

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

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

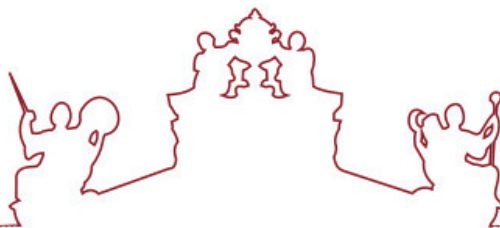
Relatório de Estágio

**O ensino e treino em doentes com défice no autocuidado
marcha, por situação aguda do foro ortopédico e
neurotraumático: uma perspetiva dos cuidados de
enfermagem de reabilitação**

Tiago José dos Santos

Orientador(es) | Eugénia Nunes Grilo

Évora 2024



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

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

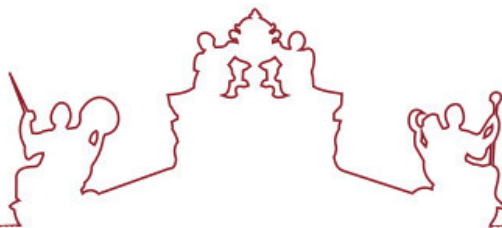
Relatório de Estágio

**O ensino e treino em doentes com défice no autocuidado
marcha, por situação aguda do foro ortopédico e
neurotraumático: uma perspetiva dos cuidados de
enfermagem de reabilitação**

Tiago José dos Santos

Orientador(es) | Eugénia Nunes Grilo

Évora 2024



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

Presidente | Maria Ruivo (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Lúcia da Silva João (Universidade de Évora)
Eugénia Nunes Grilo (Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias) (Orientador)
Rogério Manuel Ferrinho Ferreira (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde) (Arguente)

É preciso ser alguma coisa para fazer
alguma coisa.

Goethe

AGRADECIMENTOS

Expresso os meus agradecimentos a todos quantos contribuíram para a elaboração deste Relatório.

À minha orientadora, Professora Doutora Eugénia Grilo, um agradecimento especial por todos os ensinamentos prestados, disponibilidade no esclarecimento de dúvidas, bibliografia facultada. Não posso deixar de agradecer ainda a revisão crítica do relatório e apoio nos vários trabalhos realizados.

Às minhas orientadoras dos estágios, Sra. Enfermeira Especialista Rita Monteiro e Sr. Enfermeiro Especialista Mário Costa, agradeço a partilha de sugestões e conhecimentos a nível de procedimentos tanto práticos como teóricos.

À Instituição de Saúde no sul do país, aos enfermeiros em cujas equipas fui integrado, o meu muito obrigado pelos conhecimentos partilhados.

Quero também agradecer à Universidade de Évora e às Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre e Setúbal, pelo acompanhamento prestado ao longo deste período.

Para finalizar aos meus pais e irmão, pelo apoio e incentivo dado, expresso a minha sincera gratidão.

RESUMO

O Relatório de Estágio descreve as atividades desenvolvidas no estágio final analisando de forma crítica e reflexiva as experiências de aprendizagem, a aquisição e o desenvolvimento das competências de enfermagem e de mestre.

Considerando a problemática do autocuidado andar comprometido como um fator gerador de dependência, foi desenvolvido um programa de cuidados de enfermagem de reabilitação especificamente para as pessoas em situação pós aguda do foro ortopédico e neurotraumático com alteração no autocuidado marcha.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação assumem um papel marcado na reabilitação da mobilidade dos doentes com limitações no autocuidado marcha, que se vêm dependentes e apresentam maior risco de queda, de imobilidade e de isolamento social, prestando cuidados, informação, formação e apoio aos doentes e às suas famílias, que requerem cuidados em todos os contextos da prática clínica.

Este trabalho visou analisar os contributos das intervenções de enfermagem reabilitação na capacitação para o autocuidado marcha da pessoa tendo-se evidenciado a melhoria na mobilidade e da realização das atividades de vida diária e, conseqüentemente, na independência funcional nos doentes que integraram o programa de intervenção.

Palavras-chave: Autocuidado; Educação; Enfermagem; Programa de cuidados; Reabilitação.

ABSTRACT

Teaching and training in patients with gait self-care deficit due to acute orthopedic and neurotraumatic conditions: a rehabilitation nursing care perspective.

The Internship Report describes the activities carried out during the final internship, critically and reflectively analyzing the learning experiences, the acquisition and development of nursing and master's skills.

Considering the problem of impaired self-care in walking as a factor that leads to dependency, a rehabilitation nursing care program was developed for people in post-acute orthopedic and neurotraumatic situations with impaired self-care in walking.

Rehabilitation nursing care plays a significant role in rehabilitating the mobility of patients with limitations in self-care such as walking, who are dependent and at greater risk of falls, immobility and social isolation, providing care, information, training and support to patients and their families, who require care in all contexts of clinical practice.

The aim of this study was to analyze the contributions of rehabilitation nursing interventions in training people for self-care, and it showed an improvement in mobility and in carrying out activities of daily living and, consequently, in the functional independence of the patients who took part in the intervention program.

Keywords: Self-care; Education; Nursing; Care program; Rehabilitation.

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

- APA – *American Psychological Association*
- ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária
- AVD's – Atividades de Vida Diária
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- DGS – Direção-Geral da Saúde
- EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
- ER – Enfermagem de Reabilitação
- FC – Frequência Cardíaca
- FR – Frequência Respiratória
- MMSE – *Mini Mental State Examination*
- MRC – Escala da *Medical Research Council modificada*
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- PCER – Programa de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação
- SCD/E – Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- SpO2 – Saturação de Oxigénio Periférico
- TA – Tensão Arterial

ÍNDICE GERAL

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS	7
ÍNDICE DE FIGURAS	10
ÍNDICE DE QUADROS	11
ÍNDICE DE GRÁFICOS	12
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I – APRECIÇÃO DO CONTEXTO	16
1.1. Caracterização do Contexto de Estágio	16
1.2. Caracterização da População e da Prestação de Cuidados	18
1.3. Análise do Envolvimento	22
1.4. Problemática e Definição de Objetivos	23
CAPÍTULO II – PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	26
2.1. Fundamentação Teórica	26
2.1.1. A marcha e a marcha comprometida	26
2.1.2. Autocuidado	29
2.1.3. Os cuidados de enfermagem da reabilitação ao doente com andar comprometido	31
2.1.4. Planeamento das intervenções de enfermagem de reabilitação	34
2.2. Procedimentos Metodológicos	41
2.2.1. Estudo de casos múltiplos	41
2.2.2. Recolha de informação e instrumentos de avaliação	41
2.2.3. Procedimentos éticos e legais	43
2.3. Resultados dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	44
2.3.1. Descrição dos casos	47
2.3.2. Síntese dos casos	52
2.4. Discussão de Resultados	57
CAPÍTULO III – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	61
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	61

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	64
3.3. Competências de Mestre	66
CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
APÊNDICES	I
Apêndice I – Formulário de registo de colheita de dados	II
Apêndice II – Formulário de registo de sessão de cuidados de enfermagem de reabilitação	III
Apêndice III – Consentimento informado, livre e esclarecido para participar em investigação	IV
Apêndice IV – <i>Poster científico</i>	VI
ANEXOS	VII
Anexo I – <i>Mini Mental State Examination</i> [MMSE]	VIII
Anexo II – Índice de <i>Barthel</i>	X
Anexo III – Escala numérica para avaliação da dor	XI
Anexo IV – Escala de força muscular: escala <i>Medical Research Council Muscle Scale</i> [MRC]	XII
Anexo V – Parecer da Instituição onde decorreu a implementação	XIII

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fases do ciclo normal de marcha.	28
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

- Quadro 1.** Diagnósticos e planeamento das intervenções de enfermagem de acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. 36
- Quadro 2.** Caracterização dos participantes a nível sociodemográfico e clínico. 46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição do número total de participantes incluídos no estudo de acordo com a idade.	44
Gráfico 2. Distribuição dos participantes de acordo com a avaliação da capacidade cognitiva.	53
Gráfico 3. Desempenho dos doentes nas AVD's na avaliação inicial.	54
Gráfico 4. Desempenho dos doentes nas AVD's na avaliação final.	55
Gráfico 5. Distribuição dos participantes de acordo com a avaliação da presença de dor.	56
Gráfico 6. Avaliação da força muscular no membro afetado com recurso à Escala MSC.	56

INTRODUÇÃO

A realização de um Relatório de Estágio foi proposta no âmbito do 5.º Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Reabilitação, em Associação pela Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora e pelas Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre e Setúbal (ano letivo de 2020/2021).

A reabilitação é definida como um processo contínuo com um conjunto de etapas dirigidas aos doentes ao longo de toda a vida e que engloba uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, doente, família e cuidadores com o objetivo de recuperar/desenvolver as capacidades perdidas aumentando o nível de independência (Santos, 2017).

O défice na marcha condiciona a autonomia, implicando dependência e portanto restrições nas atividades de vida diária [AVD's] (Santos, 2017). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação [EEER] confrontado com situações de declínio de funcionalidade e conseqüente aumento da dependência e incapacidade em realizar atividades do quotidiano deve contribuir para a melhoria contínua da qualidade de cuidados de enfermagem que permitam uma resposta eficaz para os problemas identificados (Sousa & Carvalho, 2017). Tornam-se assim primordiais os cuidados de ER na reabilitação funcional motora no sentido de desenvolver a autonomia e independência possíveis, de acordo com as limitações dos doentes (Santos, 2017).

Conforme sublinha Koç (2012), os enfermeiros de reabilitação criam um processo criativo e dinâmico com a pessoa que apoia a "capacidade funcional" do indivíduo, nomeadamente a interação dinâmica entre este e o ambiente. Desempenham um papel fundamental na ajuda aos doentes iniciando a reabilitação do doente, para a sua nova vida, reorganizando o processo de manutenção do indivíduo ou prestando um cuidado protetor imediato aquando de uma doença ou de um acidente, prestando cuidados, formação e apoio tanto aos doentes como às suas famílias (Koç, 2012).

De modo a promover a reinserção social, familiar e profissional dos doentes com défice no autocuidado marcha, por situação aguda do foro ortopédico e neurotraumático, devem ser implementados ensinamentos e treinos de enfermagem de reabilitação [ER] que visem a sua adaptação às limitações da mobilidade e a promoção da maximização da

autonomia no exercício dos autocuidados, obtendo-se ganhos em saúde (Sousa & Carvalho, 2017).

Objetivou-se com a elaboração do Relatório de Estágio refletir sobre o processo de aquisição de competências de enfermeiro especialista e de mestre e descrever os benefícios de um programa de cuidados de enfermagem de reabilitação [PCER] na capacitação para o autocuidado marcha nos doentes do foro ortopédico e/ou neurotraumático em contexto de internamento hospitalar. Procurou-se que os doentes se tornassem o mais independentes possível na realização das suas AVD's, através da sua capacitação dos doentes para o autocuidado (Regulamento nº 350/2015, de 22 de Junho da OE) com foco na recuperação global e na marcha eficaz.

A mobilidade reduzida é um fator modificável e, segundo McCullagh et al. (2020), são necessários 900 passos ou mais por dia para prevenir o declínio funcional e a atividade caminhar diariamente fora do quarto está associada a uma redução de 1,5 dias de internamento, mesmo quando ajustado à idade, ao estado físico, funcional e cognitivo, e à gravidade da doença. Por outro lado, a incapacidade de caminhar fora do quarto tem sido associada a um risco quatro vezes maior de declínio funcional. Contudo e de acordo com os mesmos autores, o incentivo à mobilidade é frequentemente negligenciado pelos enfermeiros, justificado pelos dispositivos de assistência, dispositivos médicos ou tratamentos como os fluidos intravenosos, a oxigenoterapia, mas também o medo de cair por parte dos doentes (McCullagh et al., 2020).

O contexto escolhido para a realização do estágio final foi um serviço de ortopedia/neurologia de um hospital no sul do país, que se evidenciou como um serviço exigente e as áreas de interesse pessoal e por isso foi em doentes do foro ortopédico/neurológico que foi implementado o projeto de intervenção.

Relativamente à organização do trabalho escrito, será dividido em três capítulos.

No Capítulo I serão abordados os conceitos de reabilitação, cuidados de ER e qualidade em saúde. Caracterizou-se ainda o ambiente onde decorreu o estágio e foi feita uma análise da produção de cuidados, que espelha os cuidados realizados e serviu de base de orientação para a problemática/temática em estudo.

O Capítulo II é relativo ao corpo do projeto, onde foi descrito o plano e os métodos de trabalho e foram identificados os objetivos, as atividades desenvolvidas e os resultados das mesmas nos doentes, tendo em consideração a aquisição e o desenvolvimento das competências do EEER.

O Capítulo III reflete as atividades desenvolvidas e enumera as competências adquiridas e desenvolvidas, nomeadamente as Competências Comuns do Enfermeiro

Especialista, as Competências Específicas do EEER e ainda as Competências de Mestre. Por último, serão explanadas as conclusões.

O presente trabalho foi elaborado em conformidade com o novo acordo ortográfico português, tendo-se utilizado as normas preconizadas na 7ª edição do Manual de Publicação da *American Psychological Association* [APA] (APA, 2020).

CAPÍTULO I – APRECIÇÃO DO CONTEXTO

A instituição escolhida para desenvolver o estágio final, conforme referido anteriormente, situa-se no sul do país e está integrada no Serviço Nacional de Saúde [SNS], constituindo-se como uma entidade pública empresarial que proporciona cuidados de saúde especializados de forma equitativa, universal e diferenciada a cerca de os 450.000 habitantes dos 16 concelhos do Algarve, como também aos visitantes desta região (Ministério da Saúde, 2023a).

Inclui várias unidades hospitalares que integram diferentes valências desde a urgência básica aos serviços de medicina física e de reabilitação. Deste modo, responsabiliza-se tanto pela prestação de cuidados de saúde diferenciados na região, como pelo apoio à formação pré, pós-graduada e contínua na área da saúde (Ministério da Saúde, 2023b).

A Instituição de Saúde em apreço permite a equidade e universalidade do acesso da população aos cuidados de saúde, dado que está munido de bons recursos técnicos e terapêuticos, aliados a profissionais competentes e experientes. Esta Instituição Hospitalar tem um papel relevante no desenvolvimento de atividades de formação e de investigação, assim como no ensino pré e pós-graduado (Ministério da Saúde, 2023b).

1.1. Caracterização do Contexto de Estágio

Tendo em conta que um dos objetivos do Relatório é a aquisição e desenvolvimento das competências referidas de EEER, procurou-se escolher um Centro Hospitalar que, em princípio, garantisse uma boa casuística. Nesse sentido, optou-se por essa Instituição de Saúde, pois, segundo o relatório de contas relativo ao ano de 2021, a taxa de ocupação média global para os doentes agudos manteve-se em relação ao ano de 2020, apesar das estruturas contingenciais implementadas face às consequências da pandemia por COVID-19. Contabilizou-se uma taxa de ocupação de 91,3% e de 210% e uma média do número de dias de internamento nas especialidades de ortopedia e de neurologia em 2021, de 14 dias e de 12 dias, respetivamente. Nesse Relatório apurou-se que, comparativamente ao ano de 2020, aumento de doentes saídos e a manutenção da taxa de ocupação foram acompanhados de uma redução do tempo médio de estadia em internamento dos doentes, levando a um incremento da rotatividade das camas hospitalares dedicadas a internamento de agudos. Relativamente à capacidade de

resposta cirúrgica, o relatório contabilizou ainda um total de 2.451 cirurgias ortopédicas, o que equivale a 15,6% do total de cirurgias realizadas no bloco operatório.

O serviço de ortopedia/Neurologia da Instituição Hospitalar no sul do País tem capacidade para acolher 41 doentes em 13 enfermarias com três camas cada, destinadas a doentes do foro ortopédico e/ou neurológico.

Em termos de recursos humanos, esta unidade de cuidados integra uma equipa multidisciplinar, em particular: uma enfermeira-chefe especialista em gestão desempenha funções de coordenação, duas EEER, com um rácio diário de 6 a 13 doentes; 30 enfermeiros de cuidados gerais; médicos especialistas em ortopedia e em neurocirurgia; dois fisioterapeutas (presentes de segunda a sexta-feira); 14 assistentes operacionais e uma administrativa.

No que diz respeito aos recursos materiais do serviço de ortopedia/neurologia, as enfermarias são constituídas por camas, mesas-de-cabeceira, armários de parede, cadeiras, cadeirões, um lavatório, superfícies de apoio e um contentor de resíduos. Em relação a recursos específicos destinados a doentes com grau diverso de dependência, também designados por produtos de apoio, esta unidade de cuidados possui os seguintes equipamentos e dispositivos auxiliares: canadianas; cadeiras de rodas; andarilhos; faixas elásticas; tábua de transferências; rolos de cartão para elevação de braços; inspirómetros; artromotores para a mobilização passiva do joelho; colares cervicais; coletes dorsolombostato e um insuflador-exsuflador mecânico *CoughAssist*.

Nesta unidade de cuidados o planeamento/avaliação dos cuidados surgia a partir de uma abordagem multidisciplinar, que abrangia quer os doentes quer a família e/ou prestador de cuidados, incentivando ao desenvolvimento dos autocuidados e da funcionalidade dos doentes e ainda a sua sociabilização.

1.2. Caracterização da População e da Prestação de Cuidados

Os doentes que estão internadas no serviço onde foi realizado o estágio apresentam maioritariamente patologias do aparelho ortotraumatológico, que incluem a patologia músculo-esquelética e a traumática.

