

Proposta estruturada de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação, às pessoas idosas com défice no autocuidado e alterações do foro motor

Structured proposal for the intervention of rehabilitation nursing care, for elderly people with self-care deficit and motor disorders

Propuesta estructurada de intervención de los cuidados de enfermería de rehabilitación, a las personas mayores con déficit en el autocuidado y alteraciones del foro motor

Anabela Martins Batista ¹, Elsa Maria Candeias Garção Pires ², César Fonseca ³, Vítor Santos ⁴

¹ RN, MSc Student (Enfermagem de Reabilitação), UCC Almoreg, ² RN, CNS (Enfermagem de Reabilitação), HESE, ³ RN, PhD, Universidade de Évora, Investigador POCTEP 0445_4IE_4_P, Portugal, ⁴ RN, CNS, MSc, Centro Hospitalar do Oeste

Corresponding Author: anabelabatista1971@sapo.pt

Resumo

O conceito da capacidade funcional é particularmente útil no contexto do envelhecimento. Envelhecer mantendo todas as suas funções não significa problema quer para o indivíduo quer para a comunidade, quando as suas funções se começam a detiorar é que os problemas começam a surgir (Kalache, A et al. 1987). O conceito está intimamente ligado à manutenção da autonomia da qual decorre a potencial perda de funcionalidade e a crescente prevalência de doenças crónicas, nomeadamente doenças do foro motor, assim a capacitação da pessoa para a execução dos seus autocuidados, no sentido da independência, torna-se um objetivo primordial da Enfermagem de Reabilitação. A qualidade dos cuidados é um dos alvos da Enfermagem de Reabilitação, sendo confirmada a sua efetividade quando se demonstram resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem. **Objetivo:** desenvolver competências na área dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, através de planos estruturados de intervenção às pessoas idosas com défice no autocuidado e alterações da mobilidade. **Metodologia:** O estudo apresentado é descritivo e exploratório, tendo por base a metodologia qualitativa do estudo de caso (método de estudos de caso múltiplos) de Robert Yin (2003) e a teoria de médio alcance de Lopes (2006), baseada na teoria do défice de autocuidado de Orem (2001). **Resultados:** Considerável aumento das consequências perceptíveis aos cuidados de enfermagem, tais como a funcionalidade, autocuidado e a satisfação dos utentes para além da capacitação do utente para a autogestão da doença crónica, através programas de reabilitação, ensinos, prevenindo retornos aos serviços de saúde, diminuindo as importâncias relativas ao sistema de saúde. **Conclusão:** A interposição estruturada dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, baseada num programa de reeducação funcional motora, capacitação da pessoa, traduz-se em ganhos de Autocuidado, ao nível da função motora.

Palavras-chave: Resultados sensíveis, Cuidados de enfermagem, Reabilitação, alteração da função motora

Abstract

The concept of functional capacity is particularly useful in the context of aging. Aging while maintaining all its functions does not mean a problem for both the individual and the community, when their functions begin to deteriorate, problems begin to emerge (Kalache, A et al., 1987). The concept is closely linked to the maintenance of the autonomy from which the potential loss of functionality and the increasing prevalence of chronic diseases, such as motor diseases, can be maintained, thus enabling the person to perform his or her self-care in the sense of independence, a primary goal of Rehabilitation Nursing. The quality of care is one of the targets of Rehabilitation Nursing, confirming its effectiveness when showing results sensitive to Nursing care. Objective: to develop skills in the area of Rehabilitation Nursing care, through structured intervention plans for elderly people with a deficit in self-care and mobility disorders. Methodology: The present study is descriptive and exploratory, based on the qualitative methodology of the case study (multiple case study method) by Robert Yin (2003) and Lopes' (2006) medium-range theory, based on the theory of self-care deficit of Orem (2001). Results: Considering the increase in the consequences of nursing care, such as functionality, self-care and patient satisfaction, in addition to the user's capacity for self-management of chronic illness, through rehabilitation programs, teaching, prevention of return to health services, decreasing the amounts related to the health system. Conclusion: The structured interposition of Rehabilitation Nursing care, based on a program of motor functional reeducation, empowerment of the person, translates into gains in self-care, at the level of motor function.

Key words: Sensitive results, Nursing care, Rehabilitation, altered motor function

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional e a maior prevalência de doenças crônicas, leva a um maior número de pessoas potencialmente dependentes e, conseqüentemente, com a autonomia nos autocuidados comprometida (Fonseca e Lopes, 2014).

O envelhecimento é caracterizado como um processo na qual ocorre a perda progressiva de funções sensoriais e motoras, verificando-se uma maior vulnerabilidade às doenças (Joel & Goebel, 2008).

O autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas desempenham deliberadamente por si próprias ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. Quando atua de forma consciente, controlada, intencional e efetiva, atingindo a real autonomização, designamos por atividade de autocuidado (Tomey & Alligood, 2002). Este é um processo deliberado que pressupõe vontade própria e que deriva de experiências sociais, cognitivas e culturais (Orem, 2001), tendo o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), um papel fundamental, tanto na manutenção como na recuperação do autocuidado da pessoa, promovendo a sua independência e maximizando a sua funcionalidade (Regulamento n.º 125/2011), envolvendo todos os intervenientes e atuando em conjunto com uma equipa de saúde (Fonseca e Lopes, 2014). Os modelos de enfermagem são utilizados para promover o conhecimento e melhorar a prática, orientando a investigação e identificando objetivos da

prática de enfermagem (Perry&Potter, 1997). Desta forma, este trabalho tem por base a teoria de médio alcance de Lopes (2006) que se baseia na Teoria do Défice de autocuidado de Orem.

