



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

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

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IP
Instituto
Politécnico
Portalegre

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE
PORTALEGRE**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE
CASTELO BRANCO**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Enfermagem de Reabilitação –
Reconstrução da Independência da
Pessoa com Défice no Autocuidado.**

Liliana Patrícia de Sousa Pinto

Orientação: Professora Doutora Maria Gorete Reis

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

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

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto
Politécnico
Portalegre

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE
PORTALEGRE**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPS Instituto
Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO
BRANCO**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Enfermagem de Reabilitação –
Reconstrução da Independência da
Pessoa com Défice no Autocuidado.**

Liliana Patrícia de Sousa Pinto

Orientação: Professora Doutora Maria Gorete Reis

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Évora, 2018

Ao meu avô João por me fazer acreditar...

À minha avó Antonieta que faleceu durante o meu último estágio, símbolo de bondade genuína pelo Outro e de resiliência.

Ao meu pai Herculano pela sua energia e motivação e a minha mãe Aurélia pela sua serenidade e por ser o meu porto de abrigo.

A pequena Ana Carolina que tantas vezes ficou privada da minha presença e atenção.

RESUMO

Título: Enfermagem de Reabilitação – Reconstrução da Independência da Pessoa com Déficit no Autocuidado.

O presente Relatório demonstra o percurso realizado no decorrer da Unidade Curricular, Estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem, em Associação, na área de Reabilitação, que decorre pela Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus.

Enquadra-se no âmbito de uma linha de investigação e de ação que pressupõe a intervenção específica de Reabilitação: domínio do autocuidado, na intervenção da reconstrução da autonomia da pessoa com dependência no autocuidado, nomeadamente, higiene corporal.

O referencial teórico foi a Teoria do Autocuidado de Orem, uma vez que através da promoção do autocuidado e da maximização das capacidades da pessoa, os cuidados de enfermagem de reabilitação recuperam a funcionalidade, gerem a doença e recuperam a autonomia.

Conclui-se que o programa de reabilitação implementado tendo em vista a recuperação da funcionalidade revela ganhos na capacitação para o autocuidado e motivação indiciando repercussões na autoestima e potencial para a participação social.

Palavras chave: autocuidado: higiene corporal, (in) dependência, enfermagem de reabilitação.

ABSTRACT

Title: Rehabilitation Nursing - Reconstruction of the Independence of the Person with the Self-Care Deficit.

This Report shows the course carried out during the Curricular Unit, Final Stage of the Master Course in Nursing, in Association, in the area of Rehabilitation, which is run by the University of Évora, São João de Deus Nursing School.

It is part of a line of investigation and action that presupposes the specific intervention of Rehabilitation: self-care domain, in the intervention of the reconstruction of the autonomy of the person with dependence on self-care, namely, the body hygiene.

The theoretical reference was Orem's Theory of Self-Care, since through the promotion of self-care and the maximization of the individual's capacities, rehabilitation nursing care recovers functionality, generates disease and regains autonomy.

It is concluded that the rehabilitation program implemented in order to recover the functionality reveals gains in the capacity for self-care and motivation, indicating repercussions on self-esteem and potential for social participation.

Keywords: (in) dependence, rehabilitation nursing, self-care: body hygiene.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Maria Gorete Reis pela sua orientação sempre atenta, apoio, profissionalismo e compreensão ao longo destes meses.

Ao Senhor Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Tércio Ávila por me apresentar a Enfermagem de Reabilitação.

Ao Senhor Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Rui Silva por me aperfeiçoar, tornar mais exigente e sensibilizar como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

A todos os bons Enfermeiros que sabem transformar o seu trabalho em arte.

A todos os utentes e familiares com quem tive oportunidade de trabalhar, crescer e que serão sempre o motivo pela qual me orgulho em ser Enfermeira.

ÍNDICE

Índice de Apêndices.....	9
Índice de Anexos.....	10
Índice de Figuras.....	11
Índice de Tabelas.....	12
Listagem de Abreviaturas ou Siglas.....	13
1. INTRODUÇÃO.....	14
2. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO.....	18
3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS.....	22
3.1. A problemática e Enquadramento Conceptual.....	23
3.1.1 Padrões de doenças próprias do idoso.....	24
3.1.2 Autocuidado.....	25
3.1.3 Teoria do défice do autocuidado.....	27
3.1.4 Tipos de autocuidados.....	28
3.1.5 Fatores determinantes do autocuidado.....	30
3.1.6 A transição da pessoa com dependência no autocuidado.....	34
3.1.7 A teoria das transições.....	35

3.1.8 A teoria de sistemas de enfermagem.....	36
4.DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	37
5. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	39
5.1. Autonomia e Independência no Autocuidado.....	40
5.1.1 A motivação.....	42
5.1.2 Orientação, força e equilíbrio.....	45
5.2. Metodologia.....	49
5.3. Reconstrução da Independência no Autocuidado: Higiene Corporal (Resultados e Discussão).....	62
6.ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	66
7.CONCLUSÃO.....	79
BIBLIOGRAFIA.....	82
APÊNDICES.....	93
ANEXOS.....	118

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice A: Colheita de Dados.....	XCIV
Apêndice B: Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Saúde.....	CIV
Apêndice C: Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora.....	CVI
Apêndice D: Consentimento Informado (participantes)	CVIII
Apêndice E: Cronograma.....	CXI
Apêndice F: Exercícios Pós Alta.....	CXIII
Apêndice G: Treino de Motricidade Fina.....	CXVI

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A: Índice de Barthel.....	CXIX
Anexo B: Escala de Ashworth Modificada.....	CXXII
Anexo C: Escala de Avaliação de Força Muscular de Council.....	CXXIV
Anexo D: Limites da Amplitude Articular de Movimento.....	CXXVI
Anexo E: Índice de Tinetti	CXXVIII
Anexo F: Escala Numérica da Dor.....	CXXX
Anexo G: Programa de Exercícios de Amplitude Articular: Passivo e Ativo.....	CXXXII
Anexo H: Treino de Marcha adaptada.....	CXXXIX

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1: Plano de Intervenção Profissional.....	40
Figura nº 2: Modelo de Atendimento abrangente orientado para os Resultados.....	50

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1: Síntese de Fatores determinantes do Autocuidado.....	33
Tabela nº2: Programa de Reabilitação Padrão.....	56

LISTAGEM DE ABREVIATURA OU SIGLAS

APA – *American Psychological Association*
AIVD'S – Atividades Instrumentais de Vida Diárias
APER – Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação
APN's – Enfermeiros de Prática Avançada
ARS – Administração Regional de Saúde
AVD'S – Atividades de Vida Diárias
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CIPE – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem
CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade
CF – Capacidade Funcional
DGS – Direção Geral da Saúde
EAT-10 – Eating Assessment Tool
EE– Enfermeiro Especialista
EEER– Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ECCI– Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ER – Enfermagem de Reabilitação
ERPI – Equipamento Residencial para Idosos
ICN – International Council of Nurses
MECV-V – Método de Exploração Clínica Volume-Viscosidade
OE – Ordem dos Enfermeiros
RFM – Reeducação Funcional Motora
RFR – Reeducação Funcional Respiratória
RMDE – Resumo Mínimo de dados de Enfermagem
RNCCI– Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAM – Sistema de Apoio Médico
SNS – Serviço Nacional de Saúde
TNF– Tabela Nacional de Funcionalidade
UCC – Unidade de Cuidados Continuados

1. INTRODUÇÃO

O Autocuidado é um domínio importante para a Enfermagem. É um fenómeno central para os enfermeiros, cujo conceito, tem sido modificado ao longo dos anos. Segundo Petronilho (2012) o autocuidado está associado a autonomia, independência, responsabilidade, higiene pessoal e aceitação. Neste sentido, o autocuidado é um fenómeno complexo e multidimensional. Pode ser concetualizado como um processo de saúde e de bem-estar dos indivíduos, inato, mas também aprendido, na perspetiva da capacidade de estes terem vontade, iniciativa, motivação, responsabilidade e intervirem positivamente em todo o processo de reabilitação como potencial para os processos de saúde e doença. Portanto, significa que, os indivíduos sejam capazes de dar resposta aos requisitos do autocuidado (Orem, 2001) com ou sem auxílio dos profissionais de saúde, aquilo a que podemos denominar como autocuidado básico e manutenção da vida.

É no domínio do autocuidado que, o enfermeiro capacita a pessoa com dependência, maximizando o seu estar-estar e permite a sua reinserção social, complementa as atividades de vida, dotando-o com alternativas face a deficiência ou educando o seu cuidador quando o cliente é totalmente incapaz de o fazer, Ordem dos Enfermeiros (OE), 2002. Atendendo ao domínio de competências definidas pela OE para o Enfermeiro e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) percebesse que estes são elementos essenciais nas equipas cujas intervenções se centram na promoção, autonomia e independência no autocuidado (OE, 2010,2012).

A enfermagem visa a “promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue”, OE (2001,p.8), sendo que o enfermeiro capacita o outro ou grupo para “aperfeiçoar uma forma de vida, prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença, ao longo da vida”, OE (2001,p.8-9).Dotado de competências técnicas e práticas, o EEER reabilita as pessoas em qualquer fase do ciclo de vida, quer na doença aguda, como na crônica, de modo a maximizar o seu potencial, reestruturar a sua funcionalidade e deste modo permitir a sua independência e autonomia (OE, 2011).

O Autocuidado para Theuerkauf, 2000 (p.173) “é mais do que um grupo de capacidades aprendidas. É um adquirir a capacidade de funcionar eficazmente após um acidente ou doença e assumir a responsabilidade pelos cuidados de saúde pessoais”. É um indicador de qualidade sensível aos cuidados de enfermagem, com vista a melhorar a qualidade de vida, prevenir a

doença e dotar a pessoa com incapacidade com um conjunto de técnicas adaptativas ao meio em que vive onde os enfermeiros têm um papel decisivo e insubstituível. (Petronilho, 2012).

Vários estudos referem que existem fatores quer intrínsecos quer extrínsecos que influenciam a habilidade para o autocuidado. Os intrínsecos, os não manipulados, englobam a idade, o sexo, estado civil, orientação sócio cultural, as experiências pessoais da doença, a capacidade funcional e cognitiva, a satisfação com a vida, a autoestima e a perceção da autoeficácia. Os fatores extrínsecos, ou externos dizem respeito aos recursos que a comunidade oferece, tal como as condições de vida (Petronilho, 2012).

A situação de doença, em qualquer etapa da vida, muitas vezes acarreta a dependência física e a fragilidade mental. O que a pessoa fazia espontaneamente e em privado como o banho, higiene, vestir-se, despir-se, altera-se, conduzindo a outras necessidades, onde a liberdade de escolha e a necessidade de autonomia e a privacidade, ficam condicionadas (Collière, 1989 & Lopes, 1994). O indivíduo idoso pelo processo natural de envelhecimento e comorbidades tem uma maior probabilidade face a situação de dependência. O EEER para além da promoção do autocuidado, recuperação da sua situação clínica, terá também de prevenir a doença.

O conceito de dependência é preconizado, no decreto-lei 101/2006 artigo 3º, alínea h), da criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), como uma situação em que se encontra a pessoa que, por défice físico, emocional ou cognitivo, devido a doença, demência, acidente, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou coeso apoio familiar, não consegue, realizar as atividades de vida diárias (AVD's) de forma independente.

O grau de independência é definido por Santos (2002, p. 49) como o "(...) alcançar de um nível aceitável de satisfação das suas necessidades, através de ações adequadas que o indivíduo realiza por si mesmo, sem ajuda de outra pessoa", quando a pessoa apresenta limitações nas AVD's apresenta uma dependência face ao seu autocuidado, necessitando de ajuda de alguém (Orem, 2001).

Meleis e seus colaboradores (2000, 2007, 2010) desenvolveram uma teoria de médio alcance sobre as diferentes vivências que as pessoas presenciam face aos processos de transição. Estas transições podem desenrolar-se face a um processo natural, de envelhecimento, ou transição de saúde doença com génese patológica ou acidental.

O presente relatório relata as atividades que decorreram dos estágios finais onde se inclui o projeto. O estágio final foi desenvolvido no serviço de Medicina, numa unidade de saúde do sul do país e em contexto comunitário numa Unidade de Cuidados Continuados (UCC), de uma

Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Administração Regional de Saúde (ARS) Norte, pertencente a RNCCI.

O projeto situa-se no domínio de duas conceções centrais da enfermagem: a dependência no autocuidado e a inversão do Enfermeiro de Reabilitação, centralizado na transição da pessoa associada à dependência no autocuidado, mais concretamente na higiene corporal. Enquadra-se o âmbito de uma linha de investigação e de ação que pressupõe a intervenção específica da reabilitação. A amostra de conveniência foi constituída por utentes que cumpriram os seguintes critérios de inclusão: pessoas com idade superior a 65 anos, com episódio de internamento, no serviço de Medicina I, no período compreendido entre 18 de Setembro a 26 de Novembro de 2017 que experimentaram a instalação de um quadro de dependência no autocuidado: higiene corporal face ao seu diagnóstico e internamento, orientadas no tempo, espaço e pessoa, que aceitassem participarem livre e voluntariamente no estudo, depois devidamente informadas sobre a sua finalidade.

São coligidos diversos instrumentos de avaliação das variáveis em apreço como sejam: Índice de Tinetti, Escala Modificada de Ashworth, Escala de Avaliação de Força Muscular de Council e Índice de Barthel.

É no contexto académico do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem, em Associação, na área de Reabilitação, que decorre pela Universidade de Évora, na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, e mais especificamente no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final que concretizamos os objetivos que nos permitem elaborar o Relatório de Estágio. Este revela a nossa capacidade de evidenciar capacidades de reflexão crítica sobre as práticas, fundamentar as escolhas com base na teorização e na evidência científica, descrever e avaliar o desenho e a implementação de projetos de intervenção e apresentar um relatório para provas públicas com o objetivo de obter o grau de Mestre em Enfermagem.

Relativamente à exposição dos conteúdos deste relatório, apresenta-se numa primeira parte com a introdução, análise do contexto de atuação e produção de cuidados dos ensinamentos clínicos finais, seguido de uma segunda parte centrada no projeto de estágio, com o enquadramento teórico, nomeadamente o conceito de autocuidado e tipos, teorias essenciais para uma intervenção especializada e fatores de transição. Posteriormente, explora-se a metodologia científica do projeto baseada num problema real, com referência aos objetivos e finalidades, identificação da população e critérios de inclusão, não esquecendo as estratégias de recolha, implementação e análise dos dados, as suas implicações éticas e resultados. Na terceira parte faz-se uma análise reflexiva sobre o desenvolvimento das competências de

especialista adquiridas durante os dois estágios finais e por fim, surge a conclusão, bibliografia, apêndices e anexos.

O presente relatório enquadra-se na estrutura do ciclo de estudos referente ao grau de mestre de acordo com o Decreto de Lei nº63/2016 de 13 de Setembro, artigo 20º, número 1, alínea b) que compreende, “uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final, consoante os objetivos específicos visados, nos termos que sejam fixados pelas respetivas normas regulamentares”.

A elaboração do presente documento guiou-se pelas orientações para apresentação de teses de mestrado, emanadas pela Universidade de Évora, as referências bibliográficas seguiram as normas da *American Psychological Association* (APA) 6ª edição e respeitando as recomendações da circular 4/2011 da Universidade de Évora.

O presente estudo iniciou com um pedido de obtenção da autorização da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora e Comissão de ética da unidade de saúde onde decorreu o estudo e tem como objetivos gerais evidenciar a capacidade de reflexão crítica sobre os estágios finais, fundamentar as escolhas com base na teorização e na evidência científica, descrever, avaliar e implementar o projeto de intervenção e apresentar um relatório para provas públicas. Como objetivos específicos centramo-nos nos objetivos da unidade curricular Estágio II da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, pretende-se avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; implementar programas de treino motor, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida; capacitar a pessoa com incapacidade, limitação e, ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania; gerir os cuidados, e projetos, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, a articulação na equipa multiprofissional e produzir dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação (ER).

A metodologia adotada pressupôs o estabelecimento dos objetivos que pretendemos atingir, relativamente aos domínios de competências do Enfermeiro Especialista (EE) e do EEER proposto pela OE (2010a e b), enumeração das atividades que desenvolvemos para concretizar esses objetivos, tendo em conta os recursos humanos, físicos e materiais disponíveis e critérios de avaliação para monitorização da concretização dos objetivos propostos.

2. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO

No âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o Centro Hospitalar do sul do país caracteriza-se, no panorama nacional e internacional, como uma das unidades hospitalares de referência no SNS. Em termos de resposta assistencial, garante responsabilização direta na prestação de cuidados de saúde diferenciados, proporcionando um recurso a segurança da saúde de todos os que habitam ou visitam a região.

Paralelamente, esta unidade de saúde desenvolve um trabalho fulcral e fomenta a formação contínua dos seus profissionais de saúde, colaborando ainda, através de vários protocolos, com universidades e cursos nas áreas médicas, enfermagem e das ciências da saúde.

As unidades de saúde pertencem ao serviço público, instituído, organizado, administrado e especializado na prestação de cuidados especializados, desde 4 de dezembro de 1979. Tem sido alvo de alterações e adaptações tanto a nível estrutural como a nível organizacional no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde especializados e na satisfação das necessidades de saúde à população. Desta forma, este apresenta uma vasta complexidade e subespecificação nos seus serviços, tendo como principal objetivo assegurar a equidade e universalidade no acesso e assistência dos cuidados de saúde a toda a população.

Neste serviço, a equipa de enfermagem é constituída pela Enfermeira Chefe, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, assim como por mais 34 elementos de enfermagem (estando uma enfermeira em licença de maternidade), de entre os quais três são detentores da Especialidade de Reabilitação, uma frequenta a especialidade de Saúde Mental e três enfermeiros são mestres.

Tem também duas funcionárias administrativas, médicos e sete assistentes operacionais. Os outros profissionais de saúde tais como fisioterapeutas, terapeutas da fala e ocupacionais assim como dietistas deslocam-se ao serviço sempre que solicitado pelo médico do utente.

O processo clínico do doente encontra-se informatizado, sendo que o sistema informático utilizado é o Sclínico. Neste é realizado os registos de enfermagem e de enfermagem de reabilitação segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem(CIPE). A consulta de exames complementares de diagnóstico é realizada no Sistema de Apoio Médico (SAM), no entanto, os enfermeiros nem sempre têm acesso ao mesmo devido a questões externas. O serviço tem uma lotação de 44 camas, sendo que tem 5 enfermarias de 3 camas, 4 enfermarias de 6 camas e 5 quartos individuais.

De salientar que o espaço da unidade do doente é reduzido, o que condiciona a mobilização deste em cadeira de rodas ou com dispositivos auxiliares de marcha e a mobilização dos profissionais de saúde na prestação de cuidados. A disposição do material na enfermaria também fica condicionada, por exemplo dispor a mesa de cabeceira do doente com acidente vascular cerebral no lado afetado, nalgumas situações, não é fácil de realizar.

Para que o ambiente seja seguro, os enfermeiros e também os assistentes operacionais tentam adotar estratégias que contornem os obstáculos existentes. Por exemplo, nas enfermarias de três camas, os doentes quando realizam levante ficam sentados junto da sua unidade de forma a não ficar impedido o corredor da enfermaria. As cadeiras de rodas e cadeirões, embora estejam dispersas por todas as enfermarias, são guardados num canto da mesma para não ser um obstáculo à passagem dos doentes e dos prestadores de cuidados. O corredor tem barras laterais em madeira, são largos sem material que impeça segurar nestas barras de apoio e iluminação com luz natural contribuindo para um ambiente mais seguro tanto para os profissionais de saúde como para os doentes que nele circulam.

Todas as enfermarias, sala de trabalho, sala de enfermagem e copa dispõem de janelas grandes com iluminação natural.

Existem algumas camas articuladas, as restantes são altas o que dificulta a execução dos posicionamentos, levantes e transferências dos doentes respeitando a mecânica corporal. Para facilitar o levante dos utentes são utilizados apoios de pés (degraus) e, nalgumas transferências, existe elevador para a transferência dos doentes.

Relativamente ao equipamento de reabilitação, o serviço apenas dispõe de um pequeno espólio cedido por um dos EEER (onde se inclui uma pedaleira). O *standing frame* é emprestado pelo serviço de Medicina II.

Dispõe ainda do gabinete da enfermeira chefe, uma sala de arrumos, um armazém de material de consumo clínico, uma sala de trabalho de enfermagem, uma zona de sujos, uma sala destinada ao armazenamento da roupa limpa, uma receção, duas casas de banho para os utentes com banho de duche e uma casa de banho para o pessoal.

As casas de banho para os doentes têm barras de apoio laterais para o uso do sanitário, no entanto, o seu espaço é reduzido o que condiciona a transferência do doente em cadeira de rodas para o mesmo.

No que concerne ao método de trabalho, a prestação de cuidados é norteadada pelo método individual de trabalho. A distribuição dos doentes pelos enfermeiros é realizada, tendo em conta o número de horas de cuidados necessários, pela enfermeira chefe ou, em caso de sua ausência, por alguém que a substitui.

Neste serviço os EEER planeiam os seus cuidados, ficando sempre com quatro doentes direcionando as suas intervenções para a Reeducação Funcional Respiratória (RFR), Reeducação Funcional Motora (RFM), treino de AVD'S e reabilitação a pessoa com lesões neurológicas, sendo a sua intervenção muito requisitada principalmente pelos enfermeiros generalistas e a sua participação de extrema importância na articulação com a equipa multidisciplinar.

Os EEER são igualmente fulcrais na colaboração com a enfermeira chefe na gestão do serviço, gerindo as vagas, as altas e participando ativamente nas visitas médicas.

É de salientar o espírito da equipa de especialistas na participação de projetos inovadores e baseados em fundamentação científica. Neste sentido, os EEER do serviço encontram-se a desenvolver um projeto piloto a nível hospitalar subordinado à prevenção e deteção precoce da disfagia orofaríngea aquando admissão de todos os doentes internados segundo o Método de Exploração Clínica Volume-Viscosidade (Escala EAT-10 e MECV-V), classificando as dietas em líquida, consistência néctar e pudim de acordo com o risco de disfagia que o utente apresenta.

Segundo Hoeman (2011), a imobilidade e a limitação funcional representam desafios nos quais as consequências prendem-se com a depressão, a desorientação, a irritabilidade, a falta de energia e a afetação de funções como a continência, o equilíbrio e incrementam a dor e o sofrimento.

Na verdade, o processo de reabilitação iniciado no hospital deve ser continuado na comunidade para que a reinserção social da pessoa seja uma realidade. Nesse sentido, escolhemos uma UCC na comunidade, na região norte, que se ocupa de fazer acontecer a reinserção. É constituída por seis enfermeiros, dos quais quatro são EEER, uma enfermeira especialista em saúde mental e uma enfermeira generalista. A unidade contempla a prestação de cuidados até vinte utentes em que cada enfermeiro é gestor de caso até ao máximo de cinco utentes. Cada enfermeiro é responsável pela elaboração dos planos de cuidados, sendo os mesmos discutidos em reuniões semanais com a presença da assistente social. A equipa de enfermagem ainda preconiza uma reunião quinzenal para discussão e transmissão de informação dos vários utentes, para existir na equipa um conhecimento global de todos os utentes. O coordenador da UCC é um dos EEER.

A prestação de cuidados é realizada no domicílio, com a regularidade prevista pelo enfermeiro responsável, num horário das 8-20h, dias úteis e fins de semana. Os utentes são admitidos, provenientes da referenciação da RNCCI, que pode ter sido despoletada a nível hospitalar decorrente de um internamento ou de umas das unidades de cuidados de saúde

primários. Esta referenciação obriga sempre a um trabalho de análise do médico, assistente social e enfermeiro da respetiva unidade.

Lidamos com a influência no plano de reabilitação na vertente pessoal, familiar e social na pessoa e seus cuidadores e desenvolvemos a capacidade de identificar e analisar o potencial de cada utente para a construção de um plano com o recurso às suas capacidades físicas e funcionais, ambiente, família e cuidadores. Integramos e mobilizamos os conhecimentos adquiridos ao longo do curso para responder às necessidades da pessoa transferida do meio hospitalar, ou, em contexto de doença crónica na comunidade, perante as limitações, dúvidas e barreiras existentes na comunidade, assim como com os medos e angústias do cuidador informal.

3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS

Segundo o SNS, a reabilitação integra dimensões físicas, psicológicas, sociais, morais, profissionais e materiais, não esquecendo os direitos das pessoas face a incapacidade ou a deficiência, visando a sua reintegração social. A reabilitação está, desta forma, associada a um conceito mais aprofundado e amplo de saúde, capacitando o cliente enquanto ser complexo, visando alcançar a adaptação ao meio que está inserido.

O EEER fundamenta a sua ação de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (2011), sendo capaz de analisar a problemática, limitação ou restrição da pessoa e procura desenvolver e implementar ações autónomas ou pluridisciplinares caminhando com a pessoa para a sua autonomia e inclusão.

O Instituto Nacional de Estatística registou um aumento exponencial do envelhecimento demográfico entre 2005 e 2015, com o dobro do envelhecimento. O número de idosos aumentou em mais de 316 mil e o número de jovens até aos 15 anos diminuiu em 208 mil.

No Serviço de Medicina I, os doentes internados são, maioritariamente idosos, com uma faixa etária entre os 70-80 anos de idade, pelo que este serviço presta cuidados a doentes na fase idosa do ciclo de vida.

As patologias mais frequentes são as doenças respiratórias restritivas como a pneumonia e derrame pleural, insuficiências cardíacas, insuficiências renais, patologias neurológicas como o acidente vascular cerebral (AVC) e doentes do foro hematológico. A estas patologias estão frequentemente associados antecedentes pessoais comuns, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, a Diabetes *Mellitus* e Hipertensão arterial.

A população alvo deste serviço, para além da patologia que levou ao internamento, apresenta diversos antecedentes que, concomitantemente, com a idade avançada e polimedicação associada, podem significar períodos mais longos de incapacidade funcional e dependência. A imobilidade prolongada, com as suas consequências associadas constitui um dos maiores desafios da equipa multidisciplinar, em particular para os EEER.