São admitidos doentes que apresentam mais frequentemente patologias traumáticas, nomeadamente fraturas a nível dos membros superiores, da coluna vertebral e, maioritariamente, nos membros inferiores (fraturas trocântéricas; da tíbia e perónio), decorrentes de acidentes de viação ou, mais frequentemente, de acidentes domésticos. Constatou-se, portanto, que a maioria das cirurgias são de urgência/emergência comparativamente às cirurgias programadas.

Quanto aos doentes com patologia músculo-esquelética, neste contexto são sobretudo doentes com osteoartrose na anca/coxartrose, principalmente no sexo feminino. Esta doença articular degenerativa é considerada como a patologia músculo-esquelética mais frequente a nível mundial, cuja prevalência é superior no sexo feminino e nas pessoas mais idosas (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2004).

No que concerne os doentes alvo dos cuidados prestados no serviço, presenciou-se a patologia traumática em adultos mas, tendencialmente, na população mais envelhecida, dependente nas AVD's e com maior risco de queda (Baixinho, 2011).

Nos doentes adultos, do sexo masculino, a patologia traumática foi a mais frequente, com fraturas a nível dos membros superiores e membros inferiores, decorrentes de acidentes de viação ou de trabalho. Nas pessoas do sexo feminino, constatou-se um predomínio de fraturas e ao nível da anca e da extremidade proximal do fémur, decorrentes de acidentes domésticos. De acordo com a DGS, a prevalência da fratura da extremidade proximal do fémur no sexo feminino é superior numa relação de 3:13, resultante de um traumatismo mínimo/moderado sobre o osso fragilizado, conseqüente, na maioria das vezes, de uma queda (DGS, 2003a).

Nos doentes idosos, a patologia traumática mais frequente foi a fratura trocântérica, cuja incidência é maior em doentes com mais de 70 anos e no sexo feminino (Baixinho, 2011; DGS, 2003a), estando relacionadas com fatores de risco, tais como doenças prévias associadas (Mesquita et al., 2009), doenças que afetam o metabolismo ósseo (ex.: osteoporose e osteopenia), formação de colagénio, remodelação óssea e fármacos (ex.: bisfosfonatos e glucocorticoides) (Brennan et al., 2019).

Os doentes dessa faixa etária apresentam frequentemente vários antecedentes que podem levar a maior incapacidade funcional e dependência sendo por isso doentes que

se constituem como desafios da equipa multidisciplinar, em particular para os EEER (Teixeira et al., 2021).

Do ponto de vista dos problemas de enfermagem, são sobretudo os relacionados com patologias do foro ortotraumatológico, apresentando mais frequentemente os seguintes os diagnósticos de enfermagem (Teixeira et al., 2021 e Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015):

- Mobilidade comprometida;
- Movimento muscular e articular comprometidos;
- Dor músculo-esquelética presente;
- Intolerância à atividade devido a repouso prolongado ou imobilidade;
- Capacidade para os autocuidados andar com auxiliar de marcha; vestir-se, transferir-se, uso do sanitário e higiene; sentar-se e transferir-se comprometidos;
- Capacidade de utilização dos meios auxiliares de marcha diminuída;
- Risco de queda presente.

Alguns fatores, tais como os atributos específicos dos doentes, as expectativas antes da cirurgia, a dor pré-operatória, as comorbilidades (Van Onsem et al., 2018; Lewis et al., 2015; Gunaratne et al., 2017), as características psicológicas (Lin et al., 2020; Lewis et al., 2015; Judge et al., 2012), os indicadores socioeconómicos (Judge et al., 2012) influenciam a melhoria dos parâmetros funcionais e o grau de satisfação do mesmo.

A dor pode contribuir para o compromisso nas AVD's e os problemas relacionados com a mobilidade (Eggermont et al., 2014).

Os autocuidados vestir-se, uso do sanitário e tomar banho comprometidos podem ser devidos exclusivamente a uma fraca mobilidade (Talley et al., 2014).

Certos estados psicológicos como a depressão podem levar a uma redução da motivação e da adesão ao programa de reabilitação e potencialmente resultar num fardo para o prestador de cuidados (Lin et al., 2020). O medo de cair pode também interferir com a vontade dos doentes de completarem algumas AVD's. Por tudo isto, devem-se avaliar os doentes e assim determinar o motivo de recusa de cuidados e abordar esses receios e finalmente intervir no sentido de inculcar confiança nos doentes para realizarem a tarefa pois, por exemplo, os doentes com demência podem não compreender porque estão a ser confrontadas e podem não ser capazes de verbalizar as suas razões de recusa de cuidados (Mlinac & Feng, 2016).

Por outro lado e conforme demonstraram Souza Oliveira-Kumakura et al. (2019) no seu estudo correlacional, melhores perfis socioeconómico e educacionais revelam-se fatores protetores para a funcionalidade.

A adesão ao regime terapêutico comprometida e o conhecimento não demonstrado sobre o processo patológico e sobre cuidados de segurança também se constituem como potenciais diagnósticos de enfermagem que dependerão de fatores tais como o perfil socioeconómico e educacional e o estado mental dos doentes.

A partir destes diagnósticos de ER deverão ser estabelecidos planos de intervenção específicos para cada doente, suscetíveis de facilitar a transição saúde/doença. Posteriormente, através da avaliação dos resultados das intervenções implementadas poder-se-á promover a melhoria da informação para a tomada de decisão no processo de cuidar (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro), otimizando assim todos os recursos disponíveis (Regulamento n.º 350/2015 de 22 de junho da OE:16659) e a melhoria da qualidade dos cuidados. Para tal será crucial na prestação de cuidados de ER uma abordagem holística que assegure a inclusão dos doentes junto da família e sociedade no processo saúde/doença para poder haver ganhos em saúde e para assegurar a continuidade e qualidade dos cuidados.

No que respeita à forma como os cuidados de enfermagem estão organizados, todos os serviços desta unidade de saúde registam os cuidados prestados aos doentes diariamente no sistema informático SClínico® - versão SClínico Hospitalar. Trata-se de uma aplicação informática que usa como referencial de linguagem a CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [do inglês *International Classification for Nursing Practice do International Council of Nurses*].

Aos dados colhidos durante o internamento somam-se os provenientes da avaliação pós-operatória, que servem de base para o planeamento e ações, entre elas as relacionadas com a educação dos doentes e seus familiares/prestadores de cuidados, para que se garanta a continuidade dos cuidados no momento da alta.

A gestão dos cuidados de enfermagem é equacionada a partir do sistema de classificação de doentes em Enfermagem [SCD/E]. Este sistema foi proposto pela OE e aprovado pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP [ACSS, I. P.], é baseado em níveis de dependência de cuidados de enfermagem e consiste na identificação dos doentes por indicadores. Este sistema permite determinar as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem, no qual os dados produzidos traduzem-se em horas de cuidados, utilizando como referência a média dos valores obtidos nos dois últimos anos disponíveis (Regulamento nº 743/2019, de 25 de

setembro). A automatização deste sistema de classificação substituiu o processo manual que era moroso e sujeito a erros, possibilitando uma melhor gestão do tempo dos enfermeiros, otimizando a gestão de recursos de enfermagem e alargando a sua disponibilidade para a prestação de cuidados aos doentes, extrapolando as horas de cuidados de Enfermagem necessárias por dia de internamento (OE, 2019).

A distribuição das horas de cuidados de enfermagem no serviço em questão é feita por enfermeiros quer especialistas quer generalistas, segundo o SCD/E, no qual o número de horas de cuidados necessários a cada doente é o indicador base para a atribuição dos doentes por enfermeiro responsável e ainda o método de trabalho por enfermeiro responsável. Esta ferramenta permite uma prestação de cuidados aos doentes internados, através de uma atribuição individualizada da responsabilidade nas tomadas de decisão em relação à assistência de enfermagem. Ou seja, um enfermeiro é responsável pela decisão dos cuidados a prestar diariamente, pela coordenação das decisões clínicas e pela supervisão da assistência prestada durante o internamento hospitalar (Ventura-Silva et al., 2021).

De acordo com Souza Oliveira-Kumakura et al. (2019), no contexto da prática clínica é imperativa a atuação de uma equipa multidisciplinar que se envolva na promoção e na reabilitação da saúde dos doentes. Na equipa multidisciplinar, os enfermeiros atuam na implementação e sistematização do cuidado e incentivam o desenvolvimento do autocuidado, da funcionalidade e da sociabilidade dos doentes (Souza Oliveira-Kumakura et al., 2019).

Em termos de intervenções ou cuidados de enfermagem, de acordo com a OE (2015) a utilização de metodologias promotoras da qualidade, capazes de permitir uma resposta integrada aos problemas de saúde das pessoas é fundamental e poderá ser melhorada com a intervenção dos EEER (Regulamento nº 350/2015, de 22 de junho). É por isso fundamental que os EEER no dia-a-dia dos cuidados implementem e avaliem as suas intervenções de forma holística, de acordo com as necessidades, capacidades e tolerância dos doentes, de forma a manter ou recuperar a sua saúde, promovendo a sua máxima capacidade funcional (Pestana, 2017).

No contexto onde decorreram os estágios, a prática especializada de ER assenta na promoção da saúde e autocuidados dos doentes, na prevenção de complicações, na readaptação funcional, na reeducação funcional, na promoção da inclusão social, com vista à promoção da melhoria contínua dos cuidados prestados. A organização do trabalho dos EEER assenta nas prioridades dos doentes, em função dos seus problemas reais e potenciais, implementando-se de planos de cuidados de ER

individualizados e adequados às necessidades de cada um. A reeducação funcional dos doentes é concretizada pelos EEER, em conjunto com o fisioterapeuta, este último segundo a prescrição do médico fisiatra e solicitação do médico assistente.

1.3. Análise do Envolvimento

Na unidade de internamento onde decorreram os estágios verificou-se um predomínio de patologias do aparelho locomotor, que resultam na alteração da capacidade funcional. No sistema músculo-esquelético podem considerar-se dois grupos de patologias, a músculo-esquelética ou reumática, não associada a causa traumática, que engloba as doenças inflamatórias, as degenerativas e as metabólicas de que são exemplo a osteoartrose e a osteoporose e a patologia traumática, decorrente de traumatismos tais como fraturas, luxações e entorses (Sousa & Carvalho, 2017) e que também, como já foi referido, estão presentes em maior número nos doentes deste contexto. Estas patologias apresentam elevada incidência e prevalência e baixa letalidade, representando uma das causas mais frequentes de dor crónica a longo prazo, de incapacidade funcional e fadiga nos doentes (Cruz et al. 2021; Branco et al., 2016). Acarretam portanto acentuadas consequências a nível individual e populacional, dado o impacto relevante na qualidade de vida não só dos doentes como da família, amigos e cuidadores, criando dependência na realização das AVD's, para além dos custos económicos e nos sistemas de apoio social (Branco et al., 2016).

De acordo com Branco et al. (2016) em Portugal existe uma elevada prevalência associada não só a um significativo compromisso da saúde física e mental mas também a uma má qualidade de vida relacionada com a saúde, levando a um maior consumo de recursos de saúde (Branco et al., 2016).

No âmbito da patologia traumática, as fraturas são frequentemente resultantes de uma queda e levam a perda de massa óssea com consequentemente condicionamento do autocuidado andar pela limitação física que pode ser avaliada pela incapacidade de realizar AVD's (Sousa & Carvalho, 2017).

A capacidade funcional é definida como a capacidade fisiológica demonstrada pelos doentes no desempenho das atividades diárias, de forma segura e independente, sem fadiga excessiva (Gault & Willems, 2013), sendo um indicador de saúde relevante para avaliação da saúde da população envelhecida e para se identificar precocemente riscos de incapacidade (Santos & Griep, 2013). A incapacidade funcional pressupõe a dificuldade dos doentes em executar tarefas essenciais para uma vida independente.

1.4. Problemática e Definição de Objetivos

Face ao exposto, a problemática elegida para o desenvolvimento deste projeto de intervenção foi nos doentes com défice no autocuidado marcha por situação aguda do foro ortopédico ou neurotraumático, focando a intervenção no ensino e treino necessários para que os doentes compensem esse défice.

O autocuidado foi definido pela Organização Mundial da Saúde como «a capacidade de indivíduos, famílias e comunidades para promover a saúde, prevenir doenças, manter a saúde, e lidar com doenças e incapacidades com ou sem o apoio de um prestador de cuidados de saúde» (*World Health Organization*, 2013, p.15).

O autocuidado universal faz parte do ser humano, está ligado à autonomia do indivíduo e presente em todos os aspetos da sua vida, não se limitando apenas às atividades do dia-a-dia. Na ausência de autonomia para desempenhar o autocuidado, alguém assume esta função de modo a assegurar o bem-estar do doente em causa (Queirós et al., 2014).

No contexto da reabilitação, as AVD's pressupõem atividades/tarefas comuns desempenhadas de forma autónoma e rotineira pelos doentes no quotidiano, dividindo-se em atividades básicas de vida diária [ABVD] ou cuidado pessoal e em atividades instrumentais de vida diária (OE, 2011). Deste modo, a prestação de cuidados de ER a nível de treino de AVD's é imprescindível ao permitir a aquisição da máxima funcionalidade e qualidade de vida com recurso a estratégia adaptativas e a produtos de apoio (OE, 2011).

Os conceitos de autonomia e independência são fundamentais em enfermagem. No que se refere ao conceito de autonomia, este implica o reconhecimento da capacidade dos doentes para controlar, lidar com as situações e tomar as suas decisões sobre a vida do dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências. Já o conceito de independência refere-se à capacidade de desempenhar funções relacionadas com a vida diária de forma independente ou autónoma na comunidade sem ajuda de terceiros (WHO, 2002). Pode-se dizer que dos doentes que não são capazes de decidir (não é autónoma), nem são capazes de realizar o autocuidado (não é independente), necessitarão de apoio de terceiros.

Deste modo, a execução das AVD's é afetada pelas limitações funcionais a nível físico, psíquico ou intelectual. No caso das limitações físicas, tais como o comprometimento da função neuromuscular e a diminuição da amplitude dos movimentos, prestação de cuidados de ER deve-se focar na melhoria da mobilidade para contribuir para a autonomia e independência nos autocuidados (Pestana, 2017).

O aumento da esperança de vida e o conseqüente envelhecimento da população que se verifica atualmente, no nosso país, associados ao aumento de problemas de saúde, contribuem para a perda da capacidade funcional e de dependência no autocuidado (Regulamento nº 350/2015, de 22 de junho, da OE). Tendo em conta o envelhecimento populacional e os problemas dos doentes aos quais a enfermagem pode responder, uma área de intervenção que se centre na promoção do autocuidado das pessoas e que se aproxime de uma abordagem holística parece ser fundamental. Neste sentido, a ER pode contribuir fortemente para máxima funcionalidade, autonomia, satisfação dos doentes e preservação da sua autoestima através dos conhecimentos e competências especializadas que os EEER deverão ter (Regulamento nº 125/2011, de 18 de fevereiro, da OE).

De acordo com Marques-Vieira e Caldas (2017), embora o conceito andar ou marcha embora seja objetivo, a prestação de cuidados de ER dos doentes com o andar comprometido é complexa e deve ser centrada no desenvolvimento de competências necessárias para que a mesma recupere esta habilidade física que lhe garante a capacidade para realizar autonomamente as AVD's. Para além da importância da capacidade marcha no desempenho das AVD's, vários estudos realçam o valor da atividade de andar na manutenção da função mental (Lin et al., 2020).

No ensaio clínico randomizado de Gill et al. (2002) foi instituído um programa de intervenção de cuidados de saúde domiciliários a 188 idosos que incluía terapia física centrada na melhoria das capacidades físicas, nomeadamente o equilíbrio, a força muscular, a capacidade de transferência de uma posição para outra e a mobilidade, enquanto o grupo controlo participou num programa educativo. Os participantes no grupo de intervenção tiveram menos declínio funcional ao longo do tempo, consoante as suas incapacidades, do que os participantes do grupo controlo, provando ser eficaz na prevenção do declínio funcional em idosos fisicamente frágeis, que vivem em casa. Assim, as intervenções concebidas para prevenir o declínio funcional têm o potencial para gerar reduções importantes nos problemas físicos, emocionais, sociais e financeiros atribuíveis à incapacidade (Gill et al., 2002).

Sabendo que a relação bidirecional entre a capacidade funcional e o autocuidado (Souza Oliveira-Kumakura et al., 2019) e que as principais necessidades dos doentes em apreço incluem a dependência ao nível nos autocuidados, mais concretamente o autocuidado marcha, o papel dos cuidados de ER poderá ser decisivo na assistência aos doentes com défice no autocuidado procurando auxiliar na prevenção de

complicações e na maximização da autonomia (Regulamento nº 350/2015, de 22 de junho da OE).

Assim definiu-se como objetivo geral descrever os benefícios de um PCER na capacitação para o autocuidado marcha nos doentes pós situação aguda do foro ortopédico e/ou neurotraumático. Procurou-se que os doentes se tornassem o mais independentes possível na realização das suas AVD's, através da capacitação dos doentes para o autocuidado (Regulamento nº 350/2015, de 22 de junho da OE) com foco na recuperação global e na marcha eficaz.