Uma das teorias mais citadas na enfermagem é a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Dorothea de Orem, desenvolvida entre 1959 e 1985, que incorpora o modelo de enfermagem proposto pela mesma. O autocuidado é o conceito central na TDAE.

Para Orem (2001), este pode ser definido como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal. Orem considera a TDAE uma teoria geral composta por três teorias inter-relacionadas, que são: Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Alligood M. 2002). Assim, quando o enfermeiro direciona as suas intervenções para os défices no autocuidado da pessoa, irá averiguar resultados positivos no desempenho das atividades instrumentais e de vida diária (Griffiths *et al.*, 2001) e, conseqüentemente, uma melhoria na qualidade de vida (Fonseca & Lopes, 2014).

As doenças do foro motor integram um grave problema de saúde não só pelo impacto na qualidade de vida da pessoa e família, mas também pelo contexto socioeconómico que produz na vida da própria pessoa e daqueles que a rodeiam. Constituem assim uma das causas mais incapacitantes que mais leva a uma procura dos cuidados de saúde.

O compromisso da capacidade funcional da pessoa tem complicações importantes para a família, comunidade, para o sistema de saúde e para a vida da própria pessoa, uma vez que a incapacidade ocasiona vulnerabilidade e dependência na velhice, cooperando para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas. Deste modo, a capacidade funcional aparece como um novo constituinte no modelo de saúde das pessoas (Ramos,LR. 2003),e particularmente útil no contexto do envelhecimento, porque envelhecer mantendo todas as suas funções não significa problema a pessoa ou sociedade, o problema inicia-se quando as funções começam a detiorar-se (Kalache A, et al .1987).

A incapacidade funcional pode ser definida como a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do quotidiano do ser humano e que normalmente são imprescindíveis para uma vida independente na comunidade (Yang y, et al. 2005). Por sua vez a capacidade funcional refere-se á capacidade para desempenhar as atividades de vida diárias ou para realizar determinado

ato sem necessidade de ajuda (Farinati, PTV.1997), indispensáveis para proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Considera-se fundamental a intervenção ao nível da reeducação funcional motora e sensorial para a recuperação da pessoa, tendo em vista a promoção do autocuidado, pois o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação “Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos.” (REGULAMENTO nº 125/2011).

É competência do EEER conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem individualizados, com o intuito de prevenir e promover diagnósticos precoces e preventivos, sendo um dos objetivos do presente trabalho, praticar estas competências com o intuito de cuidar e capacitar a pessoa “*com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida*” no contexto da prática de cuidados, maximizando as suas capacidades e funcionalidades (Regulamento n.º 125/2011), para este fim, é desenvolvido um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação estruturada e individualizada para pessoas idosas com comprometimento da execução dos seus autocuidados e com alterações do foro motor.

METODOLOGIA

O estudo apresentado é descritivo e exploratório, tendo por base a metodologia qualitativa do estudo de caso (método de estudos de caso múltiplos) de Robert Yin (2003) e a teoria de médio alcance de Lopes (2006) baseada na teoria do autocuidado de Orem.