Alterações da mobilidade, nomeadamente, alterações da amplitude articular, défice de força, equilíbrio corporal, alterações ao nível de independência funcional para as AVD'S são repercussões da doença e refletem-se na qualidade de vida.

De acordo com a Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, os enfermeiros de reabilitação tendem a, “melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima” (OE, 2010, p.24).

Os EEER são os profissionais de saúde mais bem preparados para prestar cuidados às pessoas com limitações no seu autocuidado, em todas as situações transitórias de doença, assim como com as incapacidades decorrentes do próprio envelhecimento. O “cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do seu ciclo de vida, implica não só a mobilização de conhecimentos e de habilidades, mas também a atenção dada a cada situação particular que, inscrita num espaço de tempos concretos, é vivenciada por duas pessoas que se encontram, uma que é cuidada e outra que cuida”, OE, 2010 (p.25).

Resumindo, o EEER para além de competências e técnicas especializadas em ER, tem a capacidade de capacitar a pessoa incapacitada e a sua família, dotando-as de conhecimentos para gerirem os seus próprios cuidados e controlarem as suas vidas.

Os cuidados hospitalares centram-se na reabilitação da doença aguda, estabilizando o utente a nível patológico enquanto os cuidados continuados ocupam-se da dependência na doença crónica do cliente e da sua família. É uma ação minuciosa, personalizada e individualizada envolvendo o utente e cuidador no plano de cuidados com o objetivo da recuperação da funcionalidade.

Na perspetiva de Orem (1983), o autocuidado é definido com um agrupado de atividades básicas diárias iniciadas pela pessoa, com vista a melhorar o seu bem-estar e aceitação pelos próximos. Cada pessoa tem o dever e o direito de contribuir na manutenção do seu autocuidado, sendo responsável pelos maus hábitos, no entanto perante um obstáculo, as suas capacidades podem ser insuficientes para minimizar a situação, quer por dependência física quer como fragilidade emocional, provocando um défice de autocuidado. Nesta situação, o EEER é o profissional de saúde mais indicado para a recuperação da autonomia, neste acaso, no doente idoso, na sua higiene corporal.

3.1. A Problemática e Enquadramento Conceptual

O envelhecimento biológico, conceptualizado culturalmente e socialmente construído, que conduz o indivíduo a alterações dinâmicas, contínuas e irreversíveis com alterações morfofuncionais que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais suscetível a agressões (Guimarães, 2010). Os enfermeiros intervêm de forma significativa na promoção do autocuidado, na medida em que ajuda o indivíduo, substituindo-o, mas também dando as ferramentas necessárias para que ele o execute. Assim, promovem o bem-estar físico, a qualidade de vida e maximizam as potencialidades das pessoas de modo a realizarem o seu

projeto de saúde (Petronilho, 2012). A pessoa com dependência apresenta défice nas AVD's, necessitando de alguém para os instruir, capacitar e reabilitar.

3.1.1 Padrões de doenças próprias do idoso

Quando o indivíduo envelhece, os sistemas orgânicos (sensorial, neurológico e músculo esquelético) apresentam um declínio de função, as informações para um controlo motor e cognitivo eficaz começam a diminuir e até a falhar. Doenças crónicas, isolamento social, vulnerabilidade económica, instabilidade no seio familiar e incapacidade de adaptação às novas alterações são alguns dos fatores frequentes nos idosos condicionando a saúde, a independência e a sua qualidade de vida (Portugal Directorate- General of Health, 2006).

Com o envelhecimento surgem alterações fisiológicas e conseqüentemente as limitações das funções do organismo que podem conduzir à dependência de terceiros, com a perda de autonomia, mas também à suscetibilidade de doenças e internamento hospitalar. Num estudo referenciado por Júnior & Corrente (2011) foi verificado que 4,5% dos idosos eram totalmente dependentes em quatro, ou mais básicas imprescindíveis para a vida diária, já para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD'S), essa dependência era de 9,9%, o que se entende, pois é impossível realizar atividades complexas, como fazer compras se não consegue realizar as mais simples, tais como lavar as mãos.

Neste contexto torna-se relevante definir o conceito de capacidade funcional (CF). A CF pode ser definida com a habilidade que se possui para executar as tarefas de forma independente e a incapacidade funcional como a dificuldade em executar as tarefas diárias (DGS&OMS, 2004), em que o desempenho das AVD'S assume um ponto básico para prolongar o tempo de independência. Esta é influenciada por fatores demográficos, socioeconómicos, culturais e psicossociais, existindo estudos que evidenciam uma correlação positiva entre a perceção da saúde e a perceção das limitações existentes (Morris, 2006). Tal como, uma perceção negativa da saúde e das limitações (perceção da incapacidade) encontra-se associada a um aumento do nível da dependência na execução das AVD'S logo compromisso no autocuidado. A preservação da capacidade funcional, para Júnior & Corrente (2011) possui uma forte relação com o bem-estar e a competência de a pessoa orientar a sua própria vida. A capacidade funcional e a autonomia nos idosos são fatores associados ao bem-estar e à saúde.

Conhecer a capacidade funcional do idoso torna-se numa estratégia na qualidade da prestação de cuidados, pois permite identificar os fatores de risco e assim implementar intervenções, cujo objetivo assenta na avaliação da evolução dos problemas de saúde.

3.1.2 Autocuidado

O Autocuidado está interligado às atividades associadas à promoção da saúde, responsabilizando os comportamentos assumidos pelos indivíduos para promover ou recuperar a sua saúde (Backman & Hentinen, 1999). Pode ser visto como uma forma racional para promover a saúde, mas também como a preocupação do indivíduo consigo próprio, relativamente às rotinas diárias.

Manzini e Simonetti (2009) aplicaram a teoria do autocuidado a pessoas idosas hipertensas e concluíram que as intervenções de enfermagem devem centrar-se na educação, isto é, na prevenção dos fatores de risco, como a alimentação incorreta e desequilibrada, o excesso de peso e de sal, a ansiedade, o sedentarismo e principalmente na gestão do regime terapêutico.

Dorothea Orem (2001) refere que o autocuidado é um fenómeno adquirido ao longo do desenvolvimento do ser humano face a educação, formação e experiências adquiridas. Classificou quatro fatores principais no autocuidado: a) cognitivo que reporta-se ao conhecimento da condição de saúde e das habilidades cognitivas necessárias para cumprir a ação de autocuidado (exemplo as habilidades na tomada de decisão), b) o domínio físico que se refere à capacidade física para realizar a ação de autocuidado, c) o domínio emocional ou psicossocial ou seja, a atitude, os valores, o desejo, a motivação e a perceção de competência na realização da ação do autocuidado e, d) o domínio do comportamento, isto é, ter as habilidades necessárias para executar os comportamentos de autocuidado. Este último tem de ser executado pelo próprio no seu interesse pela manutenção da vida, do funcionamento saudável e na continuidade do desenvolvimento pessoal e bem-estar.

Quando os indivíduos não têm esta capacidade de se autocuidarem, necessitam que os cuidados sejam realizados por outras pessoas que assumem a responsabilidade por esses mesmos cuidados (cuidadores formais e informais).

Na sua teoria, o autocuidado é representado por dois conceitos distintos, embora interligados entre si: o agente de autocuidado e o comportamento de autocuidado (Orem, 2001).

Salienta a importância de uma colheita de dados eficaz, planeamento de intervenções face a um problema e um diagnóstico de enfermagem certos, assim como os fatores facilitadores e os que intervêm negativamente no processo, tal como os desvios de saúde, motivação, formação, habilidades e orientação. Outro dos conceitos centrais que Orem (2001) desenvolveu é a ação de autocuidado (*self-care*), ação deliberada ou agente de autocuidado (*self-care agency*), agente dependente de cuidados (*dependente care agent*), défice de

autocuidado (*self-care deficit*), comportamentos de autocuidado (*self-care behavior*), fatores condicionantes básicos (*basic conditioning factors*), necessidades terapêuticas de autocuidado (*therapeutic self-care demand*) e requisitos de autocuidado (*self-care requisites*).

Ação de autocuidado é uma ação tomada com motivação ou a procura de resultados em saúde pelo indivíduo (McEwen & Wills, 2009). Segundo Orem, 2001 (p.254), o autocuidado é a “capacidade adquirida, complexa, para atender as exigências de continuar a cuidar de si próprio, reguladora dos processos de vida, manutenção ou promoção da integridade, da estrutura e do funcionamento humano, bem como, do seu desenvolvimento e promoção do bem-estar”.

Orem 2001 (p.255) refere que “a capacidade humana chamada ação de autocuidado, o poder de se envolver no autocuidado, desenvolve-se no dia-a-dia através do processo espontâneo de aprendizagem. O seu desenvolvimento é influenciado pela literacia, pela instrução e supervisão de outros e por experiências na realização das atividades do autocuidado” varia em função do desenvolvimento dos indivíduos, desde a infância até à velhice.

Os comportamentos de autocuidado (*self-care behavior*) referem-se à prática de ações ou atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos, nos prazos adequados e na sua vontade, motivação pela vida, objetivos reais face a situação de transição e na manutenção do seu autocuidado e bem-estar assim como na recuperação das relações sociais. Os domínios dos comportamentos do autocuidado são definidos em relação aos requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio da saúde. O conceito de fatores condicionantes básicos (*basic conditioning factors*) da Teoria do Autocuidado de Orem é também um conceito importante e refere-se aos “(...) factores internos ou externos aos indivíduos que afectam a sua capacidade de envolver-se no autocuidado ou afectam o tipo e a quantidade de autocuidado necessário (...)” Orem (2001, p. 245).

Os fatores englobam a idade, o sexo, a maturidade, a situação clínica, a orientação sociocultural, os fatores associados ao sistema de saúde, como o diagnóstico médico e o tratamento, o contexto familiar, os hábitos de vida, atividades básicas e costumes, os condicionantes do meio ambiente, acessibilidade e disponibilidade dos recursos.

O termo necessidade terapêutica de autocuidado (*therapeutic self-care demand*) foi introduzido pelo Nursing Development Conference Group, em 1970. Antes da formalização do conceito e da sua introdução, *action demand* e *self-care demand* eram os termos usados para referir “quantidade e tipo de autocuidado que as pessoas devem ter”, Orem, 2001(p. 222).

Trata-se de um conjunto de ações com meios e intervenções adaptadas ao meio onde se insere com vista a reduzir essa necessidade.

Orem (2001), desenvolve também o conceito de requisitos de autocuidado (*self-care requisites*). Esta designação teve origem em 1958, num trabalho desenvolvido e publicado pelo United States Department of Health, Education and Welfare, Office of Education. Os requisitos de autocuidado dividem-se em três categorias: requisitos universais de autocuidado (*universal self-care requisites*), requisitos de autocuidado de desenvolvimento (*developmental self-care requisites*) e requisitos de autocuidado no desvio de saúde (*health-deviation self-care requisites*). Estas categorias são aplicáveis a todos os seres humanos durante todas as etapas do ciclo de vida, daí, serem denominados por requisitos universais de autocuidado e devem ser vistos como atividades complexas. Estão associados aos processos de vida e a manutenção da integridade e do funcionamento humano. Termos comuns para designar estes requisitos são as AVD'S.

A necessidade em realizar o autocuidado é significativa para a formação inicial, em criança, que ao longo do seu crescimento consegue realizar operações mais difíceis, Orem (2001). Expressa dois objetivos: providenciar adaptações e promover experiências que minimizem ou superem efeitos nocivos no desenvolvimento.

As condições inatas referidas são a privação da educação, questões laborais instáveis, os problemas de adaptação social, processos de luto morosos relacionados a perdas de familiares e amigos, perda de haveres e de segurança ocupacional, a mudança súbita para um ambiente desconhecido, os problemas associados ao status social, a saúde pobre ou incapacidade, as condições de vida opressivas e a doença terminal ou morte iminente (Orem, 2001).

Quando o indivíduo necessita de ajuda para as atividades básicas como a higiene pessoal, ou realiza as mesmas com dificuldade, necessitando de supervisão, deparamo-nos com uma situação de défice no autocuidado (Orem, 2001). Cabe ao enfermeiro avaliar esse défice, implementar ações que minimizem essa carência com o objetivo de promover o bem-estar e tornar funcional. (OE, 2001).

3.1.3 Teoria do défice do autocuidado

A Teoria do Défice do Autocuidado exprime e desenvolve a razão pela qual as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem. Demonstra cinco processos de atuação para auxiliar a pessoa e família no autocuidado: agir ou fazer (substituindo-a), guiar, orientar e adaptar, cuidar na vertente holística, educar, capacitar e reduzir os processos de coping do cuidador, se

necessário. Com um só objetivo de manutenção de dignidade e autonomia da pessoa com incapacidade.

Sempre que existe uma dependência total neste domínio surge um défice no autocuidado, este terá de ser executado por terceiros, necessitando de capacitação e orientação.

Este conceito é orientador do cuidado e coloca os clientes e famílias no centro dos cuidados. Perante a avaliação deste défice, o enfermeiro traça a sua intervenção de modo a reverter esse problema, quando possível.

O enfermeiro segundo Henderson, 2007 (p.3) tem a capacidade de “...ajudar o indivíduo, doente ou saudável, na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para uma morte serena), que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou os conhecimentos necessários...de modo a torná-los independentes tão rápido quanto possível”.

Desenvolveu cinco áreas de atividades para a prática de enfermagem: relacionamento terapêutico entre enfermeiro, doente e família até atingidos objetivos propostos, obtendo a sua autonomia, autorrealização e autoeficácia; realizar intervenções e diagnósticos, identificar como é que o utente e a sua família querem essa ajuda; responder às dúvidas e medos, necessidades do doente e família; prescrever, proporcionar e regular a ajuda diretamente aos doentes; coordenar e integrar os cuidados na independência nas AVD'S, adaptando a sua casa, se necessário e até encaminhar para os serviços sociais, associações e autarquias.

3.1.4 Tipos de autocuidados

Backman e Hentinen (1999) com o seu Modelo de Autocuidado do Idoso no Domicílio verificaram que o défice no autocuidado condiciona a realização das AVD'S, não somente face a dependência física de terceiros, mas também devido a um conjunto de características intrínsecas como a sua personalidade, o conhecimento sobre o seu estado de saúde e a forma como lida com o envelhecimento.

O modelo identificou quatro tipos de autocuidados diferentes baseado em respostas distintas face aos processos de envelhecimento, doença ou acidente. Assim, os estilos propostos por Backman e Hentinen (1999) são o Autocuidado responsável; Autocuidado formalmente guiado; Autocuidado independente e Autocuidado abandonado.

O Autocuidado responsável implica atividades e deveres na manutenção da sua vida e no seu processo de saúde. A pessoa cumpre o seu regime terapêutico, preocupam-se com o seu estado físico, mantêm-se ativos, procuram ajuda especializada para a melhoria, reduzem os fatores de risco, praticam exercício físico e possuem uma alimentação saudável. Para eles é de

extrema importância manterem-se ativos fisicamente e cognitivamente, responsabilizam-se pelos erros e são autónomos nas tomadas de decisão.

São confiantes e positivos, aceitando os processos de transição, não como um fardo, mas como uma oportunidade de mudança. Face aos fatores major são independentes no autocuidado, integram com motivação a reabilitação, fomentando a sua autonomia, no entanto, solicitando ajuda, sempre que necessário.

O autocuidado formalmente guiado é caracterizado pela apatia, inércia e indiferença face a independência no autocuidado. Não demonstram interesse, executam sem questionar as instruções dos profissionais de saúde e manifestam passividade no processo de reabilitação. São pessoas que aceitam os processos de transição, revelando aceitação e satisfação com a vida, mas comparam as suas limitações às incapacidades dos outros, mas nem sempre conseguem identificar as suas carências. A sua personalidade está diretamente interligada com as suas experiências passadas relacionadas com o cuidar dos filhos, marido e familiares e questões laborais comandadas por outros, limitando-se a executar o que lhes solicitem.

Optam pela institucionalização na velhice e na doença, aceitam serem cuidados por outros em qualquer situação de dependência. Este tipo de autocuidado é aliciante para os EEER, desafiando-os a negociar com este tipo de clientes, motivando-os, capacitando a sua independência.

O autocuidado independente é caracterizado pela desconfiança, descrença face a ciência e ceticismo. Totalmente independentes, solitários raramente procuram ajuda médica e perante uma situação de velhice ou doença ou acidente não aceitam a opinião dos profissionais de saúde nem seguem as suas orientações.

Confiam no seu saber pessoal e crenças, julgando-se mais saudáveis do que os outros, não aceitam o envelhecimento, recusam as terapêuticas estipuladas e a institucionalização e têm sempre uma opinião não fundamentada sobre todos os assuntos.

Por último, as pessoas com autocuidado de abandono revelam total renúncia sobre as responsabilidades que possuem face a sua saúde. Manifestam tristeza profunda, depressão e até suicídio. Com vivências passadas negativas e traumáticas lidam mal com as relações pessoais e recusam apoio de terceiros.

Evitam as unidades de saúde, mostrando desinteresse na vida e desistem com facilidade. Apresentam níveis de dependência elevada, rejeitam a sua inserção social e apresentam níveis muito baixos de autoestima. Dificilmente integram planos de reabilitação, sentem que são odiados por todos vivendo intimidados.

Compreender os tipos de autocuidado contribui para uma abordagem e compreensão global das necessidades dos clientes e dos seus objetivos pessoais.

3.1.5 Fatores determinantes do autocuidado

Os enfermeiros são os profissionais de saúde mais habilitados, competentes e dinamizadores na autonomia do autocuidado e que minimizem os aspetos que condicionam, de forma inibidora, essa mesma autonomia. O autocuidado como foco e diagnóstico do processo de enfermagem deveria ser mais valorizado pelos enfermeiros, apresentando ações ainda muito rudimentares comparativamente a outras intervenções.

Sendo o autocuidado entendido como uma capacidade física e intelectual para manter a sua saúde e autoestima, tem diferentes conotações de pessoa para pessoa. Pela sua abrangência e complexidade, embora englobe as atividades diárias e seja designado por atividades básicas, afetado por doença aguda ou crónica é influenciado por vários fatores que manipulamos, mas também influenciado pelo contexto em que se está inserido.

Petronilho (2012), no seu estudo sobre o Autocuidado como um conceito central da Enfermagem salienta a importância da intervenção dos Enfermeiros na reedificação da autonomia no autocuidado, refere que é “um resultado de saúde sensível às terapêuticas de enfermagem”, Petronilho (2012, p.92). Verificou que estas mudanças e a necessidade de formular novos objetivos decorrentes dos processos de doença (principalmente crónica) estão condicionados por vários fatores, sendo eles físicos, cognitivos, psicológicos, sociodemográficos, sociais, espirituais, culturais e económicos e que por este motivo cada pessoa vivencia essa transição de modos totalmente diferentes.

Os fatores cognitivos relacionam-se com a facilidade de adaptação a novas circunstâncias, a perspicácia, percepção de autoeficácia assim como a assimilação de ordens apreendidas. Parte importante desta negociação é fazer com que a pessoa tenha convicção de que é capaz, maximizando as suas capacidades e aceitação da sua nova situação. O EEER pela visão global e integradora que têm da pessoa com dependência, pela valorização que fazem da capacidade e não da incapacidade são essenciais neste foco. Envolvendo e centrando o cliente nos cuidados, ajudando-os a se sentirem úteis, capazes, produtivos e mais importante, autónomos nas suas decisões.

Os fatores psicológicos dizem respeito a resposta face ao obstáculo, a motivação e a aptidão para a aprendizagem. O processamento emocional é fundamental para que o cliente

ultrapasse as dificuldades facilitando o processo de adaptação, minimize o peso psicológico da doença, evite o isolamento, processos de coping e previna complicações.

O cliente com dependência poderá encontrar-se na fase de negação do seu processo de transição. O Ser constituído por vivências passadas, pela educação, genética e pela sua personalidade. Muitas das vezes com perfis de trato difícil, revoltados e com a não aceitação do seu estado atual. Percecionam experiências negativas face a transição doença, pior atitude perante o envelhecimento, insatisfação com a vida e recusa na dependência do autocuidado.

Esta ausência de controlo dificulta todo o plano de reabilitação. Perante as dificuldades, o cliente com baixa eficácia, ausência de motivação e baixa autoestima tem maior probabilidade de abandono, de se esforçar na sua independência.

Para Schilder, citado por Scatolin (2012), a imagem corporal é um construto multidimensional, que decorre de um processo contínuo e dinâmico ao longo de toda a vida, importante para a autoestima e para os processos de autorregulação construindo a nossa identidade.

A terceira categoria diz respeito aos fatores físicos, tais como a força muscular, equilíbrio corporal, o tónus muscular, ou seja, a sua funcionalidade.

Os condicionantes demográficos encontram-se na quarta categoria e englobam a idade, o sexo, a educação, os recursos económicos, posição social e o estilo de vida.

Na comparação por sexos, o feminino tende a valorizar mais a família, o cuidar dos outros, os aspetos interligados ao trabalho doméstico e a dimensão social tal como a alteração de imagem, apresentam menor capacidade de autocuidado, menor motivação para reconstruir a sua independência, embora com grande vontade em regressar a casa e períodos escassos de atividade. O masculino destaca as dimensões económica e profissional, muita motivação e maior adesão na reconstrução da autonomia do autocuidado.

Finalmente, os aspetos socioculturais dizem respeito ao contexto familiar e as relações interpessoais, o suporte social e financeiro, acessibilidade aos recursos, a literacia, as crenças, práticas culturais e religiosas.

Negarandeh et al (2011) no seu estudo com doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos com a finalidade de avaliar o impacto de um plano de preparação de enfermagem durante a alta hospitalar e na independência do autocuidado, verificou que uma família sempre presente, o desempenho de uma atividade profissional, o acesso ao sistema de saúde, o nível socioeconómico e a literacia, constituem fatores condicionantes para a realização adequada das ações promotoras de autocuidado. Baixa autoestima e revolta face a situação de dependência tende a apresentar índices baixos de autocuidado.

Tsai et al. (2010) realizou um estudo exploratório com o objetivo de interligar a prevalência da dor e estratégias de gestão do autocuidado numa residencial de idosos em Taiwan. Verificou que uma elevada prevalência de dor entre os residentes interfere com as AVD'S, associado à dificuldade em conseguir apoio aos profissionais de saúde para realização de estratégias de alívio da dor (farmacológicas e não farmacológicas, mas também com as suas crenças culturais na representação da dor). A variabilidade das respostas às transições ao longo da vida associada aos diferentes intrínsecos e extrínsecos ao ser humano, de natureza individual (a gravidade da doença, os sistemas corporais afetados e o seu compromisso; cognitivos; culturais; psicológicos; espirituais e demográficos) associada aos processos familiares; aos recursos de saúde e sociais necessários, acessíveis e utilizados são dimensões muito determinantes para a qualidade dessas mesmas transições.

A teoria da Autodeterminação de Geoffrey Williams visa os comportamentos físicos, psicológicos que as pessoas possuem para a mudança de hábitos saudáveis. Refere que hábitos tabágicos, elevados consumos de álcool, inatividade física são fatores de risco para as doenças crónicas e que os enfermeiros têm um papel decisivo nessa mudança, motivando para os comportamentos saudáveis.

Face ao Autocuidado, estes profissionais de saúde devem identificar as necessidades individuais, minimizar a pressão e o autocontrolo e fornecer informações relevantes sobre as opções de tratamento.

É em contexto comunitário que o EEER maximiza as suas competências, a família regula os afetos, emoções e é no seio desta organização que a pessoa com incapacidade reorganiza objetivos e se adapta a nova situação. A família é “o elemento natural e fundamental da sociedade e tem direito à protecção desta e do Estado” segundo o número 3, do artigo 16º da Declaração Universal dos Direitos do Homem convertido para o nosso país pelo artigo 67º da Constituição da república Portuguesa.

O envelhecimento demográfico é um desafio as famílias. Estas têm um papel fundamental na assistência, na manutenção do idoso no seu contexto habitual e é encarada como um ponto de equilíbrio. No entanto, tal como Sequeira refere, na sua obra intitulada “Cuidar de Idosos” (2018), que a família sofreu grandes mudanças, a mulher que tinha um papel fulcral no cuidar da casa, filhos e pais emancipa-se no mundo do trabalho, aposta na sua formação ficando o cuidar para o segundo plano. Também se assiste a famílias sem filhos e sem retaguarda familiar.

Sequeira salienta que os programas de apoio ao idoso, no futuro, deverão ser altruístas, evitando a sobrecarga nos cuidadores e nas famílias que se encontram em constante mudança.

A tabela que se segue é a síntese dos fatores determinantes do autocuidado relacionando a dimensão com as suas componentes.

Tabela nº 1 – Síntese dos Fatores determinantes do Autocuidado

Fatores Determinantes do Autocuidado	
Dimensão	Componentes
Física	Capacidade funcional/robustez e vigor; Tolerância à atividade/fadiga; Dor; Ambiente físico.
Cognitiva	Conhecimento sobre estilos de vida saudáveis; Conhecimento sobre a doença e processo terapêutico; Capacidade de procurar informação; Mestria/empowerment; Capacidade de tomar decisões.
Psicológica	Forçadevontade/motivação/proatividade/iniciativa/responsabilidade; Controlo percebido/locus de controlo; Experiências anteriores de saúde/doença e expetativas em relação ao futuro; Aceitação do estado de saúde/incerteza quanto à evolução da condição de saúde; Atitude face à vida e à doença/pensamento positivo ou negativo; Significado atribuído à condição de saúde/envolvimento no processo terapêutico; Capacidade de resiliência; Satisfação com a vida; Autoconceito; Capacidade de adaptação; Ambiente terapêutico; Estado emocional/estado mental (autoestima, confiança, tristeza, humor, ansiedade, depressão, stress, solidão, incerteza, isolamento social).
Sócio demográfica	Idade; Sexo; Raça; Estado civil; Tipo de família (monoparental, nuclear, alargada); Situação laboral (emprego/desemprego); Grau de instrução / educação (escolaridade).
Social / Saúde	Rede de suporte percecionada e utilizada: -Informal (processos familiares, amigos, vizinhos); -Formal (profissionais de saúde: enfermeiros, médicos, assistentes

	sociais, psicólogos).
Espiritual/ Cultural	Fé; Esperança; Crenças religiosas; Crescimento espiritual.
Económica	Condição económica e financeira.