Como objetivos específicos delinearam-se os seguintes:

- Rever a literatura no sentido de identificar as atividades de ensino e treino pertinentes em doentes com compromisso do autocuidado marcha por situação aguda em doentes do foro ortopédico e neurotraumático;
- Avaliar as limitações funcionais dos doentes com défice no autocuidado e os conhecimentos destes relativamente à sua situação;
- Planear os cuidados em ER tendo em conta os antecedentes pessoais assim como o histórico da patologia atual;
- Implementar o programa de intervenção dirigido ao ensino e treino funcional;
- Avaliar os benefícios dos cuidados de ER implementados nos doentes.

Tendo em conta a problemática definida que foi a necessidade de cuidados diferenciados em ER nos doentes com problemas do foro ortopédico e neurotraumático, definiu-se intervir de forma sistematizada nestes doentes e desenvolver um projeto de intervenção profissional que visasse melhorar a capacidade da marcha.

CAPÍTULO II – PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

No presente capítulo será apresentado o projeto de intervenção profissional «O ensino e treino em doentes com défice no autocuidado marcha, por situação aguda do foro ortopédico e neurotraumático: uma perspetiva dos cuidados de enfermagem de reabilitação», implementado num serviço de ortopedia/neurologia.

2.1. Fundamentação Teórica

A fundamentação teórica reveste-se de importância para os enfermeiros de reabilitação e outros profissionais de saúde que desenvolvam investigação, providenciem cuidados de saúde ou até desenvolvam programas de serviço na medida em que permite aos mesmos integrarem teorias em articulação com os modelos teóricos que sirvam de suporte teórico para serem aplicadas em contexto prático (Lutz & Davis, 2011).

Os problemas músculo-esqueléticos vão desde lesão traumática aguda como fratura óssea simples, traumatismos múltiplos, lesão da medula espinal a doenças crónicas, degenerativas, como por exemplo artrite, apresentando complicações potenciais como alterações cognitivas, presença de dor, compromisso funcional, incapacidade, contratura, espasticidade, entre outros (Olson, 2011). Dada a complexidade destes problemas, a avaliação músculo-esquelética torna-se desafiadora para estimar o movimento e mobilidade dos doentes através de instrumentos de avaliação padronizados (Hoeman et al., 2011). De acordo com Olson (2011), a complexidade destas situações beneficia de uma abordagem integrada e de uma equipa multidisciplinar, a equipa reabilitação.

Após um evento gerador de dependência, é importante que os enfermeiros na sua prática de cuidados tenham um planeamento adequado que inclua intervenções para promover e manter a mobilidade e melhorar a independência no autocuidado, que depende do envolvimento de toda a equipa de cuidados (Rodrigues et al., 2019).

2.1.1. A marcha e a marcha comprometida

A marcha ou o andar é o meio de deslocamento mais natural do corpo humano para se movimentar, sendo uma das funções essenciais de vida. Possibilita autonomia e independência dos doentes para a realização do autocuidado e interação com o meio em que está inserida (Sheffer & Chae, 2015).

O foco «andar», de acordo com a classificação internacional CIPE[®], é definido pelo ato de mobilizar, referindo-se ao «movimento do corpo de um lado para o outro, movendo as pernas passo a passo; capacidade para sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz, com velocidades que vão de lenta a moderada ou rápida; subir ou descer escadas e rampas» (CIPE[®] 2020, p. 39). Ou seja, a marcha é considerada uma atividade complexa, realizada comumente no dia-a-dia e pode ser definida como um processo amplo de movimentos e estabilizações corporais, que requer uma capacidade motora e envolvimento de vários sistemas: músculo-esquelético, cardiorrespiratório e nervoso (Pirker & Katzenschlager, 2017).

Estes sistemas devem de estar funcionais para permitir um padrão normal do movimento de marcha, sendo necessária a função locomotora para iniciar e sustentar a marcha, o equilíbrio, o controlo motor, os reflexos e a função sensoriomotora. Em particular, os nervos aferentes aos sistemas visual, vestibular e proprioceptivo fornecem informações essenciais sobre a posição do corpo (Pirker & Katzenschlager, 2017). Fatores como a idade, a personalidade, o humor e ainda fatores socioculturais influenciam o padrão de marcha (Ebersbach et al., 2000; Pirker & Katzenschlager, 2017).

De acordo com Sheffer e Chae (2015), o desenvolvimento da marcha é descrito através de ciclos, que se caracterizam por períodos alternados de apoio único e duplo apoio, iniciando-se quando o calcanhar do membro de referência tem contacto com o solo e termina quando esse mesmo calcanhar tem contacto com o solo novamente, conforme ilustrado na Figura 1.

Durante a marcha normal, cada membro inferior passa aproximadamente 80% do ciclo de marcha em suporte único e 20% do ciclo de marcha em duplo suporte. O ciclo de marcha é dividido em duas fases, denominadas fase de apoio e fase de balanço. A primeira fase é definida como o período de tempo em que o membro inferior ipsilateral está em contacto direto com o solo, compreendendo os primeiros 60% do ciclo de marcha. Nesta fase, os esforços musculares, de sustentação e de equilíbrio são concêntricos. A fase de balanço pressupõe o período de tempo em que o membro inferior ipsilateral avança para a frente enquanto está no ar, refere-se à atividade de sustentação no solo para progressão da atividade de locomoção, não suportando peso. Esta fase de atividade muscular mínima corresponde aos últimos 40% do ciclo de marcha (Sheffer & Chae, 2015).

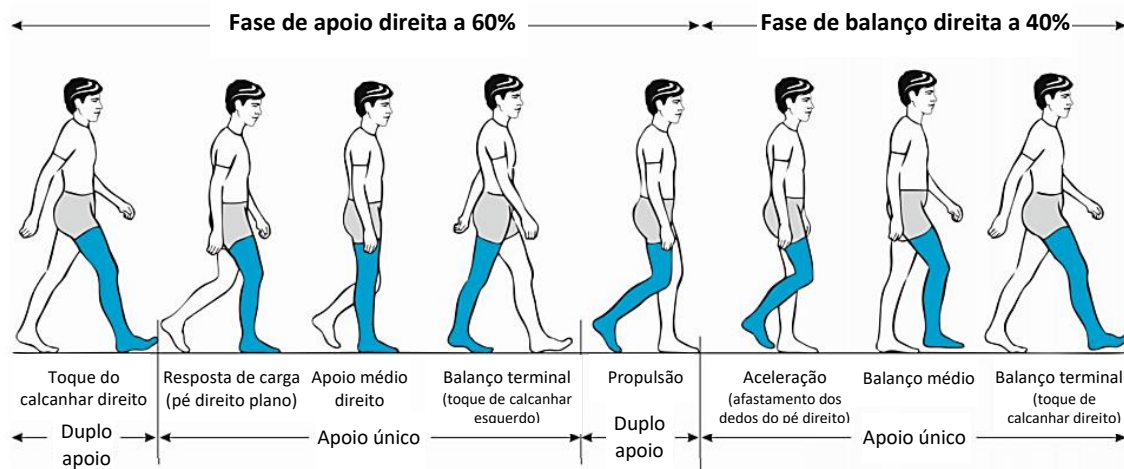


Figura 1 – Fases do ciclo normal de marcha (adaptado de Pirker & Katzenschlager, 2017).

Ao longo da vida da pessoa podem ocorrer alterações no autocuidado andar colocando-a em uma situação de vulnerabilidade por diminuição da sua independência (Marques-Vieira & Caldas, 2017) que pode resultar em isolamento social e na necessidade de um cuidador/familiar (Marques-Vieira et al., 2015). Por outro lado, com o aumento da longevidade, o processo natural do envelhecimento leva a compromissos do sistema músculo-esquelético, com conseqüentes alterações da mobilidade, que é uma das principais causas de restrição da atividade nos idosos, nomeadamente na realização das AVD's. A capacidade de marcha e a marcha eficaz são muito importantes para a pessoa porque a diminuição da capacidade de deambulação compromete a qualidade de vida (Marques-Vieira et al., 2015).

O diagnóstico de enfermagem «andar comprometido» é portanto mais frequente na população idosa, tornando-a dependente nas demais AVD's, com maior risco para ocorrência de quedas (Marques-Vieira et al., 2015).

As alterações da marcha, relacionadas com o equilíbrio comprometido, tornam-se mais frequentes na população idosa estando associadas a mobilidade reduzida. Em particular as alterações neurológicas da marcha estão associadas a quedas recorrentes, a diminuição da função cognitiva devido, por exemplo, a processos demenciais, a polineuropatia (afeção da função proprioceptiva), a visão deficiente, a encefalopatia vascular, ao estado mental depressivo, ou a osteoartrite dos quadris ou dos joelhos (Pirker & Katzenschlager, 2017; Mahlkecht et al., 2013).

Para uma marcha eficaz é fundamental o equilíbrio do tronco, sendo o centro do corpo, o tronco é essencial para a manutenção da postura corporal, para os movimentos

funcionais e na adaptação das mudanças de peso durante ajustes posturais estáticos e dinâmicos (Zakaria et al., 2010).

Para além das alterações neurológicas como as que decorrem de doenças cerebrovasculares e que são causas de restrição da atividade física nas pessoas idosas, as patologias do foro ortotraumatológico como as fraturas do colo do fémur e as artroses, assumem um papel determinante no processo de envelhecimento e na qualidade da marcha e nas necessidades de cuidados de saúde (Baixinho, 2011).

A «fratura», de acordo com a classificação internacional CIPE® é descrita como um «processo do sistema músculo-esquelético comprometido: falta de movimento de uma parte do corpo associada a lesão traumática de um osso, solução de continuidade do tecido ósseo» sendo que a «gravidade da fratura depende da estrutura óssea, da parte do osso e da natureza da fratura» (CIPE® 2020, p. 59).

Sendo a mobilidade dos doentes crucial para a interação com o meio envolvente, são inúmeros os problemas de saúde resultantes da imobilidade ou da mobilidade reduzida (Hoeman et al., 2011).

O diagnóstico «marcha comprometida» pode ter várias causas como: problemas motores ou sensoriais, distúrbios psiquiátricos, problemas ortopédicos mas também patologias como a insuficiência cardíaca ou respiratória, doença arterial oclusiva e periférica e a obesidade (Pirker & Katzenschlager, 2017).

Segundo Hoeman et al. (2011), a maioria dos doentes usa esta capacidade até que a mesma se torne dolorosa, restringida ou comprometida, seja por doenças crónicas, incapacidades ou traumatismos, necessitando de usar dispositivos auxiliares que proporcionem a mobilidade ou melhorem a função.

2.1.2. Autocuidado

O autocuidado, segundo a classificação internacional CIPE®, refere-se à «atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária» (CIPE® 2020, p. 42).

No estudo de Petronilho et al. (2007) realizado em Portugal, sobre a incapacidade funcional, ficou demonstrado que, após um evento crítico, os doentes apresentam um grau elevado de dependência no autocuidado e que os focos diferenciais mais significativos para a restauração da autonomia relacionam-se com a atividade física, com particular relevância para andar e transferir-se. Os autores concluíram ainda que a capacidade funcional dos doentes para o desempenho das atividades inerentes ao

autocuidado está relacionada com o grau de dependência no autocuidado (Petronilho et al., 2007).

A função do andar é de extrema relevância na medida em que a sua avaliação clínica é considerada, presentemente, um importante indicador da saúde das populações e particularmente para os EEER que se devem focar nas suas alterações, utilizando recursos e estratégias para avaliar, planear e orientar as suas intervenções (Marques-Vieira & Caldas, 2017).

Quanto mais cedo for ultrapassada a incapacidade para a marcha, mais rapidamente os doentes recuperam a sua independência para as AVD'S, evitando-se a necessidade de requerer um cuidador informal, contribuindo também para a redução dos custos em saúde (Marques-Vieira & Caldas, 2017).

Para reabilitar os doentes com o andar comprometido e, conseqüentemente, promover a sua independência para as restantes AVD's (Baixinho, 2008), as intervenções de enfermagem deverão incluir o treino do autocuidado andar, como no caso dos doentes pós-AVC, em que um dos principais objetivos do treino é a melhoria do equilíbrio e da capacidade de andar (Aung et al., 2022; Menoita et al., 2012).

Assim, os EEER concebem, implementam e monitorizam planos de reabilitação em conformidade com os problemas reais e potenciais dos doentes que experienciam a limitação funcional, que deverão ter como finalidade a capacitação e autonomia da mesma (Vigia et al., 2017).

A teoria de enfermagem escolhida para fundamentar a intervenção, foi a Teoria do défice de Autocuidado de Dorothea Orem. Dado que o autocuidado é essencial para a saúde da pessoa e que existe uma forte correlação entre a mobilidade e a realização do autocuidado marcha, esta teoria ajuda a explicar e fundamentar como os enfermeiros intervêm nos doentes a partir do ensino e da educação e de treino, permitindo melhorar as suas capacidades e potenciando o autocuidado e autonomia, ou reforçando o seu papel na substituição dos doentes, de acordo com o seu grau de incapacidade (Freire et al., 2021).

A teoria que tem como base o autocuidado, apresentada por Orem em 1985, composta por três teorias interrelacionadas, nomeadamente a teoria do autocuidado, a teoria do défice no autocuidado e a teoria do sistema de enfermagem, cujo objetivo de enfermagem é providenciar intervenções aos doentes na realização de atividades em seu próprio benefício plenamente ou parcialmente compensatórias e de suporte educativo, de forma a permitir o retorno ao autocuidado garantindo o bem-estar pessoal (Lutz & Davis, 2011).

A teoria do défice de autocuidado tem sido muito vantajosa na orientação da prática clínica, na gestão e no ensino de enfermagem, pelo que deve constituir-se como referência para todos os profissionais de enfermagem, que devem ser capazes de conhecer os doentes e os vários sistemas onde estão inseridos, adequando os cuidados de enfermagem ao doente em particular (Queirós et al., 2014).

Na realização de atividades a partir do sistema totalmente compensatório, os doentes são incapazes de realizar as atividades de autocuidado e por isso necessitam das intervenções dos EEER que os substituem. Na realização de atividades a partir do sistema parcialmente compensatório, quer os EEER quer os doentes executam os autocuidados. Nas ações de suporte educativo, os EEER atuam como educadores e os doentes executam os autocuidado e aprendem a realizá-los com o auxílio daqueles (Santos & Sarat, 2008).

2.1.3. Os cuidados de enfermagem da reabilitação ao doente com andar comprometido

A prestação de cuidados de ER na reabilitação dos doentes com andar comprometido é direcionada para o desenvolvimento das competências necessárias para que estes voltem a desempenhar o autocuidado, ou seja, deslocar-se de modo independente (Marques-Vieira & Caldas, 2017).

Illing et al. (2018) procuraram identificar a forma como a educação e a formação dos profissionais da saúde podem beneficiar os doentes. O modelo desenvolvido a partir desse estudo apresentou iniciativas educativas e de formação dirigidas aos profissionais da saúde que mostrou conduzir a uma maior eficácia clínica e segurança e experiência dos doentes (Illing et al., 2018).

Segundo a Comissão de Educação e Formação para a Segurança dos Doentes (*Commission on Education and Training for Patient Safety*, 2016), os profissionais de saúde devem ser formados para poderem fornecer aos doentes informação e aconselhamento em que possam confiar para participarem nos seus próprios cuidados e ter noção que a linguagem usada pode ser uma barreira no ensino e treino de cuidados.

Relativamente às intervenções de ER dirigidas ao ensino dos doentes, a bibliografia refere produzirem resultados no que se refere ao tempo de permanência no hospital, à capacidade funcional, à dor, ao conhecimento sobre o processo patológico, à ansiedade e à qualidade de vida (Saunders et al., 2018; Marques-Vieira & Sousa, 2017). Assim, devem ser realizados ensinamentos dirigidos à prevenção de complicações, ao procedimento

cirúrgico, ao período previsível de recuperação, aos exercícios de reabilitação (treino de autocuidados; treino de subir e descer escadas e a andar com auxiliar de marcha, entre outros) bem como instruções para a alta e para recuperação no domicílio (Huang et al., 2017; Sousa & Carvalho, 2017).

De acordo com vários autores (Marques-Vieira & Caldas, 2017; Hoeman et al., 2011), o plano de treino de marcha proposto aos doentes deve assentar num esforço de equipa que envolve sempre a negociação com este e a definição de objetivos para a independência na marcha, inserindo-os na sua família e comunidade. Para tal, é determinante que sejam participantes ativos e entendam os benefícios de andar.

A intervenção precoce dos EEER facilita o processo adaptativo integrando os cuidados na fase aguda em contexto hospitalar como também na comunidade, desenvolvendo o aumento da força muscular, da amplitude de movimento articular e melhorar o equilíbrio e capacidade de marcha, fundamentais para promoção de independência no autocuidado (Vigia et al., 2017).

O treino de força muscular consiste na realização de exercícios com o recurso a resistência manual (realizada pelo profissional de saúde) ou mecânica (utilizando pesos ou faixas elásticas). Durante o exercício, é necessário ter em consideração o alinhamento dos segmentos do corpo, a estabilização das articulações, o número de repetições, o intervalo de repouso e velocidade do exercício (Kisner & Colby, 2013).

O treino da locomoção/marcha pode incluir exercícios isométricos e terapêuticos por forma a preparar os músculos necessários à marcha; a treinar o equilíbrio na posição de sentado e de pé e ainda a aumentar a capacidade de estar em pé passivamente (Hoeman et al., 2011). Para isso, são selecionados e utilizados equipamentos adaptativos e dispositivos auxiliares de marcha (ex.: canadianas, bengala simples, bengala tripé, andariço e cadeira-de-rodas) com o intuito de atingir uma maior independência (Vigia et al., 2017; Hoeman et al., 2011). Esses dispositivos de apoio são usados pelos EEER com técnicas específicas de treino da marcha e de reeducação postural e monitorização dos doentes em termos de postura, alinhamento corporal, equilíbrio, habilidade motora, resistência, abrangência do exercício, função sensorial, força muscular e segurança/risco de queda intrínseco (Marques-Vieira & Caldas, 2017; Hoeman et al., 2011).

