

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

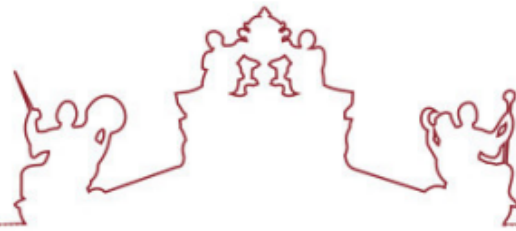
Ganhos no Autocuidado Andar - Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Paula Cristina Verissimo de Sousa

Orientador(es) | Gorete Reis

Évora 2022





Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

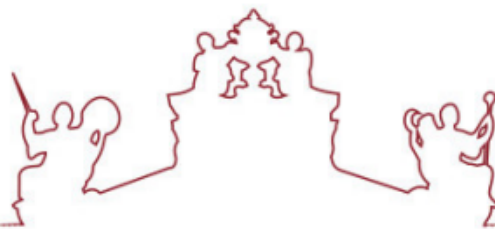
Relatório de Estágio

Ganhos no Autocuidado Andar - Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Paula Cristina Verissimo de Sousa

Orientador(es) | Gorete Reis

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Universidade de Évora)

Vogais | Gorete Reis (Universidade de Évora) (Orientador)
Maria José Bule (Universidade de Évora) (Arguente)

Évora 2022

Depois de tudo

De tudo ficaram três coisas:

A certeza de que estamos sempre a começar...

A certeza de que é preciso continuar...

A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar.

Por isso devemos:

Fazer da interrupção um novo caminho...

Da queda, um passo de dança...

Do medo, uma escada...

Do sonho, uma ponte...

Da procura, um encontro.

Fernando Sabino

AGRADECIMENTOS

Ao longo do percurso em que iniciei o meu sonho de retomar os estudos surgiram aqueles que me ajudaram a concretizá-lo. Demorei uns bons anos a iniciar, contudo não foi motivo para não tentar ser melhor...

Um profundo agradecimento:

- A todos os docentes que permitiram a aquisição de Conhecimentos/Competências durante o percurso académico;

- À minha orientadora pedagógica, Professora Doutra Gorete Reis pela disponibilidade, incentivo, sugestões e força manifestada, pelo apoio e confiança depositada, não me deixando desistir, quando achava que desistir era a solução;

- Ao meu Orientador pedagógico, Professor Doutor Manuel Agostinho pela articulação dos conhecimentos teóricos na prática clínica no primeiro campo de estágio;

- À minha supervisora, Mestre e Especialista Cristina Carochinho por ter estado presente, fornecendo todos os dados importantes durante o estágio, compreensão e incentivo demonstrados e suas palavras de motivação;

- Ao supervisor Enfermeiro Especialista em Reabilitação Carlos Bileu pelo aprendizado no primeiro campo de estágio;

- A todos os elementos da equipa multidisciplinar da UCC e aos utentes da forma como me acolheram, colaboraram e disponibilizaram ferramentas importantes para o meu crescimento;

- Ao Doutor Francisco Azevedo por me salvar a vida;

- À minha enfermeira chefe, Lisete Candeias por ter sido um elemento facilitador nesta caminhada, pelo apoio e palavras de incentivo e aos restantes colegas;

- Aos meus pais e família, sem eles não seria possível, afirmando estar na hora de abraçar este sonho antigo;

- Às minhas filhas, grandes impulsionadoras que acreditaram em mim, pela paciência e apoio, orgulhosas da mãe que têm.

RESUMO

Com o envelhecimento populacional emerge novos desafios a todos os níveis, não somente resultado das patologias associadas à idade, como também alterações na funcionalidade originando maiores níveis de dependência. Desta forma o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação assume, em todos os contextos da sua prática clínica, um papel relevante no processo de adaptação, adiar ou melhorar a nova condição de dependência decorrente do comprometimento do autocuidado andar.

De acordo com a problemática, Autocuidado Andar Comprometido - Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, foi desenvolvido e implementado no estágio final um plano de intervenção a indivíduos com défice no autocuidado, para desenvolver competências na avaliação funcional, diagnósticos de enfermagem de reabilitação e implementação de um plano de intervenção com vista à melhoria da funcionalidade e maximização da autonomia.

O plano de intervenção desenvolvido pretendeu a melhoria do equilíbrio, força muscular e autocuidado andar. Os resultados obtidos, com o envolvimento dos indivíduos no plano de intervenção de reabilitação, comprovam a melhoria da funcionalidade para o autocuidado andar.

O presente relatório visa descrever, analisar e refletir sobre as atividades desenvolvidas para aquisição das competências de Enfermeiro Especialista, de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de Mestre.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação, Autocuidado Andar, Ganhos na Funcionalidade, Competências

ABSTRACT

With population aging, new challenges emerge at all levels, not only because of pathologies associated with age, but also changes in functionality leading to higher levels of dependence. In this way, the specialist nurse in rehabilitation assumes, in all contexts of their clinical practice, a relevant role in the process of adaptation, postponing or improving the new condition of dependence resulting from the impairment of self-care by Walking.

According to the issue, compromised self-care walk – contributions of specialist nurse in rehabilitation, an intervention plan was developed and implemented in the final stage for individuals with a deficit in self-care, to develop skills in functional assessment, rehabilitation nursing diagnoses and implementation of an intervention plan aimed at improving functionality and maximizing autonomy.

The intervention plan contributed to improve balance, muscle strength and uplift self-care walking. The result obtained prove a functional improvement on self-care walking after the implementation of the rehabilitation plan intervention.

This report aims to describe, analyze and reflect on the activities developed to acquire the skills of Specialist Nurse, Specialist Nurse in Rehabilitation and Master.

Keywords: Rehabilitation Nursing, Self-care Walking, Gains in Functionality, Competences

LISTA ABREVIATURAS/SIGLAS

ACES – Agrupamento Centros Saúde

AID - Apoio Domiciliário Integrado

ARSA – Administração Regional Saúde Alentejo

AVC – Acidente vascular cerebral

AVDS – Atividades Vida Diárias

CI – Cuidador Informal

CIPE – Classificação Internacional Prática Enfermagem

Dec. – Decreto

DGS – Direção Geral Saúde

ECCI – Equipa Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa Coordenação Local

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Reabilitação

IC – Insuficiência cardíaca

IDG - Índice de Desempenho Global

INE – Instituto Nacional Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

IR – Insuficiência Respiratória

MI – Membro Inferior

MS – Membro Superior

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial Saúde

PI – Plano Intervenção

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCCI – Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UCC – Unidade Cuidados Comunidade

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

UPP – Úlcera Por Pressão

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1. APRECIACÃO DO CONTEXTO	4
1.1. UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS	4
1.1.1. Unidade Cuidados Da Comunidade	5
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	8
2.1 – ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO	8
2.2 – CONDIÇÃO DE SAÚDE DOENÇA UM DESAFIO À TRANSIÇÃO	10
2.3 – CAPACITAR PARA O AUTOCUIDADO – APOIO NO MODELO DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM	12
2.4 – AUTOCUIDADO ANDAR COMPROMETIDO	13
2.4.1 – Justificação da Estratégia de Intervenção	17
2.4.2 – Metodologia.....	18
2.5 - RESULTADOS	24
2.5.1 – Discussão dos Resultados	45
2.5.2 – Processo de Cuidados Perscrutáveis do Desenvolvimento das Competências	52
3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	55
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	55
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	58

3.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	61
4. CONCLUSÃO	63
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
6. APÊNDICES	69

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Dados relativos aos utentes da UCC.....	7
--	---

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Avaliação Força Muscular	33
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Variáveis	20
Tabela 2 – Plano Intervenção	23
Tabela 3 – Caracterização participantes	25
Tabela 4 Potencial de funcionalidade dos utentes no período pré intervenção.....	27
Tabela 5 – Evolução da funcionalidade após iniciar o plano de intervenção	29
Tabela 6 – Evolução da Funcionalidade da avaliação inicial para a avaliação final	34

APÊNDICES

Apêndice I – Formulário Recolha de Dados

Apêndice II – Certificado de Participação “Teoria das Transições – Repercussões no Ensino e na Prestação de Cuidados”

Apêndice III – Diapositivos da Formação sobre Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências

Apêndice IV - Diapositivos da Formação sobre Inaloterapia

Apêndice V - Andar Comprometido nos Idosos – Contributos de Enfermagem de Reabilitação

ANEXOS

Anexo I – Instrumentos de Colheita de Dados

INTRODUÇÃO

Inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem, uma Associação das Escolas Superiores de Saúde dos institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, no âmbito do Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, o presente Relatório intitulado “Ganhos no Autocuidado Andar – Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação”, foi elaborado na Unidade Curricular Estágio Final.

O Estágio Final decorreu entre 17 de setembro de 2019 e 13 de janeiro de 2020 numa UCC da ARS Alentejo, não excluindo os contributos a nível do conhecimento teórico no decorrer do Curso e do primeiro estágio realizado em uma unidade Hospitalar que desenvolveu a vertente ortopédica.

Pretende com o relatório descrever o desenvolvimento, implementação e conclusões decorrentes do projeto de intervenção profissional, as atividades desenvolvidas, e consequentemente, pretende a atribuição do grau de Mestre, competências como Enfermeiro Especialista e competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

O projeto de intervenção profissional foi desenvolvido numa Unidade de Cuidados da Comunidade cuja população é tendencialmente idosa.

O envelhecimento em Portugal não foge à situação mundial tornando-se um desafio para a sociedade, cuidadores, profissionais e políticas de saúde, sociais e educativas. O Alentejo segundo a Eurostat é a população mais envelhecida das 7 regiões com 25,6% com idade superior a 65 anos.

Ser idoso depende não só da idade do corpo, mas da carga genética e psicológica e do seu envolvimento na sociedade. Para além das alterações físicas próprias da idade, nomeadamente na estrutura e funcionalidade, podem surgir complicações causadas pela doença, aguda ou crónica, com perda de capacidade física e mental, influenciados pelo ambiente e cultura, com implicações para o idoso. Todas estas alterações podem evoluir para a dependência podendo esta em alguns casos, se não houver intervenção, ser irreversível.

Enfrentar a dependência transitória ou definitiva, capacitar o idoso e/ou cuidador informal/família, conservando-o preferencialmente no ambiente familiar, potenciando e maximizando o seu desempenho com vista a minimizar, melhorar ou retardar a dependência.

De acordo com o regulamento das competências específicas de Enfermeiro Especialista em Reabilitação no seu artigo 4º (Regulamento nº392/2019) o enfermeiro cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo da vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades de cada um.

Decidiu-se abordar a temática do autocuidado andar comprometido uma vez que a intervenção de enfermagem poderá beneficiar o idoso melhorando a sua funcionalidade e autonomia, minimizando as implicações da mobilidade reduzida.

Andar é uma capacidade essencial para promover a autonomia do idoso. Segundo Marques-Vieira & Caldas (2018), o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação ao planear, implementar intervenções de enfermagem especializadas está a promover a autonomia e independência da pessoa com andar comprometido.

Foram definidos objetivos para o presente relatório:

- Mostrar a aquisição de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de Mestre em Enfermagem;
- Relatar as atividades desenvolvidas no Estágio Final;
- Descrever e analisar as intervenções enfermagem de reabilitação aos utentes com autocuidado andar comprometido
- Analisar as intervenções desenvolvidas, à luz da Teoria das Transições e da Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem;
- Desenvolver reflexivamente os conhecimentos adquiridos ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, complementando a avaliação do estágio final.

O desenvolvimento de competências decorreu com a elaboração, desenvolvimento e aplicação de um projeto cujo foco principal foram os utentes com autocuidado andar comprometido. Realizou uma avaliação inicial, identificou diagnósticos, elaborou plano de cuidados individualizados com intervenções específicas e seguidamente aplicado e avaliado. Os resultados obtidos foram tratados e comparados após a conclusão do projeto de intervenção e estágio final.

O relatório encontra-se estruturado por capítulos, o primeiro trata a apreciação do contexto onde decorreu o estágio final, o segundo expõe o desenvolvimento de competências utilizando os modelos teóricos de enfermagem, objetivos do estágio final, metodologia e resultados obtidos bem como a sua discussão e o terceiro analisa de modo reflexivo as competências de Enfermeiro Especialista, especificamente de Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Mestre e por fim a nota conclusiva e referências bibliográficas.

1. APRECIACÃO DO CONTEXTO

Pretende-se neste capítulo fazer uma caracterização do contexto onde decorreu a intervenção profissional bem como, dos recursos humanos e materiais disponíveis de modo a compreender a aplicabilidade das ações e resultados da prestação de cuidados de reabilitação.

Foram realizados dois estágios na Unidade de Cuidados Continuados da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA), inseridos na Unidade Curricular Estágio Final. Um com duração de 10 semanas onde se assistiram utentes com problemáticas neurológicas e outro de 6 semanas a pessoas com problemáticas associadas ao foro respiratório

1.1. UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) situa-se na Nut III Do Alentejo Central, possui uma área total de 684,06 Km², que corresponde a cerca de 9,45% da Área do Alentejo Central II, repartidos por 7 Freguesias. São 66500 os utentes abrangidos pela Unidade. Concelho abrange duas grandes áreas de influência urbana, Évora (a sul) e Estremoz (a oriente).

É uma unidade funcional da ACES que presta cuidados e suporte psicológico e social ao domicílio aos utentes e comunidade de acordo com o Dec. Lei 28/2008. São abrangidas pessoas, grupos, famílias mais vulneráveis, em risco, dependência ou doença. Também intervêm na educação para a saúde, em redes de apoio à família e em unidades moveis de intervenção.

Os principais objetivos são:

“ Desenvolver e implementar projetos de intervenção a pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade; Intervir e assistir no contexto domiciliário a utentes dependentes, famílias e cuidadores, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI); Habilitar e capacitar através de intervenções domiciliárias e comunitárias as famílias e ou cuidadores; Desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção da doença nos vários settings; Estabelecer protocolos de articulação com outras unidades funcionais do ACES; Estabelecer parcerias com agentes da comunidade concelhia, garantido a melhor satisfação das necessidades dos utentes e Estabelecer parcerias com

Instituições do Ensino Superior e ou Instituições de Ensino Profissional” (UCC Arraiolos, 2018).

De acordo com o Decreto de Lei 28/2008, o ACES atribui à UCC os recursos físicos e humanos essenciais para a concretização dos seus objetivos.

Cada unidade tem instalações próprias para a tipologia de cuidados, de qualidade e é constituída por equipa multidisciplinar formada por médicos, enfermeiros e funcionários administrativos, coordenada por especialista com pelo menos cinco anos de experiência.

A UCC visa a prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico, social domiciliário e comunitário, aos utentes, famílias ou grupos mais vulneráveis, com maior risco ou dependência física e/ou funcional e/ou de doença, que exija constante acompanhamento.

O Centro de Saúde, situado na sede do concelho, assegura cuidados médicos e de enfermagem a todas as freguesias, promovendo a acessibilidade, a qualidade e a continuidade de cuidados de saúde à população concelhia.

A estrutura das famílias tem, na maioria dos casos menos de 4 elementos. Esta condição desafia os serviços, quanto a equipamentos, apoios sociais e respostas dos profissionais, para novas respostas dirigidas, sobretudo à população envelhecida e doente.

Para além dos ajustes internos torna-se imperativo o desenvolvimento dos programas e projetos em uma estreita articulação com as restantes unidades funcionais do Centro de Saúde, nomeadamente, com a USF Matriz, com a Unidade de Saúde Pública e Equipa de Coordenação Regional para o Cuidados Continuados Integrados.

Incluindo nas suas atribuições a promoção da saúde e a prevenção do risco, estabelecem-se parcerias com o Agrupamento de Escolas e três IPSS (apoio à infância e juventude), com o *Apoio Domiciliário Integrado* (ADI), os *Centros de Dia e Lares Residenciais* (apoio à pessoa idosa). Há parcerias que se estabelecem e se operacionalizam com o município e freguesias.

1.1.1. Unidade Cuidados Da Comunidade

Segundo o artigo 27º do Decreto-Lei 101/2006 de 6 de junho, a equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) é multidisciplinar, e conjuga as vertentes de cuidados de saúde, de apoio social, de reabilitação, cujos elementos são médicos, enfermeiros, terapeutas, assistentes sociais e outros.

Visam, a partir de uma avaliação inicial integral, conhecer a problemáticas dos utentes e propor um plano de intervenção para pessoas com dependência funcional, em convalescença ou doença terminal.

Incluem-se utentes que se deslocam autonomamente, têm rede de suporte social e que por isso não requerem internamento em unidades especializadas. As intervenções devem acontecer no domicílio, serem regulares e programadas, todos os dias úteis da semana.

Têm natureza preventiva, curativa, reabilitadora e incluem ações paliativas, educativas aos utentes e família, apoio no desempenho das atividades de vida pessoais e instrumentais.

Os recursos disponíveis são locais, do Centro de Saúde e dos serviços comunitários nomeadamente as autarquias. Os compromissos entre os parceiros, identificam indicadores de resultados dos quais destacamos: autonomia/independência do utente; incidência de UPP; avaliação da dor e taxa de ocupação da ECCI.

O acesso à ECCI é feito após referenciação para a equipa de coordenação local (ECL), que valida e autoriza essa integração.

A ECCI tem resposta na Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCCI), enquadrada na prestação de cuidados de saúde primários, integradas em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). Assegura, como compromisso assistencial, um máximo de 8 utentes, após referenciação, validação e autorização pela equipa de Coordenação Local da RNCCI.

A prestação de cuidados personalizados a cada utente/família, é acompanhada por um elemento de referência, gestor de caso, para a Equipa e para o utente/família/cuidador, que garante a comunicação e coordenação.

No caso da UCC/ECCI onde decorreu a nossa prática clínica, a equipa multidisciplinar é constituída por Enfermeiros, Médico, Assistente Social, Fisioterapeuta, Terapeuta da Fala e Psicóloga. Existe uma equipa nuclear que integra elementos permanentes à UCC e elementos que colaboram a tempo parcial com a equipa multidisciplinar da UCC.

A ECCI dispõe de uma carrinha da RNCCI que é partilhada, quando necessário com a equipa da USF.

Os utentes abrangidos pela UCC são 6650, estão distribuídos conforme gráficos apresentados na figura seguinte.

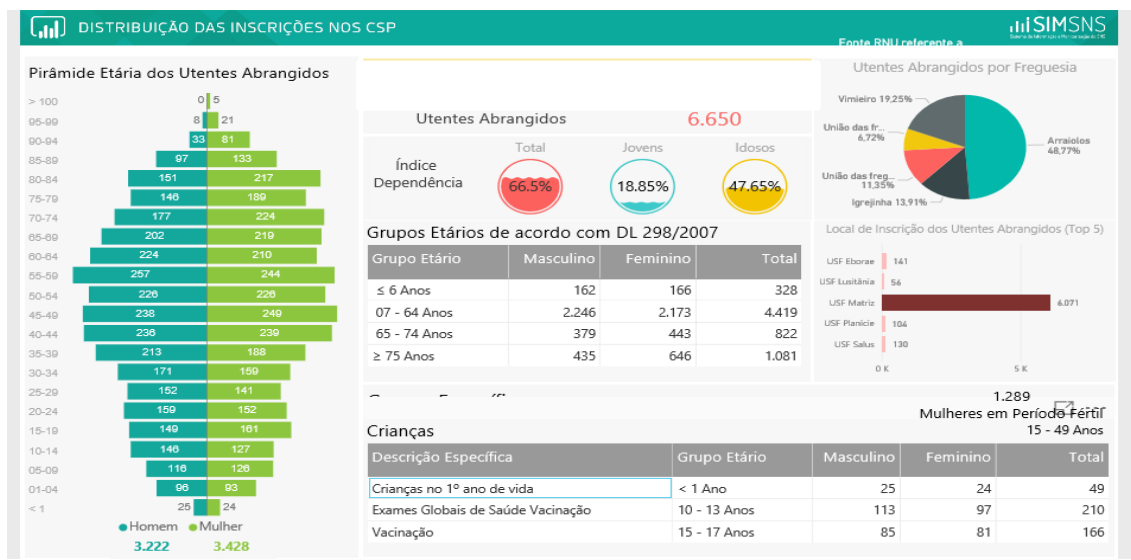


Figura 1 - Dados relativos aos utentes da UCC

Fonte: Plano de Ação da UCC 2018

Como se pode verificar a população idosa representa aproximadamente 29% da população e tem distribuição próxima relativamente ao sexo. No que respeita à dependência existem 3168 idosos sob essa condição. Os cuidados domiciliários da ECCI destinam-se maioritariamente a idosos com múltiplas patologias potenciadas pela idade, têm necessidades de cuidados diferentes, tais como cuidados de reabilitação, manutenção e ocasionalmente palição. É uma população com baixa diferenciação económica, escolaridade, com indicadores de fragilidade habitacional e social e com elevado grau de dependência.