Fonte: Petronilho, Fernando.(2012). Autocuidado: Conceito central da enfermagem. Coimbra:Formasau.

3.1.6 A transição da pessoa com dependência no autocuidado

Temos vindo a referir que o autocuidado é um domínio central para a enfermagem. Em particular, o fenómeno da transição após um evento avassalador que compromete o autocuidado, uma das principais dimensões do presente estudo. Pode ser resultado do processo (natural) de envelhecimento ou estar associado a eventos críticos agudos (doença), que desafiam os indivíduos a experimentar transições, para as quais, os cuidados de enfermagem podem dar um contributo importante.

Partimos então do pressuposto, que a transição da pessoa associada à dependência no autocuidado tem implicações nas AVD'S, alterando, drasticamente, as rotinas e os hábitos de vida dos indivíduos. Implica, por isso, a adaptação e aceitação a nova condição física de vida e planear novos objetivos face a uma nova condição de saúde, para os quais, as pessoas necessitam de ajuda para desenvolverem a capacidade de lidarem com os novos desafios, onde os enfermeiros se afiguram como uma profissional imprevisível.

A dependência pode ser definida como sendo um estado em que “estar dependente de alguém ou de alguma coisa para ajuda e apoio” ICN (2005, p. 107).

No Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de junho relativamente a criação da RNCCI, a dependência é definida como um combinado de relações entre as capacidades de ação do indivíduo e as suas necessidades de cuidado. Perante esta avaliação, o enfermeiro adequa a sua intervenção, uma vez que, esta ocorre quando as necessidades terapêuticas do dependente são superiores à sua capacidade de realizar o autocuidado (Orem, 2001).

É nesta altura que os enfermeiros, através da sua ação profissional, intervêm, no sentido de minimizar os efeitos desse défice (dependência). Portanto, perante o défice no autocuidado, torna-se fundamental a capacidade dos enfermeiros em avaliar o potencial de desenvolvimento dos indivíduos, com recurso a instrumentos adequados, sendo esta avaliação, orientadora do processo terapêutico, com vista aos melhores resultados em saúde e evidenciar o trabalho do EEER na reconstrução da autonomia. A intervenção do enfermeiro na

promoção da autonomia do autocuidado é realizada de forma terapêutica como uma relação de interajuda e de negociação, com o objetivo de promover o autocuidado e reduzir complicações relacionadas com a dependência funcional (McEwen & Wills, 2009).

3.1.7 A teoria das transições

O conceito de transição é central na enfermagem (Meleis et al., 2000; Meleis, 2007, 2010). Os enfermeiros ocupam-se dos indivíduos quando estes experienciam, antecipam ou completam as transições. Neste contexto, a transição é definida por Meleis, 2010 como a “passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as percepções. O processo sugere fases e sequência, o intervalo de tempo indica um fenómeno em curso, mas limitado e a percepção tem a ver com o significado da transição para a pessoa que a experimenta” (p. 25-26).

Meleis e seus colaboradores replicaram uma teoria de médio alcance sobre as experiências de transições que engloba um conjunto de dimensões: tipos e padrões de transições; propriedades das experiências de transições; condições da transição facilitadoras e inibidoras; indicadores de processo; indicadores de resultado e terapêuticas de enfermagem.

Os tipos de transição com que os enfermeiros lidam na interação com os clientes podem ser de desenvolvimento, quando associadas às fases do ciclo de vida. O fenómeno da transição da pessoa associado à dependência no autocuidado está, em grande medida, associado à velhice ou resultante do processo saúde e doença, mas podem provocar o desequilíbrio no seio das famílias, como uma mãe que tem de cuidar de um filho adulto, ou um filho que tem de cuidar de uma mãe, desenvolvem vivências de tristeza, solidão e até mesmo de depressões recorrentes.

As políticas em saúde deveram não só centrar os clientes, mas também os cuidadores informais quer a nível social, político como económico.

3.1.8 A teoria de sistemas de enfermagem

Segundo Orem, 2001 (p.98) o processo de enfermagem “é um método de determinação das deficiências de autocuidado e a posterior definição dos papéis da pessoa ou enfermeiro para satisfazer as exigências de autocuidado”.

Para satisfazer os requisitos de autocuidado, Orem identificou três sistemas para colmatar os défices no autocuidado. Classificou em sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação.

O sistema de enfermagem totalmente compensatório baseado em doentes totalmente dependentes no autocuidado em que o enfermeiro, através das suas ações compensa essa incapacidade.

O sistema de enfermagem parcialmente compensatório engloba atividades realizadas pelo enfermeiro e pelo utente, por exemplo, um cliente pode ser independente na atividade alimentar-se, mas dependente, parcialmente, na higiene corporal.

Por fim, o sistema de enfermagem apoio-educação diz respeito a promoção do autocuidado e prevenção do défice, sendo o cliente independente.

4. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

Por definição um objetivo é algo que se pretende atingir e não o que será feito. Este confere uma determinada direção à ação e molda a natureza do projeto.

O processo de formulação deve ter em mente objetivos concretos e alcançáveis que permitam a realização de atividades passíveis de concretizar num tempo pré estabelecido (Larocca, Rosso& Souza, 2005). Assim, a definição de objetivos tem a finalidade de direcionar a intervenção que o aluno irá ter durante o estágio, representando um fio condutor do mesmo.

Os objetivos podem apresentar-se em dois níveis: gerais e específicos, sendo que os últimos complementam os anteriores, concorrendo para o alcance dos primeiros. A ação de delinear objetivos assume extrema importância na elaboração de um projeto, pois trata-se do alicerce para a obtenção de aproveitamento por parte do aluno durante a fase de aprendizagem.

Na abordagem dos objetivos do ensino clínico no ramo de especialização em Enfermagem de Reabilitação, consideramos que não se pode descurar os enunciados descritivos das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, definidos pela, de acordo com o Regulamento nº 125/2011, e que funcionam como requisitos básicos inerentes à prática de enfermagem, “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com dependência no autocuidado, para a sua reinserção social e familiar e exercício da cidadania e maximiza a funcionalidade da pessoa” (artigo 4º, número 1, alínea a), b) e c)) com dependência no autocuidado .

Apoiado nas competências comuns do enfermeiro especialista da OE (2016) e os enunciados descritivos para a prática da enfermagem especializada em reabilitação acima explanados, definimos como objetivos gerais: avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; implementar programas de treino motor, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia; capacitar a pessoa com incapacidade, limitação e, ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania; gerir os cuidados, e projetos, otimizando a resposta da equipa de enfermagem, a articulação na equipa multiprofissional e produzir dados que demonstrem resultados da enfermagem de reabilitação.

A reabilitação compreende um corpo de conhecimentos, competências e comportamentos diferenciados com o objetivo de ajudar a pessoa e a família, ensinando-os, instruindo e capacitando para reconstruir a independência.

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação nº 350/2015 de 22 de junho de 2015, servem como indicadores de qualidade: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social, e organização dos cuidados de Enfermagem.

5.PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Os projetos são peças fundamentais para a evolução e progresso, ainda mais se pensar que a sociedade atual está em constante evolução, que o passado se projeta no futuro e, que a evolução se faz pela capacidade de simulação e de imaginação da própria pessoa nos seus projetos. Resumido, o projeto segundo Machado (2000, p.6) “não é uma simples representação do futuro, do amanhã, do possível, de uma ideia; é o futuro a fazer, um amanhã concretizar, um possível a transformar em real, mas sim um futuro para fazer, uma ideia a transformar em ato”.

Este projeto é do tipo estudo de caso, segundo Mendes e Grilo (2012) permitem estudar fenómenos em profundidade no seu contexto real. Infelizmente, durante a vida adulta, as dificuldades com a funcionalidade começam a surgir. As doenças crónicas, a polimedicação e o sedentarismo são mais frequentes levando a hospitalização e a necessidade de permanecer em repouso no leito por um período variável de tempo leva a complicações decorrentes da imobilidade. Sendo que a intervenção do EEER deverá ser o mais precoce possível de modo a capacitar a autonomia e a recuperação da funcionalidade durante o internamento.

Os objetivos específicos deste plano de intervenção foram: avaliar a funcionalidade do idoso nos aspetos de força muscular e equilíbrio; avaliar a dependência no autocuidado: higiene corporal; diagnosticar défices e estabelecer um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação tal como indicado na figura nº1.

Desenvolvido numa unidade hospitalar do sul do país, serviço de Medicina I, numa população alvo com idade superior a 65 anos, orientado no tempo, espaço e pessoa, que face a doença instalada, a hospitalização, apresentaram défice nas AVD'S. Motivados e com potencial para a reabilitação.



Figura nº 1 – Plano de Intervenção Profissional.

5.1. Autonomia e a Independência no Autocuidado

Autonomia refere-se à “capacidade de cada um para cuidar de si, a capacidade de adaptação ao meio e ser responsável pelas suas acções”, segundo Sequeira 2010a (p. 4). O conceito de autonomia baseia-se na capacidade de tomar decisões. A autonomia para o autocuidado significa que a pessoa consegue executar o seu autocuidado, englobando a sua capacidade funcional e o “estar orientado”, segundo Sequeira (2010a) é a “capacidade da pessoa para gerir a sua própria vida” (p.5).

Os conceitos de autonomia e independência, embora diferentes estão interligados. Segundo a World Health Organization (WHO, 2002), a independência é a capacidade que o indivíduo possui para realizar tarefas sozinho, sem a necessidade de ajuda de terceiros.

O conceito de independência, aparece interligado a impossibilidade de não realização das atividades quotidianas, devido a sua condição física, cognitiva e mental. A “independência está relacionada com a capacidade de desempenho de actividades vida diárias e de autocuidado”, Sequeira (2010a, p. 5).

Os EEER devido a sua capacidade de escuta e de interajuda possuem competências além da reabilitação funcional. Augusto (2009) refere que estes profissionais no seu campo de atuação visam a recuperação, a readaptação, o autocontrolo, minimização o stress e angústias do cliente e do cuidador informal maximizando as suas potencialidades. O fato de serem enfermeiros permitem atuar em qualquer meio, satisfazendo as necessidades globais e a sua especialização permite requintar os cuidados gerais com intervenções específicas e complexas.

Hoeman (2000), refere que o enfermeiro de reabilitação tem como competência de ensinar, instruir, treinar, motivar, dar segurança aos familiares e clientes nas suas atividades diárias para níveis mais elevados de independência e autonomia. O modelo assistencial da

enfermagem de reabilitação é considerado por Leite e Faro (2005), como educativo, preventivo e dinâmico. Consegue ensinar a família e o cliente quer na melhoria funcional, através de transmissão de conhecimentos sobre exercícios e técnicas, mas também como preventivo sobre as consequências que por exemplo a capacidade funcional traz. Por exemplo, se trabalharmos na marcha, uma das consequências graves será a queda. Dinâmico, pois, terá que negociar com o utente, para este integrar no plano por vontade, conhecendo os estilos de vida, os hobbies e seus desejos.

O aumento da esperança média de vida, a ciência, prevalência de doenças crónicas que acarreta dependências elevadas provocam elevados desafios aos EEER. Rice (2004) refere que o conceito de qualidade de vida e de saúde terão de sofrer mudanças, “mesmo que o utente tenha uma doença, uma incapacidade ou esteja a morrer, se se encontra no seu melhor nível funcionamento, isso constitui, provavelmente, o estado de saúde otimizado para esse utente” (p. 21).

A funcionalidade e incapacidade encontram-se numa relação dinâmica entre as fases de saúde (doenças, perturbações, lesões) e os fatores contextuais (ambientais e pessoais), DGS & OMS (2004). A incapacidade terá de ser vista como uma restrição a participação social, visto que provoca limitações das atividades, face aos fatores extrínsecos do meio ambiente assumindo-se como agentes facilitadores ou barreiras.

A norma nº 014/2014 de 01 de setembro de 2014 da Direção Geral da Saúde (DGS), referente a implementação da tabela nacional da funcionalidade (TNF), mais concretamente a TNF do idoso, para pessoas com idades superiores a 65 anos como sendo um instrumento de carácter obrigatório para a RNCCI, a preencher pelo enfermeiro ou fisioterapeuta. É essencial para o ingresso na rede e na alta para a sociedade.

A linguagem adotada é a classificação internacional para a funcionalidade (CIF) e avalia a funcionalidade, a incapacidade e os fatores contextuais. A funcionalidade e a incapacidade englobam o corpo, ou seja, as funções dos sistemas orgânicos que são os mecanismos fisiológicos, a estrutura do corpo que engloba a estrutura anatómica e as atividades e participação social. Os fatores contextuais englobam o meio ambiente e as características individuais, pessoais. O meio ambiente deverá ser classificado como barreira ou facilitador ao indivíduo.

A necessidade de cuidados por parte das pessoas dependentes e idosas aumentaram de forma exponencial nos últimos anos e continuarão seguramente a aumentar devido ao acréscimo acentuado de idosos com mais de 80 anos, por alguns denominada de “quarta idade” (Sequeira, 2018, p.5), grupo de pessoas onde se concentra a maior parte das situações

de dependência, aumento da longevidade, progressos da medicina com maior sobrevivência de pessoas com doenças e acidentes graves, o que representa dependências em grau elevado e as dificuldades de apoio informal em função da alteração dos modelos de família.

5.1.1 A motivação

A motivação é para Pozo (2002) um elemento crucial no processo de aprendizagem. O autor diz-nos ainda que ninguém levará os outros a aprender se não houver nele também um movimento para a aprendizagem.

Na fase dos 40 aos 65 anos, as pessoas geralmente encontram-se numa fase mais estável, porém, sucederam alterações ao nível físico que levam as pessoas a preocuparem-se mais com a sua autoimagem. Por seu lado, a capacidade de aprendizagem mantém-se ou aumenta uma vez que as experiências passadas, a flexibilidade e a confiança adquiridas facilitam a aprendizagem.

Relativamente à fase do ciclo vital acima dos 65 anos, considerada por alguns autores como os idosos, é um conceito também em constante mudança. Existem alguns estereótipos relativamente à lentidão de movimentos, irritabilidade e o desinteresse pela aprendizagem. Pode existir desenvolvimento ao nível físico, como alterações posturais, hipercifoses e hiperlordoses, mas também cognitivo e psicossocial. Há uma maioria saudável, ativa e capaz de cuidar de si próprios.

Os processos de compreensão mantêm-se intactos, embora a memória a curto prazo possa estar afetada. Mas é a partir de essa idade em que o fenómeno natural do envelhecimento com o decréscimo de algumas habilidades físicas e mentais se instalam, assim também como a frequente de doenças cardiovasculares, como a arteriosclerose e o síndrome demencial.

A palavra motivação provém do latim *“motivus* que diz respeito a movimento e descreve o desejo de alcançar elevadas performances” segundo Mann, 2006 (p.35). Cada um como ser único tem os seus próprios objetivos, desejos e necessidades, embora muitos desses desejos não são reais face a situação e os entraves organizacionais são cada vez maiores, dificultando a sua autonomia.

Maslow na sua teoria motivacional identificou cinco patamares do tipo escada de uma pirâmide, consoante as necessidades humanas para a autorrealização. Na base da pirâmide encontram-se as necessidades fisiológicas, seguem-se as de segurança, sociais e relacionamentos, estima (respeito e a aceitação pelos outros) e por fim, no topo da pirâmide, as de autorrealização (resolução de problemas, criatividade), (Lopes, 2012&Ramos, 2009).

Um estudo realizado por Jeangsawang, Malathum, & Nityasuddhi (2012) pretendeu comparar a eficácia do planeamento da alta e dos cuidados prestados a idosos com dependência internados em contexto hospitalar, de acordo com a experiência profissional dos enfermeiros. Tendo-os dividido em enfermeiros iniciados (com conhecimentos adquiridos na teoria, estando preparados para lidar em situações mais limitadas e com menos de um ano de experiência profissional); enfermeiros competentes (que comparativamente com os enfermeiros iniciados, possuem uma ampla e profunda gama de conhecimentos e competências, e assim tendem a detetar precocemente situações de risco, intervindo rapidamente, tendo sido incluídos no estudo enfermeiros com pelo menos cinco anos de experiência clínica) e os enfermeiros da prática avançada (APNs) (que comparativamente aos enfermeiros iniciados e aos enfermeiros competentes, possuem um nível mais amplo e complexo da prática).

Os APNs possuem características que incluem: a aquisição de novos conhecimentos e competências, incluindo a autonomia na prática clínica; análise de situações de forma crítica; síntese e inovação de conhecimentos, com a construção de conhecimento para além do desenvolvido através da experiência e a competência de prestar cuidados a pessoas com complexidade de cuidados. Para estes, estão incluídos os enfermeiros especialistas.

Neste contexto torna-se relevante o enquadramento das competências, onde se destaca o modelo de desenvolvimento de competências da investigadora norte americana Patrícia Benner. Ela desenvolveu diferenças entre a componente prática e a teórica. O conhecimento prático do “*saber fazer*” e o teórico, o “*saber*”. Neste modelo aborda a forma como o enfermeiro desenvolve as suas capacidades e habilidades através da aprendizagem e das experiências profissionais. O conhecimento prático (*know-how*) é enriquecido pela evidência clínica interligada pelo contexto prático do *know-how* (Benner, 1982).

Phaneuf (2001) foi outra teórica de enfermagem que dedicou uma especial atenção ao ensino à pessoa cuidada. A autora refere que o ensino ao cliente se desenrola num tipo de comunicação que designa por comunicação pedagógica. Esta tem por objetivo enriquecer ou aprofundar os conhecimentos da pessoa sobre o seu estado de saúde e o tratamento da doença. Enumera algumas regras necessárias a ter em conta durante o processo de reabilitação: a pessoa deve ser incentivada e motivada sentindo-se como o centro dos cuidados, colaborar nas metas atingir, assim como na síntese dos conhecimentos transmitidos; os ensinamentos só devem ser transmitidos quando o utente estiver pronto para os receber; o enfermeiro, durante o processo de ensino deverá ter em conta o seu conforto e ausência de dor, atender à fadiga, prever períodos longos de repouso. O EEER deve tentar saber o que o

utente sabe e trabalhar o que ainda desconhece, não omitindo informação e não subestimando os conhecimentos e experiências do doente.

Este modelo parte de uma responsabilidade mútua entre enfermeiro, utente e família e a conversação deve ser participativa, ir ao encontro das necessidades das pessoas, que deve instituir políticas saudáveis, não somente na prevenção da doença, mas principalmente na promoção de saúde.

Reis (2012), ao estudar uma população com 55 e mais anos de Portugal Continental e Regiões Autónomas sobre a temática “*Da incapacidade à atividade*” concluiu que a educação faculta recursos à pessoa, habilitando-a a lidar melhor com o seu envelhecimento.

A linguagem a utilizar deverá ser simples e adequada à pessoa explicando os termos clínicos, uma forma de promover a retenção da informação é a repetição e síntese dos conteúdos abordados, a aprendizagem torna-se significativa para a pessoa se for de encontro às suas experiências de vida, o conceito teórico deve ser abordado previamente à execução da demonstração, o feedback deve ser garantido através de elaboração de questões ou pedido de exemplos de aplicação, os reforços positivos frequentes são uma mais valia, o ritmo de aprendizagem deverá ser respeitado, o ensino deverá ser dividido em parcelas para promover a aprendizagem e prevenir a cansaço e a saturação, ter em atenção não exigir mais do que cada cliente pode dar para evitar provocar stress ou prejudicar autoimagem, por último, mas não menos importante, criar um clima de alegria, humor e compreensão durante o ensino, promove a empatia e reforça a aprendizagem.

A enfermagem assenta não apenas na prestação de cuidados, mas também na gestão, formação e investigação sobre estes mesmos cuidados, como forma de construção de indicadores de qualidade e produtividade na Enfermagem. Para tal torna-se necessário definir um conjunto de informações referentes a dimensões específicas da enfermagem, ao qual é designado como resumo mínimo de dados de enfermagem (RMDE). Para Pereira (2004), o RMDE permite traduzir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, com os indicadores de resultado, bem como as principais necessidades em cuidados com os indicadores de processo, em que os ganhos são considerados evoluções positivas ou modificações no estado dos diagnósticos após as intervenções. Deste modo também foi importante para nós, incluir no plano de reabilitação, um processo de avaliação e de controlo.

No estudo de Oliveira et al. (2011), ao analisarem os diagnósticos de Enfermagem identificados nos Sistemas de Informação verificaram que estes estão centrados na prevenção de complicações com a pessoa doente, como as úlceras por pressão, o autocuidado, papel do prestador de cuidados e na adesão do regime terapêutico e que no caso de reinternamentos

estes diagnósticos surgem novamente como necessidades, demonstrando que os défices de conhecimentos e habilidades de aprendizagem são semelhantes.

Para Pinto (2014), a integração da nova imagem corporal surge como fator fundamental para a adesão ao processo de reabilitação, levando a pessoa a pensar sobre a passagem da atitude de negação para uma de aceitação, com um maior envolvimento em todo o processo.

Morais (2014), abordando o empowerment, que pode levar a pessoa a mobilizar recursos afetivos e cognitivos, levando a atitudes com maior empenhamento nas ações de saúde, salientando os reflexos positivos para a concretização dos planos de intervenção em enfermagem de reabilitação, refere que uma maior atenção à motivação, crenças ou força de vontade das pessoas é fundamental para os objetivos serem atingidos, assim como um aumento da preocupação em relação à transição para o seu domicílio, principalmente com o planeamento dos cuidados.

A natureza do processo das transições é fundamental para o planeamento das intervenções de todos os profissionais de saúde, onde estão os enfermeiros de reabilitação, com capacidade de intervenção ao nível da família, com incremento da promoção do autocuidado (Pereira & Pereira, 2014). O processo de adesão ou aceitação aparece como facilitador de todo o processo de reabilitação, sendo fundamental que seja a pessoa a tomar essa iniciativa e assuma na equipa um papel motivador no percurso a desenvolver.

A procura de maior informação sobre o processo de reabilitação foi também um fator que contribui para a maior evolução no *continuum* dependência e independência através de um conjunto de estratégias direcionadas para a promoção do autocuidado, enquadrando e centrando os cuidados na pessoa e na família.

5.1.2 Orientação, força e equilíbrio

De acordo com as competências da OE, o EEER deve identificar as necessidades de intervenção para otimizar ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD'S (competência J1.1.7).

Para se conseguir implementar um plano de ER é essencial que o utente cumpra pequenas ordens de modo a assimilar as instruções do EEER, pois da mesma forma pode esquecer as instruções que lhe são dadas. Relativamente, a atividade de vida “comunicar” é importante avaliar os tipos de memória: sensorial, imediata, curto e a longo prazo (episódica, semântica, processual e emotiva); as afasias relativamente a fluência do discurso, compreensão auditiva

verbal, nomeação de objetos por confrontação visual, repetição de palavras; as agnosias: visual, tátil e auditiva e as apraxias: ideomotoras, ideativas, bucofaciais e da marcha. Todas estas alterações cognitivas são importantes para decidir os objetivos e plano de intervenção para reabilitar e reconstruir.

O estado confusional pode-se alterar ao longo do dia, o doente pode apresentar variações quanto à orientação temporal e espacial, pode estar apático e ser agressivo quando estimulado. Relativamente a compreensão auditiva, o doente pode desenvolver uma sintomatologia paranoide, desconfiando que dificulta o plano de reabilitação.

Lourenço e Mendes (2010) referem que para alguém ser independente no autocuidado vestir e despir é de extrema importância que a pessoa consiga fazer a extensão e flexão do cotovelo. Atividades como andar, alimentar-se, lavar a face podem torna-se impossíveis se a coordenação motora, o equilíbrio corporal e a amplitude das articulares se encontrarem deficientes.

Berg et al (1989), também referem que as alterações posturais, assim como o equilíbrio estático e dinâmico são de extrema importantes na execução das atividades do quotidiano tais como: alcançar, girar, transferir-se, manter-se em pé com ou sem apoio e levantar-se.

Salter et al (2005) e Soares et al (2005), consideram o equilíbrio corporal um dos componentes de extrema importância na reabilitação, pois com o equilíbrio fortalecido, o cliente consegue ser independente com a sua deficiência, como por exemplo, consegue transferir-se para uma cadeira de rodas com uma tábua de transferência. Melhorar o equilíbrio corporal através da correção da postura em frente de um espelho é referido por Lourenço e Mendes (2010), para potenciar a autonomia no autocuidado, tais como, a transferência e marcha. Índices baixos da escala de Tinetti indicam que o cliente tem o equilíbrio comprometido e necessita de ajuda ou supervisão.

Relativamente a alimentação e hidratação é essencial a avaliação rigorosa como fatores indicativos de disfagia, ou comprometimento da deglutição. As patologias cerebrovasculares provocam alterações na musculatura da cavidade oral, na produção de saliva e alterações nas fases da deglutição: oral preparatória, oral, faríngea e esofágica. O EEER terá de “melhorar o controlo do bolo; estimular o reflexo de deglutição; fortalecer a adução das cordas e treino de exercícios de fortalecimento dos músculos faciais em frente ao espelho” (Lourenço e Mendes, 2010 p.57,58), para reabilitar o autocuidado: alimentar-se.

Com o envelhecimento, a diminuição da capacidade da bexiga, associada ao aumento do número de contrações involuntárias fazem com que a vontade de urinar seja mais frequente. Para o autocuidado: eliminação vesical, o EEER tem um papel fundamental desde a sua

prevenção até mesmo através de técnicas de reeducação perineal, com alterações na ingestão hídrica e horários de micção, Branco (2009) refere que o fortalecimento da musculatura pélvica recupera o controlo vesical e maximizam o bem-estar. A sua intervenção também pode ser através de algaliações intermitentes, ensinamentos e treinos como técnicas de resolução na retenção urinária. A abordagem da eliminação intestinal passa pela revisão da dieta tendo em conta a ingestão de fibras. A pessoa alvo de cuidados deve realizar um diário semanal onde regista a frequência, características, sintomas e que alimentos ingere.

Como técnicas preventivas, o EEER instrui para exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, tais como a manobra de Valsalva na incontinência urinária de esforço.

O EEER tem a função de capacitar o utente e a família. Segundo Reis e Bule (2016), capacitar é um processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação. Os conhecimentos são os saberes construídos e alicerçados em valores individuais, que se modificam ao longo da vida.