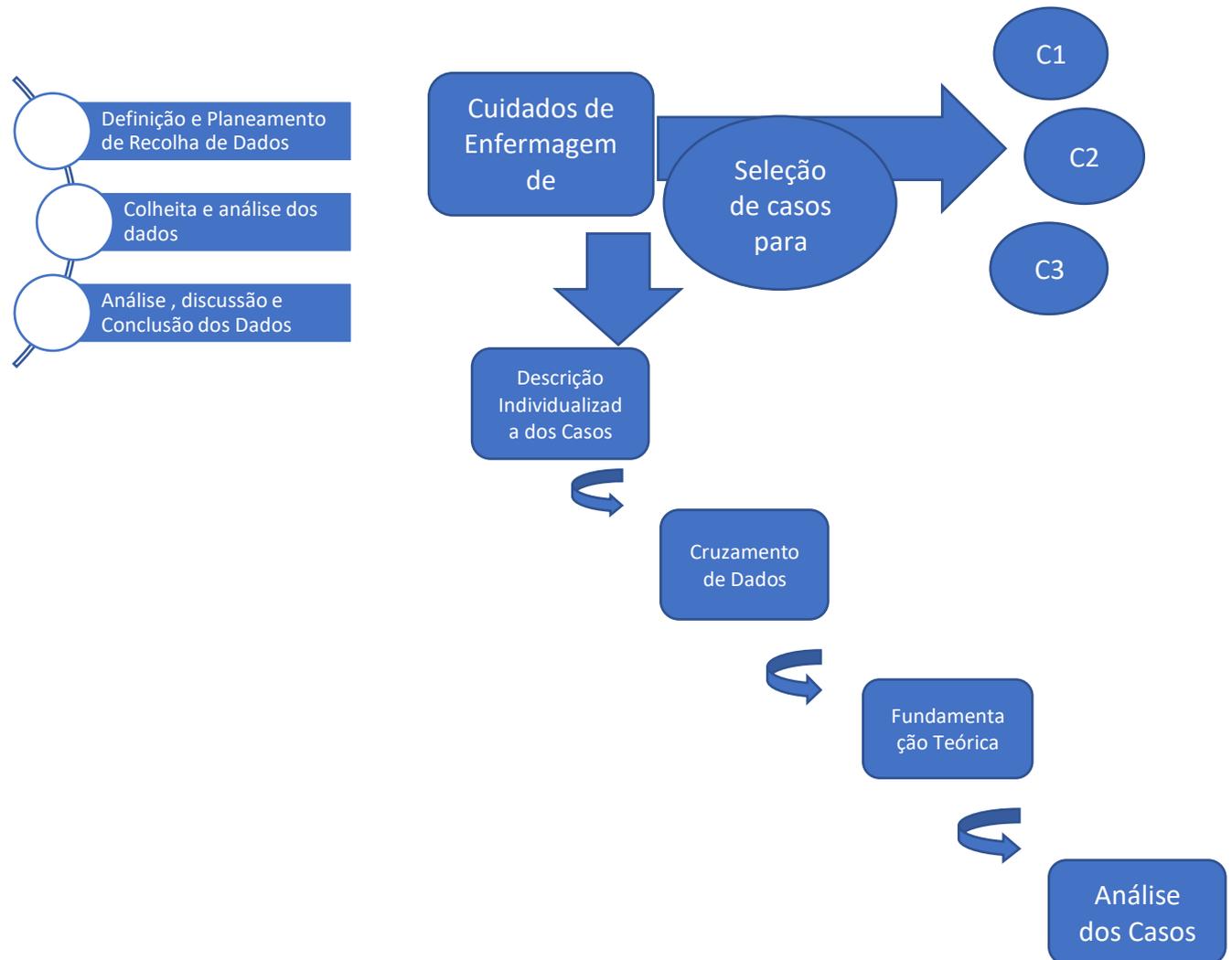
Seguindo a metodologia de Yin (2003) foram definidos e planeados os objetivos do trabalho, realizada a preparação e a colheita de dados e posteriormente feita a análise e conclusão decorrente desses achados. O método de estudo de caso encontra-se resumido na figura nº 1.

A teoria de médio alcance de Lopes (2006) e o modelo de autocuidados de Fonseca e Lopes (2014) complementam o estudo ajudando a perceber os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem que as intervenções de enfermagem de reabilitação trazem.

Tal como recomenda Lopes (2006), no processo de criação de uma relação terapêutica, que possibilite o desenvolvimento da confiança do doente e família em relação ao enfermeiro e aos cuidados prestados e, técnicas ensinadas e executadas, é efetuado um processo de avaliação diagnóstica e um processo de intervenção terapêutica de enfermagem. No processo de avaliação/reavaliação diagnóstica da situação, foram tidas em conta as perspetivas vivenciais, biomédicas e de ajuda do doente e família, sendo que o processo de intervenção

terapêutica de enfermagem abrangeu, não só as intervenções de enfermagem propriamente ditas, como a “interface destes com o grupo e a organização” (Lopes, 2006).

Figura nº 1 – Metodologia de Estudos de Casos múltiplos de Yin (2003)



O presente programa de intervenção decorreu entre 17 setembro e 25 de novembro de 2018, no âmbito do estágio de enfermagem de reabilitação – área motora no serviço de Unidade de Convalescença do Hospital do Espírito Santo Évora E.P.E, sendo a colheita de dados realizada neste espaço de tempo.

A colheita de dados é executada através da interação e observação do utente e família, tendo em conta o comportamento, atitude e perceções de cada individuo (Yin, 2003), dados

objetivos retirados da avaliação física, registos do processo do utente e exames complementares de diagnóstico (EAD) pertinentes.

Foram também aplicados os instrumentos de recolha de dados: Erderly Core Set (ENCS) (Fonseca e Lopes, 2014) e a Medida de Independência Funcional (MIF) (DGS, 2011).

Os instrumentos utilizados (ENCS e MIF) utilizam linguagem CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde) que é padronizada e permite descrever os domínios da saúde e estados de saúde (DGS, 2004).

O ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) foi escolhido por conter indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, tendo como objetivos, avaliar a funcionalidade da pessoa, as necessidades de enfermagem em vários contextos de cuidados e avaliar os resultados da aplicação de um programa de reabilitação.

A MIF (DGS, 2011) é um instrumento de avaliação funcional, que avalia a dependência ou independência funcional do indivíduo, permitindo quantificar as necessidades de intervenção do enfermeiro na execução dos autocuidados/desempenho da pessoa e mensurar os resultados das intervenções de enfermagem executadas.

A MIF foi elaborada para ser utilizada como uma escala de 7 (sete) níveis que representam os graus de funcionalidade, variando da independência à dependência, e traduz a carga de cuidados para a incapacidade em questão. A carga de cuidados revela o tempo e a energia requisitados para responder às necessidades de um indivíduo dependente e permite-lhe alcançar e suportar uma qualidade de vida satisfatória. Esta escala reflete a carga global de cuidados para a incapacidade em questão. A classificação de uma atividade em termos de dependência ou independência é baseada na necessidade de ser assistido ou não por outra pessoa e, se a ajuda é necessária, e em qual proporção (MIF, F. 1998). A MIF mede a incapacidade, não a deficiência. Ela tem por objetivo medir o que o indivíduo com incapacidade faz na realidade, não aquilo que ele deveria ou poderia fazer em circunstâncias diferentes. Importante ressaltar que a MIF não apresenta nenhuma restrição e é aplicável em todos os casos (Andressa B., et al 2008).