Realçam-se os cuidados de reabilitação a pessoas portadoras de uma deficiência de domínio físico, motor ou sensitivo e de multideficiência. Os planos de intervenção são desenhados para pessoas com diferentes graus de dependência no autocuidado andar e para a promoção da máxima funcionalidade, valorizando os potenciais presentes na pessoa.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A realização deste Relatório surge no âmbito de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação e abrange aspetos de prestação de cuidados em vários contextos clínicos, designadamente hospitalar e comunitário.

Todas as experiências clínicas permitiram concretizar os objetivos da Unidade Curricular Relatório, tendo contributos das estratégias formativas do curso.

Neste capítulo realçamos o percurso formativo em contexto clínico, tendo na base os focos principais dos cuidados específicos, realçando-se a concretização de uma atividade major previamente definida em projeto, bem como o desenvolvimento das competências advindas da prestação de cuidados especializados incluindo os de reabilitação, mas também as competências de mestre, sempre presentes na análise, planeamento, prestação e avaliação dos cuidados a prestar.

Em primeiro lugar descrevemos o desenvolvimento de um plano de intervenção sistematizado e alargado ao autocuidado andar comprometido. Em segundo lugar relatamos criticamente o contributo das atividades clínicas para o desenvolver de competências, os resultados e discussão.

2.1 – ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

A maioria dos países enfrentam um envelhecimento demográfico. Portugal não foge a este fenómeno. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), o número de nascimentos é menor que o número de mortes. Cerca de 21% dos portugueses têm 65 anos ou mais ao passo que 14% da população tem menos de 15 anos. A Base de Dados Portugal Contemporâneo (PORDATA, 2019) relata que cerca de 1 milhão de portugueses tem 75 anos ou mais, fruto da esperança média de vida, que tem vindo a aumentar, rondando os 80,9 anos, à nascença.

A população mundial tem sofrido alterações, decorrentes do aumento da longevidade, têm conduzido ao envelhecimento populacional, que constitui, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS,2015), uma oportunidade para repensar políticas que permitam um envelhecimento ativo e saudável. Para a OMS (2015) existem múltiplas formas de envelhecer, que dependem das interações no contexto sociocultural e económico em que se vive.

Ao idoso são associadas múltiplas idades: a idade do corpo, a carga genética e psicológica, mas também interfere a sua interação com a sociedade, pelo que não se pode centrar apenas numa dimensão pois todas atuam umas sobre as outras. O envelhecimento torna-se um desafio para a sociedade, cuidadores, família, profissionais e políticas de saúde, sociais e educativas.

O Envelhecimento Ativo é uma meta para a OMS e para a ONU otimizando as oportunidades de saúde, participação e segurança de modo a melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas promovendo a capacitação e participação na sociedade para a Direção Geral de Saúde (DGS, 2017). Assim sendo a ONU tem como princípios para os idosos a sua independência, participação, assistência, realização pessoal e dignidade (DGS, 2017).

O envelhecimento ativo visa a qualidade de vida através da promoção da atividade física, a social, incluindo a produtiva, o bem-estar e as relações inter-geracionais (Brito, et al., 2018, citando Ramos, 2013).

Com o envelhecimento manifesta-se nas alterações graduais e pessoais, próprias da idade designadamente na estrutura e funcionalidade, com repercussões nas áreas psicológica e social. No entanto, há processos de envelhecimento intercetados por complicações advindas da doença, que aceleram a perda das capacidades quer física quer mental, e que são influenciados pelo ambiente e cultura, facto que tem implicações para o idoso, a nível social.

Há perturbações a nível da saúde que podem evoluir para a doença crónica e dependência que têm alguma irreversibilidade e são limitadoras da independência da pessoa. As mudanças no comportamento podem resultar em isolamento e solidão.

Perder a funcionalidade predispõe à dependência de terceiros. São de tal modo importantes os reflexos sociais que, muitas vezes, é a sociedade que constitui o apoio de que a pessoa/família necessitam.

O decreto-lei nº 101 de junho de 2006 tem plasmada a definição de dependência, sendo:

“a situação em que ..., por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária” (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho do Ministério da Saúde, 2006).

Enfrentar a dependência transitória ou instalada dispõe-nos a agir na capacitação da pessoa e/ou do cuidador informal/família para a manutenção do idoso, no seu ambiente físico habitual.

A dependência resulta em maior necessidade de cuidados, por vezes em contexto familiar, com cuidadores com idade próxima e que Alves (2018) identifica como alguém que *“tenta suprimir e satisfazer as necessidades mais elementares daquele que está a seu cargo”* (Alves, 2018, p. 16). Bem como, *“Cuidar é mais que um ato, é uma atitude... representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”* (Alves, 2018, p.16, citando Boff 1999).

Menoita (2012) refere que a continuidade dos cuidados de Enfermagem pressupõe a articulação entre o hospital e a família/comunidade e a preparação dos cuidadores para acolher o idoso no domicílio. Têm de ser capacitados para ajudar o seu familiar a maximizar a independência no desempenho das atividades de vida diária, na promoção do autocuidado, prevenção de complicações. Todos estes focos podem ser instruídos e treinados pelos EEER.

De entre as dificuldades, as relacionadas com a mobilidade reduzida têm elevadas implicações na independência e funcionalidade da pessoa. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para ajudar a recuperar habilidades ou a minimizar o agravamento da situação tem de planear, implementar *“intervenções para reabilitar a pessoa com o andar comprometido, o enfermeiro está a promover a independência para as AVD's”* (Marques-Vieira & Caldas, 2018, p. 552).

O EEER tem de capacitar os cuidadores informais/família e agir na melhoria das condições para que apoiem na reabilitação do andar, sendo parte nos planos de intervenção. A atividade andar é fulcral para a manutenção da autonomia do idoso. Por esta razão é preciso integrar todas as variáveis que interferem com aquela atividade, sendo que os programas de intervenção de enfermagem devem incluir a melhoria do tónus, da força, da resistência e do equilíbrio.

2.2 – CONDIÇÃO DE SAÚDE DOENÇA UM DESAFIO À TRANSIÇÃO

O ser humano desde o nascimento passa por várias fases da vida, experimenta eventos, situações do próprio desenvolvimento pessoal e social, às vezes com roturas, ou até situações de saúde-doença que o afeta, o obriga à mudança e adaptação, mais radical, a transição. As palavras mudança e transição deixam dúvidas quanto ao significado.

No dicionário português, Mudança significa ato ou efeito de mudar, processo pelo que algo ou alguém se torna diferente do que era, alteração, modificação, transformação, transformação decorrente de um fenómeno. E a Transição significa ato ou efeito de transitar, passagem de um lugar, assunto, tom ou estado para outro. É uma passagem, fase intermedia no processo evolutivo que resulta em mudança na forma de viver, de ser ou estar da pessoa que a vive.

Estamos ante dois fenómenos que surgem associados, mas nem sempre presentes no mesmo evento. O primeiro refere-se a algo que é exterior, que se vê, enquanto o segundo é do domínio transformativo, interior ao sujeito.

A autora da teoria das transições, diz “*os enfermeiros antecipam, diagnosticam, avaliam, lidam e ajudam a lidar com as mudanças de modo a minimizar danos e promover a autonomia e bem-estar*” (Meleis, 2012).

Contudo, Chick, Meleis (1986), referem que a mudança resulta num fenómeno forçado ou desejado ao passo que a transição representa a vivência desse fenómeno, algo consciente para o qual nos dispomos a adaptar. Nos fenómenos forçados, como a doença, não há controle imediato e por isso precisa de tempo e de apoio.

A transição sofre a influencia das condições presentes, sejam pessoais sejam comunitárias e orienta-se para a mestria. Supõe alterações de comportamento que precisa de conhecimento, habilidades entre outros para a viver de modo saudável. A duração do processo é pessoal, e depende do valor que a pessoa dá e da solidez no novo estado.

A transição de saúde/doença, tem por vezes, consequências nos papéis a desempenhar pelo que pode acontecer em simultâneo com as outras transições: desenvolvimentais (enfrentar a velhice, a viuvez); situacional (andar de casa em casa dos filhos; perder o desempenho de papéis como o de cabeça de casal); Organizacional (perder papéis profissionais, o emprego).

Como se verifica a resposta humana às transições é muito complexa. O EEER deve estar atento às propriedades da transição, onde se incluem a consciência da transição a percorrer, o envolvimento para lá chegar, a mudança a operar e os pontos críticos a superar.

Quase todos os processos de transição saúde-doença envolvem a capacitação da pessoa e o suporte no caminho, que se vai medindo através de indicadores de processo como o estar envolvido; interagir, estar situado, desenvolver confiança e adaptar-se.

O EEER prescreve terapêuticas de enfermagem que passam pela suplementação do papel porque se pretende que a pessoa o assuma, treine em ambiente seguro, aprenda com os outros seus pares e adquira um padrão modelo que represente a mestria e a assunção de uma nova identidade.

2.3 – CAPACITAR PARA O AUTOCUIDADO – APOIO NO MODELO DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Dorothea Orem, nos anos 60, desenvolve a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado. Esta teoria tem sido utilizada por múltiplas escolas de enfermagem como base de orientação a nível curricular, bem como por várias instituições prestadoras de cuidados de enfermagem.

A Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado incorpora três teorias: a Teoria do Autocuidado que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Défice de Autocuidado que descreve e esclarece como as pessoas, em dificuldade para realizar o seu autocuidado, podem ser ajudadas, incluindo com cuidados de enfermagem. E a Teoria dos Sistemas de Enfermagem que são descritas e explicadas as relações que se mantêm durante as ações de enfermagem, para suprir e apoiar no autocuidado nas situações de desvio de saúde.

Com base neste conceito, surgem outros conceitos tal como, autocuidado, agente do autocuidado, agente dependente do cuidado, défice de autocuidado, sistemas de enfermagem, ação de autocuidado ou ação deliberada, comportamentos de autocuidado, fatores condicionantes básicos, necessidades terapêuticas de autocuidado e requisitos de autocuidado.

Na presente perspetiva teórica de Orem (2001), o autocuidado é um ato inato, previamente adquirido e assimilado, através do meio sociocultural do indivíduo, no decurso do seu desenvolvimento. É, pois, uma função humana reguladora que a pessoa tem de desempenhar por si própria, deliberada e continuamente, ou ainda ser desempenhada por outros, para preservar a vida, a saúde, permitir o desenvolvimento e o bem-estar, de acordo com as necessidades da pessoa.

A “... ação de autocuidado desenvolve-se no dia-a-dia, através do processo espontâneo de aprendizagem” (Orem, 2001, p. 255), que é estimulada pela curiosidade intelectual, pela instrução e supervisão de outros e por experiências de autocuidado.

Portanto, as habilidades, o conhecimento e a experiência para o autocuidado adquiridas ao longo da vida fazem da pessoa o seu próprio agente de autocuidado. Nesta condição é capaz de tomar decisões para ações deliberadas (Orem, 2001, p. 255).

Há influência de “*fatores internos ou externos que afetam a capacidade de envolver-se no autocuidado, bem como no tipo e na quantidade de autocuidado necessário*” (Orem, 2001, p. 245), daí a importância de ser capaz de ajuizar essas condições. Interferem no autocuidado: idade, sexo, fase de desenvolvimento, situação de saúde, fatores socioculturais, familiares e ambientais, sistemas de assistência em saúde, padrões de vida e recursos.

A pessoa torna-se agente dependente de cuidados quando por si não é capaz de se autocuidar e por isso carece da ação de outros. Realçamos, aqui, os requisitos de desvio da saúde que são referidos como alterações da condição, genética, estruturais e funcionais, e medidas de diagnóstico e terapêutica.

Para Orem (2001) o déficit no autocuidado surge quando se apresenta um desequilíbrio entre a ação/capacidade de autocuidado e as exigências de autocuidado, isto é, as ações que deveriam ser postas em ação para manter a vida, a saúde e bem-estar. As dificuldades que mais se identificam na área da reabilitação compreendem cuidados dirigidos às estruturas e funções do corpo que têm fortes implicações na independência das pessoas.

Naturalmente são os fatores pessoais e ambientais que determinam défices totais ou parciais, que devem ser tomados em conta quando se estabelecem planos de intervenção de enfermagem de reabilitação. Orem (2001) esclarece que as ações são de natureza compensatória total quando visam compensar as incapacidades, apoiar e proteger; compensatória parcial de maneira a substituir o cliente em algumas atividades; ou de apoio e educação para ajudar a tomar decisões, dar informação e desenvolver a aprendizagem.

2.4 – AUTOCUIDADO ANDAR COMPROMETIDO

Marques-Vieira & Caldas (2018) afirmam que após o nascimento, o bebé depende de terceiros para se deslocar, mas rapidamente desenvolve competências através do reflexo postural para andar. O andar permite a independência da pessoa já que resulta de uma atividade complexa controlada por estruturas cerebrais superiores. É um processo complexo com necessidade de múltiplas competências independentemente do estágio de vida da pessoa.

Andar é uma atividade designada de distintas formas tais como: marcha, mobilizar-se, caminhar ou deambular.

Andar é a síntese de um conjunto acumulado e harmonizado de capacidades que de forma sequencial permitem: levantar, caminhar, girar e inclinar-se, e resultam na mobilidade independente e autónoma. O tempo para se levantar; velocidade da marcha; a capacidade de manter-se na posição ortostática em pé, mantendo o equilíbrio; o início da marcha com um pé em frente ao outro, são elementos que indicam a capacidade para a realização das atividades de vida diárias de modo seguro. Para Judge (2019), a marcha segura precisa do contributo da força muscular, do controle motor e da coordenação sensorial.

Em 2019, Judge descreve que o processo de envelhecimento vai, paulatinamente, mostrando alterações nas estruturas e funcionamento do corpo, que têm repercussões no autocuidado andar, tais como: A **velocidade da marcha** torna-se menor por haver um encurtamento do comprimento da passada muito devido à fraqueza muscular que impulsionam o corpo para a frente; O **tamanho e a cadência da passada** (nº de passos por minuto) que difere de pessoa para pessoa dependendo da estatura, pessoas de estatura alta dão passos mais longos e têm uma cadência menor; **Tempo de apoio duplo** trata-se do tempo que durante a marcha ambos os pés estão assentes no chão. Nos idosos aumenta o tempo dificultando a fase de balanço para a perna avançar e diminuindo o comprimento da passada. O tempo duplo pode aumentar ainda mais quando há alterações do equilíbrio ou quando o idoso tem receio de cair; **Postura na marcha**, os idosos caminham sem inclinação para a frente, com maior rotação pélvica anterior devido ao enfraquecimento dos músculos abdominais e dos flexores dos quadris. Também apresentam uma ligeira rotação externa das pernas (os dedos dos pés a 5º para fora) para melhorar a estabilidade; **Movimento articular** que se altera pouco com a idade a não ser que haja patologia associada.

O corpo *“necessita de estabilidade entre a força inicial, a força oposta e a gravidade”* (Marques-Vieira & Caldas, 2018, p. 547) para se mover do modo desejável. O equilíbrio entre as três forças permite manter a postura, mesmo parado. *“Há diferença entre caminhar ou correr, subir escadas ou dar um pontapé numa bola. No primeiro caso é um procedimento motor automático enquanto o segundo exige uma programação específica para atingir o objetivo”* (Marques-Vieira & Caldas, 2018, p. 547).

Hoeman (2011) diz que o processo de andar exige movimentos brutos simples, motores finos complexos e coordenação desses movimentos; requer força e energia

muscular, estabilidade esquelética, função articular e sincronização neuromuscular. Qualquer alteração no processo prejudica os movimentos.

Uma das manifestações daquela perturbação pode mostrar-se sob a forma de imobilidade, que resulta em prejuízo para o idoso pelo impacto na qualidade de vida. A manifestação varia e apresenta grandes desafios para os idosos, família e profissionais de saúde. A imobilidade é um dos mais comuns e sérios problemas na população, podendo ser definida como “(...) *restrição prescrita ou inevitável de movimento em qualquer especto da vida da pessoa e não de reduções transitórias de mobilidade que ocorram em pessoas normalmente saudáveis*” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 80).

Lourenço & Moreno (2016) indicam que a consequência da imobilidade pode ser de difícil reversão, e pode afetar as dimensões da vida: física, emocional, intelectual e social. Engloba um conjunto de alterações funcionais e/ou bioquímicas, tendentes a potenciar as perdas, e que se manifestam em sinais e sintomas, que são o principal fator de atraso na recuperação. A imobilidade afeta os múltiplos sistemas como sejam: o músculo-esquelético, gastrointestinal, urinário, cardiovascular, respiratório e tegumentar. As alterações da marcha podem ter início em distúrbios neurológicos, músculo-esqueléticos ou outros.

Dentro dos distúrbios neurológicos Judge (2019) acrescenta que englobam as doenças degenerativas; circulatórias, metabólicas que se assinalam como demência, distúrbios do movimento com envolvimento motor ou sensitivo e sensorial. Sós ou numa ação conjugada e potenciada, os distúrbios, refletem-se na qualidade de vida. Ora, uma das metas dos cuidados de enfermagem é a de maximizar a mobilidade de modo a reduzir complicações resultantes de todo o processo de alterações da funcionalidade e doença.

Em 2019 Judge refere que as alterações no autocuidado andar se manifestam pela: **Perda de simetria de movimento e do tempo entre ambos os hemisférios do corpo** resultado de distúrbios neurológicos unilaterais ou músculo-esqueléticos, alterações do comprimento do passo, cadência, movimento dos vários seguimentos que diferem de um lado e do outro do corpo; **Dificuldade em iniciar ou manter a marcha** resulta da dificuldade de ajustar o peso de um pé para o outro de modo a caminhar e revela perturbações tais como a doença de Parkinson. Marcha cautelosa pode ser por o idoso ter medo de cair ou perturbações do lobo frontal; **Retropulsão** caracteriza-se por andar para trás quando se inicia a marcha; **Pé caído** resulta no arrastamento do dedo do pé, pode ser por fraqueza dos músculos, espasticidade ou fragilidade muscular; **Comprimento da passada** pode significar

alterações neurológicas ou músculo-esqueléticas bem como medo de cair; **Marcha baseada na amplitude** a amplitude alterada resulta de problemas do cerebelo ou alterações do joelho ou quadril; **Circundução** mover o pé em arco quando se dá um passo à frente, surge quando há fraqueza muscular pélvica ou por dificuldade de flexão do joelho; **Inclinação para a frente** surge na doença de Parkinson e na demência; **Festinação** passadas curtas que aceleram a marcha e geralmente com inclinação do tronco para a frente, surge na doença de Parkinson; **Inclinação do tronco para o lado** ocorre para o lado da perna de apoio, quando há problemas nas articulações para evitar a dor ou na marcha hemiparética em que o idoso se apoia no lado mais forte de modo a elevar a pelve do lado oposto e proceder à marcha; **Instabilidade irregular e imprevisível do tronco** por disfunções dos gânglios cerebelar, subcortical ou basal; **Desvio do caminho** sinais de défices do controle motor; **Distúrbios na oscilação dos braços** Parkinson, demências vasculares.

Para andar é necessária simetria corporal, equilíbrio, estabilidade corporal, consumo de energia, bem como a interação entre o sistema nervoso e o sistema osteo-muscular. De acordo com Jodge (2019), o autocuidado andar comprometido está relacionado muitas vezes com os distúrbios músculo-esqueléticos pelo que deve ser realizada uma avaliação rigorosa deste sistema, massa muscular, tónus, força e coordenação muscular.

Marques-Vieira & Caldas (2018) diz que o “*andar se divide em três fases*”, também denominado de ciclo da marcha:

“a primeira fase começa no contacto inicial com um movimento de flexão plantar associado ao movimento seguido pela segunda fase de resposta à carga com dorsiflexão da articulação tibiotársica com movimento associado e depois a terceira fase com a diminuição do ângulo e movimento com dorsiflexão plantar e de preparação para a fase de marcha oscilante” (Marques-Vieira & Caldas, 2018, citando Crenna e Frigo, 2011).

A avaliação permite determinar os fatores que afetam o autocuidado andar, e deve incluir as queixas, anseios e expectativas do idoso em relação à sua mobilidade, a observação da marcha, com ou sem ajudas técnicas ou humanas. Quanto mais cuidadosa maior a facilidade em desenvolver um programa que se adegue aos défices das pessoas.

2.4.1 – Justificação da Estratégia de Intervenção

O desenvolvimento das competências está associado aos contextos de cuidados selecionados, com focos de intervenção distintos, que recebem pessoas em risco ou com défices de autocuidado, a viverem fases diferentes do ciclo vital. Situados em áreas diferentes, seleccionámos pessoas com necessidades que abrangem uma plêiade de focos que contribuem para desenvolver as competências de mestre e de especialista.

Consideramos que as competências nos permitiram capacitar as pessoas para o autocuidado; para o treino de habilidades que potenciaram desempenhos mais independentes e para a reabilitação física, psicológica e social, que são condições para a construção de uma vida plena e com qualidade.

