remove a ligadura.

<https://portal-chsj.min-saude.pt/pages/1014>



Apêndice X



9º CURSO ANUAL DE Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva para Enfermeiros



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica-se que o trabalho

CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA A REDUÇÃO DO NÚMERO DE QUEDAS – PLANO DE INTERVENÇÃO

elaborado por

Cátia Sousa; Lina Gonçalves; Jorge Casinhas

foi apresentado no

**9º Curso Anual de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva
para Enfermeiros**, que decorreu no dia 20 de outubro de 2022,
no Centro de Eventos Aqualuz, Tróia.

Tróia, 20 de outubro de 2022

Dra. Isabel Medeiros
Presidente do NGHD

Enfa. Isabel Martins
Presidente da Comissão Organizadora

Organização



Anexo I

Medida de Independência Funcional	data	data
Autocuidados		
Alimentação		
Higiene pessoal		
Banho		
Vestir metade superior		
Vestir metade inferior		
Utilização da sanita		
Controlo dos esfínteres		
Bexiga		
Intestino		
Mobilidade		
Leito, cadeira, cadeira de rodas		
Sanita		
Banheira, duche		
Locomoção		
Marcha/ cadeira de rodas		
Escadas		
Comunicação		
Compreensão		
Expressão		
Consciência do mundo exterior		
Interação social		
Resolução de problemas		
Memória		
Total		

Sem Ajuda	
7	Independência completa
6	Independência modificada (ajuda técnica)
Com ajuda	
Dependência Modificada	
5	Supervisão
4	Ajuda mínima (≥75%)
3	Ajuda moderada (≥50%)
Dependência Completa	
2	Ajuda máxima (≥25%)
1	Ajuda total (≥0%)

Disponível na Norma 054/2011 de 27/12/2011 da Direção Geral de Saúde <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/12/27/acidente-vascular-cerebral-prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao/>