Fazem parte do estudo utentes internados no serviço de Unidade de Convalescença de HESE, com alterações do foro motor, com alguns défices de autocuidado e necessidades de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Foram selecionados três utentes que possuem as características que foram enumeradas anteriormente, sendo pois uma amostra propositada, que o investigador domina a população e as suas particularidades. Foram ao mesmo tempo selecionados atendendo à destreza e astúcia do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, que assistiu a todo processo, com base na sua experiência e conhecimentos na área. Atendendo assim, os critérios de seleção são: utentes idosos, internados no serviço de Unidade de Convalescença,

do foro motor e que exponham défice na execução dos autocuidados, tendo necessidade da aplicação de um plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação.

Desta forma executou-se uma caracterização sociodemográfica dos intervenientes seleccionados, que é apresentada no quadro 1. No sentido de preservar a privacidade dos utentes foram usados letras e números para os identificar (C1, C2, C3).

Quadro nº1- Caracterização sociodemográfica dos intervenientes

Estudos de caso	C1	C2	C3
Idade	76 anos	68 anos	76 anos
Género	Feminino	Feminino	Feminino
Nacionalidade	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa
Estado civil	Casada	Casada	Casada
Agregado Familiar	Vive com o esposo	Vive com o esposo	Vive com o esposo
Nível de Escolaridade	9ª ano	9ª ano	4ª classe
Profissão	Doméstica	Doméstica	Reformada (trabalhadora rural anteriormente)
Residência	Évora	Montemor-o-Novo	Stº António Capelins Alandroal

Através da análise sociodemográfica, avaliamos a média de idades em 73 anos. A população é portuguesa e do sexo feminino. Apresentam algum um nível de escolaridade médio, são maioritariamente domésticas, sendo apenas uma reformada (anteriormente trabalhadora rural).

RESULTADOS

Seguindo a primeira fase de Yin (2003), que preconiza a realização de uma descrição e reflexão do estudo de caso, são apresentados seguidamente os estudos de caso desenvolvidos:

Estudo de caso C1:

Utente do sexo feminino com 76 anos, raça caucasiana, vive com o marido, sendo previamente independente na realização de todas as AVDs. Trata-se de uma utente transferida do Hospital de S. José (HSJ) para o Hospital do Espírito Santo Évora (HESE).

Sofreu queda no domicílio da qual resultou traumatismo maxilo-facial, traumatismo crânio encefálico e traumatismo cervical. À entrada no serviço de urgência queixava-se de dor cervical e perda de força nos membros superiores e inferiores. Fez TAC cervical o qual revelou: fratura linear da apófise espinhosa de C5; listese C3-C4 grau1. Sem imagens de outras fraturas ou luxações. Em RM realizada no HSJ apresentava ligeiro foco de contusão e compressão. Após melhoria do caso foi-lhe dado alta para o domicílio com indicações de: analgesia, reabilitação fisioterapia e vigilância de sinais vitais. Por questões sociais a utente ficou no serviço de urgência do HESE. Tem como antecedentes pessoais: diabetes mellitus, anemia normocítica, bronquiectasias, apneia do sono com indicação para OLD que não tolera, colite ulcerosa do colon com ANA positivo, displasia gástrica, colestase ligeira, hérnia do hiato, doença venosa periférica, prótese do joelho á esquerda, simoidectomia por diverticulose, colecistectomia, apendicectomia, Oclusão intestinal por bridas, histerectomia vaginal e cataratas. É alérgica ao Nolotil. Posteriormente foi transferida para o serviço de Unidade de Convalescência onde realizou um plano de reabilitação que incidiu essencialmente na recuperação da força dos quatro membros e na marcha, tendo tido alta um mês depois com movimentos ativos em todos os seguimentos articulares, e a deambular com o auxílio de canadianas, para o domicílio.

Aplicados instrumentos ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e MIF (DGS, 2011) e identificados focos de enfermagem com necessidade de intervenção, apresentados nos quadros nº 2 e 3:

Quadro nº2 – ENCS* aplicado ao estudo de caso C1:

	Avaliação diagnóstica 17.09.2018	Após intervenção de ER 23.09.2018
Funcionalidade geral	Problema moderado (33%)	Problema ligeiro (18%)
Autocuidado	Problema moderado (48%)	Problema moderado (29)
Aprendizagem e funções mentais	Problema moderado (33%)	Problema ligeiro (13%)
Comunicar	Problema ligeiro (6%)	Não há problema (0%)
Relação com amigos e cuidadores	Problema moderado (33%)	Problema moderado (25%)

*São apresentados apenas os focos com alterações.