Realçamos, em particular a finalidade da atividade major que é avaliar os ganhos no Autocuidado Andar resultantes dos contributos dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Pretendemos acrescentar contributos válidos que permitam refletir o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem e particularmente a Enfermagem de Reabilitação (ER), através da constatação dos ganhos em saúde passíveis de serem alcançados pela atuação destes profissionais.

Objetivos

No âmbito do estágio final, foram definidos os seguintes objetivos gerais: avaliar a funcionalidade das pessoas alvo dos cuidados de Enfermagem; planear e prestar cuidados de enfermagem específicos de reabilitação; treinar e desenvolver habilidades psicomotoras, capacitar a pessoa e seu cuidador no processo de reabilitação e ainda contribuir para a integração da pessoa na comunidade.

No âmbito do projeto destacámos uma atividade relacionada com o andar comprometido e para a sua concretização definimos os objetivos seguintes: avaliar e diagnosticar condições associadas à alteração da funcionalidade no autocuidado andar; definir e implementar um plano de intervenção visando a funcionalidade no autocuidado andar; avaliar os ganhos da funcionalidade no autocuidado andar; desenvolver competências na prestação de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação.

2.4.2 – Metodologia

Trata-se de uma abordagem baseada no processo de cuidados que parte de uma avaliação inicial, mais compreensiva quanto à funcionalidade da pessoa; identifica e define diagnósticos, perspectiva objetivos, organiza e implementa o plano de cuidados e procede à avaliação dos resultados. Cada situação configura-se num tipo de estudo de caso. Realçam-se os aspetos particulares de cada situação e os comuns, de modo a mostrar o impacto, em ganhos, da intervenção específica de reabilitação.

Além da observação, o recurso a instrumentos de avaliação, previamente selecionados, permitiram precisar as mudanças operadas pelas intervenções. Naturalmente que o utente foi, sempre, o parceiro importante, que envolvemos no processo de cuidados, assim como o seu cuidador.

A intervenção de enfermagem de reabilitação orienta-se para o desenvolvimento de competências associadas ao curso e à área. Plano de intervenção realizado na ECCI teve a duração de 16 semanas.

Participantes

Foram alvo de intervenção de enfermagem de Reabilitação todos os utentes que, estando nos contextos de cuidados, tinham alguma situação saúde-doença que implicava com a funcionalidade e que beneficiaram dos cuidados específicos.

Os participantes selecionados para a atividade major foram utentes internados em ECCI, dependentes no autocuidado andar, alvo de cuidados de reabilitação. Foram critérios de inclusão fazer parte dos utentes assistidos na equipa de ECCI, estar consciente e orientado em todas as dimensões, ser dependente no autocuidado andar, ter potencial de reabilitação, motivado para melhorar a sua condição, ter capacidade de aprendizagem e aceitar participar. Assim sendo, foram incluídos todos os utentes internados de 17/09/2019 a 13/01/2020.

Foram 6 os utentes internados em ECCI, alvo da intervenção em enfermagem de reabilitação no domicílio. A funcionalidade dos utentes foi avaliada, bem com o seu potencial de reabilitação e traçados objetivos e plano individualizados. A enfermeira supervisora validou os procedimentos.

De modo a garantir a livre decisão dos utentes quanto à adesão ao plano de intervenção, a enfermeira supervisora fez o primeiro contacto com os selecionados. Explicou

o projeto de intervenção. Solicitou o seu consentimento escrito, tendo entregado o documento específico que foi só recebido de volta no contacto seguinte.

O início da intervenção teve a presença da enfermeira supervisora, porque conhecendo os utentes, dava segurança, minimizava riscos e efeitos indesejáveis não esperados e participava na avaliação prévia à intervenção. Estava previsto o encaminhamento do utente para recursos da comunidade, se os disponíveis no domicílio fossem insuficientes. Situação que nunca aconteceu. No início de todas as sessões foram avaliadas as condições do utente que permitiram uma intervenção segurança.

Intervenção

Plano de intervenção realizado na ECCI teve a duração de 16 semanas.

A intervenção foi antecedida de uma avaliação com elementos qualitativos e outros quantificáveis, recolhidos com o uso dos instrumentos selecionados.

Será pertinente considerar algumas variáveis que condicionaram os ganhos nas intervenções de Enfermagem de Reabilitação incluindo as relativas à atividade major que visava o autocuidado andar, tais como: Sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade); Orientação, capacidade de comunicação, atenção, motivação; Situação de saúde: condição de saúde; gestão do regime terapêutico (gestão da alimentação; exercício físico e terapêutica medicamentosa) quem faz, o utente ou o cuidador informal e interesse em fazer por parte de ambos; Existência do cuidador informal; Força, equilíbrio, marcha, bem como a utilização de auxiliar de marcha; Condições arquitetónicas (barreiras); Satisfação com os cuidados e participação.

Instrumentos de colheita de Dados

Foi desenvolvido um plano de intervenção, realizado momentos de monitorização do plano, ajustes se necessário e avaliação constante tendo em conta as variáveis identificadas.

Todas as tabelas e gráfico apresentados a baixo são da autoria do mestrando de acordo com o plano de intervenção e resultados obtidos no decorrer do estágio final.

Tabela 1 - Variáveis

Variável	Medição	Autor do Instrumento
Orientação espaço temporal e da pessoa	Perguntas informais: como se chama, com quem mora, onde mora, onde estamos em que ano/mês estamos	Estudante
Motivação	Pergunta informal: O que deseja com a nossa intervenção	Estudante
Força	Escala de avaliação da força muscular	Medical Research Council em 1943
Equilíbrio	Índice de Tinetti	Tinetti, Williams e Mayewski de 1986
Marcha	Time up and go	Podsiadlo, D. e Richardson de 1991
Dependência	Índice de Barthel Medida de independência funcional (MIF)	Mahoney, FI e Barthel, D de 1965 Uniform Data System for Medical Rehabilitation de 1986

Na avaliação utilizámos a observação, o diálogo com o utente e cuidador informal bem como recorreremos aos seguintes instrumentos:

- Índice de Barthel de Mahoney, FI e Barthel, D de 1965 (Ordem dos Enfermeiros, 2016). O Índice de Barthel avalia o grau de dependência do indivíduo para a realizar as atividades básicas de vida diária, como a higiene pessoal, comer e beber, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Pode ser preenchido através da observação direta ou através dos registos de enfermagem. Visa avaliar a capacidade do indivíduo desempenhar determinadas atividades. Cada atividade apresenta 2 a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a independência pode oscilar de 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência. O total de pontos vai de 0 a 100, sendo que, de 0-20 indica Dependência total; 21-60 Grave dependência; 61-90 Moderada dependência; 91-99 Muito leve dependência e 100 Independência.

- Medida de Independência Funcional (MIF) os autores “Uniform Data System for Medical Rehabilitation, a division of UB Foundation Activities, Inc” em 1986, e recomendada pela DGS em 2011 (Ordem dos Enfermeiros, 2016), tem como finalidade determinar a capacidade/incapacidade funcional de um adulto ou idoso, avalia o desempenho e a

necessidade de cuidados para a realização de determinadas tarefas motoras e cognitivas de vida diária. Foi desenvolvida de acordo com a Classificação Internacional de Deficiência publicada pela Organização Mundial da Saúde em 1980. Instrumento de avaliação constituído por 18 itens, 6 referentes ao Autocuidado (Alimentação; Higiene Pessoal; Banho; Vestir metade superior do corpo; Vestir metade inferior do corpo; Utilização do sanitário), 2 ao Controlo de esfíncteres (Controle de urina; Controle das fezes), 3 a Mobilidade/Transferências (Leito, cadeira, cadeira de rodas; Sanitário; Banheira, chuveiro), 2 a Locomoção (Marcha/cadeira de rodas; Escadas), 2 a Comunicação (Compreensão; Expressão) e 3 a Cognição Social (Interação social; Resolução de problemas; Memória). A atribuição de pontos determina o grau de dependência: 7 corresponde a independência completa, 6 a independência modificada, 5 a necessidade de supervisão durante a realização da tarefa, 4 a ajuda mínima, ou seja, realiza mais de 75% da tarefa, 3 a ajuda moderada, sendo que o doente realiza mais de 50% da tarefa, 2 a ajuda máxima, em que o doente realiza mais de 25% da tarefa, 1 a ajuda total, ou seja o doente tem que ser substituído em toda a tarefa.

- Escala de avaliação de força muscular Lower da “Medical Research Council” (Ordem dos Enfermeiros, 2016) foi publicada pela primeira vez em 1943. Avalia a força muscular entre 0 a 5 em que 0 (sem contração), 1 (contração, mas sem movimento), 2 (movimento sem vencer a gravidade), 3 (movimento que vence a gravidade, mas não vence resistência), 4 (movimento contra resistência moderada e vence a gravidade) e 5 (força normal). Deve ser aplicada para avaliar a força muscular e tónus muscular dos vários segmentos articulares

- Índice de Tinetti criada em 1986 por Tinetti, Williams e Mayewski (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Tem como finalidade classificar aspetos da marcha tais como a velocidade, a distância do passo, simetria e o equilíbrio em pé, sentado, mudar de direção (girar) de olhos fechados. Simples de aplicar e sem necessidade de equipamento sofisticado, fiável para encontrar alterações significativas da marcha. A utilização deste instrumento de avaliação possibilita ações preventivas, assistenciais e de reabilitação com implicações na qualidade de vida.

- Time Up and Go (TUG) criado em 1991 elaborado por Podsiadlo, D. e Richardson, S. (Ordem dos Enfermeiros, 2016), avalia a mobilidade, equilíbrio e capacidade de caminhar e estabilidade da deambulação, bem como o risco de queda nos mais idosos. Só é necessária uma cadeira com braços, com assento colocado entre 44 e 46m de altura, um percurso de 3 metros disponível desde a cadeira até uma marca colorida colocada no chão e

um cronómetro. Inicia-se a contagem do tempo desde a ordem de partida, a pessoa deve estar sentada na cadeira com as costas apoiadas e os braços apoiados nos braços da cadeira, os pés paralelos ao chão e deve receber informações prévias sobre a execução do teste. Levanta-se da cadeira, faz o percurso de 3 metros e roda 180° regressando à cadeira. À ordem de partida “vai” é iniciada a cronometragem do tempo, desde que se levanta da cadeira, caminha em uma linha reta de 3 metros de distância (a um ritmo confortável e seguro) alcançando a marca, gira a 180 graus, regressa caminhando de volta e senta-se sobre a cadeira novamente, momento em que a contagem do tempo é interrompida pelo profissional quando se senta na cadeira (as nádegas tocam a cadeira). Tempo igual ou inferior a 10 segundos indica bom desempenho para adultos idosos e baixo risco de queda; 10,1 a 20 segundos indica desempenho normal para idosos frágeis ou com dependência, mas que são independentes na maioria das atividades de vida e apresentam algum risco de queda; o tempo compreendido entre os 21 e os 29 segundos exige avaliação funcional obrigatória com risco de queda moderado. Mais de 30 segundos significa alto risco de queda.

Da colheita de dados emergem os indicadores que visam apoiar a quantificar, qualificar e comparar a atividade e auxiliar na melhoria contínua do autocuidado andar. Os dados, foram tratados de modo descritivo juntando as medidas comuns aos distintos utentes e ainda realçando particularidades de cada um.

Momentos do plano de intervenção:

1º momento – Avaliação inicial e diagnóstico – avaliação do participante, identificados e realizados os diagnósticos de enfermagem. Ajustado o plano a cada utente.

2º momento – Aplicação do plano de intervenção individual a cada participante de acordo com as suas necessidades, motivações e capacidades. Aplicado 2 a 3 vezes por semana, no domicílio do participante. O participante e cuidador informal foram envolvidos e foi solicitada a continuidade das atividades nos dias de ausência do EEER.

3º momento – Avaliação intermédia – Realizada após 3 semanas de intervenção para avaliar a evolução e fazer ajustes no plano.

4º momento – Avaliação Final – realizada na segunda semana de janeiro de 2020 ou quando se previa o tempo para a alta do utente. Foi realizada uma avaliação compreensiva com recurso a todos os instrumentos já identificados para determinar a evolução do participante ao longo do tempo e os ganhos em saúde.

Plano de Intervenção- componentes

Apresenta-se o esquema do plano de intervenção tendo em atenção o foco, as intervenções e os resultados esperados

Tabela 2 - Plano de Intervenção

Variáveis	Intervenções de enfermagem	Resultados esperados
Orientação espaço temporal	<ul style="list-style-type: none"> - Dialogar com o participante de modo a perceber o estado de orientação da pessoa; - Dialogar com o cuidador informal para validar o estado. - Orientar para a pessoa e espaço - Orientação para a gestão do ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> - Participante orientado no tempo espaço e pessoa
Motivação	<ul style="list-style-type: none"> - Perceber as expectativas do participante face à intervenção; - Adequar as expectativas de modo a ser aplicável. 	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfação do participante - Motivação para o plano de intervenção
Força muscular	<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de exercício muscular e articular (passivo, assistido; ativo, ativo-resistido) - Incitar a pessoa a realizar auto mobilizações - Ensinar ao cuidador informal as técnicas de exercício muscular e articular 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir perda de tónus e massa muscular. - Prevenir perda de mobilidade - Melhorar a força muscular - Motivar o participante e cuidador a realizar técnicas na ausência EEER.
Equilíbrio	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar equilíbrio estático e dinâmico sentado e ortostático - Promover equilíbrio corporal; - Executar técnica de equilíbrio corporal: Alternância de carga nos membros; apoio unipodal e coordenação dos movimentos; - Instruir o cuidador informal sobre a técnica de equilíbrio corporal 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico - Prevenir e corrigir alterações posturais - Manter alinhamento corporal - Promover segurança no andar - Envolver o cuidador informal no plano de intervenção
Marcha	<p>Levantar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a pessoa a levantar-se - Incentivar, supervisionar e treinar o levante - Instruir no uso de auxiliares de marcha; - Instruir o cuidador sobre a técnica de levantar <p>Transferir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade para o transferir-se - Treinar técnica, supervisionar o transferir-se - Instruir o cuidador sobre o transferir-se <p>Andar (com ou sem auxiliar de marcha):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade para o andar, colocar na posição vertical e sustentar o corpo com equilíbrio, de mover com marcha eficaz, subir e descer escadas - Treino de propriocepção - Treinar o andar - Assistir, supervisionar o andar - Instruir o cuidador sobre o andar 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a mobilidade - Promover o levante - Promover segurança para o andar - Prevenir Quedas - Promover transferência em segurança - Promover o andar de forma eficaz e segura
(In)Dependência	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o nível de dependência - Melhorar a dependência do participante nas AVD - Instruir sobre otimização do desempenho nas AVDs - Instruir o cuidador informal a promover a autonomia do participante 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a satisfação das necessidades de vida diárias; - Promover a satisfação e autonomia - Melhorar desempenho nas AVDs

Existiram ajustes ao plano de exercícios de acordo com a situação de saúde no momento da sessão, a evolução, o bem-estar e a segurança do utente.

Princípios Éticos

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) no seu artigo 8º do decreto lei nº 161/96 refere que, *“no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adaptar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”* (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro do Ministério da Saúde, 1996). Assim sendo, o enfermeiro deverá promover a autonomia das pessoas no sentido de informar cabalmente sobre o plano de intervenção proposto pelo enfermeiro de reabilitação, e de como ele pode ser benéfico para a pessoa, e aguardar uma decisão sobre a sua adesão.

Deve esclarecer sobre os objetivos e procedimentos, garantir o anonimato da fonte e sigilo dos dados e ainda respeitar as decisões do utente quanto a não aderir ou tendo feito, desistir de participar (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Deve garantir ações benéficas para a pessoa, justas porque adequadas às necessidades e sobretudo não fazer mal ou prejudicar.

Foi solicitada autorização à ARSA para a realização do estágio e apresentado à Comissão de ética o projeto referente à intervenção major, tendo tido parecer favorável.

2.5 - RESULTADOS

O processo de avaliação e controlo foi contínuo e realizado pelo estudante, pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e acompanhado pelo professor orientador do estágio, tutores do Estágio final, tendo em conta as atividades desenvolvidas e executadas ao longo do processo. Houve <<feedback>> sobre se estavam a ser atingidos os objetivos, resolução das dificuldades que foram surgindo, desenvolvimento de estratégias para ultrapassar dificuldades de modo a atingir o corpo de conhecimento necessários para capacitar e desenvolver competências em Enfermagem de Reabilitação.

Através do projeto pretendeu-se um entendimento do fenómeno em estudo, e estabelecer estratégias de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, permitindo deixar contributos para a melhoria dos Cuidados de Enfermagem e de Enfermagem de Reabilitação, através dos resultados e conclusões.

O processo de avaliação e controlo teve como finalidade melhorar os programas, direcionar a distribuição dos recursos a partir das informações obtidas, justificar as atividades realizadas, identificar novos problemas e encontrar novas estratégias.

De modo a concretizar melhor a avaliação aos objetivos estabelecidos, recorreremos aos indicadores associados ao nosso projeto e enquadráveis nos de monitorização estabelecidos e contratualizados pela UCC para 2019 e que contribuem para o Índice de Desempenho Global (IDG) da unidade funcional. São os seguintes: Bem-estar e autocuidado /readaptação funcional - Proporção de utentes com melhoria no autocuidado andar; Proporção de utentes com Melhorias Funcionais (Equilíbrio corporal ou movimento muscular); Satisfação do utente - Proporção de utentes com alta com os objetivos atingidos.

Caracterização dos utentes participantes

Tabela 3 - Caracterização dos Participantes

Utente	Sexo	Idade	Diagnósticos no acesso à ECCI	Cuidador Presente	Diagnóstico de Enfermagem
A	F	70	Asma Dispneia de esforço úlceras varicosas	sim (Reside próximo)	- Andar comprometido - Equilíbrio comprometido - Movimento muscular diminuído - Levantar-se comprometido
B	M	85	UPP IV AVC isquémico	sim	- Andar comprometido - Equilíbrio comprometido - Movimento muscular diminuído - Levantar-se comprometido - Transferir- se comprometido
C	F	84	Status pós cirurgia a fratura per trocanterica esquerda	sim	- Andar comprometido - Equilíbrio comprometido - Movimento muscular diminuído - Levantar-se comprometido - Transferir- se comprometido
D	M	75	AVC isquémico	sim	- Andar comprometido - Equilíbrio comprometido - Movimento muscular diminuído - Levantar-se comprometido - Transferir- se comprometido

E	M	85	IR Global ICC HTA UPP II	sim	- Andar comprometido - Equilíbrio comprometido - Movimento muscular diminuído - Levantar-se comprometido - Transferir- se comprometido
F	F	71	IR Global úlceras varicosas Obesidade	sim	- Andar comprometido - Equilíbrio comprometido - Movimento muscular diminuído - Levantar-se comprometido

No que concerne à faixa etária a média de idades é de 78,3 anos e o desvio padrão é de 6,5 anos. O participante mais novo tem 70 anos e o mais idoso tem 85 anos. Todos têm cuidador presente, o cuidador informal do participante **A** reside próximo.

As patologias mais comuns, diagnosticadas pelo médico, são do foro respiratório, neurológico, ortopédico, cardíaco e circulatório.

Dois dos participantes têm UPP categoria II e IV resultantes de imobilidade prolongada. No que diz respeito aos diagnósticos de enfermagem verificámos que todos os utentes apresentam *andar comprometido*, *movimento muscular diminuído*, *equilíbrio comprometido*, *levantar-se comprometido* e quatro têm compromisso a *transferir-se*.

Todos têm baixo nível de escolaridade, contudo *sabem ler e escrever*.

Da avaliação inicial resultou um quadro revelador da funcionalidade dos utentes bem como das condições para o andar, sendo que justificam os diagnósticos de enfermagem identificados.

Para precisar a funcionalidade determinámos a (in)dependência, a força muscular, equilíbrio e a marcha bem como o risco de queda. Foi o ponto de partida para a implementação do plano de intervenção, como se pode verificar nas tabelas e gráficos apresentados.

Potencial de funcionalidade dos utentes no período pré intervenção

Tabela 4- Potencial de funcionalidade dos utentes no período pré intervenção

Utente	Idade	Independência		Força Muscular	Equilíbrio	Andar	Risco Queda	Dor
		Índice de Barthel	MIF	Escala Lower			E Morse	E Numérica
A	70	60	105	MSD 5; MID 4; MSE 5; MIE 4	9	30,53	50	4
B	85	50	97	MSD 3; MID 3; MSE 5; MIE 4	10	31,57	70	5
C	84	30	56	MSD 5; MID 4; MSE 5; MIE 3	6	30,27	75	3
D	75	15	26	MSD 4; MID 4; MSE 3; MIE 2	n/c	n/c	30	3
E	85	15	39	MSD 4; MID 3; MSE 4; MIE 3	9	n/c	60	3
F	71	45	73	MSD 5; MID 4; MSE 5; MIE 4	10	38,51	40	5
n/c= não consegue								

Como se pode verificar na tabela acima, os participantes **A**, **B**, **C**, e **F** apresentam um elevado nível de **dependência** para a realização das atividades de vida diária.