Petronilho et al (2010), referem que uma maior destreza na motricidade fina é determinante no autocuidado: vestir-se e higiene corporal. O arranjo pessoal e o vestuário têm particularidades que exigem a execução de movimentos finos, são exemplos, o desfazer a barba, cortar as unhas e abotoar um botão ou os cordões.

Incluir programas de exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores (tricipetes e quadricípetes) e manutenção da amplitude articular contribuem para a promoção da autonomia, por exemplo, na higiene corporal. “Para executar a atividade de transferência é indispensável o envolvimento dos extensores do cotovelo para realizar “push-up” e sustentação do peso do corpo” para Lourenço e Mendes, 2010 (p. 56).

Os programas de fortalecimento muscular que incluam de preferência exercício aeróbico, flexibilidade e equilíbrio, devem ser simples e não necessitam de ser exaustivos, deverá existir um equilíbrio entre a atividade e o repouso, o dormir é uma das atividades essenciais que o EEER deve ter em conta, embora períodos longos de repouso deverão ser evitados.

A avaliação da pessoa com patologia respiratória (respirar) através de técnicas de redução funcional respiratória permite ao EEER, minimizam a sensação do cansaço, técnicas de descanso como por exemplo a posição de cocheiro, consciencialização e controlo da respiração para uma melhor ventilação e com técnicas de conservação de energia, como por exemplo, descascar batatas sentada ou desfazer a barba sentado são estratégias implementadas pelo EEER para a reconstrução do autocuidado de um cliente com doença obstrutiva crónica, por exemplo. Também têm um papel fulcral na prevenção de infeções respiratórias através das manobras de limpeza das vias aéreas para assegurar a permeabilidade das vias aéreas.

Relativamente a atividade básica controlar a temperatura corporal, o EEER tem um papel essencial na prevenção de Úlceras por Pressão, a mobilização articular permite às fibras de colagénio reagruparem-se, diminuir a tensão e estimular a circulação contribuindo para o bem-estar, conforto e uma melhor qualidade de vida.

No que diz respeito, a atividade “morrer”, o EEER para além de intervir com os posicionamentos corretos, a mobilização articular como minimização da dor a nível dos cuidados paliativos deve proporcionar um ambiente adequado para que os clientes e familiares falem sobre a morte, os maiores medos e preocupações.

A reabilitação sexual não pode passar despercebida, o EEER deve dar resposta às situações de índole pessoal e íntima. O enfermeiro sendo o profissional que mais tempo passa com o utente deve criar uma atmosfera que possibilite a perceção da pessoa envolvida em ser abordado a temática da sexualidade.

A atividade final e essencial para a independência é a recuperação da marcha, atividade de vida: movimentar-se. Trata-se de um reaprender a andar, sozinho ou com apoio e com os respetivos cuidados, por exemplo, num doente do foro ortopédico, após Artroplastia total do joelho, terá de aprender que primeiro desloca as canadianas, depois o membro inferior intervencionado e avançar com o membro não afetado. Para melhorar o desempenho na marcha é essencial “executar exercícios de contração muscular (...) potenciar a força muscular dos músculos da coxa (...) membros superiores e tronco”, segundo Lourenço e Mendes, 2010 (p. 58).

O EEER deve manter um ambiente seguro com especial cuidado para a prevenção de quedas, para isso é necessário manipular os fatores intrínsecos e extrínsecos face ao risco de queda, por exemplo, nos intrínsecos, treino de equilíbrio estático e dinâmico, treino de marcha (teste time Up and Go, por exemplo), fortalecimento muscular e treino de aprendizagem de cair e levantar.

Estas onze atividades de vida à luz de Roper permitem reabilitar a pessoa para voltar a trabalhar e a divertir-te completando assim a décima segunda atividade de vida.

Após a avaliação inicial procedemos a validação com escalas para compararmos resultados. Todos estes instrumentos de avaliação utilizados no plano de ER foram recomendados pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação para a documentação dos cuidados de EEER em articulação com o padrão documental que dão suporte à melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

5.2. Metodologia

De acordo com Jester (2007), o plano de reabilitação deve passar por quatro fases: avaliação abrangente; definição de metas a curto, médio e longo prazo; desenvolvimento de ações para atingir as metas e a avaliação do progresso.

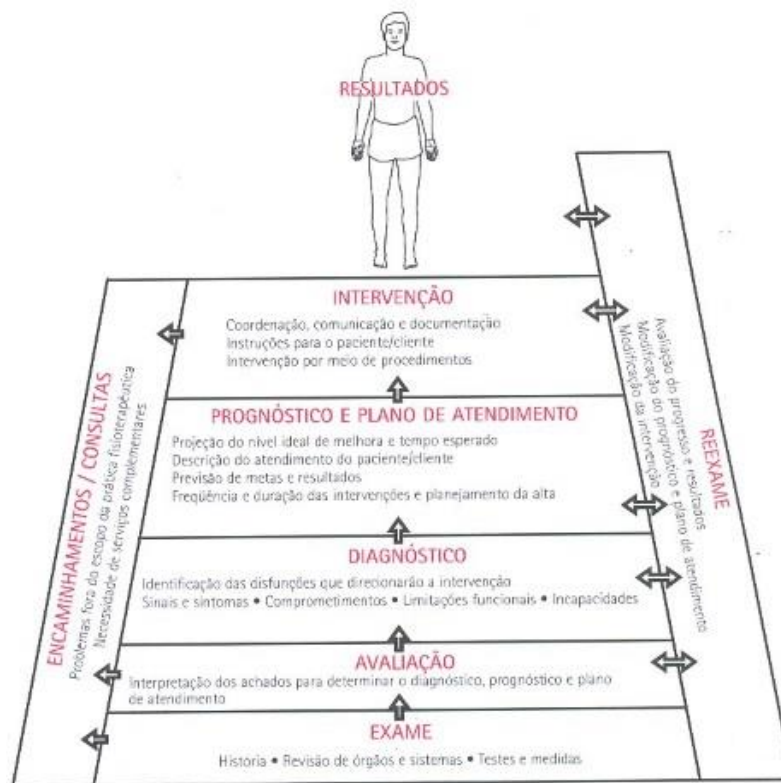
Segundo Sequeira, 2018 (p. 49) a avaliação precoce e a monitorização das limitações e défices nos idosos possibilita a prescrição de intervenções, adaptadas as suas necessidades reais, o que revela um maior potencial terapêutico, a nível de prevenção da deterioração e contribui para uma maior satisfação.

Para a realização do projeto constitui-se uma amostra de idosos com idades compreendidas entre 65 a 80 anos, que cumpram os critérios de inclusão: pessoas com internamento no serviço de medicina I, no período compreendido entre 18 de setembro a 26 de novembro de 2017 com dependência no autocuidado: higiene corporal face ao seu diagnóstico e internamento, orientadas no tempo, espaço e pessoa e que aceitem participar de forma livre e voluntariamente no estudo, depois de devidamente informadas.

Como objetivos específicos deste projeto intitulado “Enfermagem de Reabilitação – Reconstrução da Independência da Pessoa com Défice no Autocuidado” onde a atividade estudada foi a higiene corporal, pretendemos: a) avaliar a funcionalidade do idoso nos aspetos de orientação, força e equilíbrio, b) avaliar a dependência no autocuidado: higiene corporal, c) diagnosticar défices, d) estabelecer um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação.

A figura número 2 que se segue representa as etapas do processo de decisão clínica, assente numa avaliação inicial, diagnóstico e intervenções respetivas, atendendo a que todo o estudo de caso possa sofrer alterações de acordo com o estado clínico e resposta do utente.

Figura nº2 – Modelo de Atendimento abrangente Orientado para os Resultados



Fonte: Colby, L.& kisner, C. (2009).*Exercícios Terapêuticos*, 5ª edição. Brasil: Manole.

O projeto foi desenvolvido em três momentos. O primeiro corresponde a avaliação inicial, no primeiro contato utente e EEER; fase particularmente especial pois envolve negociação e compromisso entre os dois. A importância de uma completa avaliação inicial é defendida por Hoeman (2011) ao referir que uma avaliação completa é essencial a uma intervenção clínica apropriada e a avaliação funcional é central ao planeamento e execução dos cuidados recuperativos. A colheita de dados foi baseada no modelo teórico das atividades de vida de Roper, Logan e Tierney e a luz da teoria de Dorothea Orem.

O Modelo teórico de Roper aborda doze atividades de vida necessárias para a independência: manter um ambiente seguro; comunicar; respirar; comer e beber; eliminar; controlo da temperatura corporal; higiene pessoal e vestir; mobilizar-se; trabalho e lazer; expressar a sexualidade; dormir e morrer.

O Modelo de Orem defende que ao longo do ciclo de vida a Pessoa, um ser único, vai vivenciando um *continuum* de dependência e independência na realização dessas atividades e na qual interferem múltiplos fatores. Estes influenciam o modo como a Pessoa realiza as

atividades de vida, assim como os acontecimentos de vida a que a pessoa é sujeita ao longo do ciclo vital podem conduzir a problemas reais ou potenciais.

Cabe ao EEER ajudar a Pessoa e família a lidar, resolver ou prevenir esses problemas enaltecendo o seu papel na promoção e manutenção da saúde e prevenção de doença (Tomey, 2004). Tendo em reflexão os pressupostos deste modelo, é possível verificar que o processo de reabilitação da pessoa idosa fragilizada relaciona-se com qualquer um deles. Desta forma, é possível verificar que os utentes enfrentam problemas reais na execução das atividades de vida, podendo passar de uma situação de independência para dependência.

Nesta avaliação inicial e face a dependência resultante das transições a avaliação da condição física é essencial. Para isso, avaliamos a força muscular, o tónus muscular e a amplitude articular que são de extrema importância para o autocuidado: higiene corporal.

A utilização de instrumentos permite alicerçar a componente teórica a prática, no entanto, não substitui uma colheita de dados objetivos para planear os cuidados, Sequeira (2018).

A avaliação funcional é de extrema importância na reabilitação do idoso dependente porque tem uma capacidade preditiva significativa para o autocuidado. Sequeira (2010) refere que a avaliação funcional consiste numa das áreas de maior relevância na prestação de cuidados ao idoso dependente, o que leva a um maior risco de institucionalização, deterioração física e cognitiva, recorrências frequentes às unidades de saúde, dispêndios financeiros e até mesmo a mortalidade, daí a pertinência conferida a um diagnóstico rigoroso, recorrendo a instrumentos de medida devidamente estudados e validados para a população portuguesa.

Sequeira, 2010b (p.42) designa que a habilidade funcional é a “capacidade da pessoa em realizar as actividades relacionadas com o seu autocuidado, as actividades necessárias à sua independência e as actividades relacionais em função da sua capacidade cognitiva”.

Nesta identificação de necessidades específicas aplicamos diversos instrumentos, nomeadamente a avaliação motora pela escala de avaliação de força Muscular de Council, a avaliação da espasticidade pela escala de Ashworth Modificada, a avaliação do equilíbrio corporal pela escala de Tinetti, a avaliação da dor pela escala numérica da dor e a avaliação do grau de independência do autocuidado pela escala de Barthel. Também foi de extrema importância a avaliação e medição da amplitude do movimento dos membros superiores com goniómetro.

A avaliação inicial e todas as escalas necessárias para a implementação do projeto estão coligidas no instrumento de colheita de dados (apêndice A) por questões práticas, no entanto cada escala se encontra num anexo distinto.

O Índice de Barthel (anexo A) foi o instrumento utilizado para avaliação da capacidade funcional na realização de atividades de vida. É um dos instrumentos validados em Portugal e utilizado na unidade de saúde onde o projeto foi implementado. Avalia o nível de independência em dez níveis de AVD'S: alimentação, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres (urinário e intestinal), mobilidade, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney&Barthel,1965).

Na versão original a pontuação da escala varia de 0 a 100 (com intervalos de 5 pontos), em que de 0-20 indica dependência total; 21-60 dependência grave; 61-90 dependência moderada; 91-99 dependência muito leve e 100 independência (Lobo e Pereira, 2007).

Na prática clínica, parece consensual a proposta de Granger e colaboradores, que refere que o score 60 corresponde ao “ponto de viragem” entre independência e dependência.

A avaliação pode ser usada para determinar um nível basal de funcionamento e pode ser usado para monitorizar a melhoria nas AVD'S ao longo do tempo. Cada item corresponde a um valor instituído pelo autor do instrumento. A pessoa recebe uma pontuação consoante a ajuda que necessita para realizar uma tarefa. A pontuação para cada um dos itens são somados para criar um score total. Quanto maior a pontuação mais "independente" é a pessoa. Independência significa que a pessoa não precisa de assistência em qualquer parte da tarefa.

Durante o treino das AVD'S é fundamental dar tempo para o utente atuar sozinho, de modo a aumentar a sua autoestima, para isso são importantes o reforço positivo e a motivação na execução das atividades. As diferentes intervenções de reabilitação têm como objetivo fundamental ajudar os doentes a adaptarem-se às suas incapacidades, favorecer a sua recuperação funcional, motora e sensorial e promover a sua integração familiar, social e profissional.

Para reaver a sua funcionalidade, o tónus muscular normal é essencial, para que o utente seja capaz de mobilizar os seus membros de acordo com as suas amplitudes, adquire a posição correta para se sentar e iniciar movimentos coordenados e necessários para a realização de AVD'S. Deste modo utilizamos a Escala de Ashworth Modificada (anexo B) em doentes com AVC e lesões vertebro medulares.

Para Oliveira (2012), os utentes hemiplégicos com espasticidade apresentam resistência aumentada à mobilização passiva, impossibilitando a mobilização ativa isto deve-se a resistência aplicada ao movimento, hipertonía e ausência de força muscular.

Menoita (2014) refere que esta resistência (espasticidade) pode ser variável ao longo do tónus sendo habitualmente, “mais intensa em certos padrões que envolvem os músculos anti-gravíticos do hemicorpo afectado, nomeadamente os flexores do membro superior e os

extensores do membro inferior.” (p.75). A este padrão sinérgico designou de atitude de Wernicke-Mann. No entanto, não é motivo de exclusão no plano de ER, o recurso a ajudas técnicas, o aumento da amplitude ao nível dos membros superiores permitindo o vestir e o despir e a diminuição de carga emocional e física no cuidador informal são de grande relevância.

Esta escala apresenta como limitações a ausência de relação que o tónus anormal tem com a postura e não identifica como se deve aplicar. A interpretação dos dados obtida pelo uso desta escala varia entre 0 e 4. Em que 0 corresponde a um tónus muscular normal e 4 uma hipertonia extrema.

Umphred (2010) defende que os défices de força são uma das principais causas de anormalidades do movimento em transtorno do sistema nervoso, tanto central como periférico. Para além disso, os défices da modulação da força ou de desuso podem ser a causa da fraqueza, sendo o equilíbrio afetado diretamente pela perda de força.

O fortalecimento muscular dos membros superiores quer com exercícios isométricos como isotónicos, é identificada por Drolet et al (1999), como um importante contributo para a independência funcional, indicando o aumento da força muscular nos membros superiores e tronco durante o período de reabilitação, essencial para a independência de atividades do autocuidado. A escala indicada para a ER é a Escala de Avaliação de Força Muscular de Council (anexo C), que se vale do uso da força e da resistência do EEER.

Quando se aplica um programa de flexibilidade a uma determinada articulação, que a mobiliza para além da sua amplitude articular habitual, os tecidos elásticos alongam-se, provocando alterações no realinhamento da rede de tecidos que cruzam a articulação. Assim, quando se verifica um aumento da amplitude articular (anexo D), este vai provocar um maior relaxamento dos músculos antagonistas, permitindo um maior grau de movimento articular, devido à diminuição da tensão imposta ao agonista pelo antagonista do movimento.

O equilíbrio postural é necessário para que a pessoa possa realizar ao seu autocuidado, mais propriamente na higiene corporal. Segundo Aikawa, 2006 (p.78), “o equilíbrio pode ser definido como a manutenção do centro de massa do corpo dentro de uma base de suporte, ou seja, dentro dos limites da estabilidade. Considera-se este limite de estabilidade como a área na qual o centro de massa pode ser movido seguramente sem modificação da base de suporte”.

Um corpo pode estar em equilíbrio em repouso (equilíbrio estático) ou em movimento (equilíbrio dinâmico). A manutenção do equilíbrio postural é um resultado de uma tarefa complexa, envolve uma manutenção de vários mecanismos como a gravidade, controlo neural

e postural. Na posição ortostática, o corpo oscila para frente e para trás e a atividade muscular evita que se perca o equilíbrio, permitindo o controlo automático da postura. Portanto, torna-se fundamental o funcionamento dos sistemas vestibular, visual e proprioceptivo (Aikawa, 2006).

Para o controlo do equilíbrio corporal é fundamental a integração de todos os componentes do controlo postural: sensorial (vestibular, visual e proprioceptivo), motor (força, amplitude de movimento, alinhamento biomecânico e flexibilidade).

Para avaliar o equilíbrio corporal, essencial para o fortalecimento muscular recorreremos a escala de Tinetti (anexo E). O equilíbrio corporal é de extrema importância para que o utente se consiga sentar e com estabilidade lavar, por exemplo, o rosto.

Por fim e não menos importante, a Escala Numérica da Dor (anexo F). Trata-se de uma régua numerada de 0 a 10, em que após explicado ao doente este equivale a sua dor a uma classificação numérica, em que 0 corresponde a ausência de dor e 10 a dor máxima.

A dor é o quinto sinal vital e tem características sensoriais evidentes, mas possui também propriedades emocionais e motivacionais. Qualquer dor, independentemente da sua causa e do seu mecanismo tem de ser um limite a intervenção do EEER, ou seja, o plano só é colocado na prática depois da dor controlada. Deverá ser classificada de acordo com a sua intensidade, curso, duração e patogénese.

Numa segunda etapa, o EEER estabelece objetivos, seleciona as intervenções nas várias dimensões da pessoa num dado contexto, avalia os resultados obtidos e na terceira etapa prepara a alta, que iniciaram no primeiro dia do internamento. Para tal, discute práticas de risco com a pessoa e família, concebe planos, negocia objetivos, seleciona e prescreve intervenções e define com a pessoa e família os problemas potenciais e incapacidades secundárias de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida.

Os planos de intervenção tiveram em conta o potencial de reabilitação de cada pessoa, bem como a mobilização dos recursos do serviço, realizou-se em vinte e cinco turnos e sempre que possível bidiário. Existiu um planeamento diário das atividades a desenvolver, o que foi fundamental para uma correta avaliação das necessidades que surgiam ao longo da implementação do programa de reabilitação, da motivação, competências no autocuidado: higiene corporal e previsão de duração do internamento.

Com base no défice, o plano incidiu nas necessidades individuais de cada pessoa e sempre em segurança, dado que a ocorrência de quedas, hipotensões ou outras ocorrências podiam existir. O ensino e o treino tiveram enfoque na postura e movimentação global: mobilizações articulares, treino de força muscular, programas de exercícios de amplitude de movimento,

treino de motricidade fina, treino de equilíbrio estático e dinâmico e treino das AVD's no duche nomeadamente no autocuidado: higiene corporal.

O terceiro e último momento corresponde ao momento de previsão de alta e ou objetivos atingidos. Caracteriza-se pelo *continuum* de cuidados assimilados pelo utente e cuidador sempre que possível, através de ensinamentos sobre prevenção da síndrome de imobilidade, exercícios de fortalecimento muscular assim como incentivo no autocuidado, particularmente o de higiene corporal. Esta fase também se caracteriza pela formulação da carta de alta e registo no processo informático do utente e pela avaliação final do utente face ao plano e intervenções que otimizaram o autocuidado nos processos de transição doença, saúde.

Na tabela nº 2 estão descritas as atividades do plano de intervenção padrão, a luz das competências do EEER com a descrição dos recursos existentes em função de objetivos proposto e com um indicador de controlo.

De acordo com a Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação (APER) “a reabilitação tem como objectivos essenciais assegurar que as pessoas mantenham a sua saúde e as com doença crónica, designadamente, as portadoras de deficiência possam desenvolver ao máximo as suas capacidades físicas e mental, garantindo-lhes o acesso aos serviços e às mesmas oportunidades, assim como a serem intervenientes activos na comunidade e sociedade em geral.” (Contributos para o plano Nacional de Saúde 2011 a 2016).

É de salientar a importância dos princípios éticos que devem acompanhar todo e qualquer estudo, uma vez que são eles que permitem salvaguardar os indivíduos sujeitos ao estudo assim como certificar que estes são sólidos do ponto de vista ético e moral. Foi necessário obter o consentimento da Comissão de Ética da Unidade Hospitalar onde realizamos o estudo (apêndice B) para a recolha dos dados, a Comissão de Ética da Universidade de Évora (apêndice C) para aceitar o projeto e o consentimento dos participantes para participarem no mesmo (apêndice D).

A participação no estudo, por parte de cada um dos clientes, não decorreu de qualquer tipo de recompensa e os dados que resultaram da observação direta e dos planos de intervenção, para além de serem confidenciais e sigilosos, adquiriram imediatamente carácter anónimo.

Tivemos, também, o cuidado com a proteção e confidencialidade dos dados pessoais, identificando os utentes com as letras do alfabeto português.

Tabela nº 2 - Programa de Reabilitação Padrão

Domínios de Competências	Objetivo específico	Atividades de Intervenção	Recursos	Processo de Avaliação e Controlo
<p>Cuida de pessoas especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. (J1)</p>	<p>-Avalia a capacidade funcional (força, equilíbrio) do idoso para realização de AVD'S de forma independente, nomeadamente no autocuidado: higiene corporal.</p>	<p>-Motivar e envolver o utente e família no plano de reabilitação; -Executar programas de mobilizações passivas, preservando a amplitude dos membros afetados pela doença; -Melhorar a força muscular nos segmentos dos membros superiores e inferiores com recurso a mobilizações ativas e ativa resistidas (uso de halteres) promovendo, sempre, a tolerância ao esforço; -Avaliar a força muscular em todos os movimentos dos vários segmentos corporais (distal para o proximal); -Avaliar o tónus muscular através da escala respetiva; -Melhorar a performance músculo esquelética com vista a independência no autocuidado; -Realizar treino de equilíbrio estático (pedir ao utente que faça carga no cotovelo, pernas fora da cama e se sente dando um pente ou escova dos dentes ou mantendo na posição ortostática através de <i>standing frame</i>) e dinâmico através de marcha autónoma ou apoio de terceiros; -Os exercícios de carga no cotovelo</p>	<p><u>Humanos:</u> enfermeiro orientador, utente e família; <u>Materiais:</u> halteres, molas, feijões, canetas, folhas, tampas, faixas elásticas, goniómetro, <i>standing frame</i>; <u>Físicos:</u> hospital (serviço de medicina); <u>Temporais:</u> (apêndice E);</p>	<p>Índice de Barthel, Escala de Tinetti, Escala de Ashworth modificada, Escala de Avaliação de Força Muscular de Council; Avaliação da amplitude de movimento.</p>

		<p>aumentam o tónus muscular do membro afetado, estimular a sensibilidade propriocetiva e os reflexos cervicais;</p> <p>-Melhorar o controlo e coordenação dos movimentos dos membros superiores com uso de faixas elásticas presas na cadeira de rodas/ cadeirões) de modo a executar flexão/extensão, adução /abdução, rotação externa e interna);</p> <p>-Instruir, ensinar e treinar sobre automobilizações em frente de um espelho de modo a correção postural, atividades terapêuticas: ponte (posição importante na transição da pessoa da posição sentada para a de pé), rolar para o lado mais e o menos afetado, posicionamentos antiespásticos);</p> <p>-Efetuar estimulação neurosensorial com objetos de diferentes texturas, temperaturas, formatos e cheiros;</p> <p>-Reeducar a musculatura facial (exercícios oro faciais à frente do espelho) e massagem em pessoas com parésia facial central assim como implementar algumas manobras posturais e compensatórias no caso da disfagia como por exemplo, a flexão da cabeça);</p> <p>-Ensinar sobre exercícios e técnicas de deglutição: supraglótica, forçada e dupla deglutição; exercícios de resistência muscular: lábios, língua, palato mole.</p>		
--	--	--	--	--

	<p>-Identifica fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD'S de forma independente no contexto de vida da pessoa;</p>	<p>Exercícios de mobilidade laríngea e de controlo do bolo alimentar, verificação de acumulação de comida na boca; monitorização da tosse e outros sinais de aspiração.</p> <p>-Reconhecer como fatores facilitadores para capacitação de autocuidado: maior suporte económico, literacia, conhecimento da sua situação de saúde, sexo feminino, os mais velhos, maior apoio familiar, religiosos, mais rendimentos e melhores condições financeiras;</p> <p>-Identificação de défices de autocuidado sempre que necessário;</p> <p>-Avaliar o nível de funcionalidade, destreza e coordenação motora para promover o autocuidado: higiene corporal;</p> <p>-Verificar a existência de possíveis estados de desequilíbrios entre períodos de atividade e de descanso (debilidade, fraqueza, estados emocionais de apatia ou excitação, inatividade ou imobilidade e até mesmo existência que pouco estímulo externo);</p> <p>-Verificar se o cuidador se encontra</p>		
--	--	---	--	--

		<p>acessível e disponível para satisfazer as necessidades da pessoa dependente, prevenindo o abandono;</p> <p>-Verificar se o cuidador não será demasiado protetor, não dando liberdade suficiente para a autonomia da pessoa;</p> <p>-Demonstrar preocupação, interesse na reabilitação do utente e manter sempre que possível a independência da pessoa;</p>		
<p>Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercícios da cidadania. (J2)</p>	<p>-Ensina a pessoa e ou cuidador, técnicas específicas do autocuidado;</p>	<p>-Sugerir alguns produtos de apoio: cadeiras giratórias, tábuas antiderrapantes;</p> <p>-Instruir utente paraplégico para a aquisição de tábua de transferência;</p> <p>-Instruir para a temperatura da água, no banho (a temperatura da água deve ser ajustada de modo a que não sofra queimaduras);</p> <p>-Treinar para vestir/despir deitado ou sentado na cama com os pés apoiados no chão;</p> <p>-Instruir para vestir primeiro o membro afetado (AVC) e o despir ao contrário;</p> <p>-Em utentes com rigidez articular foi sugerido vestir os membros superiores ao mesmo tempo (estratégias adaptativas no vestir);</p> <p>-Sugerir calçado que estabilize a articulação tibiotársica e dê estabilidade na marcha;</p>	<p><u>Humanos:</u> enfermeiro orientador, utente e família;</p> <p><u>Materiais:</u> fotografias de ajuda técnicas; espessante utilizado no serviço e diferentes consistências;</p> <p><u>Físicos:</u> hospital (serviço de medicina);</p> <p><u>Temporais:</u>(apêndice E);</p>	<p>-Observação direta sobre o autocuidado pelo próprio ou executado por terceiros;</p>

	<p>-Ensina e instrui na utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa.</p>	<p>-Observar os cuidados de higiene prestados pelos cuidadores e identificar fatores de risco;</p> <p>-Exemplificar o procedimento e incentivar o utente ou cuidador, explicando o equipamento adaptativo com o objetivo de reduzir os défices de autocuidado:</p> <p>-Instruir utente e cuidador de modo a efetuarem autonomamente posicionamentos e exercícios de mobilização articular;</p> <p>-Ensinar, instruir e treinar técnicas de adaptação para o autocuidado vestuário (estratégias de abotoar e desabotoar com a mão dominante, substituir botões pequenos por grandes;</p> <p>- Adequar a consistência da alimentação, instruir pessoas com AVC e familiares sobre estratégias adaptativas (exemplo gelatinas, espessantes, sumos néctares) cuidados a ter durante a alimentação e produtos de apoio existentes para a promoção de autonomia na realização desta atividade de vida (copos com recorte, talheres adaptados, pratos com rebordo). Na falta de talheres adaptados</p>		
--	---	---	--	--

		para o efeito poderá ser usado estratégias a utilização de esponjas para engrossar os cabos de talheres; -Avaliar a existência de recursos adequados para a manutenção da vida e da saúde, como condições habitacionais e sanitárias adequadas;		
Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. (J3)	-Monitoriza a implementação dos programas concebidos; -Monitoriza os resultados obtidos em função dos objetivos definidos com a pessoa.	-Realizar um plano com as intervenções do EEER com objetivo de capacitar a pessoa para o autocuidado: higiene corporal; o plano engloba exercícios passivos, ativos, isométricos e isotónicos, para prevenir a atrofia muscular, a diminuição da resistência (de acordo com a amplitude da articulação e dor); -Registar as atividades realizadas, tolerâncias, limitações e cooperação da pessoa; -Acompanhar e avaliar as intervenções planeadas face aos objetivos principais (capacitar o autocuidado: higiene corporal); -Validar através de escalas padronizadas em Portugal de modo a verificar ganhos em saúde ou diagnosticar défices e ações de melhoria.	<u>Humanos:</u> enfermeiro orientador, utente e família; <u>Materiais:</u> planos de cuidados, investigação; <u>Físicos:</u> hospital (serviço de medicina); <u>Temporais:</u> (apêndice E);	Realizar planos de cuidados de EEER; Avaliar capacidade funcional para o autocuidado: higiene corporal.