Logo que a situação clínica dos doentes permita, devem ser iniciados, o mais cedo possível, os exercícios de pré-deambulação ou terapêuticos no leito. Estas atividades incluem exercícios isométricos indicados para fortalecer os músculos dos membros superiores, tronco e membros inferiores, os glúteos e os abdominais para os doentes

permanecerem em pé e andar (Hoeman et al., 2011). Para além disso, os exercícios isométricos permitem minimizar a atrofia muscular quando o movimento articular está contra indicado (ex.: doentes com gessos, talas ou tração esquelética), desenvolvendo a estabilidade postural ou articular (Kisner & Colby, 2013).

Previamente ao treino da marcha, os doentes devem apresentar consciencialização corporal, correção postural e manutenção do equilíbrio para assim conseguir manter a posição ortostática (Marques-Vieira & Caldas, 2017).

Para preparar a marcha, torna-se necessário o treino de equilíbrio sentado e de pé, devendo ser realizado inicialmente com o doente sentado no leito com os pés assentes no chão, este coloca as mãos de lado suportando o peso do corpo e depois levanta os braços para direita, esquerda, frente e para cima (Menoita, 2012; Hoeman et al., 2011). No treino do equilíbrio dinâmico sentado, o profissional de saúde induz um pequeno balanço ao tronco do doente, para que este compense o movimento (Menoita, 2012). No treino de equilíbrio de pé, é solicitado ao doente que escorregue até à beira do leito e de seguida, ensina-se a empurrar para baixo com braços e pernas, de forma a inclinar-se para a frente a chegar à posição de pé. Recomenda-se que os exercícios em posição ortostática se realizem com um apoio fixo (ex.: costas de uma cadeira) (Coelho et al., 2017). Caso os doentes consigam permanecer de pé, o treino de equilíbrio dinâmico pode ser realizado com o recurso a superfícies instáveis (Kisner & Colby, 2013).

Para além do treino de marcha, a prestação de cuidados de ER deve incluir a educação quer dos doentes quer da família/prestador de cuidados e englobar os cuidados a ter com o equipamento/dispositivo; as estratégias sobre como chegar à posição de pé; como enfrentar as escadas e as curvas; como regressar à posição de sentado e o que fazer após uma queda, ou seja, como retomar a posição de pé ou de sentado (Hoeman et al., 2011). As intervenções de enfermagem educacionais e de suporte, iniciadas durante a hospitalização têm como objetivo principal assegurar um cuidado humanizado aos doentes promovendo o seu bem-estar, qualidade de vida e a sua recuperação. Nos doentes com problemas neurológicos as intervenções de enfermagem na fase de reabilitação são sobretudo intervenções educativas sobre doença, tratamento da mesma, prevenção, processo de reabilitação e treino relativo à mobilidade e AVD's (Coutinho e Grilo, 2019).

No que se refere aos auxiliares de marcha, quando ocorre uma limitação na função dos membros inferiores devido a fraturas, parésia/plegia ou amputação mas não há alteração da força dos membros superiores estão indicadas a muletas, enquanto dispositivo de apoio para a marcha. Quando existe diminuição da força muscular ou

paralisia de um dos lados do corpo devem recorrer ao uso de bengalas, tripés ou pirâmides de base alargadas. Relativamente ao andarilho, o seu uso está indicado quando se verifica uma diminuição da força muscular generalizada nos membros superiores e inferiores, como por exemplo nos doentes com artrite, fratura da anca ou doenças neuromusculares (Hoeman et al., 2011).

O treino subir/descer escadas, de acordo com Filipe et al. (2007) deve também ser instituído e os doentes são instruídos e treinados a subir primeiro o membro inferior menos lesado, posteriormente o membro intervencionado e por último a canadiana e, para descer, devem avançar primeiro a canadiana, depois o membro inferior intervencionado e por fim o membro inferior menos lesado. Neste treino uma das canadianas pode ser substituída pelo corrimão.

Nas pessoas submetidas a artroplastia total da anca ou do joelho, conforme referem Filipe et al. (2007), dada a restrição de alguns movimentos e à carga que pode ou não ser exercida sobre o membro intervencionado, estes treinos requerem um auxiliar de marcha específico. Neste caso, os doentes devem avançar primeiro as canadianas ou andarilho, de seguida o membro intervencionado e posteriormente o membro inferior menos lesado.

O treino de marcha assume particularidades na pessoa com hemiplegia. Nestes doentes deve ser treinada a marcha controlada (Menoita et al., 2012). Relativamente à técnica de transferência, os EEER devem posicionar-se para ajudar a pessoa a transferir o seu peso corretamente para a frente e para o lado, prendendo os antebraços dos doentes com auxílio dos seus, controlando e apoiando ao mesmo tempo os movimentos da anca. A cadeira-de-rodas deve ser colocada com um ângulo de 30° ou paralela à cama e do lado da cabeceira. Os doentes com hemiplegia devem ser sentados na cadeira-de-rodas com o membro superior do lado mais lesado em padrão antiespástico apoiado em uma superfície de trabalho (Menoita et al., 2012).

2.1.4. Planeamento das intervenções de enfermagem de reabilitação

A partir da linguagem CIPE®, o PCER focou-se no diagnóstico de enfermagem «Andar Comprometido», com potencial para melhorar a capacidade para executar a técnica de adaptação para andar. Para além deste diagnóstico identificaram-se outros focos de enfermagem que foram: o desempenho nas AVD's, o movimento muscular, o equilíbrio corporal, o pôr-se de pé, o transferir-se, a dor e o conhecimento quanto a aspetos a ser aprendidos. Reconhecendo a possibilidade de alguns dos doentes, por idade avançada, poderem apresentar também alterações cognitivas suscetíveis de

comprometer a aprendizagem, cada participante foi avaliado individualmente em relativamente às capacidades cognitivas; desempenho nas AVD's, dor, força muscular e equilíbrio corporal.

Posteriormente foram implementadas as estratégias de intervenção dos cuidados de ER, com foco no autocuidado relativamente ao desempenho nas AVD's, movimento muscular, equilíbrio corporal, pôr-se de pé, o transferir-se, a dor e o conhecimento que incluíram conforme sugere Sousa e Carvalho (2017):

- Exercícios isométricos dos quadríceps, glúteos e abdominais;
- Exercícios isotónicos como movimentos ativos da articulação tibiotársica, flexão e extensão da articulação coxofemoral associada com extensão e flexão do joelho;
- Posicionamento no leito, assim como instrução sobre cuidados a ter com alteração de decúbito;
- Ensinar, instruir e treinar o levantar da cama;
- Ensinar, instruir e treinar transferências da cama para cadeira;
- Ensinar, instruir e treinar o sentar e levantar da cadeira;
- Ensinar, instruir e treinar o uso sanitário;
- Treino de marcha com auxiliar de marcha;
- Treino de subir e descer escadas;
- Treino de equilíbrio.

Após avaliação inicial dos doentes e tendo por base o padrão documental dos cuidados de enfermagem de reabilitação da OE (2015) definiram-se com principais diagnósticos de enfermagem o movimento muscular diminuído, dor presente, equilíbrio comprometido, pôr-se de pé comprometido, autocuidado andar com auxiliar de marcha comprometido, capacidade para o autocuidado higiene comprometida, capacidade para o autocuidado vestir-se/despir-se comprometida, capacidade para o autocuidado ir ao sanitário comprometida, conhecimento sobre o processo patológico comprometido, autocuidado andar com auxiliar de marcha comprometido, capacidade para transferir-se comprometida e as respetivas intervenções, conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Diagnósticos e planeamento das intervenções de enfermagem de acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ER (OE, 2015).

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
Movimento muscular diminuído	<ul style="list-style-type: none">▪ Avaliação da força muscular através da Escala MRC.▪ Monitorização da força muscular através da Escala MRC.▪ Incentivo dos doentes na execução de auto-mobilizações dos membros inferiores, tendo em conta as características de cada doente.▪ Avaliação do conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular e da capacidade para as executar.▪ Ensino aos doentes sobre posicionamentos de proteção e cuidados a ter, aconselhando durante a realização de exercícios, sempre em função da patologia subjacente de cada doente (ex.: utilizar calçado fechado e antiderrapante; retirar tapetes e cabos elétricos dos locais de passagem assim como evitar pavimentos escorregadios; não carregar pesos como p. e. as compras). Certos ensinamentos diferem caso os doentes tenham sido vítimas de <u>traumatismo da coluna</u> (ex.: não estar na posição sentado muito tempo; cumprir com repouso por períodos de tempo assim como exercícios de contração muscular, extensão e flexão dos membros inferior; lateralizar o corpo para permitir o levante evitando esforço muscular na zona intervencionada) ou vítimas de <u>traumatismo dos membros inferiores</u> (ex.: marcha a três pontos com auxílio de canadianas; não estar na posição sentado muito tempo, utilizando cadeiras mais altas para se sentar; não dormir em posição ventral; cumprir com crioterapia e com elevação do membro intervencionado assim como exercícios de contração muscular, extensão e flexão dos membros inferior).▪ Ensino e treino de técnicas de exercício muscular e articular através de exercícios isométricos e isotónicos.<ul style="list-style-type: none">○ Auto mobilizações;○ Exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores;○ Mobilização ativas; passivas; ativas assistidas e ativas resistidas dos membros inferiores;○ Atividades terapêuticas no leito.
Dor presente	<ul style="list-style-type: none">▪ Avaliação dor através da escala numérica.▪ Monitorização da dor através da escala numérica.▪ Ensino sobre a gestão da dor.▪ Avaliação da eficácia das medidas adotadas.
Equilíbrio comprometido	<ul style="list-style-type: none">▪ Avaliação do equilíbrio corporal dinâmico e estático, sentado e de pé.▪ Avaliação do conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal.▪ Aplicação do dispositivo auxiliar.▪ Avaliação da capacidade para executar a técnica de equilíbrio corporal▪ Estimulação para manter o equilíbrio corporal através de correção postural.▪ Execução de técnica de treino de equilíbrio, através do contorno de obstáculos e exercícios de controlo de movimentos:<ul style="list-style-type: none">○ Exercícios de treino de equilíbrio estático sentado.

	<ul style="list-style-type: none">○ Exercícios de treino de equilíbrio dinâmico sentado.○ Exercícios de treino de equilíbrio estático na posição ortostática.○ Exercícios de treino de equilíbrio dinâmico na posição ortostática. <ul style="list-style-type: none">▪ Instrução e treino da técnica de equilíbrio.
Pôr-se de pé comprometido	<ul style="list-style-type: none">▪ Avaliação dos doentes a pôr-se de pé.▪ Avaliação do conhecimento sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé.▪ Avaliação do conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé.▪ Planeamento e incentivo dos doentes a pôr-se de pé.▪ Ensino sobre dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para pôr-se de pé.▪ Orientação no uso de dispositivo auxiliar para pôr-se de pé.
Autocuidado andar com auxiliar de marcha comprometido	<ul style="list-style-type: none">▪ Avaliação do conhecimento sobre auxiliar de marcha.▪ Avaliação do conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha.▪ Ensino sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha.▪ Ensino sobre condições de segurança para a marcha (ex.: calçado adequado, condições dos auxiliares de marcha bem como do piso).▪ Avaliação da capacidade dos doentes para andar com auxiliar de marcha.▪ Instrução e treino sobre andar com auxiliar de marcha.▪ Avaliação do conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir com o auxiliar de marcha e sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha.
Capacidade para o autocuidado sentar-se comprometida	<ul style="list-style-type: none">▪ Avaliação da capacidade para a realização do autocuidado sentar-se (Índice de <i>Barthel</i>).▪ Avaliação do conhecimento sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: sentar-se.▪ Avaliação do conhecimento sobre adaptação do domicílio para o autocuidado: sentar-se.▪ Treino de técnicas de adaptação para o autocuidado: rodar com almofada entre as pernas e sentar-se na cama com os pés pendentes.▪ Assistência no autocuidado sentar-se.▪ Avaliação e treino do equilíbrio estático e dinâmico sentado na beira da cama com os pés pendentes.
Capacidade para o autocuidado higiene comprometida	<ul style="list-style-type: none">▪ Avaliação da capacidade para a realização do autocuidado higiene (Índice de <i>Barthel</i>).▪ Avaliação do conhecimento sobre adaptação do domicílio para o autocuidado higiene▪ Avaliação do conhecimento sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado higiene.▪ Ensino sobre adaptação do domicílio para o autocuidado higiene.▪ Ensino sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene.▪ Avaliação da capacidade para utilização do dispositivo auxiliar para o autocuidado higiene.▪ Instrução acerca da utilização de produtos de apoio.▪ Treino do uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado higiene.

	<ul style="list-style-type: none">▪ Assistência no autocuidado higiene.▪ Elogio dos progressos dos doentes para promover o autocuidado.▪ Avaliação do conhecimento e instrução do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio e sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado higiene.
Capacidade para o autocuidado vestir-se/despirm-se comprometida	<ul style="list-style-type: none">▪ Avaliação da capacidade para a realização do autocuidado vestir-se (Índice de <i>Barthel</i>).▪ Assistência no autocuidado vestir-se.▪ Treino de calçar e descalçar meias.▪ Treino de vestir e despir calças.▪ Treino de calçar e descalçar sapatos.▪ Ensino de estratégias adaptativas para vestir e despir e do uso de roupas largas e com maior elasticidade.▪ Reforço positivo dos esforços efetuados no vestir e despir para promover o incentivo no autocuidado vestir-se.
Capacidade para o autocuidado ir ao sanitário comprometida	<ul style="list-style-type: none">▪ Avaliação da capacidade para a realização do autocuidado ir ao sanitário (Índice de <i>Barthel</i>).▪ Avaliação do conhecimento sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: ir ao sanitário.▪ Avaliação do conhecimento sobre adaptação do domicílio para o autocuidado: ir ao sanitário.▪ Avaliação do conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário.▪ Avaliação da capacidade para usar o dispositivo auxiliar e a técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário▪ Reforço positivo dos esforços efetuados na realização do banho assistido no wc.▪ Ensino sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha.▪ Instrução acerca do uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado: ir ao sanitário.▪ Assistência no uso de sanitário.▪ Treino de técnicas de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário.▪ Avaliação do conhecimento e instrução do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: ir ao sanitário.▪ Avaliação do conhecimento e instrução do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para o autocuidado: ir ao sanitário.

Autocuidado andar com auxiliar de marcha comprometido	<ul style="list-style-type: none">▪ Avaliação do conhecimento sobre auxiliar de marcha.▪ Avaliação do conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha.▪ Ensino sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha.▪ Ensino sobre condições de segurança para a marcha, nomeadamente: calçado adequado, condições dos auxiliares de marcha e condições do piso.▪ Avaliação da capacidade usar auxiliar de marcha para andar.▪ Avaliação do equilíbrio estático e dinâmico de pé, com apoio do auxiliar de marcha.▪ Instrução e treino sobre andar com auxiliar de marcha:<ul style="list-style-type: none">○ Colocar-se de pé a partir da posição de sentado na beira da cama, com apoio do andarilho;○ Treino de sentar-se na cadeira de rodas, a partir da posição de pé com apoio do andarilho;○ Subir e descer escadas;○ Pequena/média/grande distância.▪ Avaliação do conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir com o auxiliar de marcha.▪ Avaliação do conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha.
Capacidade para transferir-se comprometida	<ul style="list-style-type: none">▪ Avaliação da capacidade para a realização do autocuidado transferir-se (Índice de <i>Barthel</i>).▪ Avaliação do conhecimento sobre adaptação do domicílio para transferir-se.▪ Avaliação do conhecimento e ensino sobre dispositivo auxiliar para transferir-se e sobre técnica de adaptação para transferir-se.▪ Providência de dispositivos para transferir-se.▪ Assistência no autocuidado transferir-se.▪ Ensino sobre adaptação do domicílio para o autocuidado transferir-se.▪ Identificação da necessidade de equipamento adaptativo para transferir-se.▪ Avaliação da capacidade para uso de dispositivo auxiliar e para usar a técnica de adaptação para transferir-se (avaliação das limitações os doentes).▪ Treino no uso de dispositivo auxiliar para transferir-se.▪ Treino da técnica de adaptação para transferir-se.▪ Incentivo do autocuidado transferir-se e elogio dos progressos dos doentes para promoção da autonomia destes.▪ Avaliação do conhecimento e ensino do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para transferir-se e sobre dispositivo auxiliar.▪ Avaliação da capacidade do prestador de cuidados para transferir/assistir no transferir-se.