NÍVEIS DE FUNÇÃO	Dependente - (com ajuda)				
	É necessária outra pessoa para a supervisão ou ajuda física, sem esta, a actividade não se realiza				
	DEPENDÊNCIA MODIFICADA - a quem recebe <10% de esforço		DEPENDÊNCIA COMPLETA - a quem recebe <10% de esforço		
	1 SUPRVISÃO OU PREPARAÇÃO	2 AJUDA BÉNIGNA	3 AJUDA ESCOLHIDA	4 AJUDA MÁXIMA	5 AJUDA TOTAL
	g) Se necessita sempre presença, supervisão ou encorajamento, sem contacto físico ou f) Assume sempre objectos necessários ou coloca objectos ou artigos sobre mesas	g) Contacto físico Suporta mais de 10% do esforço ou das tarefas	g) Contacto físico Suporta mais de 20% a 50% do esforço ou das tarefas	g) Suporta mais de 20% a 50% do esforço ou das tarefas	g) Suporta mais de 25% de esforço ou das tarefas
A	g) OU h) ex ^a o ajudante abre recipientes corta carne, barra manteiga, serve bebidas	g) ...	g) ...	g) ...	g) ou usa gastrostomia ou alimentação parentérica que não admira por si
B	g) OU h) ex ^a o ajudante corta pasta na encova ou abre previamente produtos de manipulação	g) ...	g) ...	g) ...	g) ...
C	g) OU h) ex ^a o ajudante prepara a água ou os utensílios de limpeza necessários	g) ...	g) ...	g) ...	g) ...
D	g) OU h) ex ^a o ajudante prepara o vestuário ou coloca ortese ou ajuda técnica	g) ...	g) ...	g) ...	g) ou não é vestido
E	g) OU h) ex ^a o ajudante prepara o vestuário ou coloca ortese ou ajuda técnica	g) ...	g) ...	g) ...	g) ou não é vestido
F	g) OU h) ex ^a o ajudante aplica ajuda física ou abra embalagens. Ou necessita de ajuda para colocar objectos essenciais	g) ...	g) ...	g) ...	g) ...
G	g) OU h) ex ^a o ajudante coloca ou estaza ou tem acidentes de incontinência (<= 1x/24h)	g) para manutenção do coletor externo, ou tem acidente ocasional (<= 1x/24h)	g) para manutenção do coletor externo, ou tem acidente ocasional (<= 1x/24h)	g) muito-se quase duma deve usar fralda haja ou não sonda ou coletor	g) muito-se quase duma; necessita sempre fralda haja ou não sonda ou coletor
H	g) OU h) ex ^a o ajudante prepara equipamento para controle ou para manutenção de sistema, pode ter acidente ocasional (<= 1x/24h)	g) usa supervisor ou coletor ou ajuda técnica, ou pode ter acidente ocasional (<= 1x/24h)	g) usa supervisor ou coletor ou ajuda técnica, ou pode ter acidente ocasional (<= 1x/24h)	g) apesar da ajuda, está quase constantemente haja ou não estoma	g) apesar da ajuda, está quase duma; necessita de fralda com ou sem estoma
I	g) OU h) ex ^a o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc.	g) ...	g) ...	g) ...	g) ...
J	g) OU h) ex ^a o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc.	g) ...	g) ...	g) ...	g) ...
K	g) OU h) ex ^a o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc.	g) ...	g) ...	g) ...	g) ...
L	5-Excepção: Sem Ajuda: Beirada em casa, faz marcha, ou usa CR >=15m, ou se auxiliar de marcha, 5-g) para percorrer >=45m (a fazer marcha ou com CR)	g) para percorrer >=45m	g) para percorrer >=45m	g) para percorrer >=10m Necessita de ajuda de 1 só pessoa	g) ou requer ajuda de 2 pessoas ou não faz marcha ou CR>=15m
M	5-Excepção: Sem Ajuda: em casa, sobe e desce 4 a 8 degraus, com ou sem auxiliar de marcha ou ajuda técnica 5- g) para subir e descer 12-14 degraus	g) para subir e descer 12-14 degraus	g) para subir e descer 12-14 degraus	g) para subir e descer 4-6 degraus Necessita de ajuda de 1 só pessoa	g) ou precisa ajuda de 2 pessoas ou não sobe nem desce 4-6 degraus, ou necessita ser transportado
N	<Compreende conversas ou texto de necessidades quotidianas básicas> >90% das vezes, precisa ajuda <10% das vezes (conversa lenta, repetições, acenitação, pausas, orientação visual/ gestual)	<... > (ver atrás) em 75-90% das vezes	<... > (ver atrás) em 50-74% das vezes	<... > 25-40% das vezes, ou apesar da ajuda, não entende questões ou afirmações simples	<... > <25% ou, apesar da ajuda, não entende questões simples ou não tem respostas adaptadas
O	Expressa necessidades e ideias essenciais de vida quotidiana >90% das vezes, necessita de ajuda <10% das vezes (sem repetição/fraseado)	<... > (ver atrás) em 75-90% das vezes	<... > (ver atrás) em 50-74% das vezes	25-40% e, pode só usar gestos ou palavras isoladas Necessita de ajuda >50% das vezes	<20% das vezes, ou não expressa as necessidades essenciais apropriadamente apesar da ajuda
P	g) Só sob situações de stress ou não familiares, mas <10% das vezes. Pode necessitar de encorajamento para iniciar a participação	Conduz-se apropriadamente em 75-90% das vezes	Interage apropriadamente em 50-74% das vezes	Conduz-se apropriadamente em 25-40% Pode necessitar restrição de contactos ou deslocamentos	Conduz-se apropriadamente em <20%. Pode necessitar restrição de contactos ou deslocamentos
Q	g) para resolver problemas de rotina, mas só em situações de stress ou não familiares e <10% das vezes	Resolve os problemas de rotina e, 75-90% das vezes	E (ver atrás), em 50-74% das vezes	E (ver atrás) 25-40% das vezes, pode necessitar de restrição de contactos por segurança	E (ver atrás) <=25% das vezes, pode necessitar de restrição de contactos por segurança
R	g) ex ^a supervisão ou repetição, mas só em situações de stress ou não familiares e <10% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 75-90% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 50-74% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 25 a 40% das vezes. Tem necessidade de ajuda em <50% das vezes	Reconhece ou lembra-se em <25% das vezes ou não reconhece nem lembra

Disponível na Norma 054/2011 de 27/12/2011 da Direção Geral de Saúde <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/12/27/acidente-vascular-cerebral-prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao/>

Anexo II

MINI MENTAL STATE EXAMINATION

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que anos estamos? ____
Em que mês estamos? ____
Em que dia do mês estamos? ____
Em que dia da semana estamos? ____
Em que estação do ano estamos? ____
Em que país estamos? ____
Em que distrito vive? ____
Em que terra vive? ____
Em que casa estamos? ____
Em que andar estamos? ____

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

"Vou dizer três palavras, queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure ficar a sabe-las de cor".

Pera ____
Gato ____
Bola ____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta, se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas).