5.3. Reconstrução da Independência no Autocuidado: Higiene Corporal (Resultados e Discussão)

O desenvolvimento deste projeto traduziu-se numa oportunidade de autoformação que implicou a aquisição e o desenvolvimento de competências de futura especialista.

Tendo em linha de consideração os resultados iremos discuti-los à luz dos objetivos inicialmente definidos. Neste sentido, procuramos analisar os indicadores ao nível da força muscular, amplitude do movimento, espasticidade, independência no autocuidado e equilíbrio corporal.

De uma amostra de cinquenta utentes destacamos dez que preencheram os requisitos de inclusão do projeto. De ressaltar que durante o internamento alguns utentes agravaram a sua situação clínica e três faleceram.

O autocuidado: higiene corporal foi dividido em três domínios: pentear o cabelo, lavar a face e lavar as mãos e o plano de intervenção desenrolou-se em três fases: avaliação inicial, avaliação intermédia, face as intervenções planeadas e a avaliação final, aquando os objetivos atingidos. Foi realizado em 25 turnos e dependeu da vontade e motivação dos utentes.

Desta reflexão apresentamos os seguintes resultados:

Caraterização sociodemográfica da amostra:

- Dos dez utentes, 80% forma indivíduos do sexo masculino e 20% do sexo feminino.
- Têm idades compreendidas entre os 68 e os 98 anos, perfazendo uma idade média de cerca de 78anos;
- Ao nível do estado civil destacam-se os indivíduos casados (45.6%) e viúvos (33.8%);
- No que se prende com as habilitações literárias, a situação mais comum consiste no nível do ensino primário (62%), ensino básico (14%) e 4% ensino superior;

Situação do contexto clínico:

- Relativamente ao diagnóstico principal, 80% deram entrada por doença neurológica (AVC), 17% de patologia do foro respiratório, 2% cardíaco e 1% do foro oncológico.

Evolução do nível de independência funcional:

- No momento da entrada, 100% tinham como diagnóstico inicial de enfermagem “Autocuidado: higiene dependente em grau elevado ou moderado”;

- No entanto 20% apresentava força muscular 4 em ambos os membros;
- 79% força muscular grau 3 nos membros inferiores e 1% grau 2 nos membros inferiores;
- 80% apresentavam dor intensa a mobilização e amplitude articulares limitadas;
- face ao primeiro e segundo contato com o EEER verificou-se um aumento de pessoas independentes e diminuição das dependentes;
- no momento da alta, 90% da nossa amostra está classificada como independente no autocuidado: higiene corporal e 10% necessita de supervisão e algum auxílio.

Também verificamos que 92% dos utentes assimilaram os ensinamentos transmitidos ao longo do internamento, 8% recorda-se de alguns exercícios.

Cruzando a componente sociodemográfica e a evolução do desempenho do autocuidado:

- Os homens apresentam índices mais elevados de autonomia no autocuidado (80%), desde a entrada até ao momento de alta;
- os mais novos apresentam uma relação positiva com o desempenho do autocuidado;
- os indivíduos casados apresentam índices mais elevados no desempenho e motivação no autocuidado;
- quando maior é o nível de literacia maior a independência no autocuidado: higiene corporal;

Cruzando a situação clínica e a evolução do desempenho do autocuidado:

- 79% dos indivíduos com patologia oncológica apresentam índices de aceitação mais elevados;
- seguem-se 10% dos indivíduos com doenças neurológicas;
- 5% dos doentes com patologia respiratória refere o cansaço como barreira ao desempenho no autocuidado: higiene corporal;
- 5% dos clientes com doença cardíaca referem receio e ou medo na independência, mesmo explicando que o exercício físico e a atividade física são essenciais em qualquer fase da reabilitação cardíaca.

A capacitação do autocuidado é um dos indicadores mais valorizados pelos idosos e família e com menos prioridade para os profissionais de saúde. O EEER demonstra a verdadeira preocupação pelo outro, pois é detentor de conhecimentos e competências que lhes permitem dirigir as suas intervenções, de acordo com as necessidades individualizadas do indivíduo.

O EEER tem todas as competências teóricas como práticas para juntamente com o utente e sua família estabelecer intervenções para a independência no autocuidado, focando os objetivos da ER na melhoria da coordenação, equilíbrio, tolerância, ausência de dor,

conservação de energia, manutenção da força muscular e da força conjugada com a flexibilidade.

Apesar das dificuldades sentidas, os objetivos definidos para este trabalho foram atingidos na sua plenitude e o interesse pessoal sobre este domínio do autocuidado: higiene corporal intensificou-se. O conhecimento global e holístico da condição do cliente permite que o trabalho seja mais centrado na pessoa e não na tarefa a desempenhar.

Relativamente à força muscular, após exercícios de fortalecimento muscular foi possível obter amplitudes normais e movimentos musculares completos que permitiram a independência no autocuidado: higiene corporal, embora no AVC na força muscular não é igual para todos os doentes segundo Menoita (2012). Os exercícios terapêuticos tanto estáticos como dinâmicos são a chave para o fortalecimento muscular da capacitação para o autocuidado.

Nos doentes hemiplégicos a realização de exercícios de amplitude de movimento passivos através da completa disponibilidade da articulação é primordial para evitar a rigidez articular que poderá levar a espasticidade.

A reabilitação favorece a reaprendizagem motora, onde os organismos reaprendem temporária ou definitivamente as suas respostas motoras, melhorando o seu desempenho, como resultado do treino sistémico, ocorrendo alterações nas estruturas e funcionamento das células neuronais e das suas conexões, promovendo modificações plásticas.

A literatura refere que são necessárias centenas ou milhares de repetições de movimentos para que se formem engramas.

Relativamente à espasticidade, verificamos um aumento do tónus muscular em ambos membros direito e esquerdo (inferior e superior), mostrando-se, portanto, semelhantes neste indicador. O tónus muscular requer um trabalho contínuo, de repetição, para manter a postura corporal através de uma contração contínua dos músculos. O tónus muscular é a resistência provocada quando uma parte do corpo é mobilizada de forma automática e que permite iniciar a sua contração, imediatamente depois de receber o impulso nervoso e que necessita de ser apreendido.

Pode ser avaliado através da inspeção, palpação, tónus de suporte por extensibilidade, passividade e paratonia e tónus de ação por diadocócesias e sincinésias. A palpação permite identificar as propriedades físicas enquanto que as mobilizações passivas permitem afastar os pontos de inserção de um músculo, sendo o método mais utilizado pelo EEER.

A realização de mobilizações com a dor controlada permitiu aumentar a amplitude e tamanho das fibras musculares, evitar a espasticidade e rigidez articular, com vista ao autocontrolo e ao autocuidado: higiene corporal.

No entanto, a influência do aumento do tónus muscular no autocuidado não está bem definida, pois na literatura assiste-se a um défice de estudos que correlacionem estas temáticas.

Relativamente a independência no autocuidado, verificamos que os doentes apresentam um grande comprometimento na maior parte das atividades básicas de vida diária; talvez porque é mais fácil e rápido alguém fazer por nós, isto é, trabalhar na manutenção e não na promoção e autonomia nas AVD'S. O programa de reabilitação começou de um modo lento de modo a que os utentes participassem de acordo com os seus timings e limitações, incorporando os vários exercícios ou atividades nas suas rotinas diárias.

Verificamos que as articulações do ombro, coxofemoral e joelho foram as que se encontravam mais limitadas, na avaliação inicial, não realizavam a flexão e extensão até ao limite completo do arco, dificultando a posição sentada e a independência no autocuidado. O programa de exercícios de amplitude de movimento (anexo G) proporcionou o aumento da amplitude articular de modo a torna-las funcionais.

Por último, observou-se ainda que, relativamente ao equilíbrio principalmente estático, essencial para que o utente consiga sentar e lavar o rosto encontra-se muito comprometido na avaliação inicial. O treino de equilíbrio teve como objetivo a reeducação para o mecanismo reflexo postural e tendencialmente, de modo a possibilitar o levante. Treinamos a Pessoa a fazer carga no cotovelo de modo a se sentar na cama, no entanto, não foi extensível a todos os utentes, e o projeto assim o revelou. Um doente submetido a uma laminectomia L4-S1 dificilmente o faz; no entanto conseguiu adotar o decúbito lateral e com ajuda do EEER que segura os braços, efetuar o levante.

O treino de equilíbrio estimulou a noção de posição e de movimento, que se revelou essencial para iniciar o ensino e treino de AVD'S.

Estes dados sublinham a eficácia do programa de reabilitação implementado, assegurando a importância de uma reabilitação precoce, no primeiro dia de internamento se a situação clínica do utente assim o entender. A reabilitação precoce permite igualmente uma redução ao nível dos custos associados aos cuidados de saúde.

Conseguiu-se planear as intervenções de EEER em função dos resultados obtidos, avaliar o grau de incapacidade funcional com intervenções adaptadas a incapacidade, além de que seria

importante desenvolver indicadores que sejam integrados em programas de melhoria contínua.

Salientamos a importância que deveria ser dada às intervenções da Autonomia no Autocuidado quer pelos enfermeiros quer pelos serviços hospitalares de modo igual às intervenções cirúrgicas.

Importa ainda sublinhar que o processo de reabilitação não se confina ao internamento, sendo extensível na continuidade de cuidados, após a alta, pelo que nesta fase a família assume um papel fundamental, para a promoção da qualidade de vida dos doentes.

No entanto, a capacidade de autocuidado não é inata, mas adquirida ao longo do desenvolvimento de cada pessoa e determinados fatores, como a doença, recursos disponíveis, ambiente, incapacidade funcional e cognitiva, podem induzir um desequilíbrio entre a necessidade de autocuidado, a capacidade da pessoa de satisfazer essa necessidade, ocorrendo um défice de autocuidado (Orem, 2001).

Deste modo, as intervenções direcionadas para melhorar o autocuidado, tiveram em conta o potencial individual da pessoa para o executar, a sua motivação e vontade em participar de forma ativa no plano.

Uma das etapas de maior impacto foi o planeamento da alta e a continuidade de cuidados de ER para a comunidade. Uma intervenção na comunidade, onde a pessoa e a família integram o processo de decisão, com negociação dos cuidados e coresponsabilidade permanente de implementação das estratégias do processo de reabilitação.

Relativamente aos resultados obtidos mais relevantes ressalvamos a importância da utilização regular de escalas e instrumentos de avaliação que permitam validar os dados obtidos, mas também avaliar o progresso em termos de funcionalidade da pessoa e, deste modo, avaliar o impacto real do programa de Enfermagem de Reabilitação.

Concluimos que obtivemos ganhos a nível da funcionalidade, permitindo a reconstrução da independência da pessoa com défice no autocuidado: higiene corporal, proporcionando autonomia, aceitação do futuro e da sua condição de saúde e uma maior perceção da autoeficácia, contribuindo para menores taxas de institucionalização e melhor qualidade de vida com a intervenção do EEER.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS

Segundo o regulamento nº 125/2011 da OE relativamente as Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação aludem de que se trata de uma especialidade multidisciplinar, dotada de conhecimentos específicos e especializados cuida de pessoas com um conjunto de necessidades especiais, quer na doença aguda como na crônica com a finalidade geral de promover a independência e o bem-estar.

O nível elevado de conhecimentos e de competências permite que o EEER desenvolva um conjunto de capacidades nas pessoas com vista a melhorar a sua funcionalidade, prevenindo complicações, minimizar o impacto das incapacidades instaladas quer por doença quer por acidente.

Face as competências comuns que abrangem todas as especialidades na área da enfermagem, todos os enfermeiros especialistas têm um conjunto de aptidões na área da gestão, formação, investigação e assessoria, tal como referido no regulamento nº 122/2011.

As experiências adquiridas nos ensinamentos clínicos foram um elemento chave em toda a formação profissional, já que é no ensino clínico que o aluno tem oportunidade de colocar em prática, o conhecimento teórico que aprendeu em sala de aula. (Simões, Alarcão & Costa, 2008).

Deste modo, para desenvolver competências gerais e específicas enquanto EEER, nos campos de estágio elaboramos estudos de caso e planos de cuidados, mobilizando a melhor evidência científica e ter a perceção do progresso da nossa intervenção na reconstrução do autocuidado. Seguem-se quatro domínios de competências comuns do EE fazendo uma análise das capacidades adquiridas.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; a missão da Ética em Saúde é de incrementar a qualidade da assistência médica e da capacidade de decisão por parte de profissionais e doentes, por meio da divulgação e discussão de temas que envolvem a ética médica, em especial os que constituem dilemas ou desafios consequentes aos avanços tecnológicos da medicina. Uma vez que o respeito pela pessoa humana é um dos valores básicos da sociedade moderna, dentro dos padrões éticos estabelecidos na atualidade, dos paradigmas da qualidade da assistência e da qualidade de vida, qualquer profissional da saúde não deve na sua atividade profissional menosprezar e negligenciar práticas de cuidados que desrespeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Têm que ser levados em consideração a individualidade, potencialidade, respeito e direitos do ser humano, e isso

envolve para além do “agir e pensar éticos”, competência, compromisso, responsabilidade e honestidade. Neste caso em particular, no idoso, o direito a preservação da sua imagem, direito a uma vida social, afetiva e sexual, à integridade e ao desenvolvimento da sua personalidade, ao respeito pelo seu percurso de vida, à privacidade e à reserva da vida privada (intimidade e confidencialidade), à liberdade de expressão, à liberdade de escolha e a liberdade religiosa.

O respeito pelo cliente aceitar ou não os cuidados de EEER assim como o respeito pelas escolhas deverão ser respeitadas. Este respeito pela liberdade das pessoas acerca dos cuidados de reabilitação materializam-se no dever que o EEER assume em obter o consentimento informado para os cuidados que planeia prestar.

Este domínio é transversal para doentes com demências ou patologias do foro mental, situações em que a pessoa não pode exercer a sua liberdade de escolha, compete ao EEER, de igual modo, manter a sua dignidade e a inclusão da família ou pessoa significativa é essencial para esta decisão.

Relativamente ao direito sobre a sua situação clínica, o EEER tem a obrigação de informar o cliente sobre toda a informação relativamente ao processo de enfermagem. Tratando-se de más notícias, a justiça e a verdade devem orientar o EEER quanto ao modo de transmissão dessa informação que podem ser faseadas no tempo consoante o modo de lidar com essas mesmas notícias.

Em conformidade com o Decreto de lei nº 67/98 de 26 de outubro de 1998, relativamente a proteção de dados, omitimos toda a identidade dos utentes. A transmissão de informação em saúde é uma área sensível que obriga aos EEER um cuidado redobrado. Do mesmo modo, a Ética sugere uma reflexão do EEER sobre si próprio e do modo como exerce a sua intervenção face a dependência e a incapacidade.

Foi sempre preocupação, o respeito á privacidade e a intimidade dos clientes, com sigilo profissional e confidencialidade da informação clínica.

Prestamos cuidados de ER a uma senhora mastectomizada total que tapava com o braço a zona da amputação da mama. Foi necessário estabelecer um relacionamento terapêutico, de modo a retomar as AVD’S, reduzir medos, sentir confiança e proporcionar a reintegração social e familiar. Infelizmente os internamentos são muito curtos e muitas destas mulheres não têm o acompanhamento adequado quer no pré-operatório como nos ensinos pré alta. No entanto, conseguimos recuperar a amplitude de movimento do ombro essencial para o autocuidado, reduzir a dor através do uso da estimulação elétrica funcional muscular, assim como medidas

preventivas de linfedema através de crioterapia, mobilização articular com treino de vestir e despir, elevação do membro e massagem linfática.

Foi necessário criar um ambiente seguro, uma ligação de confiança e de respeito, O conhecimento científico do EEER não tem sentido se não se adaptar a cada pessoa, Hesbeen (2001, p.45) refere que “a arte de cuidar baseia-se em conhecimentos e na capacidade para harmonizar os diferentes elementos que constituem uma determinada situação”. As pessoas assistidas têm condições particulares, mas continuam a ser dotadas da dignidade e dos direitos, antes de executar intervenções que possam invadir a sua privacidade, o EEER tem de estabelecer um relacionamento terapêutico (Tanner, 2006).

No estágio em contexto comunitário, o plano de EEER englobou sempre o utente e o cuidador quer formal e informal, trabalhando de acordo com os seus objetivos pessoais e de acordo com a sua vontade.

Asseguramos que participassem no seu plano de intervenção, construindo o direito de aceitar ou não a sua reabilitação. Na UCC há um consentimento informado com os objetivos da EEER como se fosse um contrato mútuo. O desenvolvimento do processo de tomada de decisão tem subjacentes, de acordo Gândara (2004) ao referir-se aos trabalhos de Bandman (1995), três princípios éticos, nomeadamente: o princípio da autodeterminação, baseado no direito e na liberdade de escolha, que pressupõe o direito da pessoa definir os seus valores e assumir a responsabilidade pelo seu estilo de vida e práticas em saúde; o princípio do bem-estar suportado também pelo princípio da beneficência, ou seja, tornar a tomada de decisão numa partilha fomentada pelo diálogo entre o enfermeiro e o cliente, promovendo o bem e evitando o mal; e o princípio da equidade que celebra a igualdade de todas as pessoas em dignidade e direitos, mas com prioridade para os mais vulneráveis.

Esta competência relaciona-se com a de mestre, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos.

No domínio da melhoria da qualidade; os principais objetivos da prestação de cuidados de qualidade são promover e manter a saúde das pessoas, assegurando a satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde. A qualidade deve ser compreendida como o produto final de uma prestação, na qual atuaram diversos personagens, com diferentes níveis de formação e de intervenção, mas que contribuíram igualmente para o resultado final.

Cada vez mais a qualidade deixa de ser vista como um standard abstrato, para ser considerada o encontro entre o nível dos serviços prestados e as expectativas dos seus utilizadores. Tivemos oportunidade de elaborar um instrumento de colheita de dados (apêndice A) para uso pessoal,

que foi solicitado pela enfermeira orientadora para disponibilizar para os colegas EEER, no serviço de medicina.

Para manter e melhorar a qualidade dos cuidados foi fundamental ter um suporte de conhecimentos científicos atualizado e como refere Ribeiro (2003), o conhecimento só é útil quando é divulgado e aplicado. O mestre em enfermagem realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando-se em contextos complexos de educação em serviço.

A integração também se revelou importante, inicialmente para conhecer os protocolos, as normas de serviço, embora inexistente na área da ER, na unidade hospitalar. A observação da execução de técnicas pelo enfermeiro orientador para que posteriormente, pudéssemos dar resposta às necessidades das pessoas e estar em conformidade com a equipa foi fundamental. Na UCC participamos nas decisões da equipa otimizando os cuidados de ER.

Outro elemento importante na continuidade de cuidados é o registo da informação clínica do utente. Procuramos ser sempre rigorosos no registo de dados revelantes para os planos de cuidados, permitindo também evidenciar o trabalho do EEER. A plataforma de registo era em sistema informático SAPE®, no hospital e o Sclinic na UCC, em linguagem CIPE®, como preconiza a OE (2011).

Esta reconhece a importância dos registos, definindo um conjunto de Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação "a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação; a existência de um sistema de registos de Enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, os diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação do cliente, as intervenções de Enfermagem de Reabilitação e os resultados sensíveis às intervenções de Enfermagem de Reabilitação, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida), " alínea 3.8 do regulamento n.º 350/2015 do Diário da República, Iª série, nº 119 de 22 de Junho de 2015.

Realizamos cartas de alta de EEER, como nos refere Petronilho (2007) a informação personalizada acerca das necessidades do doente e seu cuidador, objetivada na carta de transferência de enfermagem, constitui uma estratégia fundamental para a promoção da continuidade dos cuidados em articulação com a equipa de enfermagem dos cuidados de saúde primária.

O mestre em enfermagem participa de forma proativa em equipas e projetos e deste modo elaboramos um simples guia de exercícios para ao nível domiciliário, dar continuidade de todo o processo de ER (apêndice F).

Na UCC trabalhamos em torno de indicadores de qualidade, sendo eles a independência nas AVD'S, o controlo da dor, gestão da dor, risco de úlceras por pressão, risco de queda e gestão do regime terapêutico. Tivemos oportunidades de participar em dois projetos; o Desafio ativo e o Cuidar⁺. O primeiro tem como objetivos gerais providenciar ganhos funcionais e ou cognitivos, a pessoas com mais de 64 anos que apresentem défices funcionais ou cognitivos; retardar a perda funcional em utentes com doenças neurodegenerativa de cariz muscular e de cariz cognitivo. O segundo projeto é dirigido ao cuidador informal, em contexto de partilha de emoções e de sentimentos.

O Desafio ativo ocorre num ginásio que existe na UCC equipado com bicicletas, aparelhos de musculação, um *balance trainer* que permite a posição ortostática com segurança, vários tipos de pisos para treino de marcha, tais como tapete rolante com e sem inclinação. Marcha com ortóteses (KAFO, AFO) nas barras paralelas de modo a realizar uma marcha estável, segura e com um padrão o mais correto possível.

O mestre em enfermagem tem competências para a governação clínica, a liderança de equipas e de projetos assim como a supervisão e gestão dos cuidados, nos diferentes contextos da prática clínica.

No domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista assume um papel preponderante na gestão de cuidados às pessoas através da gestão de tempo, recurso humanos e matérias, gestão da informação e expectativas sobre o processo de reabilitação bem como na articulação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, respeitando os princípios da justiça e equidade reservados aos utentes.

É em contexto domiciliário que o EEER maximiza as suas potencialidades, quer por não ter um sistema de retaguarda de proteção, quer por ter que ter uma imaginação para substituir material técnico, assim como tomar decisões e reduzir as complicações. A implementação destas intervenções engloba o ensino, a demonstração e o treino de todas as técnicas, valorizando sempre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Adquirimos competências de gestão de recursos, ao encontrar alternativas aos comuns pesos e halteres como garrafas de água ou “quilo de arroz” ou mesmo substituindo o bastão pelo guarda chuva ou bengala do utente ou então, treinar abrir recipientes para fortalecer a musculatura da mão e punho.

Para treinar a motricidade fina recorremos a feijões, tampas de iogurtes, garrafas, molas da roupa. No estágio em contexto hospital, construímos uma espécie de suporte de copos onde, por exemplo, o doente com AVC separou objetos por tamanho, formas e cores (apêndice G).

Também treinamos a escrita com uma caneta e o contorno de desenhos e letras com esferográfica.

No que diz respeito à estimulação sensorial, Menoita et al. (2012) enfatizam que a conceção do treino desta está alicerçada ao princípio da plasticidade cerebral, pelo que deverão ser criadas estratégias que visem o envio constante de estímulos para o cérebro para que, essa informação posteriormente descodificada permita à pessoa reaprender as funções perdidas ou esquecidas.

Nessas estratégias podem ser incluídas, por exemplo, a criação de dispositivos de diferentes texturas, para a recuperação da sensibilidade tátil. Para aumentar a carga sensitiva, Martins (2002) acrescenta que é fundamental estimular a audição, a visão e o tato. A audição pode ser estimulada por ordens simples, dinâmicas e emitidas desde o local correto de forma a obter uma resposta. O doente foi orientado para usar a visão e seguir todos os movimentos, mesmo que passivos, sempre na presença de um espelho quer para reforçar a sua autoestima como quer para correção de postura e do movimento.