Os Participantes **D** e **E** são totalmente dependentes. O mesmo se constata nos resultados obtidos pela escala MIF (Medida de Independência Funcional) em que o maior nível de dependência é atribuído aos participantes **D** e **E**, pelas suas patologias de base que os limitam.

O participante **D** apresenta resultados de avaliação na escala de MIF mais baixos, por apresentar alterações cognitivas mais acentuadas, com afasia nominal e passivo a maior parte dos momentos do dia, mas com capacidade e vontade de melhorar.

A nível de **força muscular** todos os participantes apresentavam alterações principalmente nos MIs.

Resultante das sequelas do AVC, no membro inferior afetado, o participante **B** apresenta força muscular e é capaz de vencer a gravidade e **D** há movimento sem oposição à gravidade.

O participante **C** por cirurgia a fratura do fémur, com edema e dor e sem possibilidade de fazer carga por 1 mês, tem força e é capaz de vencer a gravidade.

Para avaliação do **equilíbrio**, o participante **D** por alterações graves do equilíbrio, não foi possível realizar a avaliação utilizado o índice de Tinetti.

Todos os participantes apresentam alterações quer no equilíbrio estático quer dinâmico (marcha) com alto risco de queda visto apresentarem valores inferiores a 20 pontos.

Utilizada a avaliação TUG para além de compreender o risco de queda, dá para analisar a alternância de posição sentada para em pé, equilíbrio, capacidade e estabilidade em andar, como se pode verificar, todos os participantes apresentam valores superiores a 30 segundos significando alto risco de queda.

De referir que a primeira avaliação no participante **C** foi após iniciar carga, ao fim de um mês do plano de intervenção.

A avaliação do TUG não foi realizada ao participante **D** por não conseguir e **E** por não haver condições habitacionais e o exterior da habitação ser um risco para a sua segurança (via publica).

Todos os participantes gastavam tempo para recuperar o equilíbrio, se levantar da cadeira, rodar 180° após andar os 3 metros e posteriormente para voltar para a posição sentada. A marcha desviava-se da linha (corda) colocada no chão. O participante **B** utilizou bengala e os participantes **C** e **F** utilizaram andarilho.

A todos os participantes foi avaliada a escala da dor em que 0 e 1 seria sem dor e 5 dor máxima. Os participantes **B** e **F** afirmaram ter dor máxima, o participante **A** dor elevada e os restantes participantes dor moderada.

Potencial de funcionalidade dos utentes após iniciar o plano de intervenção

Tabela 5 - Evolução da funcionalidade após iniciar o plano de intervenção

Variáveis	Momento	A	B	C	D	E	F							
	1º	MSD 5; MID 4; MSE 5; MIE 4	MSD 3; MID 3; MSE 5; MIE 4	MSD 5; MID 4; MSE 5; MIE 3	MSD 4; MID 4; MSE 3; MIE 2	MSD 4; MID 3; MSE 4; MIE 3	MSD 5; MID 4; MSE 5; MIE 4							
Força Muscular	2º	MSD 5; MID 4; MSE 5; MIE 4	MSD 4; MID 4; MSE 5; MIE 4	MSD 5; MID 4; MSE 5; MIE 4	MSD 5; MID 4; MSE 3; MIE 2	MSD 5; MID 4; MSE 5; MIE 4	MSD 5; MID 4; MSE 5; MIE 4							
	3º	MSD 5; MID 5; MSE 5; MIE 5	MSD 4; MID 4; MSE 5; MIE 5	MSD 5; MID 5; MSE 5; MIE 5	MSD 5; MID 5; MSE 4; MIE 3	MSD 2; MID 2; MSE 2; MIE 2	MSD 5; MID 5; MSE 5; MIE 5							
	1ª	9	10	6	n/c	9	10							
Equilíbrio	2º	18	12	7	n/c	23	13							
	3ª	27	21	23	n/c	n/a	22							
	1ª	30,53	31,57	30,27	n/c	n/a	38,51							
Andar	2º	25,18	27,38	26,13	n/c	n/a	37,15							
	3ª	18,32	19,51	15,53	n/c	n/a	26,33							
	1º	55	70	75	30	60	40							
Risco de queda	2º	50	60	75	30	60	40							
	3º	15	60	90	30	35	40							
	1º	60	105	50	97	30	56	15	26	15	38	45	73	
(In)dependência	2º	65	116	60	99	40	56	35	33	45	60	50	73	
Barthel	MIF	3º	95	125	85	117	75	98	45	40	n/a	n/a	80	94
	1º	4	5	3	3	3	5							
Dor	2º	2	2	0	3	3	4							
	3º	1	0	0	1	5	2							

n/c=não consegue; n/a = não avaliado

A análise dos resultados obtidos da força muscular serão abordados no gráfico abaixo para uma visão mais abrangente.

Equilíbrio

O equilíbrio estático e dinâmico na posição sentada e em pé, avaliado pelo índice de Tinetti mostra que ao maior score, corresponde o melhor equilíbrio e conseqüentemente a melhor capacidade para a marcha. A avaliação é realizada por dois itens, o equilíbrio estático e o dinâmico com pontuação máxima de 28 pontos.

Não foi realizado a avaliação do equilíbrio do participante **D** por incapacidade do mesmo e apresentar alterações graves tanto no equilíbrio estático como dinâmico. Também não foi realizado a avaliação final do participante **E** por agravamento do seu estado clínico.

Nos restantes participantes é notório a evolução positiva que houve em toda a dinâmica da marcha tais como velocidade, distancia do passo, simetria e equilíbrio em pé e sentado bem como mudança de direção de olhos fechados. A maioria dos participantes revelaram scores superiores a 20 pontos significando uma marcha eficaz.

O participante **A** foi manifestamente a melhor evolução em termos de equilíbrio e marcha pois progrediu de 18 na avaliação intermedia para 27 pontos na avaliação final.

O participante **B** melhorou o equilíbrio utilizando o auxiliar de marcha bengala passando de 12 para 21 pontos na avaliação final.

O participante **C**, com impossibilidade de carga no membro inferior afetado limitando o equilíbrio estático e dinâmico tinha uma pontuação de 7, quando indicado a carga evoluiu para valores de 23 com auxiliar de marcha andarilho.

Andar

Realizada a avaliação Time Up and Go (TUG) é utilizada para avaliar a mobilidade (transferência de posição), equilíbrio, capacidade de caminhar/estabilidade na deambulação, e avaliar o risco de quedas em idosos (Ordem dos enfermeiros, 2017).

A avaliação do TUG permitiu avaliar a marcha dos participantes. Esta avaliação não foi possível ser realizada pelo participante **D** por incapacidade do mesmo, nem pelo participante **E** por falta de condições físicas na habitação (dimensões reduzidas do espaço) e risco para a segurança no exterior da habitação (via publica).

A tabela revela que todos os participantes na avaliação intermédia apresentaram alto risco de queda.

O participante **F** na avaliação final apresenta risco de queda moderado. Os restantes participantes apresentam um desempenho normal para idosos frágeis, mas são independentes na maioria das atividades de vida, com algum risco de queda.

O participante **B** utilizou a bengala, apresentava na avaliação intermédia dificuldade em iniciar a marcha, ligeira perda de simetria de movimento e do tempo entre ambos os hemisférios, alteração do comprimento da passada e ligeiro desvio do trajeto, melhorou os tempos de 27,38s para 19,51 s.

Os participantes **A** e **F** apresentavam dificuldade em iniciar a marcha e ligeiro desvio do caminho as passadas eram lentas inicialmente e curtas pelo cansaço.

O participante **A** concluiu o plano de intervenção com tempo de 18,32 s indica desempenho normal para idosos frágeis ou com dependência, mas que são independentes na maioria das atividades de vida e apresenta algum risco de queda.

O Participante **F** concluiu com um tempo de 26,33s com risco moderado de queda.

O Participante **C** utilizou andarilho apresentou dificuldade em iniciar a marcha e ligeiro desvio do trajeto e passadas regulares a 3 pontos, concluiu o plano com tempo de 15,52 s pelo que indica desempenho normal para idosos frágeis ou com dependência, mas que são independentes na maioria das atividades de vida e apresentam algum risco de queda.

Risco de Queda

O Risco de Queda foi avaliado através da escala de avaliação de Morse

Segundo Araújo et al. (2018) a queda define-se como um movimento involuntário do corpo da posição inicial para um nível inferior. Trata-se de uma situação que poderá levar a situações de vulnerabilidade ao lesado. As complicações da queda poderão ter vários níveis, físicas, psicológicas e em algumas situações poderá ficar associada a reduções de mobilidade e medo de realizar atividade quotidianas.

O risco de queda dos participantes é elevado, tendo havido melhorias nos participantes **A**, **B**, e **E**.

No participante **A**, a melhoria foi mais significativa passando a não ter risco de queda.

O participante **B** continua com alto risco de queda pelo ambiente em redor, escadas, terreno agrícola irregular e pavimento exterior à casa em pedra mármore.

O participante **D** médio risco de queda pelo nível de dependência ser elevado e ser orientado, pelo que qualquer AVD é realizada acompanhado.

O participante **E** diminuiu o risco de queda por ficar acamado.

A avaliação do risco de queda do participante **C** na escala de Morse e no TUG, aparenta ser contraditório pois numa avaliação apresenta alto risco de queda e na outra avaliação algum risco de queda, contudo o seu desempenho na marcha melhorou com tempos de marcha diminuídos pelo que não se considera aumento do risco, mas a influência do auxiliar de marcha andarilho no resultado obtido na escala de Morse.

(In)dependência

Verifica-se que após a aplicação do plano de intervenção houve ganhos na realização das atividades de vida diária evidenciados nos resultados obtidos na avaliação final a nível de dependência.

O participante **A** concluiu o plano de intervenção com nível de dependência muito leve após treinos que incluíram medidas de conservação de energia e gestão de esforço. Consegue realizar as AVDs necessitando de ligeira ajuda na higiene pessoal.

O participante **D**, na última avaliação mantinha dependência grave, contudo é notório a evolução de 40 para 75 na escala de Barthel e de 56 para 98 na MIF.

O participante **E** também teve uma evolução favorável da primeira para a avaliação intermédia (45/60), não foi realizado o terceiro momento de avaliação por o utente ter agravado o seu estado de saúde e ter saído do plano de intervenção.

O maior nível de dependência nas atividades de vida diárias é atribuído ao participante **D** e **E**, pelas suas doenças de base que os limitam como referido anteriormente.

Dor

A dor segundo a (DGS, 2017, citando Azevedo et al 2012) de intensidade moderada excede os 14% e tem grande impacto qualidade de vida da pessoa, causando perturbações quer físicas quer psicológicas e isolamento.

Ordem dos Enfermeiros (2008) arroga que a pessoa com dor tende a limitar a mobilidade causado alterações a nível osteoarticular e muscular, sensação corporal

desconfortável, manifestada através da expressão verbal e /ou facial, alterações do tónus muscular, da postura corporal, alterações de comportamento e isolamento, afeta a qualidade de vida da pessoa, pelo que deve ser um foco de atenção para o enfermeiro.

É imprescindível avaliar a dor regularmente desde o primeiro contacto e adotar medidas de alívio não farmacológicas e farmacológicas se necessário, de modo que o participante colabore no plano de intervenção e obtenha ganhos na qualidade de vida e bem-estar.

Como se observa na tabela acima, os participantes ao longo do plano de intervenção manifestaram melhoria no alívio da dor.

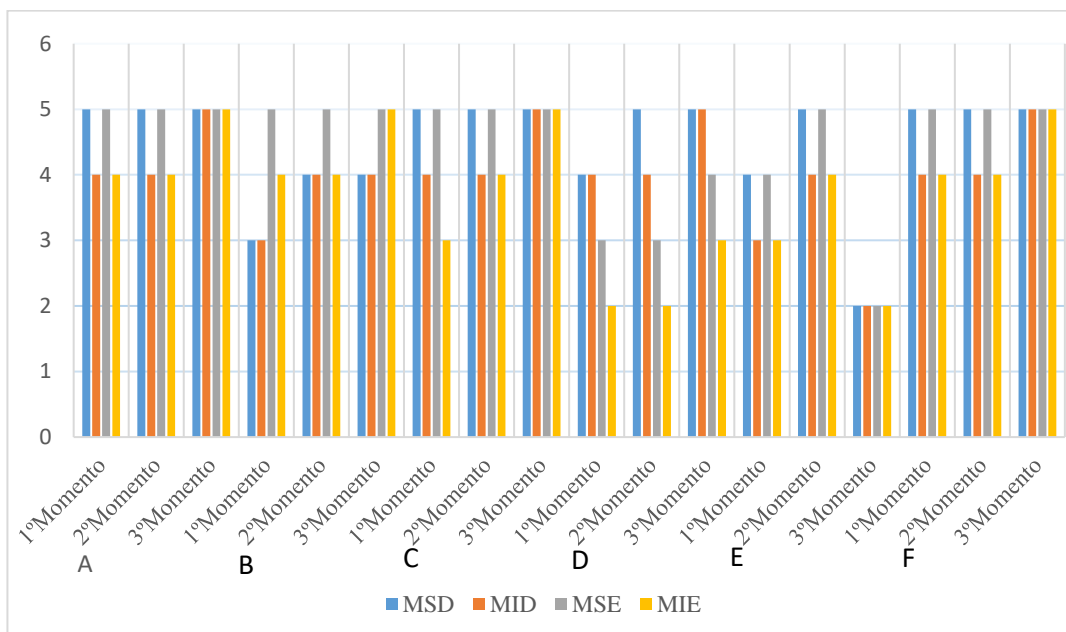
Os participantes **B** e **C** no final do plano afirmaram ausência de dor. Os participantes **A**, **D** e **F** para dor ligeira aliviada com momentos de repouso.

O participante **E** teve um agravamento para dor máxima pela sua condição de saúde e não pelo plano de intervenção aplicado.

Força Muscular

A força muscular é um critério fundamental para o autocuidado andar. Foi realizada a avaliação utilizando a escala de Lower.

Gráfico 1 - Avaliação da força muscular



O plano de intervenção aplicado pretendeu melhorar a força de ambos os membros superiores e inferiores. É notório na avaliação inicial no gráfico, a diminuição da força muscular em todos os participantes a nível dos MI limitando-os para o autocuidado andar.

Os Participantes **B** e **D**, os valores apresentados no gráfico, nota-se a diferença da força tanto no MS como no MI afetados pelo AVC e a evolução positiva com a aplicação do plano de intervenção.

O participante **D** com força muscular de 2 no início da intervenção passou para 3 no final da intervenção.

O participante **C** apresenta uma diminuição da força na primeira avaliação por queixas algicas, edema do membro operado.

O participante **A** e **F** tiveram a melhoria mais significativa após controle da função respiratória e circulatória.

Tabela 6 - Evolução da funcionalidade da avaliação inicial para avaliação final

Variáveis	Momento	A	B	C	D	E	F
Dor	1º	4	5	3	3	3	5
	3º	1	0	0	1	5	2
Barthel	1º	60	50	30	15	15	45
	3º	95	85	75	45	-----	80
MIF	1º	105	97	56	31	39	73
	3º	125	117	98	52	-----	94
Lower	1ª	MSD - 5	MSD - 3	MSD - 5	MSD - 4	MSD - 4	MSD - 5
		MID - 4	MID - 3	MID - 4	MID - 4	MID - 3	MID - 4
		MSE - 5	MSE - 5	MSE - 5	MSE - 3	MSE - 4	MSE - 5
		MIE - 4	MIE - 4	MIE - 3	MIE - 2	MIE - 3	MIE - 4
	3º	MSD - 5	MSD - 4	MSD - 5	MSD - 5	MSD - 2	MSD - 5
		MID - 5	MID - 4	MID - 5	MID - 5	MID - 2	MID - 5
		MSE - 5	MSE - 5	MSE - 5	MSE - 4	MSE - 2	MSE - 5
		MIE - 5	MIE - 5	MIE - 5	MIE - 3	MIE - 2	MIE - 5
Tinetti	1º	9	10	6	-----	9	10
	3º	27	21	23	-----		22
Morse	1º	55	70	75	30	60	40
	3º	15	60	90	30	35	40
Time-up-go	1º	30,53	31,57	30,27	-----	-----	38,51
	3º	18,32	19,51	15,53	-----	-----	26,33

Síntese da evolução segundo o utente

O **participante A**, o mais novo com 70 anos, por ter alterações circulatórias, com edemas dos MIs e úlceras varicosas e ser asmática, teve dias de ser difícil pôr em prática o plano traçado.

Vive sozinha em casa própria com barreiras arquitetónicas tais como: degraus do quarto para a cozinha e para a sala. O quarto é amplo, contudo apresenta tapetes que a utente se recusou a remover, tendo sido sugerida a fixação com fitas próprias. A casa de banho tem banheira e fica no exterior da habitação.

O cuidador principal não reside com o utente pelo que não participou no cumprimento do plano. Os exercícios respiratórios, segundo o participante, eram realizados duas vezes ao dia, mas falhou algumas vezes nos restantes exercícios.

Na avaliação inicial apresenta dependência moderada nas atividades de vida diária (60%), exceto na alimentação e eliminação em que era independente. Apresentava fraqueza muscular generalizada e alterações do equilíbrio estático e dinâmico (Tinetti=9), apoia-se no mobiliário e estrutura da casa, e revela dificuldade na marcha. Permanece grande parte do tempo sentada na cadeira ou em repouso no leito com curtos períodos de deambulação. Só sai de casa com ajuda e não tolera longas deslocações. Há meses que não saia de casa, sonhava voltar a ir ao supermercado beber o café.

A orientação para usar meias de compressão elástica ajudou a diminuir os edemas dos MIs facilitando o retorno venoso, a recuperação da integridade da pele e consequentemente a mobilidade. Foi realizado ensino para colocação das meias de compressão. Instruída a realização de períodos de descanso com elevação dos membros inferiores para redução do edema.

Fez treino da RFR. Apresentava cansaço fácil a médios esforços, revertendo em repouso. É capaz de dissociar os tempos respiratórios, respiração abdomino-diafragmática e abertura costal global.

Fez treino de fortalecimento muscular bem como treino de força, equilíbrio e marcha, correção postural ao espelho e treino equilíbrio na posição sentada e em pé, bem como exercícios resistidos (pesos e bolas).

No final da intervenção o participante apresenta melhoria no equilíbrio estático e dinâmico (Tinetti - 27), necessitando ocasionalmente de se apoiar durante a marcha

principalmente a descer as escadas, dentro do domicílio. No exterior da casa apresenta marcha mais segura, tendo períodos deambulação mais frequentes e com maiores distâncias (superior a 50 metros). Reduziu o tempo a percorrer a distância de 3 metros e mostra redução do risco de queda.

Mostra melhoria na funcionalidade ao nível das atividades de vida diária (95%), necessita de ajuda ligeira na higiene e independente nos restantes autocuidados.

No final da intervenção foi capaz de deslocar-se ao supermercado, sinal de envolvimento no plano de intervenção que foi bem-sucedido.

O **Participante B**, com 85 anos apresentava uma UPP categoria IV no calcâneo direito e na região maleolar externa, à esquerda.

Tem alterações da marcha por desuso resultantes de um AVC com longo período de alterações do estado de consciência e acamamento. Esteve numa UMDR para reabilitação e posteriormente referenciado para ECCI para continuidade dos cuidados por dependência elevada.

Reside com a esposa. O cuidador informal, a filha, não reside no domicílio, mas deslocava-se quando solicitado.

A habitação foi adaptada para o seu regresso nomeadamente a casa de banho com barras laterais no chuveiro e banco próprio. O corredor é amplo e as divisões têm boas dimensões e por indicação do ER e do mestrando foram removidos os tapetes. No espaço exterior à habitação tem quintal à frente pavimentado com pedra mármore e escadas com a mesma composição e atrás uma horta com árvores de fruto e onde o utente semeava produtos hortícolas.

O utente apresentava interesse e força de vontade para voltar a ser autónomo, excelente capacidade de aprendizagem e grande potencial de recuperação. A esposa incentivava-o a seguir o plano de intervenção na ausência do EEER.

Era totalmente dependente na higiene pessoal e vestir-se e despir-se, transferir-se, levantar-se e deambulava com auxílio de bengala. Tinha diminuição da força nos MI em especial no hemicorpo à direita (Lower - 3). Deambulava com auxiliar de marcha, fazia levante diário com assistência e tinha equilíbrio estático e dinâmico alterados e era não seguro o padrão de marcha (Tinetti - 10).

Independente na alimentação, sem disfagia. Tem controle dos esfíncteres.