Conhecimento sobre o processo patológico comprometido	<ul style="list-style-type: none">▪ Avaliação do conhecimento sobre processo patológico.▪ Ensino sobre processo patológico, através do uso de material didático.▪ Ensino sobre os cuidados a ter após o procedimento cirúrgico (ex.: utilizar calçado fechado e antiderrapante; retirar tapetes e cabos elétricos dos locais de passagem assim como evitar pavimentos escorregadios; não carregar pesos como p. e. as compras).▪ Ensino sobre a existência de produtos de apoio que auxiliam em algumas AVD's, nomeadamente:<ul style="list-style-type: none">○ Andarilho/canadianas para a marcha;○ Calçadeira de cabo longo e calçador de meias para calçar-se;○ Elevador de sanita e esponja de banho de cabo longo para a higiene e eliminação;○ Pinça de cabo longo para apanhar objetos do chão.
--	--

2.2. Procedimentos Metodológicos

2.2.1. Estudo de casos múltiplos

Atendendo à problemática e aos objetivos deste trabalho, entendeu-se que a estratégia metodológica adequada era o estudo de casos. De acordo com Yin (2012), esta metodologia possibilita tanto a análise dos dados dentro de cada situação como através de diferentes situações. Segundo Menezes et al. (2017), uma característica essencial desta metodologia é o seu caráter holístico, uma vez que abrange os casos na sua globalidade e baseia-se numa variedade de fontes de evidência e que no caso destes doentes foi a avaliação das AVD's do estado mental, da força e do equilíbrio, da consulta do processo clínico e da observação e questionamento relativamente aos conhecimentos sobre o processo de doença e a sua gestão.

No estudo de casos múltiplos, o investigador ao analisar os dados dentro de cada situação e através de diferentes situações compreende as semelhanças e diferenças entre os casos individuais, o que possibilita uma compreensão mais profunda dos casos como uma unidade social e a criação de uma teoria mais convincente e portanto uma maior fiabilidade dos resultados e das conclusões (Heale & Twycross, 2018; Gustafsson, 2017).

A população-alvo definida para este programa de intervenção incluiu os doentes com défice no autocuidado marcha, internada no serviço de ortopedia/neurocirurgia poente da Instituição de saúde no sul do país, admitida no contexto da prática de cuidados durante o período de implementação do projeto.

Como critério de inclusão no projeto de intervenção consideraram-se todos os doentes com alteração no autocuidado marcha após situação traumática aguda da coluna e/ou dos membros inferiores, que eram as situações mais frequentes no contexto onde decorreu o estágio.

2.2.2. Recolha de informação e instrumentos de avaliação

Para a avaliação diagnóstica dos doentes que integraram o programa de intervenção e após a aplicação dos critérios de exclusão, foram realizadas avaliações com recurso aos seguintes instrumentos de avaliação:

- Processo clínico;
- Formulário de colheita de dados (Apêndice I) que inclui:
 - Avaliação inicial;
 - Avaliação dos vários parâmetros biofisiológicos (tensão arterial [TA]; frequência cardíaca [FC]; frequência respiratória [FR]; saturação de oxigénio periférico [SpO₂]; sinais de dor; temperatura auricular e glicemia capilar);

- Formulário de registo das sessões de cuidados de ER (Apêndice II);
- Escalas de avaliação:
 - *Mini Mental State Examination* [MMSE] (Anexo I);
 - Índice de *Barthel* (Anexo II).
 - Escala numérica para a avaliação da dor (Anexo III);
 - Escala da *Medical Research Council modificada* [MRC] (Anexo IV).

A supervisão foi assegurada por um supervisor clínico com cédula profissional de Enfermeiro Especialista na área de ER e pela Docente orientadora.

Para a identificação dos diagnósticos de ER recorreu-se à terminologia CIPE® (2020).

O MMSE é um teste de fácil aplicação não sendo cronometrado o tempo de execução e que avalia as funções cognitivas de forma global através de 30 questões divididas em sete funções cognitivas, sendo cada item pontuado de zero a um valores. A pontuação total varia entre zero a 30 valores, sendo o valor máximo equivalente ao melhor desempenho e um valor superior a 24 pontos indica uma função cognitiva “normal” (Morgado, 2009). Tendo em conta a faixa etária predominante do serviço é uma população envelhecida e que à medida que a população envelhece os problemas cognitivos aparecem, se o PCER foi centrado no ensino e no treino dos doentes, tornou-se importante conhecer as capacidades cognitivas dos mesmos para saber se estes tinham ou não potencial para aprender e saber que tipo de ensino podia ser feito aos doentes e que tipo de linguagem utilizar. Assim, integraram este estudo apenas os doentes que obtiveram um *score* igual ou superior a 24 pontos.

O Índice de *Barthel* é considerado como a medida mais amplamente usada para avaliar as ABVD que foi validado também em Portugal (Araújo et al., 2007) tendo sido escolhido para este trabalho por se pretender avaliar o desempenho funcional. Este instrumento de avaliação engloba dez AVD’s, relacionadas com cuidados pessoais e com a mobilidade (alimentação, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo intestinal, controlo urinário, mobilidade, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas) nas quais se avalia o nível de independência dos doentes. A pontuação varia de 0 a 100, com intervalos de 5 pontos, sendo que a pontuação mínima de zero equivale à máxima dependência em todas as AVD’s e a pontuação máxima de 100 corresponde a independência total para as mesmas AVD’s (Mahoney & Barthel, 1965).

Avaliou-se a dor pois, para além do controlo eficaz da dor ser um dever dos profissionais de saúde e um direito dos doentes, otimiza a terapêutica, confere segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde, melhora a qualidade de vida dos doentes (DGS, 2003b), contribui para a motivação na realização dos cuidados de enfermagem (Lin et al., 2020).

A Escala numérica para avaliação da dor é numerada de 0 a 10, em que a intensidade de dor dos doentes é correspondida a uma classificação numérica, na qual 0 corresponde a classificação “sem dor” e a 10 a classificação “dor máxima” (dor de intensidade máxima imaginável) (DGS, 2003b).

A força muscular constitui-se como um elemento intrínseco à mobilidade, ao equilíbrio corporal à capacidade para o desempenho AVD’s (Marques-Vieira & Caldas, 2017; Hoeman et al., 2011), que, quando diminuída a capacidade de deambulação compromete a qualidade de vida (Marques-Vieira et al., 2015).

A escala MRC foi utilizada para graduar os níveis de força muscular entre 0 (sem contração muscular palpável ou visível) e 5 (força normal) valores relativamente ao máximo esperado para aquele músculo, através de resistência à mobilização ativa (OE, 2016).

A avaliação da efetividade do PCER implementado foi efetuada em dois momentos:

- 1º) Avaliação inicial – após o primeiro contacto com os doentes, realizando uma entrevista e a análise do processo clínico, preenchendo o formulário da colheita de dados. Foi avaliada a tolerância dos doentes ao PCER implementado e introduzidas as alterações que se justificaram;
- 2º) Avaliação final – no último contacto efetuado com os doentes, tendo em conta a disponibilidade de permanência no local de estágio.

2.2.3. Procedimentos éticos e legais

Os procedimentos ético-legais deste trabalho tiveram início com a apreciação e aprovação do projeto e a emissão do parecer pela Instituição onde foi realizado o estágio (Anexo V) e pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Enfermagem.

Posteriormente, o projeto foi apresentado aos participantes e foi-lhes solicitado um consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice III), que é considerado uma forma de manifestação da vontade própria com respeito do direito de autonomia e do indivíduo para decidir sobre si próprio, podendo a sua participação no programa ser suspensa em qualquer momento. Pelo exposto, o consentimento foi sempre obtido junto dos doentes que possuíam o discernimento necessário para avaliar e consentir a sua participação no programa. O documento foi redigido em duas vias, ficando uma na posse do participante ou representante legal e a outra no processo de investigação.

O direito à identidade pessoal, segundo o disposto no nº 1 do artigo 26º da Constituição da República Portuguesa foi salvaguardado com a devida informação dos doentes acerca da realização do estudo e respetiva autorização escrita no consentimento informado, livre e esclarecido elaborado para o projeto de investigação.

Os cuidados de enfermagem foram moralmente assentes no princípio da beneficência, promovendo-se os interesses legítimos de cada doente com vista em proporcionar no seu bem-estar e as intervenções foram realizadas com rigor científico e supervisionadas pelo EEER e no princípio da não maleficência, na medida em que não se causou dor desnecessária aos doentes, foram ponderadas as intervenções antes da sua execução e quaisquer situações de risco foram evitadas (Beauchamp & Childress, 2001).

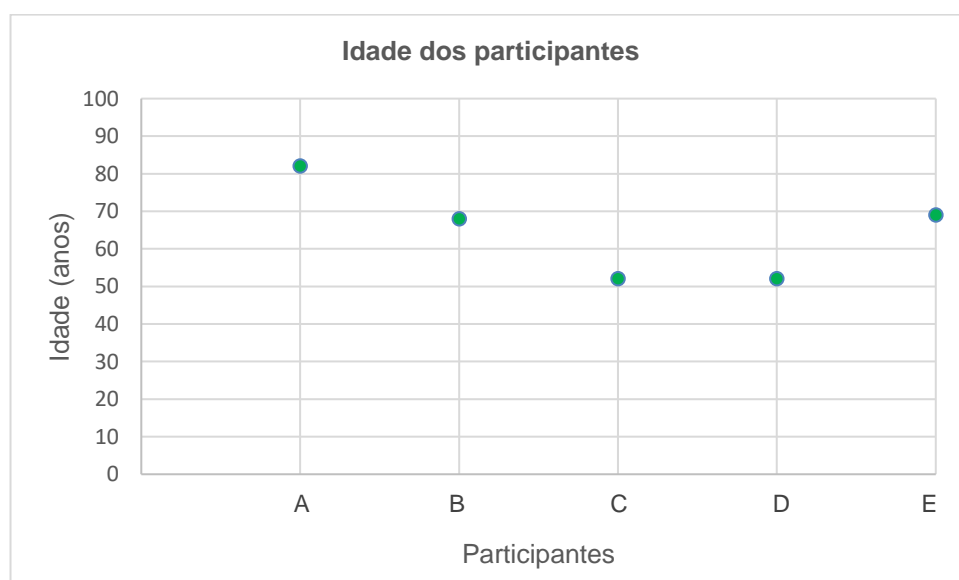
Para referenciar os participantes e respeitar o seu anonimato, de forma a não identificar os nomes dos mesmos, determinaram-se as letras por ordem alfabética de 'A' a 'E', descrevendo-se os casos de seguida.

2.3. Resultados dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

O projeto de intervenção foi implementado de 21/01/23 a 13/05/23, com duração de 16 semanas, na unidade de ortopedia/neurocirurgia numa Instituição de saúde no sul do país e integrou cinco participantes, com idades compreendidas entre os 52 e os 82 anos, como se pode observar no Gráfico 1.

O PCER incluiu a realização de uma intervenção uma vez ao dia com cada um dos doentes. Relativamente à duração das intervenções, esta foi varável pois dependia da colaboração e da tolerância de cada doente.

Gráfico 1 – Distribuição do número total de participantes incluídos no estudo de acordo com a idade.



No quadro 2 apresenta-se a caracterização dos participantes sob o ponto de vista sociodemográfico e clínico, segundo as variáveis selecionadas.

Em relação ao sexo dos participantes, observou-se um número superior de doentes do sexo feminino comparativamente ao sexo masculino.

A maioria dos participantes eram de nacionalidade portuguesa, sendo um de nacionalidade ucraniana. Todos os participantes eram procedentes da região do Algarve.

No que diz respeito ao agregado familiar, todos os participantes habitavam com uma a três pessoas. Em relação às habilitações académicas dos participantes, um participante era licenciado; outro participante possuía o 1º ciclo; outro participante tinha o ensino secundário e dois participantes possuíam o 2º ciclo.

Relativamente à profissão dos participantes no momento do estudo apurou-se que três participantes eram reformados, um estava desempregado e outro participante era operário.

Quanto à caracterização clínica dos participantes, procurou-se obter a informação se os doentes apresentavam alteração da mobilidade previamente ao internamento, verificando-se que nenhum possuía alterações de mobilidade, sendo os cinco participantes autónomos e apenas um doente não apresentou antecedentes pessoais.

Antes do episódio traumático todos os doentes eram independentes no desempenho das AVD's, sendo que as lesões que levaram ao compromisso da marcha nos doentes 'A', 'B' e 'E' foi a fratura do fémur, e nos doentes 'C' e 'D' foram traumatismos da coluna, resultantes de traumatismo. O episódio de queda foi observado em quatro doentes, sendo o que mais motivou a entrada no serviço.

Já a distribuição dos participantes de acordo com a cirurgia programada revelou que foram todos submetidos a cirurgia por episódio de urgência, devido a trauma.

No que concerne a distribuição dos participantes por área patológica, verificou-se que três participantes ('A', 'B' e 'E') apresentaram alterações do foro ortopédico e dois participantes ('C' e 'D') apresentaram alterações do foro neurotraumático.

Quadro 2 – Caracterização dos participantes a nível sociodemográfico e clínico.

Participantes Variáveis	A	B	C	D	E
<i>Idade</i>	82	68	52	52	69
<i>Género</i>	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino
<i>Nacionalidade</i>	Portuguesa	Portuguesa	Ucraniano	Portuguesa	Portuguesa
<i>Estado civil</i>	Casado	Casada	Casado	Casada	Casada
<i>Etnia</i>	Caucasiano	Caucasiano	Caucasiano	Caucasiano	Caucasiano
<i>Residência</i>	Olhão	Faro	Albufeira	Faro	Loulé
<i>Agregado familiar</i>	Esposa	Esposo	Esposa e 2 filhos	Esposo e 1 filha	Esposo
<i>Habilitações</i>	Primária	Básico	Licenciado	Secundário	Básico
<i>Profissão/ Ocupação</i>	Reformado	Reformado	Engenheiro Mecânico	Desempregado	Reformado
<i>Estado de autonomia pré-cirúrgico</i>	Independente	Independente	Independente	Independente	Independente
<i>Cirurgia Programa</i>	Não	Não	Não	Não	Não
<i>Motivo cirúrgico</i>	Queda	Queda	Acidente de barco	Queda	Queda
<i>Tipo cirurgia</i>	Encavilhamento do fémur esquerdo	Redução e osteossíntese com cavilha	Artrodese	Laminectomia + Discectomia radical L4-L5	Encavilhamento do fémur direito
<i>Tipo fratura</i>	Trocantérica do fémur esquerdo	Trocantérica do fémur esquerdo	D11, D12, L1	L4-L5	Trocantérica do fémur direito
<i>Antecedentes pessoais</i>	Hipertensão arterial; hipertrofia benigna da próstata; Hiperuricemia	Depressão; Hipertensão arterial; Hernioplastia inguinal esquerda; Nódulos na tireoide	Sem antecedentes pessoais conhecidos	Síndrome do túnel cárpico direito	Oligofrenia

2.3.1. Descrição dos casos

- **Caso 1: Doente 'A'**

Doente do sexo masculino com 82 anos de idade, casado, vivia com a esposa e com nível de instrução equivalente à primária. Este doente foi admitido na unidade de internamento de ortopedia a 02/02/2023 para realização de encavilhamento do fémur esquerdo devido a fratura trocantérica do fémur esquerdo, decorrente de queda no domicílio da própria altura no dia 01/02/2023. O doente apresentou antecedentes pessoais de Hipertensão arterial; hipertrofia benigna da próstata; Hiperuricemia.

O doente iniciou os cuidados de ER no pós-operatório a 06/02/2023 sendo instruído e incentivado a cumprir com exercícios de reabilitação funcional e motora ensinados, durante o resto do dia. No dia 15/02/2023, durante o turno da manhã foi reavaliado.

No primeiro contacto com o doente que foi no dia 06/02/2023, 1º dia pós-operatório, avaliou-se a capacidade cognitiva, o desempenho na realização das AVD's, a força muscular e a dor. No dia 15/02/2023 (10º dia pós-operatório), dia da alta para domicílio.

Nos dois períodos da avaliação da capacidade cognitiva (escala MMSE) o doente respondeu corretamente a todas questões tendo obtido a pontuação de 30 pontos. No desempenho da realização das AVD's (Escala de *Barthel*), na primeira avaliação o doente alimentava-se sozinho, necessitava de ajuda de outra pessoa nas transferências, era dependente na utilização do WC e nos cuidados de higiene, estava limitado ao leito, necessitando de ajuda total na mobilidade e em sem vestir. Mantinha controlo intestinal perfeitamente, embora tivesse controlo urinário perfeito. Dessa forma obteve pontuação de 30 nesta primeira avaliação. Na segunda avaliação manteve-se independente na alimentação, já se encontrava independente nas transferências, e na utilização do WC e cuidados de higiene, caminhava mais de 50 metros sem auxílio de outra pessoa, conseguindo ser independente a subir e descer escadas. Conseguia vestir-se sozinho, e tinha controlo total intestinal e urinário, obtendo um total de 100 na avaliação desta escala. Na avaliação inicial da força muscular, tinha contração palpável e visível mas sem movimento do membro enquanto na avaliação final já tinha movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, vencendo a gravidade.

Utilizando a escala numerária da dor, na primeira avaliação o doente obteve valor 3 enquanto na avaliação final o valor 1.

Foram também validados os conhecimentos sobre o processo patológico, nomeadamente a realização de marcha a três pontos com auxílio de canadianas; não estar na posição sentado muito tempo, utilizando cadeiras mais altas para se sentar; não dormir em posição ventral; não carregar pesos como por exemplo as compras; importância de cumprir com crioterapia e com elevação do membro intervencionado assim como exercícios de contração muscular, extensão

e flexão dos membros inferior; utilizar calçado fechado e antiderrapante; retirar tapetes e cabos elétricos dos locais de passagem assim como evitar pavimentos escorregadios.

No dia da alta o doente apresentou ainda maior dificuldade relacionada com o equilíbrio e o treino de marcha com auxiliar de marcha e com as transferências.