Quadro nº3 - MIF aplicada ao estudo de caso C1:

Datas de avaliação	1ª avaliação (diagnóstica) 17.09.2018	2ª avaliação (após intervenção de ER) 23.09.2018
Autocuidados	28	32
Controlo de esfíncteres	10	14
Mobilidade - transferências	7	17
Locomoção	11	12
<u>MIF motora</u>	56	75
Comunicação	14	14
Consciência do mundo exterior	19	20
<u>MIF cognitiva</u>	33	34
Total	89	109

Estudo de caso C2:

Utente do sexo feminino com 68 anos, raça caucasiana, vive com o marido, sendo previamente independente na realização de todas as AVDs. Recorre ao serviço de urgência do HESE por queda de própria altura com trauma direto da coxa esquerda, da qual resultou fratura da diáfise do fémur esquerdo. Utente encaminhada para o bloco operatório onde foi submetida a colocação de tração esquelética com 6 Kg no membro inferior esquerdo. Após cirurgia deu entrada no serviço de ortopedia onde colocaram tala de Braun, extremidades sem alterações neurocirculatórias aparentes. Após cerca de 12 dias foi novamente intervencionada no bloco operatório onde foi submetida a encavilhamento affixus do fémur esquerdo sem intercorrências. Iniciou plano de reabilitação, com levantes para o cadeirão, tinha indicação médica para não fazer carga no membro operado. Apresentava sutura operatória em vias de cicatrização, e suturas do local de inserção dos pinos da tração esquelética também em vias de cicatrização. Apresentava também edema da coxa sem outras alterações neurocirculatórias aparentes. Tinha como antecedentes pessoais: diabetes mellitus tipo2, patologia lombar degenerativa. Foi-lhe dada no serviço de ortopedia alta a aguardar resolução social, e posteriormente foi transferida para o serviço de Unidade de Convalescença, onde continuou o seu plano de reabilitação, tendo-lhe sido mais tarde indicação para realizar carga

virtual no membro operado. Apresentava limitação articular a nível da anca e joelho esquerdo. Deslocou-se enquanto internada em cadeira de rodas com apoio de terceiros. Teve alta para uma unidade de convalescença.

Aplicados instrumentos ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e MIF (DGS, 2011) e identificados focos de enfermagem com necessidade de intervenção, apresentados nos quadros nº 4 e 5 respetivamente:

Quadro nº4 – ENCS* aplicado ao estudo de caso C2:

	Avaliação diagnóstica 17.09.2018	Após intervenção de ER 27.09.2018
Funcionalidade geral	Problema moderado (34%)	Problema ligeiro (19%)
Autocuidado	Problema grave (52%)	Problema moderado (35%)
Aprendizagem e funções mentais	Problema moderado (33%)	Problema ligeiro (8,3%)
Comunicar	Problema ligeiro (13%)	Não há problema
Relação com os amigos e cuidadores	Problema moderado (25%)	Problema ligeiro (17)

*São apresentados apenas os focos com alterações.

Quadro nº5 - MIF aplicada ao estudo de caso C2:

Datas da avaliação	1ª avaliação (diagnóstica) 17.09.2018	2ª avaliação (após intervenção de ER) 27.09.2018
Autocuidados	23	25
Controlo de esfíncteres	14	14
Mobilidade-transferências	11	13
Locomoção	4	5
<u>MIF motora</u>	52	57
Comunicação	14	14
Consciência do mundo exterior	17	19
<u>MIF cognitiva</u>	31	33
Total	83	90

Estudo de caso C3:

Utente do sexo feminino com 76 anos, raça caucasiana, vive com o marido, sendo previamente independente na realização de todas as AVDs. Utente que recorreu ao serviço de urgência, tendo-lhe sido diagnosticado AVC isquémico. Foi transferida para o serviço de medicina, onde permaneceu até ser transferida para o serviço de Unidade de Convalescença, onde entrou com o diagnóstico de status pós AVC isquémico. Tem como antecedentes pessoais: hipertensão arterial, colecistectomia, síndrome vertiginoso. Foi-lhe delineado um plano de reabilitação que vá de encontro às necessidades da utente, tentando recuperar as suas capacidades remanescentes. Os resultados desta reabilitação não dependem apenas de um conjunto de técnicas, mas da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho que foi desenvolvido por toda a equipa, com o objetivo da resolução de problemas e da obtenção de ganhos em qualidade de vida e bem-estar. O Enfermeiro de reabilitação esteve sempre presente ao longo de todo o processo de recuperação, promovendo o papel ativo do doente e da sua família, favorecendo a parceria, participação e continuidade de cuidados no decorrer de todo o processo. A utente ao longo do internamento fez grandes progressos, pois começou a deambular em cadeira de rodas e em pouco tempo passou a deambular com auxílio de bengala, tinha apenas uma condicionante que era o seu síndrome vertiginoso que por vezes a impedia de andar sendo fundamental, a continuação da toma da medicação para esta patologia. Teve alta para o domicílio com o apoio de familiares.

Quadro nº6 ENCS* aplicado ao estudo de caso C3:

	Avaliação Diagnóstica 17.09.2018	Após intervenção de ER 27.09.2018
Funcionalidade geral	Problema moderado (40%)	Problema ligeiro (19%)
Autocuidado	Problema grave (54%)	Problema moderado (33%)
Aprendizagem e funções mentais	Problema moderado (42%)	Problema ligeiro (8%)
Comunicar	Problema ligeiro (13%)	Problema ligeiro (6%)
Relação com amigos e cuidadores	Problema moderado (33%)	Problema ligeiro (17%)

*São apresentados apenas os focos com alterações.