A esposa foi incentivada a não substituir o utente no autocuidado - higiene pessoal, vestir-se e despir-se, mas a deixá-lo fazer o que era capaz de fazer.

Fez treino para transferir-se, levantar-se em segurança, usar auxiliar de marcha, e de marcha. O treino de subir e descer escadas foi realizado quando foi notório o equilíbrio e força muscular para garantir a segurança. Foi feita sugestão para colocação de fitas antiderrapantes, mas não implementada.

No final da intervenção revelou melhoria da funcionalidade com repercussão nas AVD. Reduziu a dependência na maioria das AVDs, sendo moderada 85%.

Melhoria da força muscular (Lower - 4) no hemicorpo direito. Apresenta melhoria no equilíbrio estático e dinâmico (Tinetti - 21), melhoria no alinhamento corporal e postura bem como na capacidade para andar, embora com tempos de avaliação de TUG melhorados, isto é, reduziu o tempo para percorrer a distância de 3 metros, mas mantém algum risco de queda.

Consegue deambular por períodos mais prolongados a médias distâncias e já conseguia ir à horta. Deslocou-se com a esposa, numa distância de mais de 300 m de sua casa para beber o café na pastelaria, o que tanto ambicionava.

Apresenta boa tolerância ao esforço sem cansaço fácil.

Um mês pós a alta, participou numa atividade lúdica promovida pela Camara Municipal referente ao “Dia Internacional do Idoso”, onde dançou com a esposa.

O Participante C de 84 anos de idade, sofreu queda, no domicílio resultando fratura per trocântica do fémur à esquerda tendo sido colocado *encavilhamento affixus*, e referenciado para reabilitação pela instituição hospitalar.

Reside com 3 pessoas sendo um deles o cuidador informal e o outro o marido, que a acompanha. Beneficiava de apoio domiciliário por parte de cuidadores formais para higiene pessoal, levante para a cadeira de rodas.

O acesso à habitação é feito por escadas. O quarto onde permanece é pequeno para os equipamentos que tem, e foi sugerido um banco para a banheira na casa de banho. As restantes divisões apresentam boas dimensões e sem obstáculos.

Estava acamada, tinha indicação para levante sem carga no membro operado, durante um mês. Foi proposto internamento em ECCI para reabilitação funcional respiratória e

motora, gestão de regime terapêutico, realização de ensinamentos à utente e cuidador resultantes do plano de exercícios a realizar.

À entrada apresentava-se dependente em grau elevado nos diferentes autocuidados, exceto na alimentação. Eram prestados cuidados de higiene no leito, com a possível colaboração da participante.

Na admissão em ECCI apresentava movimentos ativos ao nível dos MS e MI, com diminuição da força muscular no MIE (Lower=3). Ligeiro edema do membro operado.

Realizava levante diário para a cadeira de rodas com ajuda total usando o MID para carga, rodar e sentar. Apresentava diminuição do equilíbrio na posição sentado e ortostático (Tinetti=6).

Incentivados os cuidadores formais a não substituírem o participante no autocuidado higiene pessoal, vestir-se e despir-se. Utente continente, mas tinha micções na fralda, incentivada a pedir dispositivo urinário sempre que necessário para prevenir infeções, macerações na pele e desconforto. Ambas as intervenções foram bem-sucedidas.

Foram realizados exercícios de fortalecimento muscular no leito, sentado e em pé sem carga do membro afetado, fez *push-up* para alívio de pressão, quando na cadeira de rodas e cadeirão. Após indicação de carga iniciou treino de marcha com andarilho a 3 pontos.

Durante o internamento em ECCI, seguido o plano de intervenção, reforçados ensinamentos sobre a manutenção da atividade física, prevenção de acidentes e regime terapêutico.

Apresentou ganhos funcionais gerais com melhoria da autonomia e funcionalidade, tornando-se moderadamente dependente nas várias atividades de vida diária (75%).

Apresentava melhoria do grau de força muscular no membro operado (5), razoável equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé (23) e melhoria da tolerância ao esforço e atividade, ligeiro cansaço a médios esforços que reverte com o repouso. Sem edemas no membro operado.

Deambulava autonomamente mais de 50 metros com auxiliar de marcha (andarilho), não foi realizado treino de subir e descer escadas por conclusão do estágio final.

Aumentou o risco de queda com a utilização do material técnico andarilho (90), contudo melhorou o tempo na avaliação de TUG (diminuiu o tempo) o que significa que houve melhoria na mobilidade, no tamanho do passo e equilíbrio e consequentemente diminuiu o risco de queda.

O **Participante D** 75 anos, sofreu 2 AVCs consecutivos e esteve internado na Unidade de Média Duração e Reabilitação durante 7 meses. Estava orientado quanto à pessoa e no início com alguma dificuldade na orientação temporal.

Apresentava-se totalmente dependente nas AVDs, quando do internamento em ECCI exceto na alimentação em que era parcialmente dependente. Apresentava incontinência vesical e intestinal e usava fralda. Os cuidados de higiene no domicílio eram prestados no leito, pela esposa e cuidadores formais e fazia levante diário para cadeira de rodas no quarto e para o cadeirão na sala.

A habitação era composta por rés do chão e primeiro andar. Foi adaptado uma divisória para o seu quarto no rés do chão, a casa de banho foi adaptada com *poliban* e as portas alargadas para passagem da cadeira de rodas. A sala apresentava vários obstáculos decorativos, solicitada a remoção dos mesmos que a esposa se recusou a fazer. A sala tinha uma mesa-redonda onde o utente ficava apoiado, sentado na cadeira de rodas ou cadeirão virado para a televisão.

Apesar de demonstrar capacidades, na avaliação inicial o utente era passivo, a maior parte dos momentos diários permanece na sala a ver televisão sem outra atividade.

Apresentava quadro neurológico de negligência total à esquerda. Apresentava hemiparesia à esquerda com aumento do tónus a nível distal nos músculos da mão, braço, antebraço, perna e pé (padrão espástico). De difícil mobilização passiva dos vários segmentos, dificuldade em manter os segmentos em posição neutra. Queixas algicas em todo o membro à mobilização passiva. Padrão de elevação do ombro, flexão do cotovelo, punho e dedos do MSE com reflexo de preensão exacerbado e dificuldade em libertar autonomamente objetos.

Tinha retração e extensão da anca e rotação externa da coxofemoral, padrão de extensão do joelho do MIE e inversão do pé sem conseguir apoiar no solo.

Instabilidade com inclinação do tronco com dificuldade em transferir carga sobre o hemicorpo esquerdo sentado, deitado e em pé.

Diminuição da sensibilidade referindo dormência do MIE e alterações propriocetivas e no alinhamento corporal (sensibilidade postural).

No domicílio era deslocado em cadeira de rodas por incapacidade funcional no autocuidado andar e necessitando de apoio de terceiros para manuseamento da mesma e posicionamentos.

A nível de comunicação apresentava dificuldade de compreender e executar ordens direcionadas a objetos ou ações musculares, mas acabava por cumpri-las, características de um discurso afásico.

Mostrava-se motivado para a reabilitação, queria voltar a andar. Foi reformulado o objetivo para ser mais autónomo nas atividades de vida diária.

Ao longo do plano de intervenção teve apoio para além de EEER, da fisioterapeuta, da terapia da fala e da assistente social.

O plano de intervenção visava melhorar o tónus muscular, equilíbrio e marcha e reduzir a dependência funcional, pela melhoria da ativação muscular, normalização da sensibilidade e do controlo postural.

O cuidador informal foi instruído sobre a realização das atividades de vida diária, concretamente cuidados de higiene, postura, posicionamentos e mudanças de posição e medidas de prevenção de quedas.

O utente foi incentivado a participar mais ativamente nos autocuidados como higiene, vestir e despir, posicionamentos no leito, transferências, transferências posicionais cadeirão-cadeira de rodas-sanitário, alimentação e de lazer (escrever e ler).

Incentivada a cuidadora informal para a colocar o utente por períodos de forma que a televisão ficasse do lado esquerdo negligenciado como estímulo sonoro de consciencialização do mesmo.

A nível funcional passou nas AVD de dependência total para grave (45%) sendo a melhoria nos autocuidados alimentação e eliminação. No primeiro necessitava ter os alimentos cortados, para alimentar-se autonomamente. O utente reconhece necessidade de evacuar, pede e usa o sanitário e urina na fralda e no sanitário. Toma banho na casa de banho usando a cadeira higiénica e colabora com os cuidadores.

Houve melhoria no controlo postural e estabilidade central na posição sentada e em pé. O utente e cuidadora foram instruídos sobre os exercícios de automobilização e sobre o alinhamento corporal.

Apresentou melhoria, redução significativa do tónus no MIE e posição ortostática em segurança.

O utente mostrou-se mais motivado para a reabilitação, ficou mais orientado, indicou aquisição de competências cognitivas, nomeadamente ao nível da comunicação. Contudo, foi difícil de aferir algumas das competências devido à afasia, mas foi notório a melhoria de compreensão das tarefas solicitadas e do tempo que demorava a responder às mesmas. Na avaliação da afasia, através da utilização da escala BAAL, realizada pela terapeuta da fala, mostrou *discurso fluente*, contudo, com *perturbação na nomeação dos objetos* e na *compreensão de ordens* pelo que de acordo com a escala o utente tinha uma *afasia anómica*.

No final do plano de intervenção cumpre ordens direcionadas a objetos ou ações musculares.

Tem melhoria de controlo de movimentos do MSE e MIE. Melhoria do controle postural na posição sentado, melhor alinhamento corporal e menor rigidez no MSE.

Cumprir levantar diário e é participativo nas transferências e posicionamentos. Assume a posição ortostática com apoio bilateral e carga total do MID, apesar de ainda ter dificuldade em manter o alinhamento das estruturas mostrando inclinação corporal para a direita.

Revela melhor resposta quando estimulado pelo lado esquerdo. A terapia ao espelho, revelou evolução quanto à negligência dos membros afetados. Refere melhorias na sensibilidade e diminuição da dor no MSE e MIE.

No treino de marcha o utente conseguia no final do PI dar alguns passos com suporte do peso corporal, apoio bilateral e estimulação das diferentes fases da marcha. Contudo apresentava dificuldade em realizar carga no MID o que fazia com que não conseguisse remover o MIE do solo totalmente e de controlar a posição.

Houve melhoria da força no MIE (Lower - 3) pelo que já conseguia elevar o MID do solo no término do PI. Já conseguia iniciar ocasionalmente o movimento, mas necessitava de auxílio para alinhar o pé esquerdo.

O supervisor clínico manteve o plano de intervenção para além do tempo do estágio, e o utente até a alta da ECCI, por um curto período de tempo, conseguia passar da posição

sentado para posição ortostática com apoio unilateral, o que foi uma mais-valia para as atividades de vida diárias.

O **Participante E** de 85 anos de idade, admitido na ECCI para gestão do regime terapêutico, controle da dor e reabilitação funcional respiratória e motora por desuso. Com múltiplas idas ao hospital por dispneia e edemas generalizados.

Totalmente dependente nas AVDs, exceto no comer e beber. Barthel-15% significando dependência total. Não tinha controle dos esfíncteres pelo que usava fralda.

Residia com a esposa que revelou descontrolo na preparação e administração da terapêutica, a filha morava longe, vinha aos fins de semana preparar a medicação para a semana toda.

As divisórias utilizadas pelo utente eram de pequenas dimensões, compostas por quarto, casa de banho e cozinha, o corredor não apresentava obstáculos à sua passagem.

Na admissão na ECCI encontrava-se sonolento, mas despertável à chamada e com discurso pouco perceptível.

Apresentava cansaço fácil a mínimos esforços com aporte de oxigénio a 2,5L/min. Padrão respiratório superficial que se caracteriza por hipo-mobilidade da caixa torácica e grelha costal e dificuldade em dissociar momentos respiratórios (inspiração e expiração).

Apresentava UP de categoria 2 na região sagrada de diâmetro de 2cm. Sinais de má perfusão periférica a nível dos membros inferiores.

Tinha dificuldade em executar ordens por cansaço fácil, contudo mostrava-se motivado para a reabilitação.

Tinha apoio domiciliário para higiene e lavandaria por parte de cuidadoras formais.

Foi traçado como plano de intervenção reeducação funcional respiratória, melhorar o tónus muscular, melhorar a qualidade da marcha e equilíbrio, melhorar a ativação muscular e melhorar o controlo postural.

Participava ativamente nas transferências, posicionamentos exercícios no leito e na posição sentada. O utente deambulava do quarto até à casa de banho e da casa de banho para a cozinha com apoio bilateral das cuidadoras formais.

Optou-se por a medicação ser administrada pelas cuidadoras formais quer de manhã quer ao final do dia por a esposa não revelar capacidade de a administrar.

Foram feitos ensinamentos aos cuidadores formais para administração de inaloterapia.

Conseguia adotar a posição bípede com apoio bilateral, mas não conseguia manter o alinhamento das estruturas e conseqüentemente o equilíbrio. (Tinetti-9)

Tinha indicação de reabilitação para melhorar a função respiratória, diminuir o risco de perda de massa muscular, transferências cama-cadeira e treino de marcha e prevenção de úlceras por pressão.

Apresentava na avaliação inicial diminuição da força muscular principalmente dos MI (Lower-3), conseguia vencer a gravidade. Apresentava alterações no equilíbrio como referido anteriormente, com uma marcha pouco segura e irregular com assimetria da passada, desvio do passo e inclinação ora para um ou outro lado.

Com as intervenções da enfermagem de reabilitação verificou-se melhorias significativas na função respiratória e simultaneamente na marcha.

Comprovou-se, que o plano de intervenção contribuiu para a melhoria da funcionalidade (Tinetti-23) e nível de dependência do participante passou para grave dependência (45%) na avaliação intermédia.

O utente após a avaliação intermédia, teve agravamento da dispnéia e edema dos membros inferiores, recorrendo ao serviço de urgência, ficou com aumento do oxigénio de 3 a 5 litros/min nas 24h e da dosagem de diuréticos e corticoides orais.

Tendo em conta os dados clínicos, instabilidade clínica, comorbilidades e deterioração global e progressiva do participante assim como a situação complexa do utente de sofrimento, bem como da cuidadora, a equipa multidisciplinar propôs alteração da tipologia, solicitou transferência para unidade de cuidados paliativos para ajuste do regime terapêutico, plano terapêutico paliativo para controle sintomático e por incapacidade da cuidadora em assegurar cuidados, sobretudo no período noturno. Assim sendo, não se procedeu à avaliação final do plano de intervenção tendo concluído a sua participação no estudo.

Foi mantida medidas de conforto de controle sintomático, ensinamentos, vigilância e controle dos posicionamentos e apoio à esposa até à alta da ECCI.

O **Participante F** de 71 anos, admitida em ECCI para tratamento de úlceras varicosas, apoio na gestão do regime terapêutico, reabilitação motor/funcional, reabilitação funcional respiratória.

Padrão respiratório superficial que se caracteriza por hipomobilidade da caixa torácica e grelha costal e dificuldade em dissociar momentos respiratórios (inspiração e expiração).

Teve múltiplos internamentos em ECCI, esteve numa Unidade de Convalescença e também na UMDR.

Utente com obesidade. Funcional para a marcha apesar do cansaço fácil e edema de ambos os MI. Diminuição da sensibilidade dos MIS.

Apresentava alterações do equilíbrio, mas era capaz de adotar a posição ortostática com apoio dos MSS, manter a posição ortostática sem apoio de terceiros para evitar desequilíbrios, com auxiliar de marcha - andarilho.

Apresentava diminuição da amplitude do movimento por alterações de tónus, edemas em todos os segmentos com muita limitação na flexão dos joelhos.

Mobiliza de forma ativa os membros superiores.

Sem dificuldade de compreender e executar ordens direcionadas a objetos ou ações musculares, acaba por cumpri-las e mostrava-se motivada para a reabilitação.

Era totalmente dependente nas AVDs exceto na alimentação que era independente (Barthel-45%, grave dependência).

Desenvolvido plano de intervenção de modo a melhorar o tónus muscular, melhorar a qualidade da marcha e equilíbrio, aumentar a independência funcional e melhorar o controlo postural.

Utente que necessitava de ajuda total na higiene, parcial para total nas restantes AVDS com exceção da alimentação que era independente muito por causa da obesidade, limitações na mobilidade, edemas e queixas álgicas a nível dos MIS.

Pele e mucosas coradas e hidratadas à exceção dos MIS que estavam descamativas, ligeiramente marmoreada com edema. Apresenta úlcera varicosa no MID, a realizar pensos pela UCF desde agosto com evolução lenta. A úlcera apresenta tecido desvitalizado com perda de exsudado amarelado com 5 cm de diâmetro.

Padrão intestinal mantido. Controle dos esfíncteres, mas com perdas esporádicas de urina, utilizava fralda cueca.

Participava ativamente nas transferências, posicionamentos e em todas as atividades. Conseguia adotar a posição bípede com apoio de andarilho.

No treino de marcha o utente consegue dar passos com suporte do peso corporal nas diferentes fases da marcha por curtas distâncias, com padrão de marcha pouco seguro (TUG – 38,51). Apresenta alterações do equilíbrio (Tinetti – 10), utilizava auxiliar de marcha andarilho.

Permanece grande parte do tempo no sofá. Cansaço fácil a pequenos esforços. Utiliza O2 a 1L/Min no período noturno.

No final da intervenção o participante apresenta melhoria no equilíbrio estático e dinâmico (Tinetti=22), necessitando auxiliar de marcha. No exterior da casa apresenta marcha mais segura, tendo períodos deambulação mais frequentes e com maiores distâncias (superior a 50 metros).

Melhoria da tolerância ao esforço e atividade, ligeiro cansaço a médios esforços que reverte com o repouso. Melhoria na dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdomino-diafragmática e abertura costal global com necessidade esporádica de O2 no período noturno.

Melhoria na funcionalidade ao nível das atividades de vida diária (80%), necessita de ajuda ligeira na higiene e independente nos restantes autocuidados.

Mantem risco de queda comprovada pelas escalas de morse (40) e TUG com redução do tempo a percorrer a distância de 3 metros, risco de queda moderado, mas com independência em algumas das AVDs.

2.5.1 – Discussão dos Resultados

A população mundial, devido ao aumento da longevidade, tem conduzido a um envelhecimento populacional. Para a PORDATA (2019), o envelhecimento em Portugal tem-se acentuado tornando-se um desafio para a sociedade, cuidadores, profissionais e políticas de saúde, sociais e educativas. O índice de envelhecimento de 2018 e 2019 em Portugal tem um rácio de 157,4% e 161,3% respetivamente. Bem como o índice de dependência do idoso tem um rácio de 33,6% em 2018 e 34,2% em 2019. Os agregados familiares unipessoais com idade superior a 65 anos são de 54,9%.

Segundo a revista *Dignus* (2021), Portugal é o quarto país com maior percentagem de população idosa, com idade superior a 65 anos. O Alentejo segundo dados do Eurostat, gabinete de estatística europeia, é a região mais envelhecida das 7 regiões. Segundo esta agência o Alentejo apresenta 25,6% de população com idade superior a 65 anos.

Estes indicadores tiveram expressão nos participantes de todas as nossas experiências de aprendizagem de desenvolvimento de competências.

Os participantes na atividade major tem uma média de idade de 78,33 anos, intervalo entre os 70 e os 85 anos, sendo uma população envelhecida. No que toca às habilitações literárias todos os participantes frequentaram o ensino básico, sabem ler e escrever e são capazes de cumprir ensinamentos básicos.

Todos os participantes apresentam múltiplos problemas de saúde, doenças crónicas exigindo numerosos cuidados, controle e vigilância por parte dos profissionais de saúde. Para além das limitações resultantes da idade como afeição do sistema musculoesquelético, também apresentam alterações do foro neurológico, psicológico e social. Na sua maioria são trabalhadores agrícolas ou domésticas. Todos estes fatores influenciam a saúde dos participantes.

Os participantes no Plano de intervenção têm um elevado nível de dependência pelo que as intervenções do EEER são importantes para a promoção e capacitação para o autocuidado bem como para minimizar ou retardar o nível de dependência a terceiros promovendo a funcionalidade ao máximo. É importante o idoso ter cuidadores informais e/ou formais capacitados para dar continuidade e suporte ao plano de intervenção prescrito pelos EEER na sua ausência. Dependendo das limitações do idoso, assim será a intervenção do EEER para a capacitação do cuidador informal.

A capacitação dos cuidadores informais/família depende de múltiplos fatores tais como a “*complexidade dos cuidados, diversidade de informação específica, a mobilização de recursos, incluindo os recursos pessoais inerentes ao familiar cuidador*” (Pereira I. F. 2016, cita Pereira, 2011; Maramba, Ichards & Larrabee, 2004). Muitas vezes é necessário a articulação com a equipa multidisciplinar, de serviços de apoio na comunidade.

O Enfermeiro deverá fazer uma avaliação da situação de modo a desenvolver ações de acordo com as necessidades do idoso e cuidador informal/família.