Relativamente ao tato, este é um meio de reeducação dos défices sensitivos e inclui as pressões leves desencadeadas pelas mãos do profissional e as pressões profundas provocadas pelo peso do corpo do doente e também por talas de pressão.

A gestão do trabalho multidisciplinar é, de fato, um dos desafios mais complexos que o enfermeiro especialista enfrenta. No serviço de medicina, o EEER fica com doentes atribuídos, fato que dificultou no tempo que necessitávamos para o treino do autocuidado: higiene corporal, no entanto sempre que possível realizamos treino de atividades terapêuticas na unidade do utente de modo a melhorar o autocuidado em unidades sequenciais e permitir que a pessoa completasse o máximo que conseguia sem ajuda; como por exemplo: pentear o cabelo, lavar a face, lavar as mãos.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o ambiente de trabalho, nomeadamente a interação com os pares, é determinante na construção e evolução da identidade profissional. O desenvolvimento profissional é determinado pelo ambiente e sua organização, assim como pelas relações que os profissionais estabelecem entre si (Serra, 2012). O caminho como enfermeiro especialista foi alicerçado em novas experiências, mas acima de tudo importa sublinhar o significado que extraímos das mesmas para aquisição de competências assim como o impacto que essas situações tiveram na nossa aprendizagem, transformando-a em conhecimento e crescendo como ser humano. A mobilização de conhecimento deve ter em consideração não só a evidência científica, mas também a

experiência que o enfermeiro possui na prática, no conhecimento da pessoa e do meio em que esta vive, conforme suportaram os tutores e a professora.

Como refere Benner (2001), a experiência é muito mais do que um acumular de situações de cuidados, é um processo intencional que busca moldar e ajustar a teoria à realidade.

Todas as intervenções desenvolvidas e implementadas foram alvo de monitorização dos resultados obtidos, de modo a avaliarmos o impacto das mesmas na funcionalidade da pessoa. Sempre que era necessário, procedemos à alteração ou adaptação do programa de reeducação funcional, tendo em conta o gasto energético, a conservação da energia, o grau de cansaço da pessoa, grau de colaboração e de motivação assim como, a capacidade da pessoa para o executar.

Foi de extrema importância a elaboração dos planos de cuidados adaptados à pessoa, de modo a sistematizar e priorizar as intervenções a implementar.

As competências específicas, concentradas de conhecimentos mais individualizados, de espectro menos alargado permitem dar uma resposta mais especializada às necessidades humanas em qualquer fase do ciclo da vida.

Em seguida fazemos uma análise crítica reflexiva relativamente ao desenvolvimento destas habilidades adquiridas durante o ensino clínico, consoante o regulamento nº 125 do diário da república, nº 35 de 18 de fevereiro de 2011.

Relativamente a competência do EEER preconizada pela OE: cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade (J1). O ritual de higiene pessoal que, no percurso humano, precocemente se torna numa parte essencial do cuidado da pessoa para consigo própria que realiza sozinha, e no seu ambiente de privacidade, representa, um dos primeiros passos da sua independência e autonomia (Martins, 2009).

Para Wolf (1993), o banho é mais que uma série de atividades repetitivas padronizadas, e deve ser requerido pelas regras de enfermagem. Os objetivos traçados para esta competência (J1.1) em que avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades foram: avaliar a capacidade funcional da pessoa para realizar as

AVD's de forma independente (J1.1.3) e identificar fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD's de forma independente no contexto de vida da pessoa (J1.1.4).

Após aceitação pela Comissão de Ética do hospital (apêndice C) e conhecimento e aceitação por parte dos utentes (apêndice D), elaboramos um instrumento de colheita de dados (apêndice A) e sob a tutela do enfermeiro orientador, procedemos à avaliação das alterações motoras, sensoriais, cognitivas e da capacidade para o autocuidado através de instrumentos de avaliação, da avaliação objetiva, da observação do processo clínico, dos exames complementares de diagnóstico, bem como da resposta da pessoa e família às questões de saúde, verificando que o EEER utiliza toda a informação disponível para melhor adequação da sua intervenção.

O processo é um método orientador da prática que tem por objetivo satisfazer as necessidades da pessoa, promover a saúde, o bem-estar, o autocuidado, a readaptação funcional e prevenir complicações (OE, 2012).

A monitorização dos resultados obtidos com as intervenções realizadas com recurso a escalas e indicadores de resultado é imprescindível ao desempenho do EEER, na medida em que avalia a necessidade de mudança do plano, produz indicadores de resultado sobre as intervenções em termos de ganhos para a saúde, atribuindo visibilidade à sua intervenção. A análise dos resultados obtidos permitiu identificar défices, melhorar as intervenções através dos cuidados de enfermagem de reabilitação e influenciar a introdução de mudanças. (OE, 2011).

Ainda no que concerne ao planeamento de cuidados, o papel e as necessidades dos próximos não podem ser minimizados. Eles necessitam muitas vezes de ações educativas, de orientações e familiarização com os aspetos com que mais tarde se irão confrontar (Hesbeen, 2003).

Orsini et al. (2012) referem que os programas de fortalecimento motor não devem ser exaustivos e forçados, deve ser mantido um equilíbrio entre a atividade e o repouso, prevenindo a atrofia por desuso e a fadiga por exaustão. Todas as intervenções implementadas, quer no âmbito da RFR quer RFM, tiveram em consideração a vontade da pessoa e a motivação e incentivo foram constantes. Os ganhos de um plano de EEER bem sucedido deve-se 99% a intervenção positiva do cliente. No entanto, a autonomia que queremos para um cliente, não é a mesma que a família deseja. Várias das vezes a pessoa com incapacidade têm uma atitude passiva deixando que a esposa, filhos, netos executam as atividades por eles. O EEER deve agir no respeito integral pela pessoa e não pela necessidade de cuidados em concreto.

O respeito por aceitar ou não os cuidados que o EEER propõe, assim como o respeito pelas suas escolhas, como por exemplo o levantar ou permanecer no leito devem ser respeitadas.

Também concluímos que utentes sem familiares e sem visitas apresentavam índices de motivação muito baixos, dificultando os planos de intervenção.

O Senhor X de 95 anos estava hospitalizado devido a uma Hemorragia Subaracnoídea após queda no jardim num Equipamento Residencial para Idosos (ERPI), orientado no tempo, espaço e pessoa. Triste e com alguma labilidade emocional confessa estar muito sozinho, era viúvo há mais de 10 anos e a sua única filha vivia em Londres. Integrou programa de enfermagem de reabilitação com alguma renitência. Após diálogos frequentes com o utente de modo a entender os seus objetivos, aceitou-o com bastante sucesso. Confessou que sentia fraqueza muscular nas pernas o que originou a queda, gostaria de voltar a andar. Residia há 5 anos na ERPI e andava de cadeira de rodas.

Para fortalecer os membros inferiores (minimizando também o risco de queda) utilizamos uma pedaleira, faixas elásticas e fomentamos o andar com andarilho.

Martins (2002) refere que um treino de curta duração e várias vezes ao dia é mais benéfico que um treino prolongado uma única vez por dia.

Realizamos programa de mobilizações (passivas, ativa assistidas e ativa resistivas) em que o objetivo principal assentou na manutenção da integridade das estruturas articulares, na manutenção da amplitude dos movimentos, na conservação da flexibilidade, no evitar de aderências e contraturas, na melhoria da circulação de retorno e por último, na manutenção da imagem psicossocial e motora da pessoa (Menoita et al., 2012).

Martins (2002) acrescenta que as mobilizações passivas são fundamentais, não só para manter o estado muscular, mas também para evitar complicações como a diminuição da amplitude articular, anquiloses, rigidez articular e tromboflebites.

Durante o estágio e sempre que era possível levamos ao WC e proporcionava espaço e tempo para que o senhor X realizasse a sua higiene corporal. Conseguiu lavar a parte superior do corpo, os pés, costas e parte distal das pernas sentia alguma dificuldade, necessitando de ajuda. Verbalizava que o que ganhou no hospital iria perder no ERPI, pois muitos dos profissionais de saúde estão mais preocupados na manutenção das AVD'S do que na promoção da autonomia no autocuidado.

Não nos podemos esquecer da importância dos objetivos individuais de cada utente. O senhor Y, militar reformado, enquanto treinávamos a AVD: higiene corporal em contexto hospitalar referiu “por favor senhora enfermeira ensine-me a andar com ou sem tripé, não me

importo, mas preciso de saber andar para continuar a ir todos os dias ao café para conviver com os meus amigos, pois para o banho alguém lá em casa pode ajudar”.

Segundo o ICN (2011, p.41), autocuidado “...é uma actividade executada pelo próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades básicas e íntimas e as actividades de vida”. Esta classificação define uma carência nos requisitos básicos do autocuidado tal como na higiene pessoal, no lavar-se e no arranjar-se.

De modo a concluir o plano e a atingir os objetivos do utente, treinamos o equilíbrio estático e o dinâmico. Na posição sentada enquanto treinava o autocuidado: pentear em frente de um espelho consegue identificar as alterações posturais e deste modo as corrigir.

Na posição ortostática, o fortalecimento muscular teve uma posição central; treino de equilíbrio com um só ponto, marcha com auxiliares de marcha (andarilho, tripé, canadiana) com correção postural verificando ganhos que permitiram maximizar a função motora e melhorar a autoestima da pessoa.

A senhora Y apresentava défice na marcha devido a quedas recorrentes, cantava no coro da igreja e há 2 anos que não saía de casa. O EEER colocou no seu plano de intervenção o seu objetivo de levar a cliente a igreja. Em contexto domiciliário, os objetivos são traçados de acordo com vivências positivas anteriores e desejos de modo a motivar para o seu plano e a atingir os resultados.

Habel (2011) salienta que a educação dá poder à pessoa, uma vez que lhes dá os conhecimentos e permite o desenvolvimento de capacidades necessárias para gerirem os seus próprios cuidados, ou seja, permite que a pessoa se apresente como decisor, agente potencial de mudança e gestor da sua saúde.

Relativamente ao sexo é notório que as mulheres são mais autoeficazes no autocuidado assim como a literacia o defende; quem maior conhecimento da sua condição de saúde e como geri-la apresentaram índices de adesão maiores.

Como inibidores, a baixa autoestima, a solidão, a atitude negativa face a doença, a intolerância, tornaram uma barreira ao plano de EEER.

A senhora Z, ex. toxicod dependente, portadora de hepatite C, fumadora e em programa de abstinência alcoólica recusou qualquer tipo de intervenção, recusava os levantes e os períodos de atividade eram muito reduzidos em relação ao repouso. De trato difícil, segundo Backman & Hentinen (1999), trata-se de um autocuidado abandonado. Idosos que, ao longo da vida, tiveram sempre uma atitude negativa e embora manifestem o desejo de desistir da vida,

sentem medo desse mesmo futuro, podendo perder o controlo sobre a sua própria vida associada ao declínio da sua condição física, mental e mesmo da própria morte.

Na competência da alínea b) do regulamento acima descrito em que o EEER capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (J2); analisa a problemática da deficiência, a limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade atual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de ações autónomas e ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva. O enfermeiro de reabilitação recorre muitas vezes às ajudas técnicas, uma vez que estas se mostraram indispensáveis ao bem-estar, autonomia, integração e qualidade de vida das pessoas, permitindo uma atividade mais independente, com maior comodidade, menor esforço e dor (Menoita et al., 2012).

Na UCC existia um grande espólio, entre os quais: talas imobilizadoras de mão e punho em posição funcional usadas em paralisias espasmódicas e flácidas, para prevenir deformação e reduzir a dor. Prancha banheira anatómica com pega para utentes que apresentam equilíbrio estático, mas dinâmico comprometido. *Foot ups* para reversão do pé equino. Elevadores de banheira rotativa para auxiliar nas transferências. Talas de pressão de Margaret Johnstone que inibem a espasticidade, aquisição dos padrões normais de movimento, redução de edemas e recuperação sensorial (devido à estimulação proprioceptiva e a neuroplasticidade.) Para potenciar o controlo postural do tronco, melhorar o equilíbrio e contribuir para o início da marcha, construíram uma espécie de voador adaptado (anexo H).

Estas ajudas técnicas são geridas pelos EEER e sugeridas após treino e adaptação das existentes na unidade, pelo utente e cuidador informal ou formal.

Os objetivos alcançados para esta competência foram: ensinar a pessoa e ou cuidador técnicas específicas do autocuidado (J2.1.1) e ensinar e supervisionar a utilização de produtos de apoio (J2.1.3).

Verificamos tanto a nível domiciliar como hospitalar que casas possuíam barreiras arquitetónicas provocando entraves à mobilidade das pessoas com dependência. De acordo com o Decreto-Lei 163/2006 de 8 de agosto, os edifícios públicos e seus acessos, assim como as vias públicas devem ser acessíveis a todas a pessoas, sem exceção e sem carácter discriminatório, o que nem sempre é cumprido.

Relatam a inexistência de rampas de acesso, casas de banho com banheiras e ainda prédios sem elevador. Estas condicionantes na mobilidade podem potenciar a manifestação dos efeitos da imobilidade (OE, 2013) como: diminuição da memória, alterações da personalidade,

diminuição do tempo de reação a estímulos externos, diminuição da atividade sociocultural e ocupacional levando ao isolamento social.

Tivemos oportunidade de sugerir a colocação de tábua banheiras ou bancos nas banheiras ou polibãs assim como alguns meios auxiliares de marcham como tripé e andarilho.

O EEER assume um papel importante na adaptação aos produtos de apoio. No mercado existe uma panóplia de ajudas técnicas, como antigamente eram chamados, mas o EEER sabe o mais adequado para a situação a que se destina. A divulgação destes materiais assim como a sua atribuição gratuita aquando prescrição pelo médico é de extrema importância. Estes produtos visam prevenir, compensar, aliviar ou neutralizar deficiências, limitações da atividade e restrições da participação em pessoas com incapacidade (DGS & OMS, 2003).

O Instituto Nacional para a Reabilitação refere que este material abrange as pessoas com deficiência e as portadoras de uma incapacidade temporária. No despacho nº 14278 de 26 de setembro de 2014, do diário da república, 2ª série nº 229 estão identificados todos os produtos de apoio.

Instruímos a senhora K e a sua filha, com diagnóstico de AVC isquémico da artéria cerebral média direita de como entrar para a banheira de sua casa pelo lado do hemicorpo menos afetado, utilizando uma cadeira sanitária. Ao sair da banheira colocar primeiro o membro inferior afetado para fora ou efetuar a higiene com recurso a bacia ou lavatório, treinamos o vestir/despír (o hemicorpo afetado deve vestir primeiro e o despír deverá ser ao contrário). Tal como refere Buchanan & Boylan (2011, p.190) “cuidadores bem orientados e estruturados emocionalmente têm mais possibilidades de dar continuidade ao uso das técnicas de reabilitação e, por conseguinte, contribuem para a melhoria da qualidade de vida”.

Para a competência: maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (J3); descreve que o EEER interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor e cardiorrespiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal. Delineamos dois objetivos: monitorizar a implementação dos programas concebidos e monitoriza os resultados obtidos em função dos objetivos definidos com a pessoa.

Em contexto domiciliário utilizamos técnicas de RFR em doentes com Esclerose Múltipla e Esclerose Lateral Amiotrófica, manuais, espirómetros de incentivo, ventiladores mecânicos de pressão positiva e *Cough Assist* para mobilizar e eliminar secreções, diminuir a obstrução brônquica, promover a ventilação e trocas gasosas, aumentando a expansibilidade torácica e volumes respiratórios.

O plano de reabilitação implementado foi ao encontro das alterações identificadas tendo sido estabelecido um programa de RFM dando ênfase aos exercícios ativos, assistidos e resistidos, assim como ao treino do equilíbrio estático e dinâmico em pé e treino de marcha autónoma ou não.

As intervenções de ER devem ser planeadas de modo a promover a recuperação da funcionalidade física e cognitiva da pessoa, maximizando as suas capacidades, fornecendo estratégias adaptativas, assim como suporte educacional, que lhe permita, acima de tudo, fazer face ao seu autocuidado e prevenir o desenvolvimento de situações potências de risco.

A intervenção do EEER é de extrema importância quer para minimizar internamentos longos, como evitar os reinternamentos, reduzir as institucionalizações, mas acima de tudo dar qualidade de vida as pessoas com incapacidades.

O desenvolvimento do autocuidado como um dos caminhos cruciais na especificidade da enfermagem de reabilitação, assim como, a transição de desenvolvimento do ciclo vital ou de saúde doença é fundamental para a concretização dos objetivos. O papel do EEER é fundamental para a reabilitação o mais precoce possível, durante o internamento, pressupondo o encaminhamento adequado para os cuidados continuados.

Os EEER em qualquer campo de intervenção seja na doença aguda como na crónica, fazem com que os doentes conservem as capacidades funcionais, minimizem as precursões da incapacidade, previnem complicações, dão suporte e segurança as famílias e defendem o direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade da pessoa ao longo da vida (Hoeman, 2000).

7.CONCLUSÃO

Este relatório proporcionou momentos de reflexão ao longo do estágio final relativamente a requisição de competências do EEER e capacidade de colocar o utente e o cuidador informal no centro dos nossos cuidados, sem qualquer tipo de juízo de valor e partindo do princípio que todos conseguem fazer mais.

As competências da OE e os objetivos pessoais, profissionais foram atingidos na sua plenitude. O excelente acolhimento, disponibilidade e dedicação dos enfermeiros tutores, principalmente o da UCC foram fundamentais para a construção enquanto futura especialista e mestre.

A ER mostrou que era muito mais do que uma especialidade, mas uma doutrina e filosofia que muda a nossa atuação. Os locais de estágio, em particular em contexto domiciliário foram fulcrais para a construção de uma prática mais avançada, que assenta numa visão holística, permitindo uma resposta mais orientada para as reais necessidades da Pessoa.

Todas as decisões foram fundamentadas pela teoria através da aprendizagem na sala de aula e pela componente prática onde cruzam valores, crenças e conhecimentos. De modo a serem ativos, coordenados, globais, mas sempre individualizados. Por exemplo, se numa comunidade ir ao centro de dia tem uma má conotação, não deveremos fazer negociações erradas.

Como barreiras a nível hospitalar deparamo-nos com a falta de profissionais, falta de simples recursos como faixas elásticas e tempos de internamento cada vez mais curtos. A nível domiciliário deparamo-nos com fragilidades sócio familiares, idosos desmotivados, cuidadores informais exaustos, o estatuto de cuidador informal é cada vez mais urgente. As visitas são poucas, cerca de três vezes por dia. É notório que os utentes e famílias se sentiriam mais seguras se fossem mais frequentes e até durante 24 horas.

A enfermagem de reabilitação lida com pessoas que podem estar afetadas na sua capacidade de autocuidado. O EEER dedica-se à promoção da capacidade funcional das pessoas e com isso ajuda-as na relação que estas estabelecem como os outros. Situa-se numa esfera da promoção da vida em pessoas que apresentam dificuldades em realizar as suas AVD'S, a ajuda na mobilidade e a procura da diminuição ou eliminação das dependências situam-se numa esfera mais elevada de promoção da qualidade de vida.

Ao lidar com as incapacidades, o EEER procura uma igualdade nas suas vivências dotada de dignidade e qualidade.

O autocuidado tem uma dupla conotação que corresponde a ser executado de forma independente ou por alguém, dado ser uma atividade aprendida com o crescimento, não

valorizamos quando este apresenta um défice. O prestador de autocuidado é referido como agente de autocuidado, pois executa algo por alguém, contribuindo na manutenção da vida. Existem diferentes requisitos de autocuidados universais (ou básicos que se estendem a todas as pessoas), de desenvolvimento (relacionados com a fase do ciclo vital) tal como descrevemos ao longo deste relatório e por desvio da saúde (devido à doença ou à incapacidade) ou devido ao envelhecimento, impõe uma mudança no comportamento do autocuidado. Este conhecimento face aos diferentes tipos de autocuidado e aos seus requisitos foram importantes para a reconstrução do autocuidado ao longo deste percurso.

Atualmente envelhecer deixou de ser um problema familiar e passou a ser um problema social. A família que era vista como uma organização onde o idoso satisfazia as suas necessidades materiais e afetivas, hoje em dia face à industrialização, a mudança do papel da mulher, as doenças crónicas avançadas, o papel da família sofre alterações responsabilidades.

Políticas de envelhecimento ativo são prioridades e a intervenção do EEER em serviços com população idosa que colocam como opção terapêutica a melhoria da independência funcional, capacitação do autocuidado, na mobilidade e locomoção com vista à manutenção da sua autonomia e a reinserção na sociedade.

O fato de se implementar um programa baseado em componentes de aptidão física como a força muscular, o tónus muscular e a amplitude articular reforça a sua importância na qualidade de vida do idoso. Deste modo é necessário olhar para a independência funcional como uma mais valia no funcionamento dos idosos, e uma componente a manter, quer a nível físico, como psicológico como social. As pessoas deverão ser estimuladas e despertadas para a importância na participação em programas de exercício físico, autocuidados assim como tarefas quotidianas, tal como já participam em atividades recreativas e culturais.

A elaboração deste relatório de estágio permitiu a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos nesta área de interesse, pelo que se considera um instrumento de trabalho relevante para a Enfermagem de Reabilitação.

Durante este percurso formativo, surgiram momentos de cansaço e desânimo que exigiram motivação e uma gestão criteriosa de tempo necessário para a atividade profissional, formativa e familiar no entanto todo o desafio foi desafiante e o conhecimento adquirido compensatório. Fica para um futuro próximo avaliar, em contexto comunitário a satisfação dos utentes face a intervenção do EEER e como vivenciam as transições quando surge um défice no autocuidado.

Esta intervenção visa a adaptação da Pessoa ao meio, adequando as condições habitacionais de forma a rentabilizar as suas capacidades.

Ao terminar esta longa jornada pode-se afirmar que foi com prazer que se tomou contato com o gosto em continuar a aprender, tendo em muito contribuído para a autonomia e confiança da mestrandia, permanecendo o desejo de manter os níveis de conhecimento atualizados, garantindo o desenvolvimento pessoal e profissional, tornando-se numa experiência singular que permitirá, seguramente, no futuro prestar cuidados de enfermagem de reabilitação de qualidade.

BIBLIOGRAFIA

- Aikawa, A. C.(2006). *Avaliação do equilíbrio postural, capacidade funcional e quedas em idoso vivendo na comunidade*. Tese de Mestrado em Gerontologia. Faculdade de Educação da Unicamp.Brasil. Retirado de <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/252421>, em 07-12-2017.
- Almeida, M^a. & Prado, M^a (2003). *Pedagogia de Projetos e integração de Mídias*, retirado em <https://cdnbi.tvescola.org.br/resources/VMSResources/contents/document/publicationsSeries/111022PedagogiadeProjetosIntegracaoMidias.pdf>, em 20-02-2018, p.6.
- Araújo, F., Ribeiro, P. &Oliveira, A., Pinto. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume. 25, n.º 2, p.59-66.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação.*Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Retirado de <http://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>, em 10-12-2017.
- Azevedo, P. (2010). *Partilha de Informação de Enfermagem sobre os Prestadores de Cuidados: Dimensão Relevante para a Transição de Cuidados*. Porto. Tese de Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Retirado de <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26621/2/Tese%20Mestrado%20Pailo%20Azevedo.pdf>, em 07-12-2017.
- Backman, K. & Hentinen, M. (2001). Factors associated with the self-care of homedwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.nº 15, p. 195-202.
- Benner, P. (2001). *Deiniciado a perito: Excelência e poder na prática clinica da enfermagem*.Coimbra: Quarteto Editora.
- Branco, T. (2009). Estratégias na incontinência urinária: Novas abordagens. *Sinais Vitais*; nº 83,

p. 16-23.

Branco, T. & Santos, R. (2010). Reabilitação da Pessoa com AVC. *Formasau*; nº 77, p. 10-33.

Buchanan, L. & Boylan, L. (2011). *Reabilitação de base comunitária: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. Loures: Lusodidacta, p.187-200.

Cabrita, M. (2004). O Envelhecimento e os Cuidados Continuados. *Servir*, volume nº 52, nº 1, p. 11-18.

Carta Internacional dos direitos Humanos, retirado de https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ficheiros/declaracao_universal_direitos_humanos.pdf, em 08-02-2018.

Carvalho, M. & Capella, P. (2007). Análise comparativa da avaliação funcional do paciente geriátrico institucionalizado por meio dos protocolos de Katz e Tinetti. *Revista Digital*. Argentina, nº114, retirado de <http://www.efdeportes.com/efd114/avaliacao-funcional-do-paciente-geriatrico-institucionalizado.htm>, em 02-01-2018.

Colby, L. & Kiser, C. (2009). *Exercícios Terapêuticos*, 5ª edição, Brasil: Manole.

Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.

Cunha, A., Cardoso, O. & Oliveira, V. (2005). Autocuidado: Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem. *Sinais Vitais*, nº 61, p. 36-40.

Decreto-Lei nº104/98 de 21 de abril de 1998, alterado e republicado pela Lei nº111/2009 de 16 de setembro de 2009. Diário da República série A, Ministério da Saúde. Lisboa.
Retirado de http://www.apem.com.pt/attachments/article/83/REPE_EstatutoOE_2011.pdf em 20-09-2017.

Decreto-Lei n.º 67 /98 de 26 de outubro de 1998. Diário da República, n.º 247/98, I série A, Assembleia da República. Lisboa. Retirado de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/>

[/search/239857/details/maximized](#) em 12-01-2017.

Decreto Lei nº101/2006 de 06 de junho de 2006. Diário da República,nº109/2006,Isérie A, Ministério do Trabalho e da Segurança Social.Lisboa.Retirado de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/538624/details/normal?q=Decreto-Lei+n.%C2%BA%20163%2F2006%2C%20de+8+de+agosto> em 03-01-2018.

Decreto Lei nº163/2006 de 08 de agosto de 2006. Diário da República,nº 152/2006, I série A, Ministério do Trabalho e da Segurança Social. Lisboa. Retirado de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/538624/details/normal?q=Decreto-Lei+n.%C2%BA%20163%2F2006%2C%20de+8+de+agosto> em 20-02-2018.