Quadro nº7 - MIF aplicada ao estudo de caso C3:

Datas da avaliação	1ª avaliação (diagnóstica) 17.09.2018	2ª avaliação (após intervenção de ER) 27.09.2018
Autocuidados	21	24
Controlo de esfíncteres	12	13
Mobilidade - transferências	11	14
Locomoção	7	8
<u>MIF motora</u>	51	59
Comunicação	14	14
Consciência do mundo exterior	15	17
<u>MIF cognitiva</u>	29	31
Total	80	90

Para todos estes estudos de caso aqui apresentados foram delineados e realizados, planos de reeducação funcional motora, sendo este o foco de intervenção que influi no défice de autocuidados (como por exemplo défice motor em grau elevado torna difícil a autonomia na execução dos autocuidados), encontrando-se os utentes empenhados e colaborantes.

DISCUSSÃO

Partindo do princípio de que o cuidar do corpo humano exige, inevitavelmente, um olhar para a dimensão total do ser, incluindo a sua essência existencial, torna-se indispensável, para nós enfermeiros de reabilitação, uma maior conscientização acerca do relevante papel que desempenhamos ao interferir no espaço de privacidade das pessoas dependentes das nossas intervenções, como aqueles que apresentam deficiência física (Machado WCA.2013). A Reabilitação é um processo dinâmico, orientado para a saúde, que assiste o utente que poderá estar incapacitado para atingir a sua funcionalidade quer física, mental, espiritual ou social. O processo de Reabilitação ajuda as pessoas a atingir uma qualidade de vida com vista á máxima independência (Brunner LS, et al. 1993). Os enfermeiros de reabilitação trabalham com os utentes para atingir o nível máximo de independência funcional e na realização das atividades de vida diária, promovendo o autocuidado, reforçando comportamentos de adaptação positiva (Hoeman,2000). Esta população com necessidades específicas, necessitam de cuidados igualmente específicos, aos quais a enfermagem de

reabilitação pode dar resposta e, dessa forma, cooperar para a obtenção de ganhos em saúde.

A enfermagem de Reabilitação “traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática”, incluindo unidades de internamento de agudos (Assembleia do colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018) e é neste contexto que este trabalho se desenvolve: utente, idoso com doença motora crónica e/ou aguda num contexto de internamento.

A Enfermagem de Reabilitação tem como alvo a pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo vital. Visa o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, o aumento da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações, evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas gerando ganhos em saúde (Assembleia do colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018).

A Enfermagem de reabilitação é considerada “uma Intervenção criativa para conseguir a máxima funcionalidade e a melhor qualidade de vida” (Hoeman, 2011), para tal no âmbito das suas intervenções usa técnicas específicas de reabilitação, prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) e intervém na educação dos utentes e pessoas significativas em todas as fases do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados, nomeadamente na preparação do regresso a casa, na continuidade de cuidados e na reintegração do utente no seio da comunidade, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social (OE, 2011).

A Enfermagem de Reabilitação, tem como objetivo a recuperação da pessoa que sofre doença súbita ou agudização de doença crónica, decorrendo desta situação um défice funcional aos níveis motor, cognitivo, cardiorrespiratório, etc. Assim, a meta da Enfermagem de Reabilitação é diagnosticar e intervir precocemente, promovendo a qualidade de vida, a funcionalidade, o autocuidado e prevenindo consequências decorrentes da incapacidade “gerando ganhos em saúde”. (Assembleia do colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018)

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, com um conhecimento num domínio específico de enfermagem, assume entre outras competências comuns a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 122/2011). O enfermeiro, com especialidade em reabilitação, precisa fazer emergir os elementos determinantes da qualidade dos seus cuidados, numa perspetiva de melhoria contínua. Estes ganhos podem ser mensuráveis através da aplicação de instrumentos.

E é inserido neste contexto que são expostos os dados obtidos: todos os utentes estudados evidenciavam, na avaliação inicial uma funcionalidade motora reduzida assim como uma execução com défices nos seus autocuidados relacionado com a sua patologia que os impediu de realizarem as suas tarefas.

Os resultados obtidos revelaram uma melhoria da funcionalidade motora, para além de uma melhoria dos seus autocuidados. Analisando informalmente, foi revelado por parte dos utentes um maior empenho para alcançar a maior independência possível, assim como uma melhor satisfação do utente e família, pelos incentivos dados.

Quadronº8 – Plano de intervenção de Enfermagem de Reeducação funcional motora:

Objetivos	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação
<p>•Melhorar o compromisso da postura e da marcha</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a reeducação funcional motora através de exercícios de amplitude de movimento articular assistidos, ativos assistidos, e por fim resistidos (flexão/extensão de todos os segmentos articulares, quer dos membros superiores quer dos inferiores) (estudo de caso C1). ▪ Avaliar a dispneia funcional (perceção do grau de esforço) (C1 e C3) ▪ Melhorar o compromisso da postura e da marcha (C1, C2, C3) ▪ Assistir a pessoa no treino de marcha ▪ Incentivar a doente a pôr-se de pé (C1, C3) ▪ Instruir a doente a pôr-se de pé ▪ Assistir a doente no treino sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé ▪ Supervisionar a doente a pôr-se de pé ▪ Avaliar conhecimento sobre a importância do auxiliar de marcha (C1,C3) ▪ Adequar o auxiliar de marcha ▪ Posicionar corretamente o auxiliar de marcha ▪ Incentivar para calçado adequado e ambiente seguro ▪ Colocar a utente em frente ao espelho quadriculado para correção da postura corporal (cintura escapular e cintura pélvica) ▪ Treino de postura corporal ▪ Promover a segurança para a marcha. Aumentar a base de sustentação
<p>•Avaliar a força muscular</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a força muscular através da Escala de Lower