É importante saber o que o idoso e cuidador sabem sobre a sua situação de saúde, o que é capaz de fazer e quais as suas limitações, em que cuidados de vida diária necessita de

ajuda, que tipo de recursos são necessários. Envolver o idoso no processo em que se encontra, permitir que expresse seus sentimentos, vontades e preocupações, tratando-o com dignidade. Envolver o cuidador nos cuidados ao idoso, capacitá-lo corrigindo algumas das intervenções realizadas para garantir a qualidade e a segurança dos idosos e do cuidador/familiar.

Esclarecer dúvidas é um papel muito importante do enfermeiro de reabilitação. Escutar a pessoa alvo dos cuidados e do cuidador das suas dificuldades e limitações. Promover a consciência das capacidades pessoais do cuidador, dos recursos a mobilizar para assegurar os melhores cuidados ao idoso. Garantir que o idoso faz o que é capaz de fazer e tem o apoio necessário nos cuidados que é incapaz pela limitação no autocuidado andar.

O Enfermeiro de Reabilitação partilha a informação pertinente ao utente/cuidador informal, esclarece dúvidas, fornece explicação e dá apoio emocional. Com a partilha da informação/conhecimento pode identificar e antecipar as dificuldades que poderão surgir e como as minimizar. Facilitador em benefício dos cuidados a desenvolver em casa para o cuidador não se centrar exclusivamente no problema, mas na solução. Assim sendo, a autoconsciência *“eleva o cuidador/família à condição de poder aceitar orientações, informações, influencias, que minimizam os riscos”* (Pereira I. F., 2016, p. 400).

O cuidador/família ao participar nos cuidados permite ao EEER *“instruir, alertar, corrigir, treinar capacidades”* e identificar erros bem como corrigi-los. Pereira I. F. (2016) afirma que o cuidador/família bem como o idoso tomam consciência da sua competência nos cuidados, quais os recursos que são necessários acionar para garantir as necessidades do idoso.

Todos os participantes viviam acompanhados exceto um que o cuidador informal residia nas proximidades, mas todos auxiliaram de modo que o plano de intervenção fosse continuado na ausência do EEER.

Para desenvolver um plano de intervenção direcionado para os ganhos no autocuidado andar, promovendo assim a autonomia do individuo, é necessário ter em conta o potencial de recuperação. Exige a recolha de dados que indiquem o nível de dependência e desenvolver o plano de intervenção.

A avaliação inicial, permitiu obter dados para identificar o foco da atenção em enfermagem de reabilitação, de modo a planear, adquirir, desenvolver melhorar ou manter a capacitação da pessoa sujeita aos cuidados. Assim sendo, os dados iniciais, os diagnósticos

de enfermagem, objetivos e intervenções são o modo de promover a autonomia da pessoa dependente no autocuidado andar.

Para a avaliação da capacidade do indivíduo é necessário utilizar instrumentos de recolha de dados. Hoeman (2011) refere que os instrumentos de avaliação da funcionalidade e capacidade para o autocuidado, permitem perceber a capacidade funcional e assim determinar e planificar as necessidades de cuidados. Os instrumentos de avaliação possibilitam medir os resultados em enfermagem, avaliar a evolução, através de uma avaliação contínua e sistematizada do indivíduo.

Após a identificação dos participantes, o seu consentimento para serem incluídos no projeto, foi feita a avaliação da capacidade funcional de cada um dos utentes dependentes no autocuidado andar através das escalas de avaliação.

Foram realizados 3 momentos de avaliação para certificar que o plano de intervenção estava a trazer benefícios. O segundo momento de avaliação foi realizado após 3 semanas de implementação do plano de intervenção para se necessário fazer ajustes ao mesmo.

Avaliação da Funcionalidade

Para avaliar a força muscular dos participantes foi utilizado a escala de avaliação de Lower. Constatou-se que todos os participantes apresentavam diminuição da força muscular na avaliação inicial. Comprovou-se que beneficiaram uma melhoria em termos de força muscular, adquiriram ganhos nos scores da referida escala no último momento de avaliação. Para tal foram, de acordo com a sua tolerância, realizadas mobilizações passivas, ativas, ativas assistidas e ativas resistidas e exercícios de fortalecimento muscular. Foram utilizadas faixas elásticas, bolas e pesos, em um dos participantes foi utilizado também a sua pedaleira.

Preto et al. (2016) reconhece que a manutenção de bons níveis de força muscular, é essencial à marcha segura e à execução de inúmeras tarefas quotidianas como carregar objetos, sentar e levantar de uma cadeira, subir e descer escadas com segurança, entre outras.

Hoeman (2011) alude a importância de manutenção da mobilidade de modo a prevenir a síndrome de desuso, o exercício físico terapêutico regular é essencial para a prevenção de contraturas ou atrofia muscular de modo a manter o tónus, a força e a função muscular para as atividades de vida diária.

Ainda que o internamento nas ECCI tenham uma configuração específica, constatamos que no ambiente domiciliar conseguimos melhorias no desempenho.

Pereira J. G. (2019) refere que o treino físico, exercícios resistidos progressivos têm um papel importante para o aumento da massa muscular, tamanho muscular e capacidade funcional do idoso, situação que se verificou nos utentes, embora não se consiga determinar o aumento da massa muscular, verificamos a melhoria da funcionalidade.

A atividade física promove a saúde, a independência e reduz o risco de quedas melhorando a qualidade de vida do idoso. O treino de força induz aumento da mesma, *“resistência e potência muscular, densidade óssea, melhora a capacidade de completar atividades de vida, a qualidade de vida relacionada com a saúde, reduz sinais e sintomas de doença crónica, ..., promovendo a resistência, flexibilidade equilíbrio e coordenação motora”* (Moraes, 2018, p. 15).

Para avaliar o equilíbrio quer estático quer dinâmico foi utilizada a escala de Tinetti uma vez que para o autocuidado andar se desenvolver de forma segura é necessário equilíbrio e correta postura corporal.

Como referido anteriormente, para o corpo se mover de forma desejável é necessário o equilíbrio e estabilidade das três forças, entre a *“força inicial, a força oposta e a gravidade”* (Marques-Vieira & Caldas, 2018, p. 547). O equilíbrio entre as três forças permite manter a postura mesmo parado.

Correia et al. (2019) comentam que o treino do equilíbrio e de propriocepção aumenta a massa e força muscular, melhora a resistência e equilíbrio corporal e promove a funcionalidade e autoconfiança no indivíduo. Os vários artigos analisados pelos autores referem que o programa de exercícios minimiza o risco de queda, de medo de cair no idoso.

Através da aplicação da escala, ficou comprovado que após a implementação do plano de intervenção, tanto no equilíbrio como na marcha, os participantes tiveram uma evolução positiva.

Todos os participantes apresentavam alto risco de queda, verificando-se que após aplicação do plano de intervenção apresentaram maiores scores na escala significando uma marcha eficaz e menor risco. Foi utilizada a escala de Morse e Time UP And Go (TUG) e verificou-se menor risco de queda no decorrer do plano de intervenção.

Correia e colaboradores na sua análise de artigos científicos afirma que programa de exercícios com a componente física e psicológica do risco de queda utilizando TUG “*como instrumento de avaliação, abordando o equilíbrio, a força, a função e o medo de cair resultou numa melhoria relativa alcançada de 0,8 segundos*” (Correia, et al., 2019, p. 75). Concluíram que a intervenção com exercícios complexos para a prevenção de quedas, melhorou efetivamente o equilíbrio, a condição física e levou a uma redução do medo de cair na população idosa estudada.

Autocuidado andar comprometido

Ao longo da vida, adquire-se a capacidade para o autocuidado de modo a satisfazer as necessidades, contudo quando há um imprevisto, surgem os agentes do autocuidado para o promover. Queirós (2010) diz que quando nos processos de transição se altera a condição individual, o meio e autonomia evolui-se para a dependência.

Para avaliar o nível de dependência nas atividades de vida diárias dos participantes, foram utilizadas a escala de Barthel e MIF.

Na avaliação inicial a média atingida pelos participantes na escala de Barthel foi de 33,8 o que indica dependência total. De ressaltar que dois dos participantes na avaliação inicial apresentavam 15% de nível de dependência o que influencia a média.

A média na avaliação intermédia, após aplicação do plano de intervenção, foi de 49 indicando grave dependência e na avaliação final, de ressaltar que um dos participantes não foi avaliado como referido anteriormente influenciando o resultado, foi de 76 indicando moderada dependência. Um dos participantes atingiu muito leve dependência com 95%.

Na Escala de avaliação MIF verifica-se o mesmo resultado com média de 66 na avaliação inicial e 94,8 na avaliação final. Assim sendo, todos os participantes obtiveram ganhos no autocuidado andar visto haver uma melhora na realização das atividades de vida diária, contudo no final da intervenção dois dos participantes ainda revelam um elevado grau de dependência, apesar da demonstrarem melhorias para o autocuidado tornando-se mais participativos e motivados para a realização dos mesmos.

Queirós (2010) refere que para a satisfação das necessidades de autocuidado, é necessário a adaptação nos vários processos de transição com necessidade de autocuidado terapêutico para ajudar no processo de transição, promovido por agentes de cuidado com

ações deliberadas, intencionais, adquirindo autocuidado estimativo, autocuidado transitivo e autocuidado produtivo para a recuperação e bem-estar.

O treino das atividades de vida diária é umas das intervenções mais importantes de EEER visto promover a autonomia do objeto da sua intervenção.

Hoeman (2011) afiança que exercícios aeróbicos, treino de força podem prevenir ou reverter e aumentar a resistência em alterações no idoso frágil e melhorar a saúde global. Para o treino de marcha, especialmente com pesos ajuda os idosos a melhorar o equilíbrio e estabilidade corporal. O treino deve ser individualizado e adequado à situação clínica da pessoa, inicialmente para prevenir sequelas da imobilidade promovendo a funcionalidade regulando o regime terapêutico para a conservação da energia prevenindo a fadiga.

Menoita (2012) afirma que o treino da marcha só deve ser realizado quando a pessoa tem consciência do próprio corpo, consiga ficar em pé e equilibrado.

Todos os participantes eram totalmente dependentes na fase inicial do processo, o participante menos dependente apresentava 60% de score na escala de Barthel (avaliação inicial) o que significa grave dependência.

Na avaliação final 3 dos participantes evoluíram para moderada dependência, um participante para muito leve dependência, outro participante para grave dependência. Dois dos participantes utilizando auxiliar de marcha andarilho e um participante utilizando bengala.

Um dos participantes teve uma evolução de dependência total (15%) para grave dependência (45%) da avaliação inicial para a intermédia, contudo face ao agravamento da sua situação clínica, não foi possível continuar a desenvolver o plano de intervenção, mas sim estabelecer medidas de conforto como o *“controle dos sintomas, comunicação, trabalho em equipa e apoio ao luto”* (Santos & Pêla, 2018, p. 606, a citar Twycross, 2003). O EEER tem de ter consciência dos limites, preservando o interesse pela pessoa, conservando a sua dignidade. Controle dos sintomas, ensino ao cuidador informal/formal sobre posicionamentos na ausência do EEER e realizar mobilizações articulares de modo a aliviar a dor e promover o conforto.

2.5.2 – Processo de Cuidados Perscrutáveis do Desenvolvimento das Competências

Como referido em outros capítulos, o envelhecimento associado a alterações de vida diária, sedentarismos ou situações de saúde/doença, pode comprometer a capacidade funcional no autocuidado andar do idoso. O EEER tem um papel terminante para melhorar, manter, retardar a dependência nas AVD's ou até ser facilitador no lidar com a dependência.

Andar influencia a capacidade para o autocuidado daí a relevância da EEER, da aplicação de planos de intervenção à pessoa no seu ambiente e comunidade. Em caso de doença o plano de intervenção deve ser iniciado o mais precoce possível, em internamento e continuado em ambulatório.

Todos os contextos teóricos e clínicos selecionados foram relevantes para o desenvolvimento de competências. Por um lado, as sessões teóricas que facultaram os argumentos teóricos para compreender o processo de cuidar e por outro o Estágio em ambiente real, permitiu avaliar, planear e aplicar cuidados específicos à população mais vulnerável.

Para o desenvolvimento de competências, esteve por base todo o processo teórico desenvolvido durante o Curso de Mestrado em Enfermagem culminando com os estágios de ortopedia e orto-traumatologia, respiratória e neurologia. Foram adquiridas, ampliadas e incrementadas competências comuns do EE, específicas de EEER e de Mestre, no decorrer do Curso.

Assim, o ambiente de cuidados de ortopedia e orto-traumatologia foi um dos locais selecionados que permitiram compreender quão importante a reabilitação, favorece o processo de capacitação precoce. O ambiente de saúde comunitária permitiu dar continuidade ao processo de capacitação à população idosa, compreender as limitações bem como os meios existentes em um ambiente não controlado.

No decorrer da unidade curricular estágio final foram desenvolvidas na prática as competências adquiridas nos programas teóricos, durante todo o percurso houve sempre acompanhamento por parte de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação das Unidades de Estágio e por o Docente Orientador e Responsável dos Estágios.

Houve momentos reflexivos de partilha de modo a conquistar competências comuns de enfermeiro especialista, específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e de mestre.

Elaborado e aplicado projeto de intervenção de ER e posterior avaliação em contexto da prática de cuidados. Desenvolvidas intervenções de ER que permitiram identificar diagnósticos de enfermagem limitadoras nas AVD's, implementadas intervenções específicas de ER e produzidos resultados conseguíveis com posterior avaliação na qualidade de vida e culminando com o Relatório de Estágio Final.

Os resultados alcançados comprovam que contribuíram para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem bem como a importância das intervenções de ER.

Foi desenvolvido o cronograma no início da unidade curricular e ajustados os tempos previamente definidos. Foram surgindo alguns atrasos resultantes da Comissão Ética, contudo resolvidos no início do programa. Foram respeitados restantes tempos até ao término do estágio final. Após a conclusão do estágio final foi realizada a avaliação de acordo com o projeto de intervenção, objetivos definidos de modo a avaliar as competências adquiridas.

Da aplicação do projeto de intervenção aos participantes, obteve-se resultados utilizando instrumentos de colheitas de dados através da avaliação inicial, intermédia e final utilizando escalas de avaliação reconhecidas.

Com a avaliação dos resultados alcançados verificou-se melhorias na população envolvida no programa. Dos 6 participantes verificou-se melhoria na força muscular, equilíbrio corporal, transferências e andar, promotoras da funcionalidade. Em alguns casos foi introduzido equipamento de apoio para melhorar o equilíbrio como andarilho ou bengala.

Verificou-se que 4 dos participantes a melhoria da funcionalidade contribuiu para a autonomia e capacitação para as AVD's, um dos participantes apesar da evolução positiva no segundo tempo de avaliação, por agravamento do estado de saúde, foi suspenso o plano de intervenção e mantidas as medidas de conforto de modo a ter um final de vida digno. Outro participante melhorou a sua funcionalidade promovendo a colaboração progressiva, ao seu máximo, para a realização das AVD's. A realização de RFR, RFM ao participante idoso, contribuiu significativamente para a capacitação no autocuidado andar.

A elaboração do Relatório de Estágio Final foi adiada por motivos de saúde do mestrando, contudo permitiu-lhe, a nível pessoal tomar consciência da relevância da ER na vida de uma pessoa visto ter colocado em prática as competências adquiridas em si próprio, RFR e RFM.

Assim, mesmo com os constrangimentos que foram surgindo, considera ter alcançado os objetivos estabelecidos para a Unidade Curricular Estágio Final com a aquisição de competências comuns de EE, específicas de EEER e de Mestre.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Após a realização do estágio final, elaboração do projeto e finalizando com o relatório de estágio determinantes para aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências.

Este capítulo permite retratar de forma reflexiva as competências comuns do Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e competências de Mestre.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem é aquele a quem é reconhecida a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade e foi atribuído o título de Enfermeiro Especialista. O título de Enfermeiro Especialista para além das competências referidas, reconhece competências distintas de acordo com o Regulamento de cada área de especialidade (Regulamento nº140/2019).

Competências comuns são partilhadas por todos os especialistas e que implicam elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, e dão suporte ao exercício profissional especializado, à formação, à investigação e à assessoria.

De acordo com o regulamento, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista englobam os domínios: Responsabilidade Profissional, ética e legal; Melhoria Continua da Qualidade; Gestão dos Cuidados; Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (Regulamento nº140/2019).

Na sua qualidade de formanda na avaliação e implementação de cuidados teve sempre em conta as competências atribuídas pelo regulamento profissional de enfermeiro especialista. Nesse sentido, fundamentou o seu agir com modelos teóricos de enfermagem nomeadamente na Teoria das Transições de Meleis e na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem para promover a solidez e consistência baseado na evidencia científica.

O idoso encontra-se muitas vezes envolvido em múltiplos processos de transição, tanto a nível de processos de saúde/doença como da sua própria vida. Enfrenta desafios que decorrem do envelhecimento, da doença, da dependência de terceiros, por vezes há mudança do ambiente físico, redução do poder económico, entre outros. Todas estas mudanças,

resultam em instabilidade e tornam o processo de transição mais ou menos difícil e moroso dependendo da forma como lidam com a nova condição.

Cabe ao enfermeiro promover uma transição mais tranquila e facilitadora, com o seu elevado nível de conhecimento antecipa, avalia, diagnostica, lida e ajuda a lidar com as mudanças facilitando a transição de modo a promover a autonomia e bem-estar.

Cada indivíduo lida de forma diferente com a mudança (externo) e o processo de transição (interno) pode ser mais ou menos difícil dependendo da situação e a forma como a vê. O enfermeiro tem que atender à individualidade de cada sujeito ao seu cuidado, bem como promover a adaptação e auto capacitação de modo a desenvolver o máximo de autonomia.

A mudança pode ser geradora de défice de autocuidado e consequentemente de dependência necessitando da intervenção de enfermagem e realização de cuidados de enfermagem (agente de cuidados) para satisfazer as necessidades. Orem define como satisfação das necessidades a teoria dos Sistemas de Enfermagem que pode ser totalmente compensatória (compensar, apoiar e proteger incapacidades), parcialmente compensatória (substituir em algumas atividades), ou apoio e educação (ajudar na tomada de decisões, informar e promover a aprendizagem), de modo a satisfazer e modificar os requisitos de autocuidado universal, de desenvolvimento e os desvios de saúde.

As pessoas com quem teve contacto vivem processos de transição pela condição de saúde/doença. Quem sofreu uma fratura idealiza que a sua situação irá voltar ao estado anterior, faz um processo de adaptação distinto e adaptar-se à nova condição de vida de modo diferente que alguém com doença neurológica ou cardiorrespiratória.

A trajetória de cuidados a nível hospitalar para a comunidade leva a desenvolver uma ação estratégica distinta. Ter em atenção os recursos disponíveis é fundamental para a reabilitação. O agir no domicílio de cada utente é distinto do meio hospitalar exigindo em ambos os contextos competência ética, rigor e respeito pela pessoa. O agir tem que se enquadrar nas necessidades individuais tendo em conta o ambiente e a cultura onde está inserida, de modo a desenvolver uma relação empática e dirigindo a atuação às necessidades, tendo em conta os princípios, valores, costumes e cultura do indivíduo.

Os cuidados de enfermagem distinguem-se nas várias pessoas, com diversas patologias e défices, de modo individualizado pois cada uma age de forma distinta à sua

condição, atendendo à responsabilidade profissional, princípios éticos, código deontológico dos enfermeiros.

Conciliar o plano de cuidados com os seus interesses nem sempre é fácil na medida em que os profissionais devem zelar pela melhoria contínua da qualidade de cuidados prestados.

O recurso do contacto telefónico por parte dos utentes, cuidadores informais e formais até às 20h, diz bem da disponibilidade para apoiar nas dificuldades.

As intervenções na comunidade na área da saúde e social mobilizam um conjunto de atores que concorrem para um objetivo comum, que é prestar o melhor cuidado/serviço ao cidadão/utente. Ser consciente do contributo para a ação global de cuidados, saber argumentar e conhecer estratégias no interesse dos utentes.

Assim foi vivida a experiência de participação nas reuniões de equipa multidisciplinar e ao tomar consciência do valor do trabalho conjunto, compreende-se o valor da gestão dos cuidados numa perspetiva comunitária. Tomar consciência do valor do gestor de caso, cabendo este papel ao elemento mais bem posicionado para agir no processo de cuidados global, sendo assim relativamente o EEER que tem esse papel com os utentes a seu cuidado.

O enfermeiro tem competência, a capacidade de análise da saúde e suas problemáticas, que converte nas ações de prevenção e formação dos utentes, cuidadores informais e formais. De referir a articulação entre os profissionais da ECCI, das ERPI e Centros de dia, com esclarecimento de dúvidas e pedidos de orientação.