Decreto Lei nº 63/2016 de 13 de setembro de 2016. Diário da República, nº 176/2016, I série A, Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Retirado de https://dre.pt/home/-/dre/75319452/details/maximized?p_auth=0xVgXbzq em 08-01-2018.

Decreto Lei nº 129/2017 de 09 de novembro de 2017. Diário da República, nº 194/2017,I série A. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Retirado de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/108265124/details/maximized> em -01-2018.

Despacho nº 7197/2016 de 01 de junho de 2016. Diário da República, nº 105/2016, II série A, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Retirado de <https://dre.pt/home//dre/74587625/details/4/maximized?serie=II&day=2016-06-01&date=2016-06-01&dreId=74569660> em 28-01-2018.

DGS & OMS. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Retirado de www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004 em 02-12-2017.

DGS.(2014).Implementação Experimental da Tabela Nacional da Funcionalidade. Retirado de https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/funcionalidade-_norma-implementacao-experimental-da-tabela-nacional-de-funcionalidade-pdf.aspx em 02-12-2017.-

Duarte, S. (2007). O papel do enfermeiro em contexto dos cuidados domiciliários: Revisão

sistemática da literatura. *Revista de Investigação em Enfermagem*, nº 16, p. 11-23.

Faro, A.(2006). Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Revista da Escola de Enfermagem de São Paulo*, retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100019, a 07-02-2018.

Grilo, E. & Mendes, F. (2012). *O Estudo de Caso como estratégia de Investigação em Enfermagem*, retirado de https://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id_abstract=4494&id_event=76., em 04-03-2018.

Henderson, V. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.

Hesbeen, W. (2002). *A Reabilitação*. Criar novos caminhos. Loures: Lusociência.

Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. 2ª edição. Loures: Lusociência.

Hoeman, P., Liszner, K. & Alverzo, J. (2011). *Enfermagem de Reabilitação:Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. 4ª Edição. Loures: Lusodidacta.

ICN(2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ICN(2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2.0.*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Instituto da Segurança Social. (2012).*Queremos falar-lhe dos Direitos das Pessoas Idosas, o que precisa de saber para escolher uma resposta social*, retirado de http://www.seg-social.pt/documents/10152/133665/queremos_falar_lhe_direitos_pessoas_idosas/de20cf31-e2fd-44fc-b266-97b06c80b886, em 07-01-2018.

Januário, J. (2013). *Resultados das Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa internada no Serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. Tese de Dissertação de mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, retirado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/23246> em 09-11-2017.

Lopes, M. (2011). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Repositório da Universidade de Évora. Retirado de <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/4108/1/INVESTIGA%C3%87%C3%83O%20EM%20SA%C3%9ADE%20-%202.pdf> em 08-12-2017.

Lopes, M. & Lourenço, O. (1998). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns Dados e Implicações*, *Análise Psicológica*, 4 (XVI), retirado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82311998000400010, em 09-12-2017.

Lourenço, C. & Mendes, R. (2010). *Traumatismo Crânio Encefálico: um Trauma Familiar*. *Sinais Vitais*, nº 90, p. 49-60.

Louro, M. (2009). *Cuidados Continuados no Domicílio*. Tese de Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, retirado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26337/2/tese%20doutoramento%20revista.pdf>, em 19-01-2018.

Martins, M.(2002). *Uma Crise Acidental na Família: o Doente com AVC*. *Formasau*, p.296.

Martins, M. & Fernandes, C. (2009). *Percurso das necessidades em Cuidados de Enfermagem nos Clientes submetidos a Artroplastia da Anca*. *Revista Referência*. II Série, nº11, p. 79-92.

Mann, G. (2006). *A Motive To Serve: Public Service Motivation in Human Resource Management and the Role of PSM in the Non profit Sector*. *Public Personnel Management*, volume nº 1, p. 33-48.

Meireles, E. et al. (2010). Alterações neurológicas fisiológicas ao envelhecimento afetam o sistema mantenedor do equilíbrio dos idosos. Brasil: *Revista Neurociencias*, retirado de <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1801/331%20revisao.pdf>, em 04-02-2018.

Menoita, E. et al. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company. New York, retirado de https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf, em 13-01-2018, p.25-30.

Muscolini, J. E. (2008). *Cinesiologia: o Sistema do Esquelético e a Função Muscular*. Loures: Lusodidacta.

Nunes, L. (2011). Significar os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Caminho Estratégico de Desenvolvimento. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, nº 38, p.90-95.

Nunes, L., Ruivo, M., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva e Etapas. Setúbal: *Revista Percursos*, 15, retirado de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf, em 20-9-2017.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Conselho De Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>, em 10-11-2017.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Guia orientador de Boas Práticas; Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-medular*, retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoequiavertebro.pdf>, em 09-12-2017.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompeticenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf em 20-09-2017.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de Boas Práticas; Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade; posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf, 19-11-2017.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Instrumentos de Recolha de Dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*, https://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf, em 10-10-2017.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*, 6ª edição. St. Louis Mosby, St. Louis.

Organização Mundial de Saúde (2003). *Promovendo qualidade de vida após acidente vascular cerebral: um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde*. Porto Alegre, Artmed, retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000139&pid=S00347167200900020001200003&lng=es, em 08-01-2018.

Pereira, M. (2012). *A Promoção do Autocuidado na Pessoa em Processo de Transição*. Tese de Dissertação de Mestrado em Enfermagem de reabilitação, Escola Superior de Enfermagem. Universidade de Coimbra, retirado de <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fNvrEYbRZggJ:https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D24298%26code%3D21+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>, em 20-02-2018.

Petronilho, F. (2007). Preparação do Regresso a Casa. *Formasau*, p.3-27.

Petronilho, F.(2010). Transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidador quando incorporam um membro dependente no autocuidado: uma revisão de literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*, retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/21668/2/A%20transi%C3%A7%C3%A3o%20dos%20membros%20da%20fam%C3%ADlia%20para%20o%20exerc%C3%ADcio%20do%20papel%20de%20cuidadores%20quando%20incorporam%20um%20membro%20dependente%20no%20autocuidado%20-%20uma%20revis%C3%A3o%20da%20literatura.pdf>, em 13-02-2018.

Petronilho, F.(2012). Autocuidado: Conceito central da enfermagem. Coimbra: *Formasau*.

Petronilho, F.(2013). *A Alta Hospitalar do Doente Dependente no Autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos - estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador*. Tese de Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem. Universidade de Lisboa, retirado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/104551/10572/1/uls067227_td_Fernando_Petronilho.pdf, em 07-10-2017.

Petronilho, F., Magalhães, M.& Miguel, N. (2010). Caracterização do doente após evento crítico: impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. Coimbra: *Revista Sinais Vitais*, retirado de http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/13637/1/artigo_%20investiga%C3%A7%C3%A3o_caracteriza%C3%A7%C3%A3o%20do%20doente%20ap%C3%B3s%20evento%20crítico.pdf, em 17-01-2018.

Phipps, W., Sands & Marek, J. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: Conceitos na Prática Clínica*. 6ª Edição. Loures: Lusociência.

Pina, J.E. (2010). *Anatomia Humana da Locomoção*. 5ª Edição. Lousã: Lidel.

Regulamento nº122 /2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Diário da República, nº 35/2011, II série A, Ministério da Saúde. Retirado de <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf> em 28-09-2017.

- Reis, G., Paúl, C., Martins, M. & Teixeira, L. (2002). *Independencia en las Actividades de la Vida. Estudio de Validación de una Escala para la Población Portuguesa*. Retirado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2012000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=en, em 08-12-2017.
- Rice, R. (2004). *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários: Conceitos e Aplicação*. 3ª edição. Loures: Lusociência.
- Ribeiro, O., & Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), retirado de <http://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.07.001>, em 05-01-2018.
- Rocha, B. & Resende, A. (1998). Gestos que reabilitam... alguns cuidados de reabilitação nos doentes que sofreram acidentes vasculares cerebrais. *Geriatrics*, ano XI, volume XI. nº110, p.16-18.
- Roper, M., Logan, W. & Tierney, A. (2001). *O modelo de enfermagem RoperLogan - Tierney*. 1ª edição. Londres: Climepsi Editores.
- Rosa, M. (2008). *A influência de dois protocolos de intervenção (Treino bilateral e unilateral) na recuperação da funcionalidade do membro superior hemiparético em utentes com AVC crónico*. Tese de Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto, Universidade do Porto. https://www.researchgate.net/profile/Marlene_Rosa2/publication/37656849_A_influencia_de_dois_protocolos_de_intervencao_treino_bilateral_e_unilateral_na_recuperacao_da_funcionalidade_do_membro_superior_hemiparetico_com_AVC_cronico/links/00b7d531603bc3912c000000/A-influencia-de-dois-protocolos-de-intervencao-treino-bilateral-e-unilateral-na-recuperacao-da-funcionalidade-do-membro-superior-hemiparetico-com-AVC-cronico.pdf, em 19-11-2017.
- Sequeira, C. (2010a). *Envelhecimento, Autonomia e Dependência. Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.

Sequeira, C. (2010b). *Processo de transição para a Dependência. Cuidar de idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa :Lidel.

Sequeira, C. (2010c). *Aspectos clínicos das demências*. Cuidar de idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel.

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com Dependência Física e Mental*. 2ª Edição, Lisboa: Lidel.

Silva, A .(2001). *Sistemas de Informação em Enfermagem: uma Teoria Explicativa da Mudança*. Tese de Dissertação de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto. Retirado de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8685/3/Tese_Doutoramento.pdf, em 22-02-2018.

Silva, A.(2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem: uma Teoria Explicativa de Mudança*. *Formasau*, p.15-20.

Silva, A.(2007). *Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*.*Revista Servir*, nº 55, p. 11-20.

Silva, A. (2009). *Informação e qualidade, do exercício profissional dos enfermeiros*. *Formasau*,p.18-19.

Silva, R. (2011).*A dependência no Autocuidado no Seio das Famílias Clássicas do Concelho do Porto: abordagem exploratória à dimensão do fenómeno*. Tese de Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, retirado de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10213/1/Tese%20Rosa%20Celeste%20Teixeira%20da%20Silva.pdf>, em 14-01-2018.

Simões, S. & Grilo, E. (2012). *Cuidados e Cuidadores: o Contributo dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Preparação da Alta do Doente pós Acidente Vascular*

Cerebral. *Revista de Saúde Amato Lusitano*, nº 31, p.18-23, retirado de http://www.ulscb.minsaude.pt/media/6461/artigo_revisao_1.pdf, em 29-12-2017.

Sousa, L. & Vieira, C. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.

Teixeira, S. (2012). *Autocuidado: Contributo para um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem*. Tese de Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, retirado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9301/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20-%20S%C3%ADvia%20Teixeira.pdf>, em 06-02-2018.

Theuerkauf, A. (2000). *Autocuidado e actividades da vida diária. Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. Loures: Lusociência.

Tomey, A. (2004). *Os elementos da Enfermagem: Um modelo de Enfermagem baseado num modelo de vida*. Loures: Lusociência.

World health organization. (2004) *Standards for Health Promotion in Hospitals: Development of Indicators for a Self-Assessment Tool*. Copenhaga: WHO, retirado de http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/99775/E84988.pdf, em 04-02-2018.

APÊNDICES

Apêndice A – Instrumento de Colheita de Dados

Avaliação de Enfermagem de Reabilitação à luz da teoria de Dorothea Orem

Nome:

**Nome que deseja
ser chamado:**

Idade:

Género:

Estado Civil:

Religião:

Raça:

**Condições
socioeconómicas:**

Profissão:

**Condições
ambientais e
habitacionais:**

**Agregado
familiar:**

**Pessoas
significativas:**

**Data de
internamento:**

Diagnóstico de internamento:

História clínica:

História de doenças familiares

Medicação habitual

**Palm:
Almoço:
Jantar:
Deitar:**

Conhecimento e expectativas sobre a condição de doença

Utente:

Família:

Grandes mudanças na vida

Como o doente enfrenta novas mudanças

Novos requisitos da sua condição de doença

Avaliação de Enfermagem de Reabilitação à luz da teoria de Nancy Roper

Manter um ambiente seguro

Escala de Braden: _____

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

Sensibilidade superficial:

	Pé	Perna	Coxa	Anca	Abdómen	Tórax	Mãos	Antebraço	Braço	Pescoço	Cabeça
Tátil											
Térmica											
Dolorosa											

Sensibilidade profunda:

Sentido de pressão ou barestesia _____	M – mantida D – diminuída A – ausente
Sensibilidade vibratória ou palestesia _____	
Sensibilidade postural _____	
Sentido esteriognósio _____	

Dor: sim não

Localização: _____ Intensidade (escala numérica): ___/10

Fatores que aliviam	
Fatores precipitantes	

Respirar

Tosse: presente ausente
 produtiva seca
 eficaz ineficaz

Expetoração: presente ausente
 serosa mucosa
 purulenta hemoptoica hemoptise

Dispneia: repouso esforço ortopneia paroxística
 noturna platipneia trepopneia

Escala de Borg Modificada _____

0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada

Frequência: ___ cr/min

Ritmo: regular Cheyne- Stockes Kussmaul Biot

Padrão: costal diafragmática mista paradoxal

Spo₂ ___% sem O₂ e ___% com O₂ ___L/min

Auscultação pulmonar: Roncos: ___ Sibilos: ___ Fervores: ___ Atrito

Pleural: ___ Murmúrio vesicular: ___

Tipos de tórax: Normal Plano Globoso Escavado Quilha de navio Sino

Radiografia do tórax:

Gasimetria Arterial: PaO₂ ___ mmHg (80-100)

PaCO₂ ___ mmHg (35-45)

pH ___ (7,35 – 7,45)

Alimentação

Nº de refeições: ___

Restrições alimentares: ___

Quantidade de líquidos: ___

Alimentos que não gosta: ___

Tipo de dieta: ___

Dentição: completa incompleta

Prótese dentária: superior inferior

Disfagia: presente ausente

Dificuldade em mastigar

Dificuldade de deglutir líquidos

Dificuldade de deglutir sólidos

IMC: ___ kg/m²

Suplementação: Tipo: normocalórico

Hiperproteico

Hipercalórico

Eliminar

Vesical:

Hábitos de eliminação vesical: ___

Dispositivos urinários/ ostomias: ___

Sintomas urinários: disúria algúria hematúria polaquiúria poliúria oligúria

anúria tenesmo enurese nictúria urgência gotejamento inicial ou terminal

piúria

Perturbações do controlo miccional:

Retenção urinária sem perdas de urina

Retenção urinária com perdas de urina por refluxo

Disfunção vesico esfinteriana neurogénica reflexa

Disfunção vesico esfinteriana neurogénica autónoma

Incontinência de esforço

Incontinência de urgência

Incontinência funcional

Intestinal:

Rotinas intestinais (hora e dia): _____

Padrão: obstipação padrão normal diarreia

Última defecção: ____ Hábitos para estimular a defecação: _____

Caraterística: duras moldadas pastosas líquidasPerturbações da eliminação intestinal: continência incontinência neurogénica autónoma incontinência neurogénica reflexa incontinência neurogénica desinibida**Comunicar**Estado de consciência: consciente vigília letárgico ou sonolento confuso obnubilado estuporoso coma Estado de orientação: orientado autopsiquicamente orientado halopsiquicamente desorientado autopsiquicamente desorientado halopsiquicamente

Estado de atenção:

Vigilância: normal hipervigil hipovigil

Tenacidade (exemplo bater na mesa sempre que ouvir a letra A): _____

Concentração (subtração sucessiva de 7 ao nº 100): hipoprosexia

Memória:

Sensorial presente diminuída ausenteImediata presente diminuída ausenteCurto prazo presente diminuída ausenteLongo prazo presente diminuída ausenteRemota presente diminuída ausente**Higiene pessoal e vestuário**

Hábitos de higiene pessoais e banho _____

Utilização de produtos de apoio _____

Higiene	Higiene corporal: Pentear o cabelo _____ Lavar a face _____ Lavar as mãos _____ Higiene oral _____
Vestuário ½ superior	Camisola _____ Camisa/ casacos _____ Soutien _____
Vestuário ½ inferior	Calças _____ Meias elásticas _____
Calçado	Meias _____ Sapatos _____
Outros	Dar o laço _____

Fechos _____

Botões _____

Índice de Barthel: _____

Tabela 9: Pontuação do Índice de Barthel Modificado

Item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toaleta	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle de Bexiga	0	2	5	8	10
Controle intestinal	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Ou cadeira de rodas*	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

Interpretação do Resultado	
100 pontos – totalmente independente	75 a 51 pontos - dependência moderada
99 a 76 pontos – dependência leve	50 a 26 pontos – dependência severa
	25 e menos pontos – dependência total

Controlar a temperatura corporal

Temperatura corporal: ____°C

Coloração de pele e mucosas: rosada pálida cianose periférica cianose central

Escala de Braden: _____

Percepção Sensorial	1. Totalmente limitado	2. Muito limitado	3. Levemente limitado	4. Nenhuma limitação
Umidade	1. Excessiva	2. Muita	3. Ocasional	4. Rara
Atividade	1. Acamado	2. Confinado a cadeira	3. Deambula ocasionalmente	4. Deambula freqüentemente
Mobilidade	1. Imóvel	2. Muito limitado	3. Discreta limitação	4. Sem limitação
Nutrição	1. Deficiente	2. Inadequada	3. Adequada	4. Excelente
Fricção e Cisalhamento	1. Problema	2. Problema potencial	3. Sem problema aparente	_____
Total:	Risco Brando 15 a 16 ()		Risco Moderado de 12 a 14 ()	Risco Severo abaixo de 11 ()

Trabalhar e divertir-se

Interação social Isolamento social
Alteração dos papéis que desempenha Periodicidade de visitas

Movimentar-se

<p>a) Sentado 0 - escorrega 1 - equilibrado</p> <p>b) Levantado 0 - usa os braços 1 - sem os braços</p> <p>c) Tentando levantar 0 - incapaz 1 - 1 ou + tentativas 2 - única tentativa</p> <p>d) Assim que levanta 0 - desequilibrado 1 - com suporte 2 - sem suporte</p> <p>e) Em pé 0 - desequilibrado 1 - com suporte/base de sustentação >9cm 2 - sem suporte/base de sustentação pequena</p>	<p>f) Teste em 3 tempos (esterno) 0 - começa a cair 1 - agarra ou balança (braços) 2 - equilíbrio</p> <p>g) Olhos fechados 0 - desequilíbrio 1 - equilíbrio</p> <p>h) Girando 360 graus 0 - passos descontínuos 1 - passos contínuos 2 - equilíbrio</p> <p>i) Sentando 0 - inseguro/cai da cadeira 1 - usa os braços 2 - seguro</p> <p>Total equilíbrio: ____/16</p>
--	---

Escala Tinetti: _____

Marcha	Sem alteração <input type="checkbox"/> Disbasia <input type="checkbox"/> Marcha hemiparética <input type="checkbox"/> Atáxica <input type="checkbox"/> Utilização de produtos de apoio <input type="checkbox"/> Qual: _____
--------	--

Transferências	Cama/ cadeira
	Cadeira/ sanita
	Banheira/ duche
	Desníveis
Atividades na cama	Arrastar
	Virar
	Deitar
	Sentar

Expressar a sexualidade

Alterações sexuais

Dormir

Padrão de sono ___h/dia

Horas a que habitualmente se deita ___h__min

Insónia inicial insónia termina sono não reparador

Medicação habitual para dormir: _____

Duração do tratamento em anos: _____

Avaliação da Força Muscular – Escala de Avaliação de Força Muscular de Council

	Flexão	Extensão	Flexão lateral direita	Flexão lateral esquerda	Rotação para direita	Rotação para esquerda
Cabeça e pescoço						

Membro superior direito	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação interna Pronação	Rotação externa Supinação	Desvio radial	Desvio cubital	Oponência Elevação
Escapulo umeral									
Cotovelo									
Antebraço									
Punho									
Dedos									
Polegar									

Membro superior esquerdo	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação interna Pronação	Rotação externa Supinação	Desvio radial	Desvio cubital	Oponência Elevação
Escapulo umeral									
Cotovelo									
Antebraço									
Punho									
Dedos									
Polegar									

Membro inferior direito	Flexão báscula anterior	Extensão báscula posterior	Aduo	Abduo	Rotao interna Inversão	Rotao externa Eversão
Coxo femural						
Joelho						
Tibiotarsica						
Dedos						

Membro inferior esquerdo	Flexão báscula anterior	Extensão báscula posterior	Aduo	Abduo	Rotao interna Inversão	Rotao externa Eversão
Coxo femural						
Joelho						
Tibiotarsica						
Dedos						

Avaliação da Espasticidade – Escala de Ashworth modificada

	Flexão	Extensão	Flexão lateral direita	Flexão lateral esquerda	Rotação para direita	Rotação para esquerda
Cabeça e pescoço						

Membro superior direito	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação interna Pronação	Rotação externa Supinação	Desvio radial	Desvio cubital	Oponência Elevação
Escapulo umeral									
Cotovelo									
Antebraço									
Punho									
Dedos									
Polegar									

Membro superior esquerdo	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação interna Pronação	Rotação externa Supinação	Desvio radial	Desvio cubital	Oponência Elevação
Escapulo umeral									
Cotovelo									
Antebraço									
Punho									
Dedos									
Polegar									

Membro inferior direito	Flexão báscula anterior	Extensão báscula posterior	Aduo	Abduo	Rotao interna Inversão	Rotao externa Eversão
Coxo femural						
Joelho						
Tibiotarsica						
Dedos						

Membro inferior esquerdo	Flexão báscula anterior	Extensão báscula posterior	Aduo	Abduo	Rotao interna Inversão	Rotao externa Eversão
Coxo femural						
Joelho						
Tibiotarsica						
Dedos						

Apêndice B – Parecer da Comissão de Ética da Unidade De Saúde

FW: Proposta de Investigação/Plano de Intervenção

4 mensagens

Emanuel Jose Martins Mourao <morao@chalgarve.min-saude.pt>
Para: "lilianasousapinto@gmail.com" <lilianasousapinto@gmail.com>
Cc: Isabel Maria Pereira Jardim Ferreira Basilio <ibasilio@chalgarve.min-saude.pt>

7 de dezembro de 2017 15:22

Enfermeira Liliana Patrícia Sousa Pinto, boa tarde,

Este contacto serve para informá-la que a sua proposta de investigação, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, intitulada: Enfermagem de Reabilitação – Reconstrução da Independência na Pessoa com défice no Autocuidado, foi autorizada, tal como proposto, a 6/12/2017 pelo Conselho de Administração do CHUA,EPE..

Desta forma, pode iniciar os procedimentos propostos; agradeço que, quando terminar, informe-nos. Deve utilizar esta mensagem como comprovativo da autorização da sua proposta.

Com os melhores cumprimentos,

Emanuel Mourão.

Enfermeiro,

CFIC – Área de Enfermagem, Unidade de Faro do CHUA, EPE;

289891147, Ext.: 11534;

morao@chalgarve.min-saude.pt

Anexo C – Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora



**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Luís Sebastião, Prof. Doutor Fernando Capela e Prof. Doutor Manuel Fernandes, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "*Enfermagem de Reabilitação – Reconstrução da Independência na Pessoa com défice no Autocuidado*" da investigadora **Liliana Sousa Pinto** (mestranda) e Prof.ª Doutora Maria Gorete Mendonça dos Reis (responsável académico).

Universidade de Évora, 24 de Fevereiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética:

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

Apêndice D – Consentimento Informado (participante)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO (ao utente)

Eu, Liliana Patrícia Sousa Pinto Mestranda em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus e a realizar o II ensino clínico em Enfermagem De Reabilitação, no serviço de Medicina I do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (CHUA), no âmbito de uma dissertação de mestrado, pretendo realizar um estudo subordinado ao tema:

“Enfermagem De Reabilitação – Reconstrução da Independência na Pessoa com défice no autocuidado”

O presente estudo tem como objetivo principal avaliar o impacto do papel do enfermeiro de reabilitação na reconstrução da autonomia da pessoa com dependência no Autocuidado no serviço de Medicina I do Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Faro e concomitantemente perceber as relações entre variáveis do contexto familiar, clínico e psicossociais.

Reconheço que os procedimentos de investigação me foram explicados e que me responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Advertiram-me das outras possibilidades quanto à participação neste estudo. Compreendo igualmente as vantagens da participação neste estudo. Compreendo que tenho direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo, a investigação ou os métodos utilizados. Asseguraram-me que os processos que me dizem respeito serão guardados de forma confidencial, sendo a minha identidade preservada.

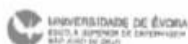
Concordo que sejam efetuados planos de cuidados e que sejam avaliados os dados obtidos. Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantido o anonimato.

Assinatura: Liliana Patrícia Sousa Pinto

Data: 22/01/2018

Autora: En^ª Liliana Sousa Pinto, estagiária em Enfermagem de Reabilitação no serviço de Medicina I do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Unidade de Faro e aluna do 1º Curso do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Évora.