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover o ganho de força muscular nos quatro membros através das mobilizações e exercícios executados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (C1) ▪ Executar um programa de Enfermagem de Reabilitação Funcional Motora diariamente às antes da higiene.
<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a conservação de energia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar potencial para melhorar a capacidade para usar técnicas de conservação de energia ▪ Instruir a consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios e da respiração diafragmática ▪ Ensinar, instruir e treinar sobre técnicas de conservação de energia (reeducar no esforço) (estudo de caso C1, C3)
<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar o equilíbrio dinâmico na posição de sentada e ortostática 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o equilíbrio da utente através da Escala de Berg ▪ Realizar os exercícios de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada (com as mãos apoiadas no colchão) ▪ Colocar a utente frente ao espelho quadriculado (no serviço só há espelho normal) para que esta tome consciência e corrija a sua postura corporal (cintura escapular e cintura pélvica) ▪ Realizar treino de ortostatismo ▪ Realizar exercícios de equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática ▪ Incentivar a doente a caminhar em linha reta (estrategicamente colocada no solo) (C1, C2)

<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir conhecimentos sobre os cuidados no pós-operatório de um encavilhamento affixus 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar os conhecimentos da utente sobre os cuidados no pós-operatório de um encavilhamento affixus ▪ Instruir sobre o posicionamento no leito no pós-operatório, devendo permanecer em decúbito dorsal com o membro operado sob almofada com a finalidade de diminuir o edema das extremidades. ▪ Sobre levantar do leito (levantar sem carga no membro operado por indicação médica)): <ul style="list-style-type: none"> - Usar dispositivo de mobilização da cama (trapézio) para elevar a pélvis e o tronco; - Progredir até à beira da cama (sair da cama de preferência pelo lado que a utente sai no domicílio) - Elevar ligeiramente a cabeceira - Posicionar os membros inferiores para fora da cama e rodar o corpo com o auxílio do trapézio - Colocar a cadeira de rodas junto á parte superior da cama, colocar as mãos nos apoios de braços da cadeira, levantando-se a apoiar-se no pé são, e com a ajuda dos membros superiores sentar-se na cadeira ▪ Ensinar ainda que no pós-operatório deverá: <ul style="list-style-type: none"> - Planear momentos de repouso entre as atividades de vida diária e instrumentais - Usar as articulações mais fortes, nomeadamente as do membro contralateral ao membro operado, e as articulações dos membros superiores. (C2)
<ul style="list-style-type: none"> • Diminuir e controlar o edema do membro operado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a extensão do edema ▪ Aplicar crioterapia local (gelo) 3 vezes ao dia no membro inferior esquerdo, com a finalidade de reduzir o edema ▪ Realizar massagem terapêutica ▪ Promover repouso no leito por períodos (C2)

<ul style="list-style-type: none"> • Promover a independência do utente nas AVDs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Treino de AVD's <ul style="list-style-type: none"> - Higiene pessoal e vestuário - Treino de vestir e despir: estratégias adaptativas - Manutenção de um ambiente seguro - Comunicação - Alimentação - Respiração - Eliminação - Mobilidade - Controlo da temperatura corporal
---	--

O conceito “funcionalidade” engloba todas as funções do corpo, atividades e participação, enquanto o conceito “incapacidade” inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação (Organização Mundial de Saúde, 2004). Na aplicação deste plano foram tidos em conta “os quatro princípios do condicionamento fisiológico” (Delisa *et al*, citada por Cordeiro & Menoita (2012)): o princípio da variação individual (o plano foi individualizado a cada indivíduo e ajustado consoante a sua resposta, por exemplo introdução de pausas com a duração que o utente necessitar), o princípio da especificidade (é tido em conta, que cada exercício resulta num ajuste metabólico e fisiológico que origina um efeito de treino), o princípio da sobrecarga (aplicados exercícios que requerem um esforço maior do que aquele que o utente normalmente realiza) e o princípio da reversibilidade (atendendo a que os resultados do treino só se mantêm se forem continuados, os utentes são estimulados á realização dos exercícios duas vezes por dia, com a finalidade de serem continuados após a alta, segundo a avaliação do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação).

Quadro nº 9 – Ganhos obtidos na aplicação de um plano estruturado de Enfermagem de Reabilitação:

Instrumento ENCS			Ganhos
Estudos de caso	Avaliação inicial - diagnóstica	Avaliação final (após intervenção)	
C1	<p>Funcionalidade geral: 33%</p> <p>Áreas de Intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado: 48% • Aprendizagem e funções mentais: 33,3% • Comunicar: 6,2% • Relação com os amigos e cuidadores: 33,3% 	<p>Funcionalidade geral: 18%</p> <p>Áreas de Intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado: 29% • Aprendizagem e funções mentais: 13% • Comunicar: 0% • Relação com os amigos e cuidadores: 25% 	15%
C2	<p>Funcionalidade geral: 34%</p> <p>Áreas de Intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado: 52% • Aprendizagem e funções mentais: 33% • Comunicar: 13% • Relação com os amigos e cuidadores: 25% 	<p>Funcionalidade geral: 19%</p> <p>Áreas de Intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado: 35% • Aprendizagem e funções mentais: 8% • Comunicar: 0% • Relação com os amigos e cuidadores: 17% 	15%
C3	<p>Funcionalidade geral: 40%</p> <p>Áreas de Intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado: 54% • Aprendizagem e funções mentais: 42% • Comunicar: 13% • Relação com os amigos e cuidadores: 33% 	<p>Funcionalidade geral: 19%</p> <p>Áreas de Intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado: 33% • Aprendizagem e funções mentais: 8% • Comunicar: 6% • Relação com os amigos e cuidadores: 17% 	21%