Os enfermeiros especialistas e mestrando organizaram respostas específicas sendo exemplo os cuidados com inaloterapia, mobilização dos utentes, transferências em segurança e cuidados de higiene corporais e de conforto.

Deve haver comunicação com a equipa e da equipa com os utentes abrangendo a gestão de conflitos e os recursos, numa relação empática, condições essenciais para o desenvolvimento das competências.

Os conhecimentos adquiridos durante o percurso académico quer teóricos quer práticos na área de Mestrado em Enfermagem, aplicados nos Campos de estágio permitiram, para além de os colocar em prática, consolidá-los e aprofundá-los, utilizando pesquisa bibliográfica, participação em ciclo de conferência (Apêndice II), discussão com EEER,

reflexão no agir e implementação do projeto. Em conjunto permitiu ao mestrando desenvolver competências quer pessoais quer profissionais na área de especialidade.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para além das competências comuns dos Enfermeiros Especialistas acresce as competências específicas na área de especialidade (Regulamento nº 392/2019).

O mesmo regulamento define as competências específicas: Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem foram facultadas ferramentas quer teóricas quer práticas para desenvolver competências específicas na área da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação. Essas ferramentas foram aplicadas em contexto clínico, sustentados por pesquisa bibliográfica contínua e com a articulação com os enfermeiros especialistas de reabilitação e equipa multidisciplinar, a nível hospitalar no serviço de ortopedia na valência ortopédica e a nível comunitário englobou a valência respiratória e neurológica.

O facto de terem sido seleccionados distintos contextos de estágio, com dinâmicas de trabalho diferentes, distintas populações alvo de cuidados, com abordagens e objetivos diferentes, promoveu a aquisição de competências específicas inerentes ao EEER.

Através do desenvolvimento do projeto de intervenção e aplicação do plano de intervenção foi possível realizar diagnósticos de enfermagem de reabilitação, utilizando os recursos disponíveis nos campos de estágio.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de Enfermagem de Reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permite tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações

secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa (Regulamento nº 392/2019).

O estágio final foi realizado em ECCI, a população é maioritariamente envelhecida, numa zona rural com padrões socioeconómicos e culturais desfavorecidos. Todos os utentes se encontravam integrados no seio familiar e usufruíam de apoio por parte de cuidador informal.

As educações para a saúde sob a forma de ensinamentos, foram realizados aos utentes e cuidadores informais de modo a garantir o cumprimento dos cuidados de reabilitação mesmo na ausência do EEER.

Alguns dos utentes beneficiavam de apoio de cuidadores formais, pelo que a comunicação com a equipa de ECCI é privilegiada, os contactos telefónicos regulares, para esclarecer dúvidas e reforçar as orientações sobre o levante, transferências, posicionamentos, administração medicamentosa, como a inaloterapia e cuidados a ter com os inaladores para manutenção da sua eficácia.

Todos os participantes internados em ECCI foram referenciados pela USF, Hospital ou UMDR por se apresentarem dependentes e a necessitar de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Realizada consulta de avaliação ao interessado, a entrevista ao utente/cuidador informal permite colheita de dados pertinente e completa da situação clínica, podendo utilizarem-se escalas de avaliação, de modo a precisar as necessidades da pessoa e delinear a intervenção, definir diagnósticos de enfermagem de reabilitação e planear intervenções para dar resposta aos problemas levantados.

Os planos de intervenção individualizados, de acordo com as necessidades e particularidades dos utentes/cuidadores e do ambiente. Os objetivos são definidos operacionalizados de modo realista para se obter à melhoria da funcionalidade motora, respiratória e sensorial promovendo a autonomia, nas AVD's.

Na avaliação da funcionalidade recorremos a escalas sendo utilizadas, o Índice de Barthel e MIF, que são um modo prático de determinar o nível de (in)dependência; a escala *Time Up and Go* permite compreender e precisar a mobilidade e o equilíbrio e indiretamente o risco de queda; a escala de Morse para determinar o risco de queda; o Índice de Tinetti para avaliar o equilíbrio e escala de Lower para determinar a força.

Estas avaliações permitiram sustentar o projeto de intervenção cujo objetivo foi determinar os ganhos no autocuidado andar nos utentes sujeitos a intervenção do EEER, através de um plano de intervenção individualizado com treino de mobilização das estruturas articulares, de treino de transferência, treino de fortalecimento muscular utilizando pesos, faixas e bolas, treino de marcha, treino de subir e descer escadas e RFR.

A sistematização dos programas inclui vários momentos de avaliação: uma inicial, a que se segue o plano de intervenção; a intermédia para determinação da eficácia do plano e ajustes se necessário; e a avaliação final na conclusão do plano de intervenção.

A UCC estabeleceu várias parcerias com: Câmara Municipal, Agrupamento de escolas, Centros de Dia e ERPI. Um exemplo dessa interação foi a colaboração numa atividade para os centros de dia.

Inserido no programa (Re)Habilitar, surgiu a oportunidade de desenvolver uma ação de formação intitulada “Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências” a cuidadores formais do Centro de Dia. Esta ação de formação foi no sentido de contribuir para a capacitação dos cuidadores formais a desenvolverem estratégias de melhoria na prestação de cuidados, de forma mais segura e eficaz.

Foram focados temas como: o movimento e o modo de mobilizar as pessoas em segurança para o utente e para o cuidador formal. Realçou-se a importância da postura corporal do cuidador formal nas suas intervenções, como posicionar ou levantar da cama/cadeira, apoio na deambulação e ainda no modo de agir face a queda (Apêndice III).

No final da sessão, os formandos avaliaram o impacto da formação de forma muito positiva quanto à forma, conteúdos apresentados, assim como a importância do tema para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para a sua saúde. Foi destacada também a oportunidade para esclarecimento de dúvidas sobre o tema, constituindo assim um espaço de partilha de conhecimentos com vista à validação de conhecimentos. As formandas manifestaram propostas de novas ações de formação com os seguintes temas: Higiene e Segurança, Alimentação, Transferência do Utente para o Transporte (carrinha) e Primeiros Socorros.

No âmbito da parceria com a Câmara Municipal, no “Dia Internacional do Idoso”, a equipa da UCC desenvolveu atividades com os idosos residentes no concelho e diversas IPSS promovendo a mobilidade física e motora através da dança, fazendo o “comboio” bem

como outras atividades com bolas de sabão para realizarem exercícios respiratórios, havendo estímulo através de *emojis* e frases positivas de incentivo e motivação.

Do programa de formação para a UCC, foi realizada uma ação formativa, fazendo o mestrando parte da equipa de formadores. O tema foi sobre “Inaloterapia” para a equipa multidisciplinar (Enfermeiras, Médicos, Assistente Social e Fisioterapeuta). Pretendia-se promover a melhoria dos cuidados, a uniformização dos procedimentos. e estratégias de intervenção com os utentes. Toda a informação utilizada ficou ao dispor dos profissionais de modo a ser utilizada pelos utentes, promovendo a literacia em saúde. A ação de formação foi avaliada positivamente, visto haver algumas lacunas quanto aos tempos entre cada inalação bem como sobre a limpeza e manutenção da câmara expansora (Apêndice IV).

3.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

De acordo com o Decreto-Lei N° 63/2016 de 13 de setembro, capítulo III, Artigo 15°, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, para ser atribuído o Grau de Mestre, em determinada área de especialidade, é exigido a aquisição de um elevado nível de conhecimento, de o saber aplicar de modo a solucionar problemas em situações não familiares em múltiplos contextos; ter capacidade de integrar conhecimentos; de lidar com questões complexas; capacidade de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios subjacentes de forma clara sem ambiguidade. Desenvolver competências ao longo da vida de forma fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

No decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem, respeitando o Regulamento das competências comuns de EE e competências específicas de EEER, em todas as atividades e estratégias desenvolvidas foram planeadas para aquisição das competências de Mestre.

Elaboração do projeto de estágio, preparação e implementação do plano de intervenção, identificação dos diagnósticos e intervenções adequadas e individualizadas a cada um dos participantes de modo a promover ganhos no autocuidado andar a pessoas com limitações nesse foco.

Foi utilizada uma metodologia de planeamento em saúde de modo que todas as tomadas de decisão e intervenções fossem baseadas na evidencia científica, promovendo a aquisição de competências na prestação, gestão e supervisão dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação e capacitação dos participantes, atendendo às suas necessidades para o autocuidado andar e conseqüentemente para a sua autonomia nas atividades de vida diária.

Ao longo do projeto, desde a elaboração, implementação e avaliação, foi tido em conta questões éticas, sociais e profissionais beneficiando não somente os participantes, como a aquisição e consolidação de conhecimentos teóricos por parte do Mestrando.

Para além da reflexão prática diária, foi necessário realizar uma pesquisa constante para cimentar o conhecimento. Foi produzido um artigo “autocuidado andar comprometido” de modo a enriquecer o conhecimento científico e de investigação essenciais a um Grau de Mestrado (Apêndice V).

Considera ter atingido com sucesso as competências de mestre.

4. CONCLUSÃO

Primariamente à realização deste relatório, surgiu uma inquietação no mestrando de qual a problemática que gostaria de abordar e desenvolver no Estágio Final. Assim foi desenvolvido um projeto de acordo com o interesse pessoal, fundamentado em bases teóricas, de modo a justificar a sua pertinência clínica com o objetivo de dar respostas à problemática e desenvolver competências.

Após a elaboração do Projeto de Intervenção “Ganhos no Autocuidado andar – Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação”, aprovado pela comissão de ética, selecionados os participantes que concordaram, de forma esclarecida e por escrito, serem incluídos no estudo, desenvolveu-se um plano de intervenção individualizado a cada participante.

No decorrer do plano de intervenção, foram colhidos dados, em três momentos, do início até à sua conclusão. Foi um percurso difícil, mas bastante gratificante que culmina com a divulgação dos resultados no Relatório de Mestrado.

De destacar o facto de a temática proposta ser do interesse do mestrando, a pesquisa bibliográfica realizada e as orientações do Professor Orientador, facilitaram o desenvolvimento e estruturação do Projeto e do Relatório.

O acompanhamento por parte da sra. Enfermeira Especialista no Estágio Final, facultando toda a informação pertinente para o desenvolvimento do projeto e do plano de intervenção, encorajando à reflexão de modo a compreender as intervenções desenvolvidas como EEER na prestação de cuidados.

As variáveis do plano de intervenção como a força muscular, equilíbrio, andar, (in)dependência e risco de quedas evidenciaram uma melhoria em todos os participantes envolvidos no plano de intervenção. A introdução e ensino do uso de auxiliar de marcha em alguns dos participantes significou melhoria no equilíbrio e reduziu o risco de quedas.

Os ensinamentos aos cuidadores informais e formais de modo a continuar a reabilitação na ausência do EEER, resultou em ganhos.

As experiências vividas quer a nível hospitalar quer comunitário permitiram a consciência da importância dos EEER em ambos os contextos e a garantia da qualidade de vida do idoso.

Desenvolver programas de reabilitação de modo a promover a funcionalidade, de acordo com as necessidades dos idosos, fomentam o envelhecimento saudável e ativo e consequentemente ganhos em saúde.

Articular os programas entre o meio hospitalar e comunitário, algo que ainda está pouco enraizado, causando constrangimentos e atrasos na reabilitação do idoso, por falta de comunicação, informação e referenciação após a alta das unidades hospitalares.

Desenhar planos de intervenção individualizados, adaptados às condições domiciliares, junto das pessoas significativas (cuidadores informais), habilitar e capacitar para o novo desafio, envolvendo-os na reabilitação dos idosos, promove a diminuição da dependência e isolamento social.

A existência de EEER nas UCC, permite ganhos físicos, psicológicos e sociais, melhora a autonomia e independência da pessoa alvo da sua intervenção, que se reflete em ganhos na qualidade de vida. O idoso e seu cuidador informal, em contexto domiciliário sentem-se motivados para a reabilitação. Conduzindo a reabilitação para o domicílio, capacitando os cuidadores de modo a dar continuidade ao plano promove a satisfação quer do cuidador quer do idoso ao reconhecer os ganhos na funcionalidade pelo maior tempo exequível.

Com o envelhecimento populacional, principalmente nas regiões do interior, julga imprescindível os cuidados comunitários e de reabilitação pelo que, as políticas de saúde deveriam ser focadas na promoção do autocuidado e independência, bem como no envelhecimento ativo.

Como pontos críticos, destaca o tempo limitador em que decorreu o projeto de intervenção, a população tendencialmente envelhecida não evidenciando dados mais abrangentes e as dificuldades a nível informático de processamento da informação de forma sintética, clara e organizada.

Com o Relatório pretende mostrar de modo conclusivo tudo o que foi vivenciado, as atividades desenvolvidas, os resultados obtidos.

O Relatório é o culminar do percurso efetuado desde os conhecimentos teóricos adquiridos no Curso de Mestrado em Enfermagem, o primeiro estágio e o estágio final.

Quer comprovar a aquisição das competências de Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Mestre em Enfermagem.

Comprovar através da análise dos resultados obtidos com a implementação do Projeto de Intervenção Profissional “Ganhos no autocuidado Andar comprometido – Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação”, que contribuiu para os ganhos em saúde dos participantes.

Assim sendo, ao longo do percurso do mestrando, com todas as dificuldades e obstáculos que foram surgindo, considera que as competências adquiridas deram resposta às situações de saúde da pessoa sujeita aos cuidados, bem como a aquisição de competências na área de Enfermeira Especialista, específicas de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de Mestre em Enfermagem.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, N. M. (2018). *Cuidado, Lado a Lado - Otimização de Estratégia de Atuação na Capacitação do Cuidador Informal*. Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Évora. Obtido em 2019, de <http://hdl.handle.net/10174/23263>
- Araujo, J. M., Fernandes, A. L., Silva, A. B., Moura, L. A., Junior, M. F., & Vitor, A. F. (2018). Clinical Validation of Prevention Behavior in a Hospital Environment. (Revista Brasileira de Enfermagem, Ed.) 71(4), 1951-1959. doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0212>
- Brito, E., Ramos, N., & Oliveira, A. (2018). Envelhecimento Ativo Digno e Saudável: Voz dos Idosos Sobre Discriminação e Violência. Em ISPA (Ed.), *Actas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, (pp. 299-307). Lisboa. Obtido de <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/6113>
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*. Boulder: Aspen Publication. Obtido de <https://repository.upenn.edu/nrs/9>
- Correia, C., Barbosa, L., Rebelo, L., Alves, M., Pinho, N., & Magalhães, B. (2019). O Treino Propriocetivo e de Equilíbrio Postural no Idoso para a Prevenção de Quedas, *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 66-77. doi:10.33194/rper.2019.v2.n1.09.4573
- Decreto Lei nº 101/2006 de 6 de junho do Ministério da Saúde. Diário da República: Série I-A, nº 109 (2006). Acedido a 17 de setembro de 2019. Disponível em www.dre.pt.
- Decreto Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro do Ministério da Saúde. Diário da República: Série I, nº 38 (2008). Acedido a 17 de setembro de 2019. Disponível em www.dre.pt.
- Decreto Lei nº 161/96 de 4 de setembro do Ministério da Saúde. Diário da República: Série I-A, nº 205 (1996). Acedido a 17 de setembro de 2019. disponível em www.dre.pt.
- Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República: Série I, nº 176 (2016). Acedido a 17 de setembro de 2019. Disponível em www.dre.pt.
- DGS. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento ativo e Saudável 2017-2025*. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- DGS. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Lisboa: DGS. Obtido em 13 de janeiro de 2020, de www.dgs.pt
- Dignus. (2021). *Portugal: 4º País da EU com mais Idosos Acima dos 65 Anos*, Revista Técnica de Geriatria e Gerontologia. Obtido em 16 de abril de 2021, de <https://www.dignus.pt/2021/03/17/portugal-4-o-pais-da-ue-com-mais-idosos-acima-dos-65-anos/>

- Hoeman. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. Loures: Lusodidacta.
- Judge, J. O. (2019). Distúrbios da Marcha no Idoso. (MDS, Ed.) USA, Connecticut. Obtido de <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/geriatria/dist%C3%BArbios-da-marcha-no-idoso/dist%C3%BArbios-da-marcha-no-idoso>
- Lourenço, M. J., & Moreno, M. S. (2016). Terapêutica de Posição: Princípios e Finalidades. Em M. J. Lourenço, Ó. Ferreira, & M. L. Baixinho, *Terapêutica de Posição: Contributos para um Cuidado de Saúde Seguro* (pp. 75-81). Loures: Lusodidacta.
- Marques-Vieira, C., & Caldas, A. C. (2018). A Relevância do Andar: Reabilitar a Pessoa com Andar Comprometido. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação À Pessoa Ao Longo Da Vida* (pp. 547-577). Loures: Lusodidacta.
- Meleis, A. I. (2009). *Transition Theory: Middle-Range and Situations Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Spring Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing Development and Progress* (5ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa Com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusodidacta.
- Ministério da Saúde. (2018). Retratos da Saúde 2018. Portugal, Lisboa. Obtido em 8 de janeiro de 2020, de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Moraes, L. P. (2018). *Comparação dos Efeitos de Treinamento resistido e da Hidroginástica na percepção da qualidade de vida e IMC de Indivíduos Idosos*. Universidade do Porto, Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Porto. Obtido em 15 de abril de 2021, de <https://hdl.handle.net/10216/116905>
- OMS. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. OMS. Obtido em 13 de janeiro de 2019, de https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?ua=1
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática* (1 ed.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. doi:ISBN: 978-972-99646-9-5
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Guia das Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vertebro-medular*. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação*. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Enfermagem de Reabilitação: Instrumentos de Recolha de Dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*.

- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis: MO: Mosby.
- Pereira, I. F. (2016). Pessoa com Mobilidade Reduzida: Capacitar o Familiar Cuidador para a Continuidade dos Cuidados de Saude. Em M. J. Lourenço, Ó. Pereira, & C. L. Baixinho, *Terapeutica de Posição: Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro* (p. 393 a 404). Loures: Lusodidacta.
- Pereira, J. G. (2019). *Sarcopenia e exercicio fisico do Idoso*. Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra. Obtido em 15 de abril de 2021, de <https://eg.uc.pt/handle/10316/89716>
- PORDATA. (2019). Obtido em 3 de abril de 2021, de PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>
- Preto, L. S., Gomes, J. R., Novo, A. M., Mendes, M. R., & Granero-Molina, J. (2016). *Efeitos de um Programa de Enfermagem de Reabilitação na Aptidão Funcional de Idosos Institucionalizados, IV*, pp. 55-63. Obtido em 12 de Abril de 2021, de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2569&id_revista=24&id_edicao=90
- Queirós, A. P. (fevereiro de 2010). *Aurocuidado, Transições e Bem-estar*, pp. 5-7. Obtido em 15 de abril de 2021, de https://www.researchgate.net/publication/267328377_Autocuidado_transicoes_e_bem-estar
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: serie II, nº26 (2019). Acedido a 17 de setembro de 2019. Disponível em www.dre.pt.
- Regulamento nº 392/2019 de 3 de maio de 2019 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: Serie II, nº 85 (2019). Acedido a 17 de setembro de 2019. Disponível em www.dre.pt.
- Santos, A. S., & Pêla, J. (2018). Reabilitação da Pessoa em Cuidados Paliativos e Fim de Vida. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 605 - 618). Lisboa: Lusodidacta.
- UCC Arraiolos. (2018). *Relatório de Atividades ECCI Arraiolos*. Arraiolos.
- UCC Arraiolos. (2019). *Plano de Ação*. Arraiolos: SNS. Obtido de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/planosdeacao/Paginas/default.aspx>

6. APÊNDICES

Apêndice I – Formulário Colheita de Dados

Apreciação

Apresentação	
Nome:	Idade:
Antecedentes Pessoais:	
Estado civil:	
Agregado Familiar:	
Cuidador informal:	
Habitação:	
Habilitações literárias:	
Profissão:	
AVD's:	
Diagnóstico Atual:	
Antecedentes Pessoais:	
Medicação:	

História de doença Atual

Avaliação Inicial

Barthel

Planeamento dos Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados
AVD Higiene Vestir e despir (Data)		
Movimento muscular e articular		
Equilíbrio corporal comprometido		
Andar comprometido		
Autocuidado ir ao sanitário		
Intolerância à atividade		
Ansiedade presente		
Défice de conhecimento, relacionado com exercícios a realizar e atividades terapêuticas		
Risco de queda		

Intervenções de Enfermagem	(Data)		(Data)
	1º Momento	2º Momento	3º Momento
Treino (Exercícios/ atividades Terapêuticas)	X	X	X
Treino de Equilíbrio	X	X	X
Exercícios musculares e articulares	X	X	X
Tinetti	Sentado Em Pé		
Barthel			
MIF			
Lower MSs/MIs	MSD- MID-	MSE- MIE-	
Treino de AVD's			
Morse			
TUG			
Ensinos			
Dor			

AVALIAÇÃO DOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMAGEM (Data)	
AVD Higiene e vestuário dependente	
Movimento muscular	
Equilíbrio corporal	
Andar comprometido	
Autocuidado ir ao sanitário	
Intolerância à atividade	
Ansiedade	
Défice de conhecimento, relacionado com exercícios a realizar e atividades terapêuticas	
Risco de Queda	

CONCLUSÃO

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Apêndice II – Certificado de Participação “Teoria das Transições – Repercussões no Ensino e na Prestação de Cuidado



Posicionamentos

Os cuidados em casa e durante a noite, quando não são bem sucedidos, devem ser considerados como cuidados de emergência e devem ser tratados como tal.