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



Assinatura: Maria Gorete Mendonça dos Reis
Data: 22/01/2018

Responsáveis Académicos – Orientador/Investigador principal:

Professora Doutora Maria Gorete Mendonça dos Reis

Apêndice E – Cronograma

Enfermagem de Reabilitação – Reconstrução da Independência da Pessoa com Défice no Autocuidado



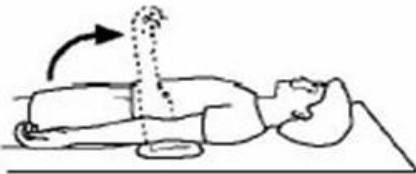


	2017 Setembro	2017 Outubro	2017 Novembro	2017 Dezembro	2018 Janeiro	2018 Fevereiro
	18- 30	1-31	1-26	1-31	1-31	1-28
Integração no Serviço de Medicina I						
Pesquisa bibliográfica – levantamento das necessidades						
Aplicação do projeto – avaliação da funcionalidade						
Análise dos dados recolhidos e tratados – criação de um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação						
Integração na Unidade De Cuidados Continuados Integrados Valongo						
Elaboração do relatório final						



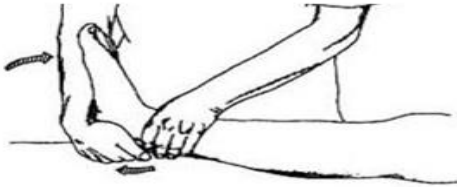

Apêndice F – Plano de Exercícios Pós Alta

PLANO DE EXERCÍCIOS ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Nome do utente:

Plano definido por: Liliana Sousa Pinto

EXERCÍCIO	M	T	N
Abertura lateral do braço (D+E) 			
Elevação frontal do braço (D+E) 			
Extensão do cotovelo (D+E) 			
Abertura da mão (D+E) 			
Abertura lateral da perna (D+E) 			

<p>Elevação frontal da perna + dobrar o joelho (D+E)</p> 			
<p>Extensão do joelho (D+E)</p> 			
<p>Mobilização do tornozelo</p> 			
<p>Elevação da anca (pedir ao utente para fazer)</p> 			

Apêndice G – Treino de Motricidade Fina



ANEXOS

Anexo A – Índice de Barthel

Escala Modificada de Barthel

Nome: _____ D.N. / / HD: _____

CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL <ol style="list-style-type: none">1. O paciente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspectos.2. Paciente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal.3. Alguma assistência é necessária em um ou mais passos da higiene pessoal.4. Paciente é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa.5. Paciente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiar-se.
CATEGORIA 2: BANHO <ol style="list-style-type: none">1. Totalmente dependente para banhar-se.2. Requer assistência em todos os aspectos do banho.3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a incapacidade em completar a tarefa pela condição ou doença.4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência.5. O paciente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.
CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO <ol style="list-style-type: none">1. Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado.2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição.3. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa.4. Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa.5. O paciente pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passar manteiga, etc.
CATEGORIA 4: TOALETE <ol style="list-style-type: none">1. Totalmente dependente no uso vaso sanitário.2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos.4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado a noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza.5. O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar;
CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS <ol style="list-style-type: none">1. O paciente é incapaz de subir escadas.2. Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares.3. O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência.4. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança.5. O paciente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.
CATEGORIA 6: VESTUÁRIO <ol style="list-style-type: none">1. O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades.2. O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário3. Necessita assistência para se vestir ou se despir.4. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zipper, amarrar sapatos, etc.5. O paciente é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.
CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA) <ol style="list-style-type: none">1. O paciente apresenta incontinência urinária.2. O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento.3. O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem freqüentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados.4. O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais.5. O paciente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.

CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)

1. O paciente não tem controle de esfíncteres ou utiliza o cateterismo.
2. O paciente tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos.
3. O paciente fica geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento.
4. O paciente geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento.
5. O paciente tem controle de esfíncteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.

CATEGORIA 9: DEAMBULACAO

1. Totalmente dependente para deambular.
2. Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação.
3. Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares.
4. O paciente é independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas.
5. O paciente é capaz de colocar os braces, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão.

Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas

CATEGORIA 9: CADEIRA DE RODAS *

1. Dependente para conduzir a cadeira de rodas.
2. O paciente consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos.
3. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se.
4. O paciente consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados.
5. Paciente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências).

Não se aplica aos pacientes que deambulam.

CATEGORIA 10: TRANSFERENCIAS CADEIRA/CAMA

1. Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o paciente com ou sem auxílio mecânico.
2. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência.
3. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se.
4. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança.
5. O paciente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, freiar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeira com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da transferência.

Tabela 9: Pontuação do Índice de Barthel Modificado

Item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toailete	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle de Bexiga	0	2	5	8	10
Controle intestinal	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Ou cadeira de rodas*	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

Interpretação do Resultado	
100 pontos – totalmente independente	75 a 51 pontos - dependência moderada
99 a 76 pontos – dependência leve	50 a 26 pontos – dependência severa
	25 e menos pontos – dependência total

Fonte: Instrumentos de Recolha de dados para documentação do Cuidados Especializados em ER da OE.

Anexo B – Escala Modificada de Ashworh

- Escala de Ashworth modificada

Grau	Observação clínica
0	Tônus normal.
1	Aumento do tônus no início ou no final do arco de movimento.
1+	Aumento do tônus em menos da metade do arco de movimento, manifestado por tensão abrupta e seguido por resistência mínima.
2	Aumento do tônus em mais da metade do arco de movimento.
3	Partes em flexão ou extensão e movidos com dificuldade.
4	Partes rígidas em flexão ou extensão.

Fonte: Instrumentos de Recolha de dados para documentação do Cuidados Especializados em ER da OE.

Anexo C – Escala de Avaliação de Força Muscular de Council

**Escala de Avaliação da Força Muscular
(MRC-Medical Research Council)**

0	Não se percebe nenhuma contração
1	Traço de contração, sem produção do 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 o nível anterior

Fonte: Instrumentos de Recolha de dados para documentação do Cuidados Especializados em ER da OE.

Anexo D – Limites de Amplitude Articular de Movimento

Articulação	Flexão	Extensão	Hiperextensão	Abdução	Adução	Rotação Interna	Rotação Externa	Outros Movimentos
Ombro	180°	0°	30-60°	180°	0°	90°	70°	Adução horizontal 135°
Cotovelo	150°	0°						
Rádio Cubital inf. E Sup (Antebraço)								Pronação 80° Supinação 80°
Punho	80°	70°						Desvio Radial 20° Desvio Cubital 30°
Metacárpico Falângicas	1º dedo 70° Restantes 90°	30°						
Coxo-femural	120°	0°	30°	45°	30°	45°	45°	
Joelho	135°	0°						
Tibiotársica	Dorsal 20° Plantar 50°							Inversão 35° Eversão 15°
Metatársico -Falângicas	45°	70°		30°	30°			

Fonte: Branco, T. & Santos, R. (2010). Reabilitação da Pessoa com AVC. Coimbra: *Formasau*.

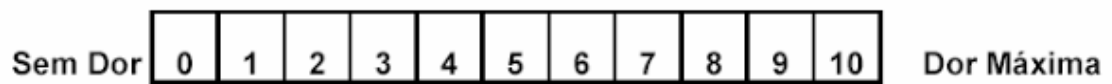
Anexo E – Índice de Tinetti

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

Fonte: Instrumentos de Recolha de dados para documentação do Cuidados Especializados em ER da OE.

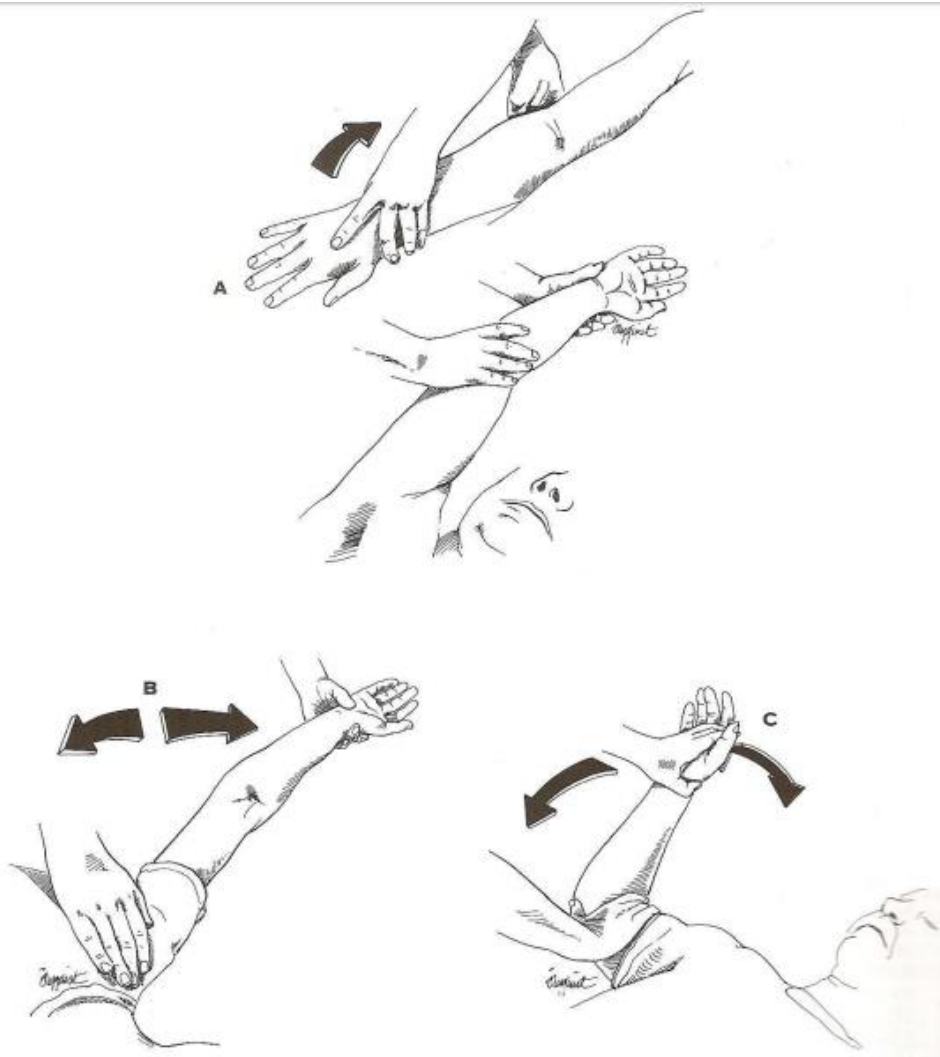
Anexo F – Escala Numérica da Dor

Escala Numérica



Fonte: Instrumentos de Recolha de dados para documentação do Cuidados Especializados em ER da OE.

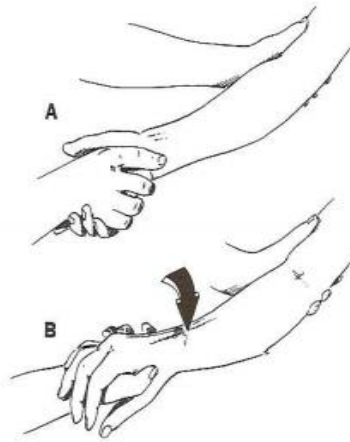
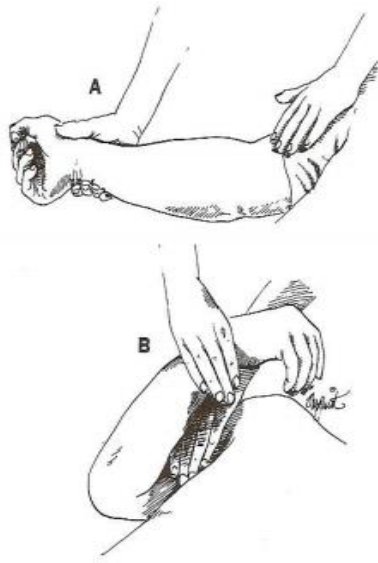
Anexo G – Programa de Exercícios de Amplitude de Movimento: Passivos e Ativo



Fonte: Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. 2ª edição. Loures:Ludociência.

Figura 2:

- A- Extensão e flexão da articulação escapulo umeral;
- B- Adução e abdução da articulação escapulo umeral;
- C- Rotação interna e rotação externa da articulação escapulo umeral;



Fonte: Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. 2ª edição. Loures: Lusociência.

Figura 3:

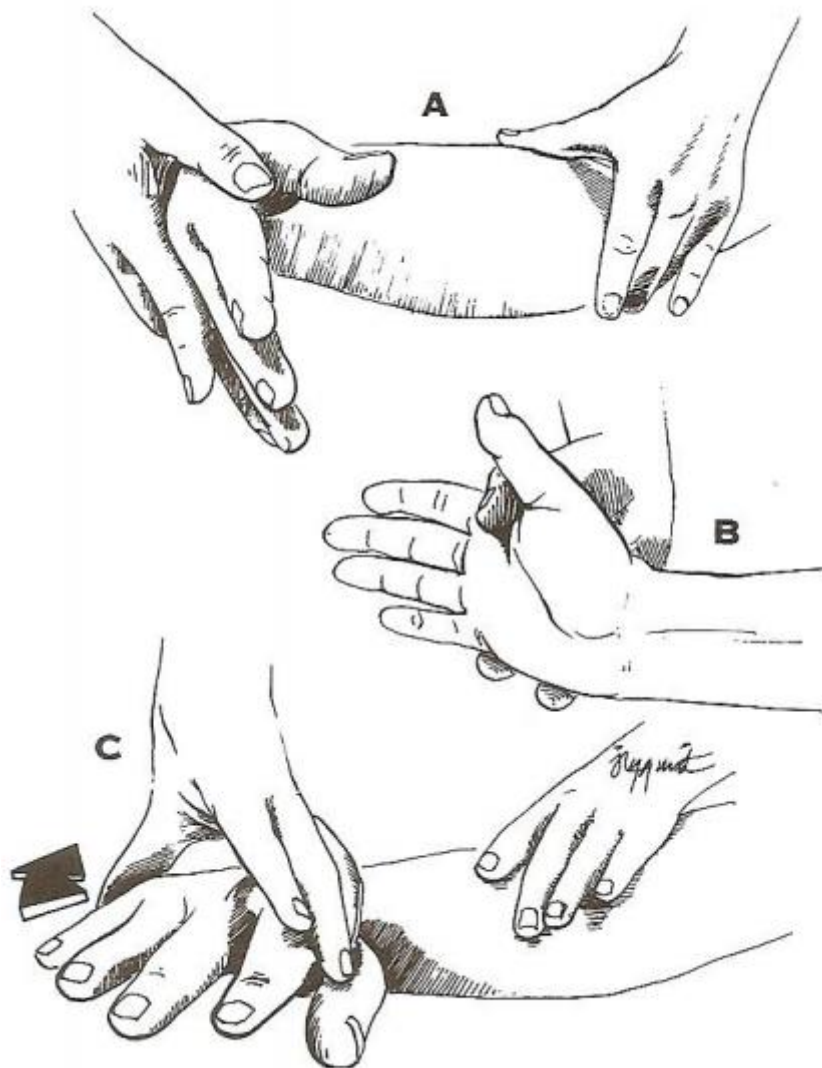
A- Extensão do cotovelo;

B- Flexão do cotovelo ;

Figura 4:

A- Supinação do antebraço;

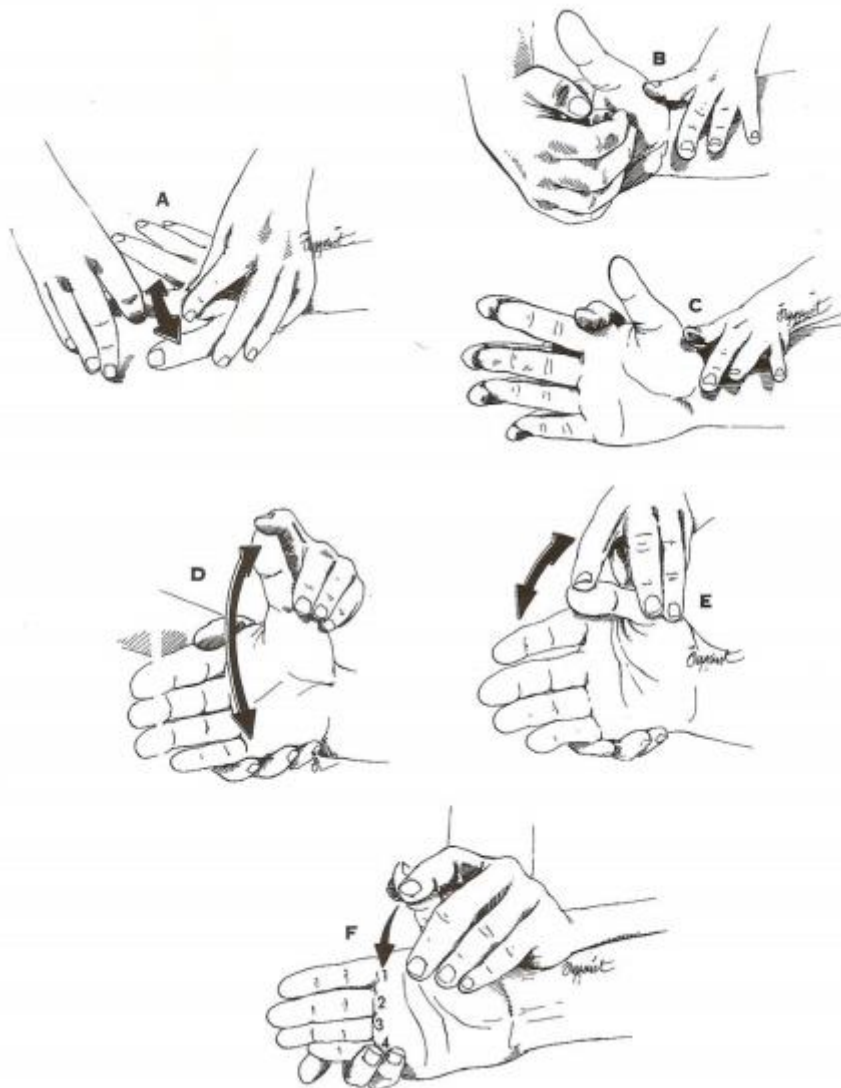
B- Pronação do antebraço;



Fonte: Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. 2ª edição. Loures:Lusociência.

Figura 5:

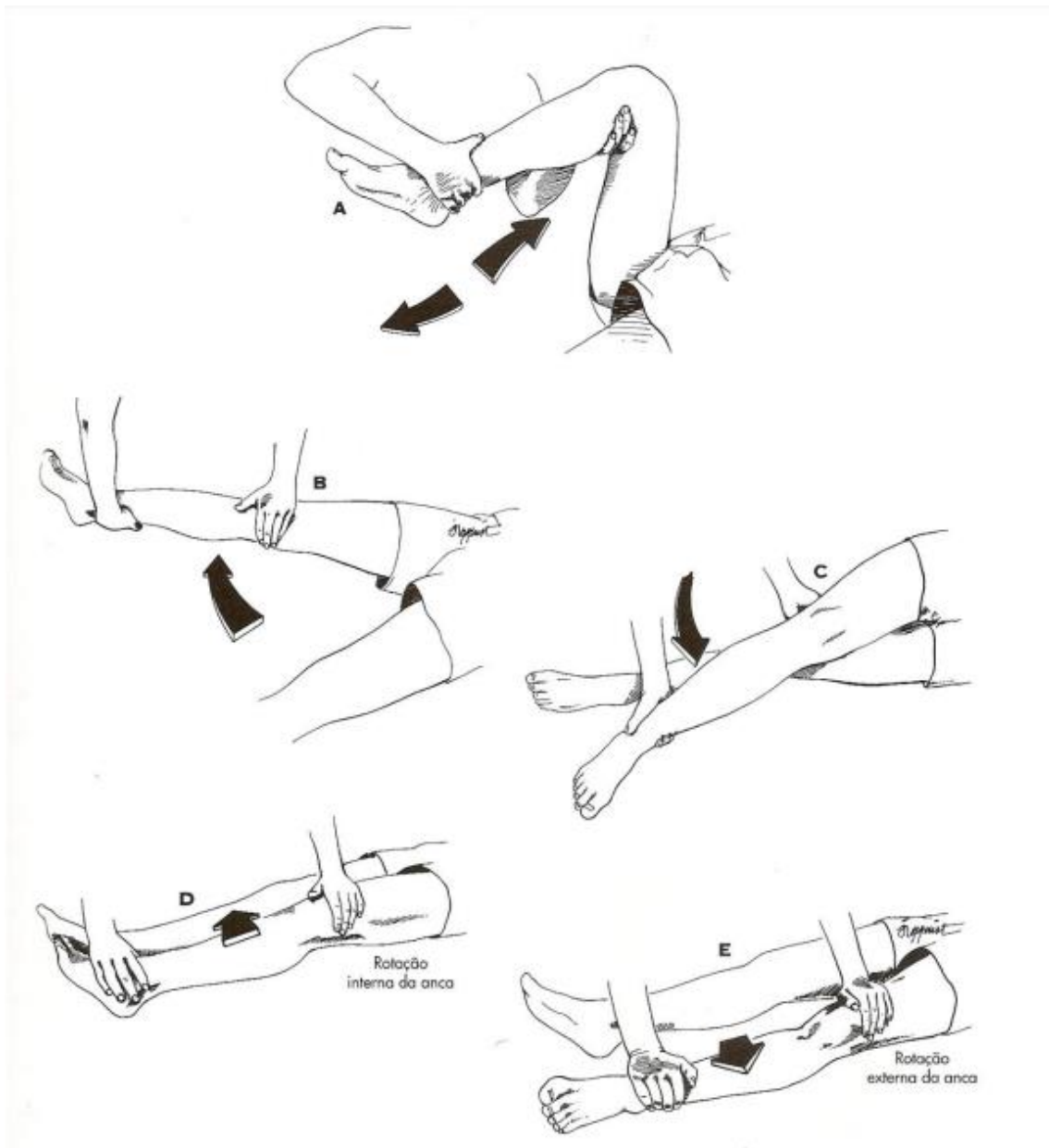
- A- Flexão do Punho;
- B- Extensão do Punho;
- C- Desvio Radial e Desvio Cubital;



Fonte: Hoeman, Shirley P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. 2ª edição. Loures. Lusociência.

Figura 6:

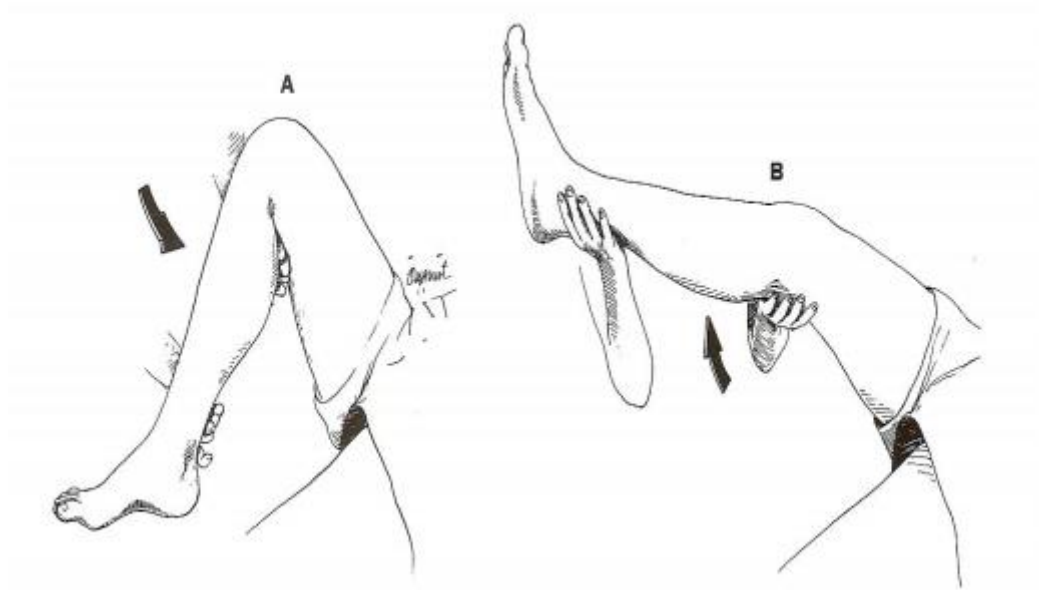
- A- Adução e Abdução dos Dedos;
- B- Flexão dos Dedos;
- C- Extensão dos Dedos;
- D- Flexão e Extensão do Polegar;
- E- Abdução e Adução do Polegar;
- F- Oponência do Polegar.



Fonte:Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. 2ª edição. Loures:Lusociência.

Figura 7:

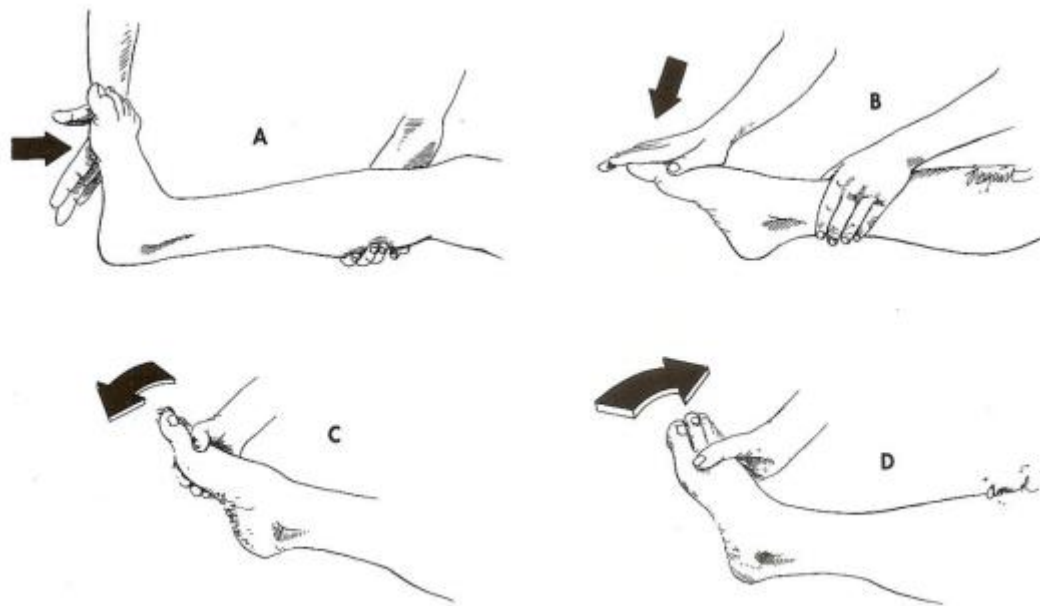
- A- Flexão e Extensão da Articulação Coxo Femural ;
- B- Abdução da Articulação Coxo Femural;
- C- Adução da Articulação Coxo Femural;
- D- Rotação Interna da Articulação Coxo Femural;
- E- Rotação Externa da Articulação Coxo Femura;



Fonte: Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. 2ª edição. Loures: Lusociência.

Figura 8:

- A- Flexão do Joelho;
- B- Extensão do Joelho;



Fonte: Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. 2ª edição. Loures: Lusociência.

Figura 9:

- A-** Flexão da Articulação Tibiotársica (dorsiflexão);
- B-** Extensão da Articulação Tibiotársica (flexão plantar);
- C-** Inversão da Articulação Tibiotársica;
- D-** Eversão da Articulação Tibiotársica;

Anexo H – Treino de Marcha adaptada