Média global de funcionalidade	37%	17%	20%
MIF			
C1	89	109	20
C2	83	90	7
C3	80	90	10
Média de scores	84	96	12

Conclusão

Segundo os dados previamente apresentados, chegamos á conclusão que, pela execução de um plano estruturado de intervenção de Enfermagem de Reabilitação, se alcançam ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem, particularmente, a nível da funcionalidade geral (mensuração de 17% de ganho pelo instrumento ENCS e 12 pela MIF), do autocuidado (em que se verifica um aumento de 21% na capacitação da pessoa, passando de um problema grave para um problema moderado ou ligeiro), da aprendizagem e funções mentais (melhoria de 20%

pelo instrumento ENCS no estudo de caso C1), do controlo sintomático (uma vez que se verifica melhoria da postura e da marcha assim como do equilíbrio e da satisfação da pessoa e família, manifestada verbalmente e pela observação informal. Pode também concluir-se que os maiores ganhos se verificam na aprendizagem e funções mentais, que se apresenta como um problema moderado, inicialmente, e onde incidiu, maioritariamente, a intervenção de Enfermagem de Reabilitação.

Considerando que os utentes possam dar continuidade a este plano, pode conduzir também a uma menor procura de cuidados de saúde, e como consequência a uma diminuição dos gastos em saúde, uma vez que se o utente controlar a sua doença, lhe vai conduzir ao autocontrolo dos sintomas, que por sua vez lhe proporciona uma melhor qualidade de vida e a uma potencial integração facilitada na sociedade.

Com a realização deste trabalho, confirmam-se as competências específicas do EEER (Regulamento n.º 125/2011, 2011), pois através da elaboração de um plano organizado e

individualizado de Enfermagem de Reabilitação, cuidam-se pessoas com necessidades (neste estudo com déficit no autocuidado, alterações de funcionalidade e do foro motor e neurológico), ao longo do ciclo de vida (neste estudo - idosos), em todos os contextos da prática de cuidados (internamento de utentes do foro motor e um utente do foro neurológico), certificando-se, após implementação do plano, a capacitação da pessoa com limitação da atividade, a progressão da maximização da funcionalidade e das capacidades da pessoa, difundindo a sua reinserção e exercício da cidadania

Logo, os resultados obtidos certificam a importância da intervenção da Enfermagem de Reabilitação e da implementação de planos de intervenção de cuidados de reabilitação organizados, que se exprimem em resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem e em consecutivos ganhos para a pessoa e família, seja em meio hospitalar, seja na comunidade em que se insere.

Referências Bibliográficas

- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2002). Significance of theory for nursing as a discipline and profession. *Nursing theorists and their work*, 5, 14-31.
- Andressa Benvenuti Benvegnu1, L. A. (2008). Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com seqüelas de acidente vascular encefálico (AVE). *Revista Ciência & Saúde. Porto Alegre*, p. 71-77.
- Assembleia do colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2018). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.
- Brunner LS, Suddarth DS. Princípios e práticas de reabilitação. In: Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddart: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1993. p. 181-207
- Farinati PTV. Avaliação da autonomia do idoso: definição de critérios para uma abordagem positiva a partir de um modelo de interação saúde-autonomia. *Arq Geriatr Gerontol* 1997; 1:1readaption. pp. 1-23.

- Fonseca, C.; Lopes, M. (2014). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidade de cuidados de enfermagem*. Universidade de Lisboa.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2017).
- Goebel, J. (2008). *Practical management of the dizzy patient*
- Griffiths, P., Harris, R., Richardson, G., Hallett, N., Heard, S., & Wilson-Barnett, J. (2001). *Substitution of a nursing-led inpatient unit for acute services: randomized controlled trial of outcomes and cost of nursing-led intermediate care*. *Age & Ageing*, 30(6).
- Hoeman, Shirley P. (2011) – *Enfermagem de Reabilitação - Aplicação e Processo*. Loures: Lusociência: ISBN:972-8383-13-4
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. 2ª Ed. Loures: Lusociência
- Machado WCA. O papel do enfermeiro no cuidar de clientes portadores de deficiência. [online]. São Paulo: Entre Amigos – Rede de Informações sobre Deficiência; [s.d.]. Disponível em <<http://www.entreamigos.com.br/textos/reabili/opapel.html>>(19 jan. 2003)
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. 22 de Outubro de 2011
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª ed). St.Louis: Mosby.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. 22 de Outubro de 2011
- Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:793-7.
- Regulamento n.º 125/2011 (2011). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. DR 2.ª série n.º 35 de 18 de fevereiro.
- Regulamento n.º 122/2011. D. R. II Série. 35 (11-02-18) 8648-8653.

- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Kalache, A., Veras, R. P., & Ramos, L. R. (1987). O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, 21, 200-210.
- Yang Y, George LK. Functional disability, disability transitions, and depressive symptoms in late life. *J Aging Health* 2005; 17:263-92.