▪ **Caso 2: Doente 'B'**

Doente do sexo feminino com 68 anos de idade, casada, vivia com o marido e tinha um nível de instrução equivalente ao ensino básico. Foi admitida no serviço de ortopedia a 01/02/2023 com o diagnóstico de fratura trocantérica do fémur esquerdo, decorrente de queda da própria altura no domicílio. Apresentou antecedentes pessoais de depressão; hipertensão arterial; hernioplastia inguinal esquerda; nódulos na tiróide. Doente submetido a redução e osteossíntese com cavilha a 03/02/2023.

A doente iniciou o PCER no pós-operatório a 04/02/2023, e terminou a 10/02/2023. As intervenções decorreram durante o turno da manhã, sendo o doente instruído e incentivado a cumprir com exercícios de reabilitação funcional e motora ensinados durante o turno da tarde.

Avaliou-se a capacidade cognitiva recorrendo à escala MMSE; o desempenho na realização das AVD's, de acordo com o Índice de *Barthel*; a força muscular, de acordo com a Escala MRC; a dor, de acordo com a Escala Numérica da Dor e o equilíbrio corporal no dia 04/02/2023 (1º dia pós-operatório) e no dia 10/02/2023 (7º dia pós-operatório).

Na capacidade cognitiva (escala MMSE) a doente respondeu corretamente a todas questões tendo obtido a pontuação de 30 pontos, tanto na primeira avaliação, como na avaliação final. No desempenho da realização das AVD's (Escala de *Barthel*), na primeira avaliação a doente alimentava-se sozinha, necessitava de ajuda de outra pessoa nas transferências, era dependente na utilização do WC e nos cuidados de higiene, estava limitada ao leito, necessitando de ajuda total na mobilidade e em vestir-se. Mantinha controlo intestinal perfeitamente, embora tivesse controlo urinário perfeito. Dessa forma obteve pontuação de 30 nesta primeira avaliação. Na segunda avaliação manteve-se independente na alimentação, já se encontrava independente nas transferências, na utilização do WC e cuidados de higiene, caminhava mais de 50 metros sem auxílio de outra pessoa, conseguindo ser independente a subir e descer escadas. Conseguia vestir-se sozinha e tinha controlo total intestinal e urinário, obtendo um total de 100valores.

Na avaliação inicial da força muscular, tinha contração palpável e visível mas sem movimento do membro, enquanto na avaliação final já tinha movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, vencendo a gravidade.

Utilizando a escala numérica da dor, na primeira avaliação a doente referiu um valor 5 enquanto na avaliação final já referia valor 2.

Foram também validados os conhecimentos sobre o processo patológico, nomeadamente a realização de marcha a três pontos com auxílio de canadianas; não estar na posição sentado muito tempo, utilizando cadeiras mais altas para se sentar; não dormir em posição ventral; não carregar pesos como por exemplo as compras; importância de cumprir com crioterapia e com elevação do membro intervencionado assim como exercícios de contração muscular, extensão e flexão dos membros inferior; utilizar calçado fechado e antiderrapante; retirar tapetes e cabos elétricos dos locais de passagem assim como evitar pavimentos escorregadios.

No dia da alta o doente apresentou maior dificuldade relacionada com o treino de marcha com auxiliar de marcha e com as transferências.

▪ **Caso 3: Doente 'C'**

Doente do sexo masculino com 52 anos de idade, casado, vivia com a esposa e dois filhos e tinha um nível de instrução equivalente à licenciatura. Foi admitido no serviço de ortopedia a 08/03/2023 com o diagnóstico de fraturas vertebrais (D11, D12 e L1), decorrente de acidente de barco a 08/03/2023. Não apresentou antecedentes pessoais conhecidos. Doente submetido a artrodese a 09/03/2023.

O doente iniciou o PCER no pós-operatório a 09/03/2023 e terminou a 14/03/2023. As intervenções decorreram sempre no turno da manhã, tendo o doente sido instruído e incentivado à realização dos exercícios de reabilitação funcional motora ensinados também no turno da tarde.

Avaliou-se a capacidade cognitiva recorrendo à escala MMSE; o desempenho na realização das AVD's, de acordo com o Índice de *Barthe*; a força muscular, de acordo com a Escala MRC; a dor, de acordo com a Escala Numérica da Dor e o equilíbrio corporal, no dia 09/03/2023 (1º dia pós-operatório) e no dia 14/03/2023 (data da transferência hospitalar).

Na avaliação da capacidade cognitiva (escala MMSE) o doente respondeu corretamente a todas questões tendo obtido a pontuação de 30, tanto na primeira como na avaliação final. No desempenho da realização das AVD's (Escala de *Barthe*), na primeira avaliação o doente alimentava-se sozinho, era dependente nas transferências, não tinha equilíbrio sentado, era dependente na utilização do WC e nos cuidados de higiene, estava limitado ao leito, necessitando de ajuda total na mobilidade e em sem vestir. Não tinha controlo intestinal, nem controlo urinário. Assim, nesta primeira avaliação obteve pontuação de 10. Já na segunda avaliação o doente manteve-se independente na alimentação, necessitava de alguma ajuda nas transferências, era independente na utilização do WC mas necessita de alguma ajuda nos cuidados de higiene. Com pouco auxílio de outra pessoa, conseguia caminhar menos de 50

metros e subir e descer escadas. Também necessitava de alguma ajuda com o vestuário e tinha controlo total intestinal e urinário, obtendo um total de 70.

Na avaliação inicial da força muscular, o doente apresentou contração palpável e visível mas sem movimento do membro enquanto na avaliação final já tinha movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, vencendo a gravidade.

Utilizando a escala numerária da dor, na primeira avaliação o doente referiu valor 6 enquanto na avaliação final já referia valor 1.

Foram também validados os conhecimentos sobre o processo patológico, sendo que o doente demonstrou conhecimento em não estar na posição sentado muito tempo, não carregar pesos como as compras por exemplo. Cumprir com crioterapia e com repouso por períodos assim como exercícios de contração muscular, extensão e flexão dos membros inferior. Lateralizar o corpo para se poder levantar evitado esforço muscular na zona intervencionada. Utilizar calçado fechado e antiderrapante, retirar tapetes e cabos elétricos dos locais de passagem assim como evitar pavimentos escorregadios.

▪ **Caso 4: Doente 'D'**

Doente do sexo feminino com 52 anos de idade, casada, vivia com o marido e uma filha e tinha nível de instrução equivalente ao ensino secundário. Foi admitida no serviço de ortopedia a 01/02/2023 com o diagnóstico de fraturas vertebrais (L4-L5) decorrente de queda em domicílio. Apresentava como antecedente pessoal a síndrome do túnel cárpico direito. Doente submetido a laminectomia e discectomia radical L4-L5 a 05/02/2023.

A doente iniciou o PCER no pós-operatório a 05/02/2023 e terminou a 07/02/2023, sempre no turno da manhã, tendo sido instruída e incentivada à realização dos exercícios de reabilitação funcional motora ensinados.

Avaliou-se a capacidade cognitiva recorrendo à escala MMSE; o desempenho na realização das AVD's, de acordo com o Índice de *Barthel*; a força muscular, de acordo com a Escala MRC; a dor, de acordo com a Escala Numérica da Dor e o equilíbrio corporal, no dia 05/02/2023 (1º dia pós operatório) e no dia 07/02/2023 (alta para domicílio).

Na avaliação da capacidade cognitiva (escala MMSE) a doente respondeu corretamente a todas questões tendo obtido a pontuação de 30 pontos nas duas avaliações.

No desempenho da realização das AVD's (Escala de *Barthel*), na primeira avaliação a doente alimentava-se sozinha, necessitava de ajuda de outra pessoa nas transferências, era dependente na utilização do WC e nos cuidados de higiene, estava limitada ao leito, necessitando de ajuda total na mobilidade e em vestir-se. Mantinha controlo intestinal perfeitamente, embora tivesse controlo urinário perfeito. Dessa forma obteve pontuação de 30 nesta primeira avaliação. Na segunda avaliação a doente manteve-se independente na

alimentação e já se encontrava independente nas transferências, na utilização do WC e nos cuidados de higiene, caminhava mais de 50 metros sem auxílio de outra pessoa, conseguindo ser independente a subir e descer escadas. Conseguia vestir-se sozinha e tinha controlo total intestinal e urinário, obtendo um total de 100 na avaliação desta escala.

Na avaliação inicial da força muscular, a doente apresentava contração palpável e visível mas sem movimento do membro, enquanto na avaliação final já tinha movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, vencendo a gravidade.

Utilizando a escala numerária da dor, na primeira avaliação a doente referiu valor 5 enquanto na avaliação final já referia valor 1.

Foram também validados os conhecimentos sobre o processo patológico, designadamente não estar na posição sentado muito tempo, não carregar pesos como as compras por exemplo. Cumprir com crioterapia e com repouso por períodos assim como exercícios de contração muscular, extensão e flexão dos membros inferior. Lateralizar o corpo para se poder levantar evitando esforço muscular na zona intervencionada. Utilizar calçado fechado e anti-derrapante, retirar tapetes e cabos eletricos dos locais de passagem assim como evitar pavimentos escorregadios.

▪ **Caso 5: Doente 'E'**

Doente do sexo feminino com 69 anos de idade, casada, vivia com o marido e tinha um nível de instrução equivalente ao ensino básico. Foi admitida no serviço de ortopedia a 15/02/2023 com o diagnóstico de fratura trocantérica do fémur direito, decorrente de queda da própria altura no domicílio. Apresentava antecedente pessoal de oligofrenia. Doente submetida a encavilhamento do fémur direito no dia 26/02/2023.

A doente iniciou o PCER no pós-operatório a 28/02/2023 e terminou a 13/03/2023. As intervenções decorreram sempre no turno da manhã, tendo a doente sido instruída e incentivada à realização dos exercícios de reabilitação funcional motora ensinados também no turno da tarde.

Avaliou-se a capacidade cognitiva recorrendo à escala MMSE; o desempenho na realização das AVD's, de acordo com o Índice de Barthel; a força muscular, de acordo com a Escala MRC; a dor, de acordo com a Escala Numérica da Dor e o equilíbrio corporal, a 28/02/2023 (2º dia pós-operatório) e 13/03/2023 (alta).

Na avaliação da capacidade cognitiva (escala MMSE) a doente respondeu corretamente a todas questões tendo obtido a pontuação de 30 pontos, tanto na primeira avaliação, como na avaliação final. No desempenho da realização das AVD's (Escala de Barthel), na primeira avaliação a doente alimentava-se sozinho, necessitava de ajuda de outra pessoa nas transferências, era dependente na utilização do WC e nos cuidados de higiene, estava limitada ao leito, necessitando de ajuda total na mobilidade e em vestir-se. Mantinha controlo intestinal

perfeitamente, embora tivesse controlo urinário perfeito. Dessa forma obteve pontuação de 30 nesta primeira avaliação. Na segunda avaliação a doente manteve-se independente na alimentação, já se encontrava independente nas transferências, na utilização do WC e nos cuidados de higiene, caminhava mais de 50 metros sem auxílio de outra pessoa, conseguindo ser independente a subir e descer escadas. Conseguia vestir-se sozinha e tinha controlo total intestinal e urinário, obtendo um total de 100 na avaliação desta escala.

Na avaliação inicial da força muscular, tinha movimento sem vencer a gravidade ao longo de quase toda a amplitude articular mas não vencida a gravidade enquanto na avaliação final já tinha força normal.

Utilizando a escala numérica da dor, na primeira avaliação o doente referiu valor 4 enquanto na avaliação final já referia valor 1.

Foram também validados os conhecimentos sobre o processo patológico, nomeadamente a marcha a três pontos com auxílio de canadianas, não estar na posição sentado muito tempo, utilizando cadeiras mais altas para se sentar. Não dormir em posição ventral, não carregar pesos como as compras por exemplo. Cumprir com crioterapia e com elevação do membro intervencionado assim como exercícios de contração muscular, extensão e flexão dos membros inferior. Utilizar calçado fechado e antiderrapante, retirar tapetes e cabos elétricos dos locais de passagem assim como evitar pavimentos escorregadios.

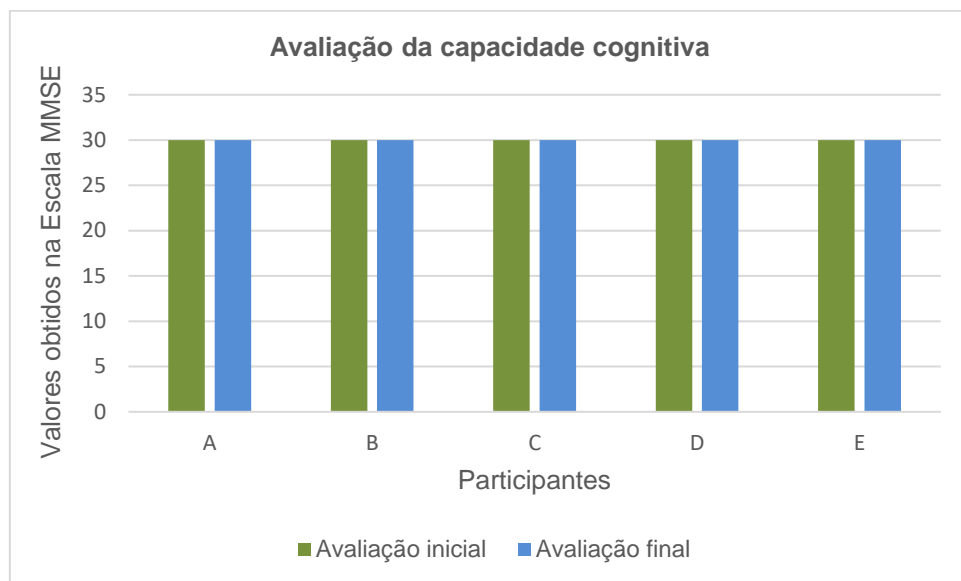
No dia da alta a doente apresentou dificuldade nos aspetos relacionados com a deambulação com auxiliar de marcha e com as transferências.

2.3.2. Síntese dos casos

Os doentes que integraram o projeto tinham necessidades de cuidados variáveis relacionadas tanto com a patologia subjacente ao compromisso da marcha como relacionadas com outras variáveis como a idade e outras patologias. Assim nos gráficos seguintes apresenta-se a síntese dos casos com os diagnósticos de enfermagem que foram comuns a todos os doentes que integraram o projeto. Os dados recolhidos através dos instrumentos de avaliação nos dois momentos de avaliação suprarreferidos, sendo que o primeiro momento iniciou-se no primeiro contacto com o doente após a cirurgia, em média no primeiro dia pós-operatório e a última avaliação correspondeu ao último contacto com o doente, que em regra foi no dia da alta clínica para domicílio.

No que se refere à capacidade cognitiva não se verificaram alterações em nenhum doente entre a avaliação inicial e a avaliação final (Gráfico 2).

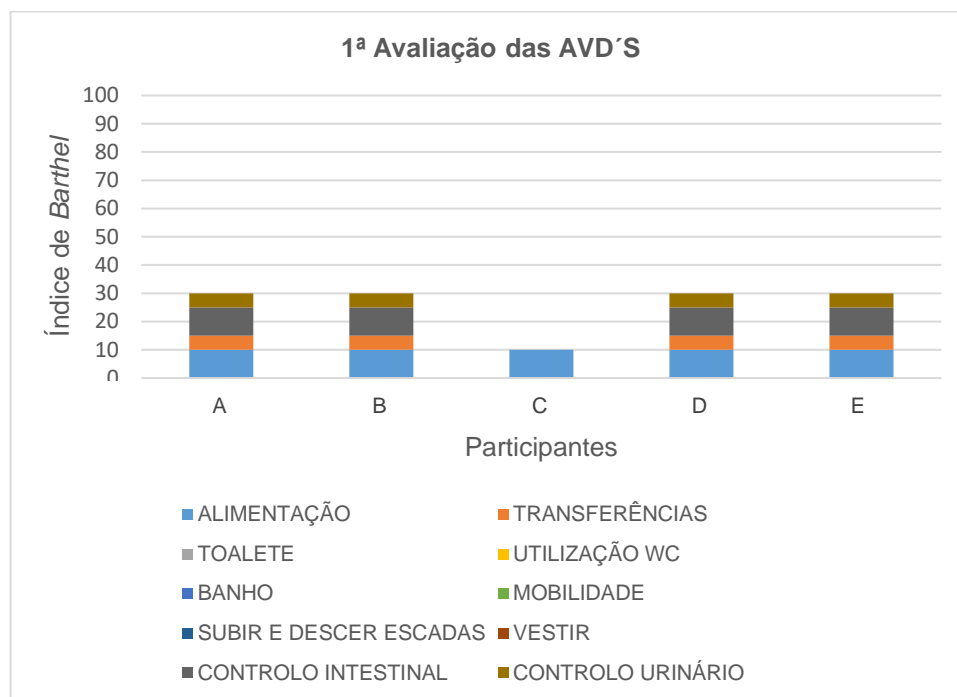
Gráfico 2 – Distribuição dos participantes de acordo com a avaliação da capacidade cognitiva.