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".
27_24_21_18_15

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

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

Pera ____
Gato ____
Bola ____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a) "Como se chama isto?" Mostrar os objetos:

Relógio ____
Lápis ____

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

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

Pega com a mão direita ____
Dobra ao meio ____
Coloca onde deve ____

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

Fechou os olhos ____

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

FRASE:

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta)

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



Cópia:

TOTAL (máximo 30 pontos): ____

Escala de normalidade em função da escolaridade:

- Analfabetos ≥ 15 pontos
- Entre 1 a 11 anos de escolaridade ≥ 22 pontos
- Mais de 11 anos de escolaridade ≥ 27 pontos

Norma
008/2019 de
09/12/2019 da
Direção Geral
de Saúde
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/pr-evencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitais.pdf>

ANEXO III

AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR – MRCm e tabela de registo

Movimento	Músculos	Grau 0	Grau 01	Grau 02	Grau 03	Grau 04	Grau 05
Cabeça, pescoço e tronco							
Flexão cervical							
	Longo e reto anterior da cabeça, longo do pescoço						
Extensão cervical							
	Eretor da espinha, oblíquo superior da cabeça						
Flexão do tronco							
	Reto do abdome						
Extensão do tronco							
	Eretor da espinha, multifido, quadrado lombar						
Extremidades inferiores							
Flexão do quadril							
	Íliaco e psóas maior						
Flexão, abdução e rotação lateral do quadril							
	Sartório						
Extensão do quadril							
	Glúteo máximo, semitendinoso e semimembranoso						
Abdução do quadril							
	Glúteo médio e mínimo						
Adução do quadril							
	Adutor magno, adutor longo e curto						
Rotação interna do quadril							
	Glúteo mínimo e tensor da fáscia lata						
Rotação externa do quadril							
	Piriforme, gêmeos superior e inferior						
Extensão do joelho							
	Quadríceps femoral						
Flexão do joelho							
	Bíceps femoral, semitendinoso e semimembranoso						
Flexão plantar do tornozelo							
	Gastrocnémio						
Flexão plantar do tornozelo (associado à flexão do joelho)							
	Sóleo						

Ordem dos Enfermeiros (2016)
Instrumentos de recolha de dados dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação pág.43 https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/coleqios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

MRC Muscle Power Scale

Score	Description
0	No contraction
1	Flicker or trace of contraction
2	Active movement, with gravity eliminated
3	Active movement against gravity
4	Active movement against gravity and resistance
5	Normal power

Anexo IV

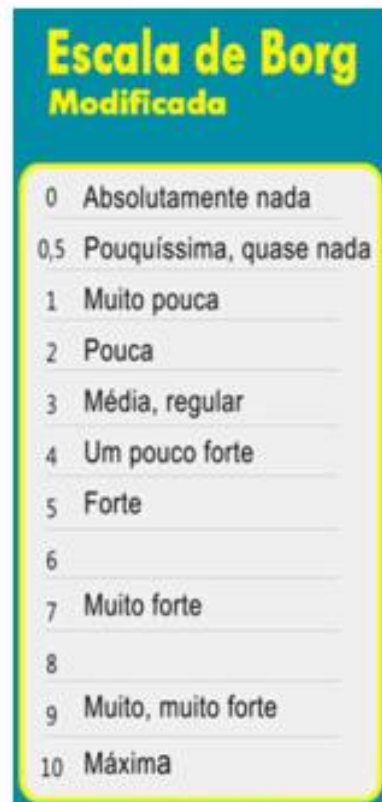
Índice de Tinetti – Equilíbrio Estático e Dinâmico – parte 1			
1-Equilíbrio sentado	0 = inclina-se ou desliza na cadeira 1= Inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira 2= Estável, seguro		
2 – Levantar-se (da cadeira)	0= Incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio 1=Capaz, mas usa os braços para ajuda ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa 2= Capaz na 1ª tentativa sem usar os braços		
3 – Equilíbrio Imediato (nos primeiros 5 seg)	0= Instável (cambaleia, move os pés, oscila o tronco, tenta agarrar algo para suportar-se 1=Estável, mas usa dispositivo auxiliar de marcha para suportar-se 2= Estável, sem qualquer tipo de ajudas		
4 – Equilíbrio em pé com os pés paralelos	0= Instável 1= Instável, mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados >10cm) ou recorre a auxiliar de marcha 2= Pés próximos e sem ajudas		
5 – Pequenos desequilíbrios na mesma posição	0=Começa a cair 1= Cambaleia, segura-se, consegue manter o equilíbrio 2= Estável		
6 – Fechar os olhos	0= Instável 1= Estável		
7 – Volta de 360º (2vezes)	0=Instável (segura-se, cambaleia) 1= Estável, mas dá passos descontinuados 2= Estável e passos contínuos		
8 – Apoio unipodal (aguenta 5seg)	0= Não consegue ou tenta agarrar-se a qualquer objeto 1= aguenta 5 segundos de forma estável		
9 – Sentar-se	0=Pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância 1= Usa os braços ou movimento não harmonioso 2= Seguro, movimento harmonioso		
SUB TOTAL			