Para os cuidados em casa, deve ser dada uma atenção especial à prevenção das úlceras de pressão, através de uma mudança regular de posição e através de uma avaliação regular da pele.

Para os cuidados durante a noite, deve ser dada uma atenção especial à prevenção das úlceras de pressão, através de uma mudança regular de posição e através de uma avaliação regular da pele.

16

Posicionamentos - Objectivos

Manter a estabilidade da cabeça e do pescoço	Manter a estabilidade do tronco e dos membros superiores	Manter a estabilidade dos membros inferiores
Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão	Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão	Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão
Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão	Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão	Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão
Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão	Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão	Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão

17

DURANTE O POSICIONAMENTO

Trabalhar em casa, durante a noite, quando não são bem sucedidos, devem ser considerados como cuidados de emergência e devem ser tratados como tal.

Para os cuidados em casa, deve ser dada uma atenção especial à prevenção das úlceras de pressão, através de uma mudança regular de posição e através de uma avaliação regular da pele.

Para os cuidados durante a noite, deve ser dada uma atenção especial à prevenção das úlceras de pressão, através de uma mudança regular de posição e através de uma avaliação regular da pele.

19

DEPOIS DO POSICIONAMENTO

Verificar o alinhamento do corpo, observando o alinhamento da cabeça, do tronco e dos membros inferiores.

Trabalhar em casa, durante a noite, quando não são bem sucedidos, devem ser considerados como cuidados de emergência e devem ser tratados como tal.

Para os cuidados em casa, deve ser dada uma atenção especial à prevenção das úlceras de pressão, através de uma mudança regular de posição e através de uma avaliação regular da pele.

Para os cuidados durante a noite, deve ser dada uma atenção especial à prevenção das úlceras de pressão, através de uma mudança regular de posição e através de uma avaliação regular da pele.

20

Posicionamentos

PRINCÍPIOS A RESPEITAR NOS POSICIONAMENTOS

- Evitar o uso de correntes, cintas e outros dispositivos que possam limitar a mobilidade do doente.
- Evitar o uso de correntes, cintas e outros dispositivos que possam limitar a mobilidade do doente.
- Evitar o uso de correntes, cintas e outros dispositivos que possam limitar a mobilidade do doente.
- Evitar o uso de correntes, cintas e outros dispositivos que possam limitar a mobilidade do doente.
- Evitar o uso de correntes, cintas e outros dispositivos que possam limitar a mobilidade do doente.
- Evitar o uso de correntes, cintas e outros dispositivos que possam limitar a mobilidade do doente.

21

Transferências

22

Transferências

OBJETIVOS

- Prevenir complicações da imobilidade
- Incentivar o auto-cuidado
- Manter o equilíbrio
- Preparar para o treino de marcha
- Nível de Colaboração do doente

23

Métodos de Transferências

Método manual de transferência

Método mecânico de transferência

24

Dicas gerais - Transferências

- Respeitar o estado do utente
- Regular altura da cama
- Aproximar o mais possível
- Explicar o que vai acontecer
- Respeitar o próprio corpo e a capacidade individual
- Pedir ajuda sempre que necessário
- Segurança em primeiro lugar

25

Dicas gerais - Transferências

- Estimular o utente a movimentar-se de forma o mais independente possível;
- Evitar as transferências com o auxílio de outra pessoa (se possível);
- O cuidador deve avaliar a situação e optar pelo método de transferência mais eficaz no sentido de evitar a ocorrência de lesões articulares, contraturas, perda de massa muscular, úlceras de pressão, etc.;
- Utilizar ajudas técnicas;

Conselhos Úteis – Postura na Transferência

- Ajustar a base do leito a cerca de 75 cm de altura do chão;
- Ajustar a pé a cerca de 30 cm;
- O doente deve estar perto do nariz;
- Usar a faixa dos joelhos para bloquear o tronco;
- Mantiver os membros e ombros alinhados com o eixo da cama;

Transferência Cama - Cadeira

Evitar o cabeceira da cama

Colocar o doente com o apoio de cabeça da cama e o apoio de pés da cadeira

Segurar o doente pelo cotovelo, ombro e a cabeça, evitando a queda

Verificar se os pés ficam alinhados no chão

Transferência Cama - Cadeira

Evitar o cabeceira da cama

Colocar o doente com o apoio de cabeça da cama e o apoio de pés da cadeira

Segurar o doente pelo cotovelo, ombro e a cabeça, evitando a queda

Verificar se os pés ficam alinhados no chão

Transferência Cama - Cadeira

Evitar o cabeceira da cama

Colocar o doente com o apoio de cabeça da cama e o apoio de pés da cadeira

Segurar o doente pelo cotovelo, ombro e a cabeça, evitando a queda

Verificar se os pés ficam alinhados no chão

- Realizar as transferências com o auxílio de outro pessoal / se possível;
- O cuidador deve avaliar a situação e optar pelo método de transferência mais eficaz no sentido de evitar a ocorrência de lesões articulares, contracturas, perda de massa muscular, lesões de pele, etc.
- Utilizar ajudas técnicas;

Respeitar todos os princípios da mecânica corporal

26

31

cm de altura do chão:

- Alisar as pés cerca de 30 cm;
- O doente deve estar perto do nariz;
- Usar o fecho dos joelhos para bochecho;
- Tronco;
- Músculos Abdominais e mangueteiras; contraturas;
- As rodas do carro: travadas.

27

Transferências – Dois Cuidadores

Ajuda Parcial

32

OBRIGADO!

37

dependência

Previdenciar o material necessário (ex. cadeira de rodas ou cadeirão, ou cama);

Preparar a cadeira de rodas (travar as rodas, alisar ou alisar o apoio de braços e pés, mais próximo do leito ou alisar a pedaleira necessária);

Colocar a cadeira ou cadeirão ao lado da cama, com as costas para o pé do doente (ângulo 30º entre cadeira e cama);

28

Transferências – Dois cuidadores

Ajuda Total

Os dois cuidadores devem estar sempre de frente para o doente;

Desprender o doente da cama, a partir da lateral de cada transferência de uma vez, e não de cada lado da cama; alisar as rodas do apoio de braços e do apoio de pés; alisar a pedaleira e a pedaleira; alisar o apoio de braços e do apoio de pés; alisar a pedaleira e a pedaleira; alisar o apoio de braços e do apoio de pés; alisar a pedaleira e a pedaleira;

Os dois cuidadores, segurando o peso transferido do doente, devem estar de frente para o doente;

Transferência a fazer em todos os casos com o doente sentado;

33

AVALIAÇÃO:

Que os fins do cuidado, 327, das transferências, descrevem os conhecimentos essenciais, valores e conceitos do nível do cuidado central, posicionamento e transferência;

Transferência Cama - Cadeira

38

Colocar o doente com o apoio de costas ou chinelos ortopedicos; Sentar o doente à beira da cama;

Segurar o doente pelo cotovelo, auxiliando a levantar, virar e sentar no cadeirão;

Verificar se os pés foram colocados no chão;

29

Mover utente que caiu no chão

- Colocar o utente em posição sentada;
- Usar os músculos das pernas e dos ancos em vez dos músculos do tronco;
- Deslocar o peso do vasso corpo de um lado para o outro mantendo as costas direitas;
- Pegar no utente para fazer força com os pés;
- Comunicação entre os prestadores é muito importante para a transferência ser sincronizada;

34

- Manter o doente sempre a transferência, colocando as mãos no apoio de braços e no apoio de pés;
- Colocar as mãos nos pontos de apoio de transferência, mantendo o doente sempre a transferência, colocando as mãos no apoio de braços e no apoio de pés;

• Colocar as mãos nos pontos de apoio de transferência, mantendo o doente sempre a transferência;

30

Mover utente que caiu no chão

- Colocar o utente em posição sentada;
- Usar os músculos das pernas e dos ancos em vez dos músculos do tronco;
- Deslocar o peso do vasso corpo de um lado para o outro mantendo as costas direitas;
- Pegar no utente para fazer força com os pés;
- Comunicação entre os prestadores é muito importante para a transferência ser sincronizada;

35

Dúvidas?

36

Dispositivo inalatório inalável

Impede a contaminação e a obstrução

Dose fixa através de uma válvula de dose controlada

Apenas 10% da dose administrada atinge as vias aéreas inferiores

80% da dose fica no ambiente pelo impacto das partículas

E absorvido por via sublingual e deglutição

20

Camara expansora

Manutenção e desinfeção da camara expansora

Limpar com detergente suave a seguir aos cuidados de higiene pessoal	Deixar secar em temperatura ambiente	Usar para um paciente e evitar partilhar com outros	Guardar em sacos limpos e evitar exposição a luz natural
--	--------------------------------------	---	--

25

Vantagens

- Permite
- Não necessita de coordenação com o nebulizador
- Sem propélices
- Quantidade de fármaco disponível é sempre conhecida

Desvantagens

- Requerem um débito inspiratório superior a 12L/min
- Podem afetar a função pulmonar
- Mais caras

19

Camara expansora

Técnica de utilização:

1. Inalar profundamente	2. Segurar a válvula	3. Expirar lentamente	4. Segurar a válvula	5. Expirar lentamente	6. Segurar a válvula	7. Expirar lentamente	8. Segurar a válvula	9. Expirar lentamente	10. Segurar a válvula	11. Expirar lentamente	12. Segurar a válvula	13. Expirar lentamente	14. Segurar a válvula	15. Expirar lentamente
-------------------------	----------------------	-----------------------	----------------------	-----------------------	----------------------	-----------------------	----------------------	-----------------------	-----------------------	------------------------	-----------------------	------------------------	-----------------------	------------------------

24

Dose fixa por inalação

Dispositivo de capsula em pó

Técnica de utilização:

1. Inalar profundamente

2. Segurar a válvula

3. Expirar lentamente

4. Segurar a válvula

5. Expirar lentamente

6. Segurar a válvula

7. Expirar lentamente

8. Segurar a válvula

9. Expirar lentamente

10. Segurar a válvula

11. Expirar lentamente

12. Segurar a válvula

13. Expirar lentamente

14. Segurar a válvula

15. Expirar lentamente

18

Camara expansora

Camara expansora

Contém um reservatório entre 10L e 20L

Permite meter as partículas em suspensão

Mais depósito de fármaco no ambiente

Diminuição da velocidade de inalação, com maior contaminação

INHALAÇÃO

1. Inalar profundamente

2. Segurar a válvula

3. Expirar lentamente

4. Segurar a válvula

5. Expirar lentamente

6. Segurar a válvula

7. Expirar lentamente

8. Segurar a válvula

9. Expirar lentamente

10. Segurar a válvula

11. Expirar lentamente

12. Segurar a válvula

13. Expirar lentamente

14. Segurar a válvula

15. Expirar lentamente

23



28

Expiração prévia Forçada

Inalação rápida e vigorosa

Inalação lenta e profunda

APRÉIA LENTA

17

Passos Fundamentais da Técnica Inalatória

Camara expansora Inalação múltipla

Nebulizador

Sem Expiração Prévia Forçada

Inalação em Volume Corrente

Sem APRÉIA

22

CONCLUSÃO

Correta Realização das técnicas Respiratorias

- Otimizar o emprego dos dispositivos
- Prevenção de contaminações
- Evitar a contaminação da válvula respiratória com a saliva e evitar a contaminação da utilização dos cuidados de saúde
- Diminuição da quantidade/inhalatória e tempo gasto
- Produção de pontos de referência para o SNS

27

Respinat

Elimina uma dose de fármaco lentamente

Boa deposição nas vias aéreas inferiores

Exige coordenação

16

Camara expansora

Vantagens

- Não necessita de coordenação
- Menor deposição no ambiente
- Não necessitam de grande capacidade inspiratória
- Usada em todos os tipos de fármacos
- Permitem doses maiores de fármacos
- Muito úteis nas agudações

Desvantagens

- Podem implicar o impacto indolentemente
- Com o controlo da utilização, disposição das partículas nos parênquimas pulmonares
- Ocupa mais tempo

21

Camara expansora

Vantagens

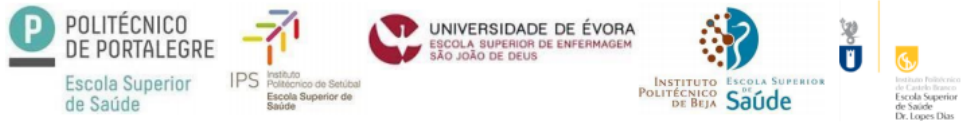
- Não necessita de coordenação
- Menor deposição no ambiente
- Não necessitam de grande capacidade inspiratória
- Usada em todos os tipos de fármacos
- Permitem doses maiores de fármacos
- Muito úteis nas agudações

Desvantagens

- Podem implicar o impacto indolentemente
- Com o controlo da utilização, disposição das partículas nos parênquimas pulmonares
- Ocupa mais tempo

26

Apêndice V – Andar Comprometido nos Idosos – Contributos de Enfermagem de Reabilitação



Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular: Estágio Final

Docentes: Gorete Silva

ANDAR COMPROMETIDO NOS IDOSOS CONTRIBUTOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Autores

Paula Sousa, nº19871

Janeiro

2020

Referências Bibliográficas

- Alves, N. B. (2018). *Cuidado Lado a Lado - Otimização da Estratégia de atuação na Capacitação do Cuidador Informal*. Obtido de Repositório uévara.
- Hoeman. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. Loures: Lusodidata.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação*. Loures: Lusodidacta.
- Judge, J. O. (Março de 2017). *Manual MSD - Visão para Profissionais de Saúde*. Obtido em 8 de Janeiro de 2020, de Manual MSD: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/geriatria/dist%C3%BArbios-da-marcha-no-idoso/dist%C3%BArbios-da-marcha-no-idoso>
- Leal, I., Humboldt, S. V., Ramos, C., Valente, A. F., & Ribeiro, J. P. (25/26/27 de janeiro de 2018). *Envelhecimento Ativo, Digno e Saudável: Voz dos Idosos sobre Discriminação e Violência*. Obtido de Atas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde .
- Marques-Vieira, C., & Caldas, A. C. (2018). A Relevância do Andar: Reabilitar a Pessoa com Andar Comprometido. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 547-557). Loures: Lusodidacta.
- Martinho, A., Barbas, L., Carochinho, M., & Alminhas, S. (2012). *Mobilizar para Prevenir: Intervenção do Enfermeiro perante o Doente com Compromisso da Mobilidade*. Évora.
- Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC - Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.
- Ministério da Saúde. (2018). *Serviço Nacional de Saúde*. (M. d. Saúde, Editor) Obtido em 8 de Janeiro de 2020, de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Guia de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem à Pessoa Com Traumatismo Vertebro-medular*.
- Ordem dos enfermeiros. (Novembro 2010). *Regulamento das Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*.
- Pereira, I. F. (2016). A pessoa com mobilidade reduzida: capacitar o familiar cuidador para a continuidade dos cuidados em casa. Em M. J. Lourenço, Ó. Ferreira, & C. L. Baixinho, *Terapêutica de Posição Contributos para um Cuidado de Saúde Seguro* (1ª ed., p. 393). Loures: Lusodidacta.
- Reis, G., & Bule, M. J. (2018). Capacitação e Atividade de Vida. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 57-65). Loures: Lusodidacta.
- Vieira, C. M., & Sousa, L. (s.d.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Lusodidacta.

ANEXOS

Anexo I – Instrumentos de Colheita de Dados

NORMA
DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



Anexo III – Escala de Barthel e instruções

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

(Equilíbrio)

Quadro 2a. Escala de Avaliação do Equilíbrio - Índice de Tinetti

1. Equilíbrio sentado	Escorega Equilibrado	0 () 1 ()
2. Levantado	Incapaz Use os braços Sem os braços	0 () 1 () 2 ()
3. Tentativas de levantar	Incapaz Mais de uma tentativa Única tentativa	0 () 1 () 2 ()
4. Assim que levanta (primeiros 5 segundos)	Desequilibrado Estável, mas use suporte Estável sem suporte	0 () 1 () 2 ()
5. Equilíbrio em pé	Desequilibrado Suporte ou base de sustentação > 12 cm Sem suporte e base estreita	0 () 1 () 2 ()
6. Teste dos três tempos*	Começa a cair Agarra ou balança (braços) Equilibrado	0 () 1 () 2 ()
7. Olhos fechados (mesma posição do item 6)	Desequilibrado, instável Equilibrado	0 () 1 ()
8. Girando 360°	Pessos descontínuos Pessos contínuos Instável (desequilibrado) Estável (equilibrado)	0 () 1 () 0 () 1 ()
9. Sentando	Inseguro (erra a distância, cai na cadeira) Use os braços ou movimentação abrupta Seguro, movimentação suave	0 () 1 () 2 ()

FONTE: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pp. 415, 2002
 *Examinador empurra levemente o assento do paciente, que deve ficar de pés juntos.
 Pontuação do equilíbrio: 35.

(Marcha)

Quadro 2b. Escala de Avaliação da Marcha - Índice de Tinetti

10. Início da marcha	Hesitação ou várias tentativas para iniciar Sem hesitação	0 () 1 ()
11. Comprimento e altura dos passos	a) Pé Direito - não ultrapassa o pé esquerdo - ultrapassa o pé esquerdo - não sai completamente do chão - sai completamente do chão b) Pé Esquerdo - não ultrapassa o pé direito - ultrapassa o pé direito - não sai completamente do chão - sai completamente do chão	0 () 1 () 0 () 1 () 0 () 1 () 0 () 1 ()
12. Simetria dos passos	Passos diferentes Passos semelhantes	0 () 1 ()
13. Continuidade dos passos	Paradas ou passos descontínuos Passos contínuos	0 () 1 ()
14. Direção	Desvio nulo Desvio leve ou moderado ou uso de apoio Linha reta sem apoio (bengala ou andador)	0 () 1 () 2 ()
15. Tronco	Balanço grave ou uso de apoio Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços Sem flexão, balanço, não usa os braços ou apoio	0 () 1 () 2 ()
16. Distância dos tornozelos	Tornozelos separados Tornozelos quase se tocam enquanto anda	0 () 1 ()

FONTE: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pp. 615, 2002
 Pontuação da Marcha: 12.
 Pontuação Total: 38.

Escala de Lower

Anexo 1. Escala de Avaliação da Força muscular (MRC-Medical Research Council)²⁰.

0	Não se percebe nenhuma contração
1	Traço de contração, sem produção de movimento
2	Contração fraca, produzindo movimento com a eliminação da gravidade
3	Realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional
4	Realiza movimento contra a resistência externa moderada e gravidade
5	É capaz de superar maior quantidade de resistência que no nível anterior



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

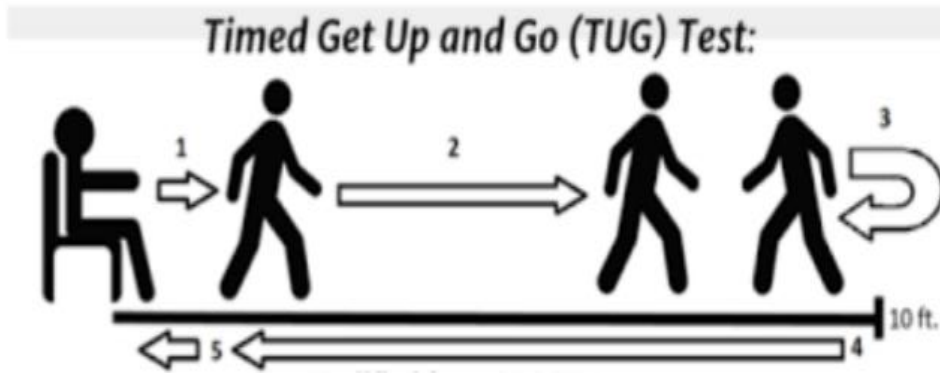


DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andariho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilidade Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

Fonte: Costa-Dias, MJ, Ferreira, P, Oliveira, A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência. 2014, IV Serie (2), pp.7-17.



Pontuação Time Up and Go: varia entre 1 e 5

- Tempo igual ou inferior a 10 segundos indica baixo risco de quedas
- Tempo entre 10,1 a 20 segundos já indica presença de algum risco de queda mas com independência na maioria das AVD's
- Tempo entre 21 e 29 segundos significa avaliação funcional obrigatória – risco de queda moderado
- Tempo superior a 30 segundos indica alto risco de quedas.

Escala Numérica da Dor