Relativamente ao desempenho nas AVD's, de acordo com o Índice de *Barthel*, na primeira avaliação (Gráfico 3), no que respeita aos autocuidados: alimentação, todos os participantes era independentes; transferências, quatro participantes necessitavam de ajuda de outra pessoa, mas não conseguiam sentar-se e um participante era dependente, não tinha equilíbrio sentado; toalete, todos os participantes eram dependentes necessitando de alguma ajuda; utilização do WC, todos os participantes eram dependentes; tomar banho, todos eram dependentes, necessitam de alguma ajuda; autocuidado mobilidade, todos os participantes eram imóveis; autocuidado subir e descer escadas, todos eram dependentes, o autocuidado vestir-se foi impossível para todos os doentes. Relativamente ao controlo intestinal, quatro participantes controlavam perfeitamente, sem incidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar e um participante incontinente ou precisa de uso de clisteres; controlo urinário, um participante era incontinente, estava algaliado, sendo incapaz de manipular a algália sozinho e quatro participantes tiveram acidente ocasional.

Do total de participantes, quatro revelaram dependência grave e um revelou dependência total.

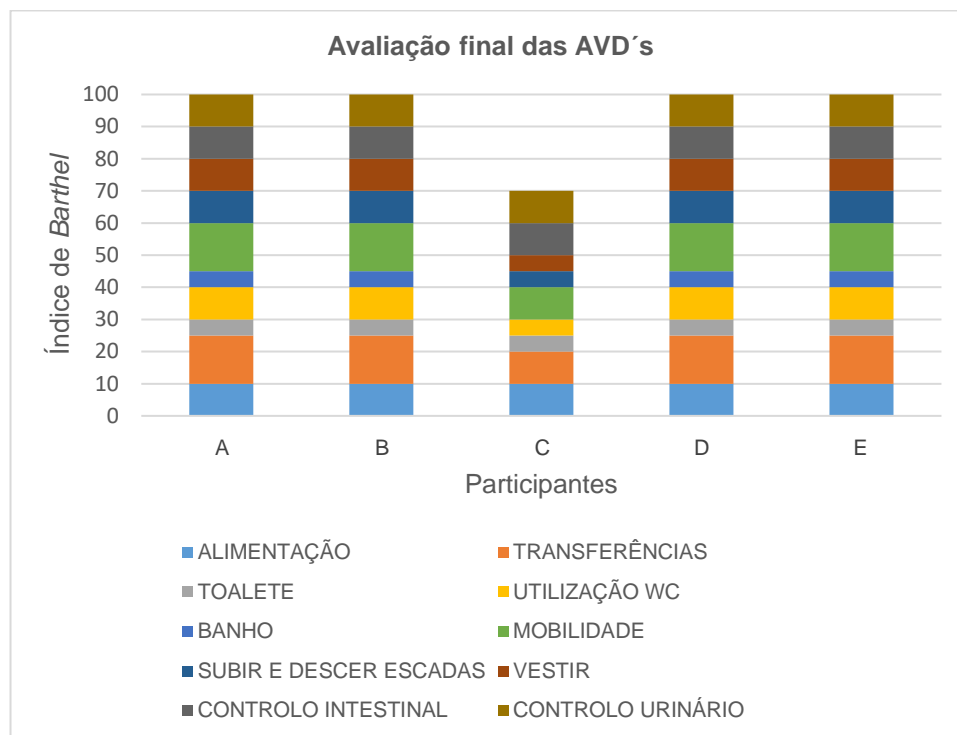
Gráfico 3 – Desempenho dos doentes nas AVD's na avaliação inicial.



Na avaliação final da capacidade funcional (Gráfico 4) na AVD alimentação, todos os participantes eram independentes; na AVD transferências, quatro pessoas eram independentes e um participante precisava de alguma ajuda; na AVD toalete, todos os participantes eram independentes; na AVD utilização do WC quatro participantes eram independentes e um precisava de alguma ajuda; na AVD banho, quatro participantes eram independentes e um era dependente, necessitando de alguma ajuda; na AVD mobilidade, quatro participantes caminhavam 50 metros sem ajuda ou supervisão (pode usar auxiliar de marcha); na AVD subir e descer escadas, quatro participantes eram independentes com ou sem ajudas técnicas e um participante precisava de ajuda; na AVD vestir, quatro participantes eram independentes e um precisava de ajuda; na AVD controlo intestinal, todos os participantes controlavam perfeitamente, sem incidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar e na AVD controlo urinário, todos os participantes controlavam perfeitamente, sem incidentes, sendo capazes de manipular a algália sozinho.

Os resultados foram mais evidentes no caso de os autocuidados subir e descer escadas; transferências; utilização do wc; mobilidade e vestir, conforme Gráfico 4.

Gráfico 4 – Desempenho dos doentes nas AVD's na avaliação final.



Conforme os resultados dos cinco participantes, quatro eram independentes e um participante revelou dependência moderada.

Relativamente à gestão da dor dos doentes no pós-operatório, este foi garantido com as intervenções de ER e com a terapêutica antiálgica prescrita em horário fixo e em S.O.S, visando a saúde e o bem-estar do doente.

A avaliação da dor através da Escala Numérica da Dor (Gráfico 5) permitiu verificar que a dor máxima que os doentes apresentaram foi de 5 valores na primeira avaliação e que na segunda avaliação todos os doentes referiram ter a dor controlada.

A força muscular foi avaliada no sentido de perceber se os doentes tinham capacidade para a marcha. Tendo em conta que um dos objetivos do PCER consistia no aumento da força muscular do membro intervencionado e por outro lado na manutenção da força no membro contralateral, foi mensurada a força muscular através da Escala MRC.

No que diz respeito à força muscular a nível do membro inferior afetado identificou-se um aumento da mesma em quatro participantes, nomeadamente do grau 1 na avaliação inicial, para grau 4 na avaliação final e um aumento de grau 2 para grau 5 em um participante (Gráfico 6).

Não foi possível atingir o valor máximo da força muscular no membro operado mas verificou-se a manutenção da força do membro não operado.

Gráfico 5 – Distribuição dos participantes de acordo com a avaliação da presença de dor.

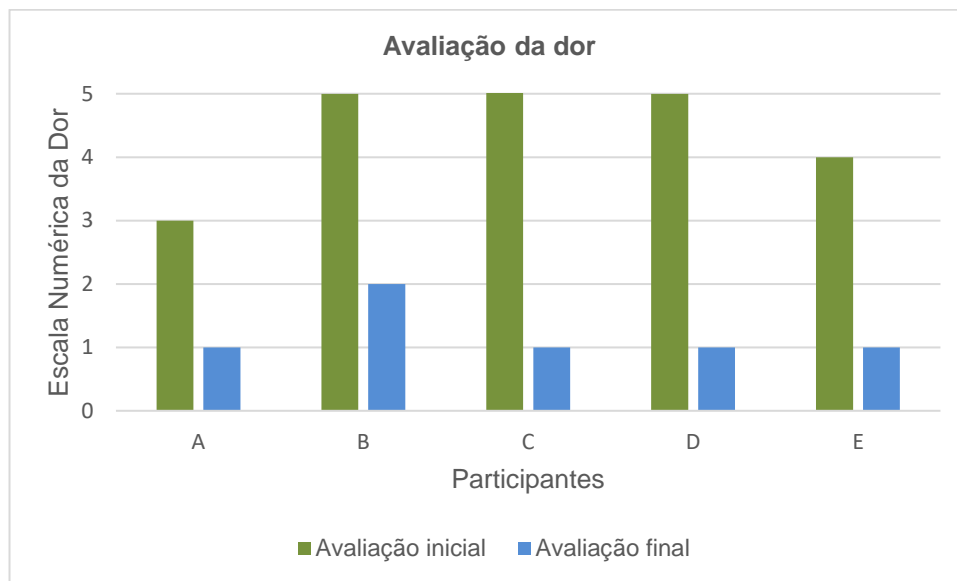
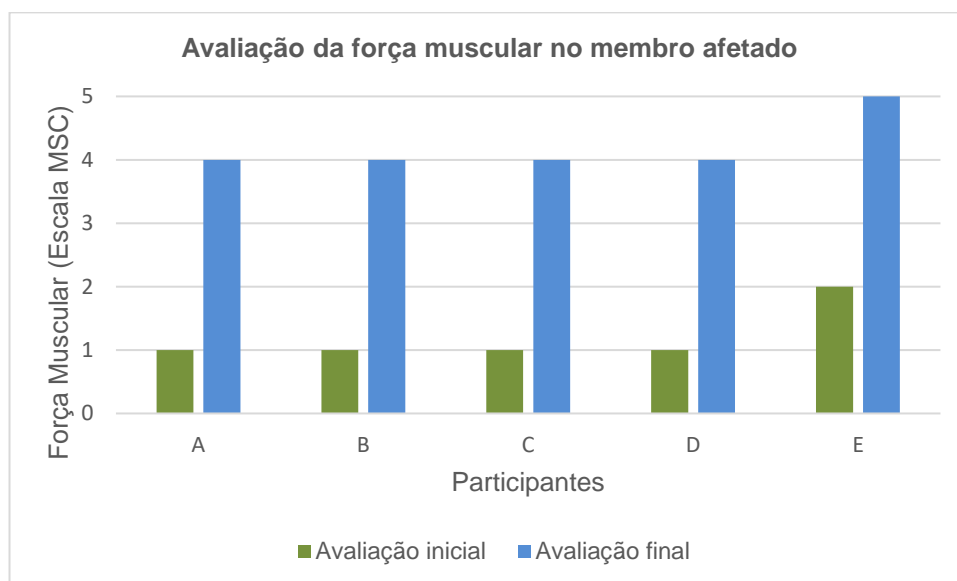


Gráfico 6 – Avaliação da força muscular no membro afetado com recurso à Escala MSC.



Na avaliação da força dos membros superiores, todos os participantes mantiveram a força muscular normal ao longo do internamento, obtendo-se o grau 5 para todos os segmentos.

No que concerne ao equilíbrio corporal embora este não tenha sido avaliado de forma sistemática em todos doentes, nenhum participante conhecia os exercícios de equilíbrio estático e dinâmico na primeira avaliação, pelo que adotavam posições viciosas e apresentavam alterações no equilíbrio em pé. Após ensino e treino de exercícios, os participantes executavam-

nos adequadamente verificando-se uma melhoria significativa do equilíbrio estático e dinâmico e não se verificaram episódios de queda durante a implementação do PCER.

No domínio do conhecimento sobre o processo patológico, todos os participantes mostravam expectativa na melhoria da funcionalidade e autonomia, enquanto na avaliação final já demonstravam uma perceção quer do estado clínico real quer das limitações da patologia.

Durante a implementação do PCER, foi notória a crescente motivação dos participantes do ponto de vista do investigador, pois demonstraram persistência e esforço em cumprir o programa de reabilitação instituído.

2.4. Discussão de Resultados

No que respeita a caracterização da amostra a nível sociodemográfico, constatou-se que a população-alvo do estudo foi maioritariamente idosa (média de 65 anos de idade). Ao analisar a representatividade de género, os resultados revelaram uma incidência de superior de patologia no sexo feminino. No que respeita ao género e à faixa etária, estes achados coincidem com os encontrados na literatura científica, isto é, são os indivíduos idosos e do sexo feminino que apresentam maior dependência no autocuidado marcha por evento crítico de saúde (Pirker & Katzenschlager, 2017; Mahlknecht et al., 2013; Petronilho et al., 2010).

A patologia traumática mais frequente foi a fratura trocantérica ($n = 3$) e sobretudo em participantes do sexo feminino, o que corrobora a bibliografia que refere maior incidência de fraturas da extremidade proximal do fémur em pessoas com mais de 70 anos, do sexo feminino (Brennan et al., 2019; Mesquita et al., 2009). Também um estudo realizado em Portugal revelou uma maior incidência de fraturas do fémur proximal na população portuguesa com mais de 65 anos de idade, no sexo feminino e em indivíduos progressivamente mais idosos (Silva et al., 2018).

O estado civil/agregado familiar foram variáveis analisadas no presente estudo por se considerar importante na medida em que os doentes que habitassem sozinhos poderiam necessitar de apoio de um cuidador informal após a alta que executasse e supervisionasse no domicílio sem a presença do EEER.

No que concerne a caracterização da amostra a nível de escolaridade também se considerou crucial para investigar se a mesma influenciaria a realização dos autocuidados pois, segundo Souza Oliveira-Kumakura et al. (2019) os indicadores educacionais influenciam a melhoria dos parâmetros funcionais.

Ficou patente a importância da avaliação das capacidades cognitivas por forma a conhecer a capacidade de aprendizagem dos doentes no que respeita aos ensinamentos e treinos tendo em

conta a faixa etária da população-alvo do estudo. Verificou-se que todos os participantes mantinham capacidades cognitivas dentro do esperado tendo em conta fatores como a idade, pelo que as atividades de ensino e treino que estavam planeadas foram concretizadas em todos os doentes. A avaliação das capacidades cognitivas é fundamental também porque o declínio da capacidade cognitiva associado ao próprio envelhecimento é o maior risco para ocorrência de quedas (Marques-Vieira et al., 2015).

Na primeira avaliação, constatou-se que os participantes apresentaram compromisso em vários autocuidados, o que pode ser justificado por vários fatores como a presença de dor músculo-esquelética e/ou a incapacidade, evidenciando assim um dos objetivos do relatório, nomeadamente a melhoria da funcionalidade dos doentes. Esta restrição da atividade física por patologias do foro ortotraumatológico/doenças cerebrovasculares, segundo Baixinho (2011), assumem um papel determinante no processo de envelhecimento e nas necessidades de cuidados de saúde.

As dificuldades no desempenho das atividades inerentes aos autocuidados aquando da primeira avaliação foram associadas às alterações dos processos corporais resultantes do evento crítico agudo. Resultados semelhantes foram obtidos no estudo de Petronilho et al. (2010). Na avaliação final, todos os participantes melhoraram o seu grau de dependência com a implementação do PCER refletindo um ganho no desempenho das AVD's, conforme resultados obtidos por Alcobia et al. (2019). Também o ensaio clínico randomizado com 182 doentes idosos com doenças agudas, realizado em Portugal, verificou que a implementação durante a hospitalização de um programa de enfermagem centrado nos autocuidados básicos melhorará os resultados funcionais (Rodrigues et al., 2019).

De referir que dos dois participantes que apresentaram lesões corporais ao nível do sistema neurológico, um deles (participante 'C') afetou de forma mais significativa a autonomia para a realização das AVD's e, segundo o estudo de Petronilho et al. (2010), os doentes com diagnóstico de alteração no sistema neurológico são mais dependentes do que aqueles com diagnóstico com origem no sistema músculo-esquelético, pois tratam-se das lesões que provocam sequelas mais significativas para a autonomia.

Reis e Torres (2011) realizaram um estudo transversal a 60 idosos institucionalizados com o intuito de analisar a influência da dor quanto à duração, localização e intensidade na capacidade funcional. Concluíram que a dor interfere negativamente na capacidade funcional dos idosos, tornando a maioria deles dependentes na transferência para higiene íntima, na transferência cama e cadeira, na deambulação e no subir escadas (Reis & Torres, 2011).

Atendendo à diminuição de dor transversal a todos os participantes pode-se considerar que a avaliação da dor contribuiu para o direcionamento dos cuidados de enfermagem e que os

exercícios de reabilitação possam ter proporcionado alívio e conforto, conforme descrito por Barbosa et al. (2014).

O objetivo de melhoria da força muscular no membro afetado foi atingido em todos os participantes do projeto, traduzindo-se na melhoria da capacidade funcional. Também o estudo de Preto et al. (2016) sobre os efeitos de um programa de ER na aptidão funcional de idosos institucionalizados verificou um aumento de força global a nível do membro superior dominante e dos membros inferiores após os exercícios de treino de força muscular. Não foi atingido o mesmo nível de força muscular que os membros não afetados possivelmente devido à restrição de tempo. Não obstante, pode-se relacionar os ganhos de força muscular com a prevenção da imobilidade e a manutenção da funcionalidade dos membros afetados (Preto et al., 2016). No contexto prático, foram implementados cuidados de enfermagem que contribuíram para a manutenção da funcionalidade e prevenção da imobilidade, nomeadamente a mobilização, a marcha e levante assistidos, o levante progressivo, os posicionamentos, a ajuda na técnica de transferência, os incentivos à marcha, ao levante precoce e à adesão ao regime terapêutico e ainda o incentivo e treino dos autocuidados.

De referir que a forte adesão no momento da avaliação final se deveu ao facto dos participantes notarem uma melhoria funcional e uma diminuição da dor e, conseqüentemente, motivação para cumprimento do PCER conforme referido por Lin et al. (2020). Assim, a adesão dos doentes ao processo de reabilitação influenciou positivamente os resultados, conforme descrito por Federspiel e Steinmetz (2018). Para tal, consideramos importante o envolvimento de cada participante no seu processo de reabilitação e a relação doente-EEER no delineamento de metas consoante as expectativas de resultados. Segundo Schunk e DiBenedetto (2019) os principais processos motivacionais internos são os objetivos e as autoavaliações do progresso, a autoeficácia, as comparações sociais, os valores, as expectativas de resultados, as atribuições e a autorregulação, sendo que uma avaliação das expectativas leva à decisão da pessoa se envolver (Schunk & DiBenedetto, 2019).

O facto de não se terem verificado quedas durante o PCER pode sugerir que o treino de equilíbrio reduz a probabilidade da ocorrência de queda nos idosos pois segundo a revisão bibliográfica de Cunha e Pinheiro (2016), muitos dos fatores de risco para quedas são corrigíveis por programas de exercício físico específicos sendo o treino de equilíbrio o mais eficaz na prevenção das quedas nos idosos.

Os ganhos na saúde decorrentes do conhecimento sobre o processo patológico e da capacitação do andar com auxiliar de marcha permitiram uma melhoria na realização das AVD's.