Índice de Tinetti – Marcha – parte 2			
1-Início da marcha	0 = hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar 1= sem hesitação		
2 – Largura do passo pé dt	0= não ultrapassa à frente do pé em apoio 1=ultrapassa o pé esquerdo em apoio		
3 – Altura do passo pé dt	0= o pé direito não perde completamente o contacto com o solo 1= o pé direito eleva-se completamente do solo		
4 –Largura do passo pé esq	0= não ultrapassa à frente do pé em apoio 1= ultrapassa o pé direito em apoio		
15 – Altura do passo pé esq	0= o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo 1= o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo		
6 – Simetria do passo	0= comprimento do passo aparentemente assimétrico 1= comprimento do passo aparentemente simétrico		
7 – Continuidade do passo	0=para ou dá passos descontínuos 1= passos contínuos		
8 – Percurso de 3 m	0= desvia-se da linha marcada 1= desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha 2= sem desvios e sem ajuda		
9 – Estabilidade do tronco	0=nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha 1= sem oscilação, com flexão dos joelhos/coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha 2= Sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha		
10 – Base de sustentação na marcha	0= calcanhares muito afastados 1= calcanhares próximos, quase se tocam		
SUB TOTAL			
TOTAL			

Apóstollo, J. (2012) Instrumentos para avaliação em Geriatria, pág. 25

https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509

Anexo V



Escala de Borg Modificada

0	Absolutamente nada
0,5	Pouquíssima, quase nada
1	Muito pouca
2	Pouca
3	Média, regular
4	Um pouco forte
5	Forte
6	
7	Muito forte
8	
9	Muito, muito forte
10	Máxima

Disponível em www.Borgperception.se

Anexo VI

Escala Visual Analógica da Dor

Sem Dor _____ Dor Máxima

Disponível em norma 09/2003 da Direção Geral de Saúde <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Anexo VII

Annex 1

European Portuguese version of the EUROHIS-QOL-8 Questionnaire

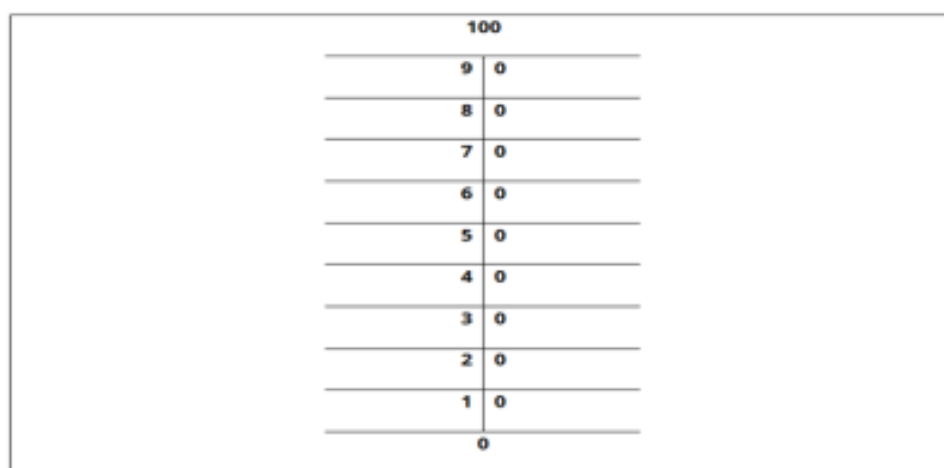
1	Como avalia a sua qualidade de vida?
2	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?
3	Tem energia suficiente para a sua vida diária?
4	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?
5	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?
6	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?
7	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?
8	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?

Escala Visual Analógica Vertical

Data ___ / ___ / ___

Gostaríamos que indicasse nesta escala qual é hoje, na sua opinião, o seu estado de saúde

O melhor estado de saúde imaginável



O pior estado de saúde imaginável

EuroQol Group. Health Policy 1990;16:199-208.

Fonte: (Pereira et al., 2011) Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, 9(2), 109-123. <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/view/627>