A implementação do PCER permitiu uma melhoria dos resultados a nível dos diagnósticos de ER identificados, comprovada através da melhoria da autonomia para o desempenho das

AVD's, da minimização da dor e do aumento da força muscular no membro operado sem haver uma perda de força no membro não operado.

Considera-se que os resultados devem ser analisados com cautela devido ao facto da amostra ser reduzida e do método de seleção ter sido por conveniência, identificando-se como limitação deste estudo. Não foi conseguida uma amostra representativa devido a constrangimentos temporais.

Neste sentido e procurando responder às limitações identificadas, seria pertinente a realização de estudos idênticos mas com um tamanho de amostra representativo da população. Espera-se que este estudo possa contribuir para o conhecimento nesta área apesar das conclusões não poderem ser generalizadas.

CAPÍTULO III – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Todas as experiências e atividades desenvolvidas nos contextos de estágios contribuíram para o desenvolvimento das competências necessárias presentes no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no Regulamento de Competências Específicas do EEER e ainda no Regulamento de Competências de Mestre em Enfermagem. De seguida são descritas as mais significativas.

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

No Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro estão descritos quatro domínios de competência que devem ser comuns a todos os enfermeiros especialistas e que são o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o domínio da melhoria contínua da qualidade, o domínio da gestão dos cuidados e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal é suposto que os enfermeiros especialistas desenvolvam uma prática profissional ética e legal, na sua área de especialidade, agindo de acordo com os princípios legais, éticos e deontológicos; que garantam práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais promovendo a proteção dos direitos humanos e gerindo bem como a segurança, a privacidade e a dignidade dos doentes (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

O desenvolvimento desta competência teve início na aquisição de conhecimentos, proporcionados pela unidade curricular de Epistemologia, Ética, Direito em Enfermagem, tendo contribuído a realização do trabalho de grupo intitulado «Direito da pessoa com VIH à confidencialidade», onde foi analisada a temática sob o ponto de vista do enquadramento ético, deontológico e jurídico. A prestação de cuidados de enfermagem respeitando o direito dos doentes à saúde e à vida, o princípio da igualdade e a dignidade humana, bem como a preocupação com a privacidade e o respeito pela pessoa durante os cuidados também contribuíram para desenvolver esta competência. Durante os estágios a minha prática foi pautada pelo sigilo profissional, no que se refere à recolha e divulgação dos dados para a elaboração do projeto de intervenção e à salvaguarda da própria vontade dos doentes na participação do mesmo através de um consentimento informado (Apêndice III) sem que existissem consequências para a sua decisão, sendo que todos os doentes foram informados dos objetivos do projeto de intervenção.

Os princípios legais, éticos e deontológicos intrínsecos ao exercício da profissão, que se encontram concretizados no Código Deontológico, foram adaptados e validados com os enfermeiros precetores/supervisores clínicos para as situações presenciadas em contexto da prática de cuidados.

No domínio da melhoria contínua da qualidade pretende-se que os enfermeiros especialistas garantam um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais mobilizando para tal conhecimento e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade e orientando projetos institucionais na área da qualidade e ainda que desenvolvam práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhora contínua promovendo um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

Neste domínio exerci os cuidados de enfermagem baseando em evidência científica atual e com uma conduta preventiva e, portanto, focada no zelo pela segurança dos doentes. Colaborei em práticas de cuidados que transmitissem segurança e proteção quer dos doentes quer à família, promovendo um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual, adequados para que fosse possível estabelecer um relacionamento terapêutico e empático. Devo salientar a importância que o trabalho em equipa assumiu, pois, a atuação conjunta dos profissionais de saúde mais facilmente identifica eventuais barreiras psicológicas e/ou físicas sentidas pelo doente e família, garantindo o apoio psicológico necessário.

Também a elaboração do projeto de intervenção com um programa de intervenção de ER foi fundamentado com uma revisão da bibliografia atual e por outro lado possibilitou a identificação de uma problemática, cuja resolução pode ser considerada como uma oportunidade de melhoria. Os cuidados de ER implementados a partir da avaliação e que foram sujeitos a avaliação posterior contribuem também para melhoria da efetividade dos cuidados, tendo-se usando como referência o plano de cuidados da OE (OE, 2015).

Já no domínio da gestão dos cuidados é de esperar que os enfermeiros, na sua área de especialidade, façam a gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa, o processo de cuidados e a articulação na equipa de saúde e adaptem a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

Neste domínio foi elaborado um trabalho de pesquisa e reflexão individual, nomeadamente sobre «O futuro da cidadania/democracia na minha profissão» e um trabalho de grupo sobre «Gestão de conflitos em Enfermagem» na Unidade Curricular «Gestão em Saúde e Governação Clínica», que contribuiriam também para a aquisição e desenvolvimento dessas competências.

Em contexto de estágio, tentei cumprir todos os procedimentos que visavam a melhoria da qualidade dos serviços e a avaliação dos cuidados pois considero que é fundamental a existência

de protocolos e de normas, fundamentais na organização dos cuidados, de modo a minimizar o a ocorrência de erros.

Norteei-me por uma prática assente no planeamento dos cuidados, na gestão dos recursos físicos, materiais e humanos a eles associados, tentando encontrar as melhores respostas por parte da equipa de enfermagem e de saúde, com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados prestados.

Os enfermeiros especialistas em ER devem estar presentes nos novos modelos de prestação de cuidados, assumindo um papel fundamental na coordenação de cuidados e na ligação entre os vários níveis de cuidados. Para tal é fundamental que os enfermeiros conheçam a globalidade da pessoa, sendo que fatores como o ambiente familiar, as relações afetivas, a disponibilidade dos familiares, dos cuidadores formais e das instituições de suporte social pois todos são fundamentais para a preparação da alta clínica.

Por último, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais os enfermeiros, na sua área de especialidade, devem desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, baseando a sua prática clínica em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro). Ao longo do estágio procurei que as minhas práticas de cuidados de enfermagem fossem fundamentadas pela melhor evidência disponível. Nesse sentido, a realização de uma revisão integrativa da literatura, subordinada à temática dos ensinamentos em doentes com défice no autocuidado marcha, por situação aguda do foro ortopédico e neuro traumático, contribuíram para desenvolver esta competência e a minha participação na elaboração de um *poster* científico (Apêndice V) que foi apresentado nas 1^{as} Jornadas de Enfermagem de Reabilitação, promovidas pelo Centro Hospitalar Universitário do Algarve, também tiveram um forte contributo para o desenvolvimento do autoconhecimento.

De forma geral, a realização dos estágios contribuiu para a aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista, no decurso de atividades que foram realizadas bem como o ensino teórico e os momentos reflexivos na medida em que ficaram bem assentes os domínios da educação dos doentes, da orientação, aconselhamento e liderança e ainda da investigação, procurando-se sempre melhorar a prática de enfermagem baseada na evidência científica (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro).

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O EEER detém ferramentas/competências específicas que lhe permite uma atuação individualizada, diferenciada e estruturada, com foco na capacitação do doente com limitação ou restrição na sua participação e portanto na maximização da funcionalidade (Regulamento nº 125/2011, de 18 de fevereiro, da OE).

De acordo com o Regulamento n.º 125/2011 de 18 de fevereiro, da OE, as competências específicas dos EEER são três, designadamente ser capaz de: «cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados» (p. 8658); «capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania» (p. 8659) e «maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa» (p. 8659).

Nos vários contextos de prática clínica foram prestados de cuidados de reabilitação a pessoas com necessidades especiais, adultos e idosos, quer no sentido da estabilização de fase aguda da doença, quer de reabilitação e/ou adaptação à cronicidade das limitações, que permitiu a aquisição e desenvolvimento da competência referida na primeira competência. Com base na avaliação inicial foram concebidos planos de intervenção, tendo sido para tal avaliadas as capacidades cognitivas, a dor, o desempenho das AVD's, a força nos vários segmentos, identificadas as limitações que provocaram a dependência e definindo os diagnósticos de enfermagem.

As competências relativas ao desenvolvimento de autocuidados foram republicadas e atualizadas no ano de 2019 e compreendem as seguintes: a identificação e a gestão dos recursos necessários à consecução das atividades que promovem a transição saúde/doença e incapacidade; a dinamização de planos que facilitam essa transição; uso de novas tecnologias e técnicas para gerir, intervir, avaliar os processos terapêuticos complexos, face às necessidades da pessoa, decorrentes da alteração da funcionalidade a vários níveis e para ensinar a pessoa e o cuidador; a demonstração e ensino de técnicas no âmbito dos programas definidos atentando para a promoção do autocuidado e da continuidade no internamento/domicílio/comunidade e ainda a promoção da mobilidade, da acessibilidade e da participação social colaborando na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes organizações (Regulamento nº 392/2019, de 3 de maio).

De entre as atividades que concorreram para o desenvolvimento da primeira competência incluem-se as seguintes: avaliação dos doentes relativamente às alterações de funcionalidade e do desempenho dos autocuidados, através da colheita de dados e da utilização de escalas e instrumentos de medida e a elaboração de planos de cuidados individualizados e adequados às

necessidades de cada doente. Assim sendo, implementaram-se os planos de intervenção de ER atentando para o autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade e à otimização e reeducação dos vários sistemas, com o foco em ações da funcionalidade e das AVD's e posterior avaliação dos resultados.

A segunda competência pressupõe a elaboração e implementação de programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida dos doentes.

A aquisição e desenvolvimento desta competência teve por base, inicialmente, a elaboração da revisão sistemática da literatura «Intervenção do Enfermeiro Especialista na Reabilitação da Pessoa pós AVC», no âmbito da Unidade Curricular de Fundamentos de Enfermagem de Reabilitação, que objetivou a avaliação da importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na promoção do autocuidado e da melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde da pessoa com sequelas de AVC.

No contexto de prática clínica, considera-se que foram prestados os cuidados à pessoa com deficiência, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social com o objetivo de realizar os autocuidados de forma autónoma com vista à capacitação, promoção da mobilidade, da acessibilidade e da participação social da mesma, e consequentemente, garantindo a qualidade de vida. Foram elaborados e implementados em todos os estágios, programas de ER (treino de AVD's, e de reabilitação funcional motora e respiratória), assentes na demonstração, no ensino, na sensibilização e na orientação e supervisão dos doentes na execução de técnicas específicas de autocuidados com eventual recurso a produtos de apoio.

De referir que no primeiro estágio foi implementado um programa de reeducação funcional respiratória no domicílio a uma pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica, onde se avaliou o impacto de um programa de reabilitação, de modo a obter melhorias a nível da funcionalidade respiratória e a prevenir complicações. Concluiu-se que o programa contribuiu para a melhoria da funcionalidade da pessoa, demonstrando assim a eficácia das intervenções.

No domínio da terceira competência, relativa à maximização da funcionalidade desenvolvendo as capacidades dos doentes, concebendo, implementando, avaliando e reformulando para tal programas de treino motor e cardiorrespiratório de acordo com os resultados esperados (Regulamento nº 392/2019, de 3 de maio), considera-se que, ao longo dos estágios, a implementação dos programas de treino motor e cardiorrespiratório incluiu o planeamento, a execução, a avaliação e monitorização dos resultados dos cuidados de enfermagem prestados que, aliada à avaliação da funcionalidade por meio de instrumentos de avaliação e à deteção de alterações que tinham contribuído para a incapacidade resultaram em uma melhoria significativa da funcionalidade dos doentes, da independência e da autonomia.

Procurou-se ajudar os doentes no desenvolvimento máximo do seu potencial e autonomia e na aceitação do seu papel enquanto elemento ativo no seu processo de reabilitação. O programa de reabilitação implementado foi também orientado para a prevenção de complicações (Sousa & Carvalho, 2017).

3.3. Competências de Mestre

De acordo com o Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março, revisto pelo Decreto-Lei nº 115/2013, de 7 de agosto, do Ministério da Educação e pelo Decreto-Lei nº 63/2016, de 13 de setembro, no seu artigo 15.º do Capítulo III refere que as competências necessárias para conferir o grau de Mestre, devem incluir a aquisição de conhecimentos e a capacidade de compreensão que se constituam a base e permitam o desenvolvimento de aplicações originais, em contexto de investigação, em muitos casos; a capacidade de saber aplicar os conhecimentos na resolução de problemas e em situações novas e em contextos alargados; ainda a «capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta», «ser capaz de comunicar as conclusões e os raciocínios de forma clara e sem ambiguidades» e «demonstrar competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo auto-orientado ou autónomo» (p. 2246).

Deste modo, a partir dos conhecimentos teóricos adquiridos, e da análise dos contextos clínicos foram identificadas as necessidades de cuidados diferenciados e apresentadas soluções através da implementação de planos de cuidados de ER que produzissem resultados positivos nos doentes com perda da independência funcional.

A partir da identificação da situação problemática (défice no autocuidado marcha) foi possível desenhar o projeto de intervenção, implementá-lo e avaliar os seus resultados, mostrando a capacidade de aplicar os conhecimentos e de compreensão para resolver problemas e situações novas e não familiares, apoiando-me na aquisição de conhecimentos responsabilizando os doentes por dirigirem os cuidados, conceptualizando assim o autocuidado como defendem Lutz e Davis (2011).

A divulgação dos resultados e a comunicação de conclusões que foi feita neste relatório e na apresentação pública do mesmo contribuíram assim para a aquisição das competências de mestre.

A elaboração do Relatório de Estágio e a reflexão sobre as práticas clínicas alertou-me e sensibilizou-me para a noção de que se trata de um processo inicial de aprendizagem e que este processo deverá acompanhar-me enquanto profissional ao longo da vida de forma auto-orientada ou autónoma.

CONCLUSÃO

O Relatório de Estágio desenvolvido permitiu refletir sobre as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as Competências Específicas do EEER e as Competências de Mestre, e, conseqüentemente levar a uma consciencialização das intervenções necessárias para que sejam alcançados os objetivos pretendidos. Foi deste modo possível desenvolver essas competências, cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo da vida, revendo paralelamente a principal literatura científica sobre a marcha normal/marcha comprometida e a prestação de cuidados de ER na reabilitação da pessoa com andar comprometido. Muito focado no ensino e no treino as intervenções de enfermagem educacionais desenvolvidas durante a hospitalização visaram assegurar um cuidado humanizado à pessoa promovendo o seu bem-estar, qualidade de vida e a sua recuperação. As intervenções educativas sobre doença, tratamento da mesma, prevenção, processo de reabilitação e treino relativo à mobilidade e AVD's contribuíram assim para o cuidado especializado aos doentes mas também para a sua capacitação e maximização da suas capacidades pelo que considero ter alcançado os objetivos inicialmente propostos.

Considero que foi deveras positivo desenvolver não só as competências técnicas, como também a capacidade de comunicação, a criatividade e os conhecimentos. Tratando-se de uma área bastante abrangente devido à tipologia de doentes de diversos foros, tive a oportunidade de desenvolver conhecimentos e competências nas mais diversas áreas da ER, tais como reeducação funcional motora, respiratória e cognitiva.

Nos doentes com défice no autocuidado marcha os EEER devem, através dos diagnósticos de ER, atuar no sentido de reduzir esses défices e prevenir os riscos, com o propósito de recuperar a capacidade funcional, através do treino de AVD's, pelo que julgo que o presente trabalho revestir-se-á de uma importância relevante na execução de futuros programas de intervenção.

Tendo em consideração a atual importância atribuída aos cuidados de Enfermagem compete-nos a nós, enquanto enfermeiros, munir-mo-nos de conhecimentos e meios de atuação através de um constante enriquecimento profissional, apostando em uma prática baseada na evidência, lutando por uma cidadania cada vez mais inclusiva e regendo-nos pelo princípio da igualdade, pela liberdade individual, pelo direito à saúde e à própria vida, de modo a que possamos cuidar dos nossos utentes com toda a dignidade e respeito que merecem.

Tendo em consideração a nossa população cada vez mais envelhecida é imperativo continuar a melhorar o modelo de cidadania existente com uma visão cada vez mais universal que garanta a todos o acesso à saúde, sem qualquer exclusão.

Nos momentos conturbados em que vivemos, preocupa-me sobremaneira não só o presente do nosso SNS como também o seu futuro, pelo que temos que envidar todos os esforços para continuar a investir na melhoria das condições de trabalho e valorização pessoal dos profissionais de saúde, proporcionando cuidados de saúde especializados de forma equitativa, universal e diferenciada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcobia A., Ferreira R., Soares M., Vieira J. (2019). Nursing rehabilitation for elderly people with committed floor. *Journal of Aging & Innovation*, 8 (2): 28-43. <http://journalofagingandinnovation.org/>
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista portuguesa de saúde pública*, 25(2), 59-66. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/84575.pdf>
- Aung, N., Hiengkaew, V., Tretriluxana, J., Bryant, M. S., & Bovonsunthonchai, S. (2022). Effectiveness of motor imagery combined with structured progressive circuit class training on functional mobility in post-stroke individuals: a randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 54, jrm00297-jrm00297. <https://doi.org/10.2340%2Fjrm.v54.1390>
- Baixinho, C. L. (2011). Funcionalidade após fratura do colo do fémur. *Revista Baiana de Enfermagem* 25 ,(3).
- Barbosa, M. H., Bolina, A. F., Tavares, J. L., Cordeiro, A. L. P. D. C., Luiz, R. B., & Oliveira, K. F. D. (2014). Fatores sociodemográficos e de saúde associados à dor crônica em idosos institucionalizados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22, 1009-1016. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3552.2510>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press, USA.
- Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Gouveia, N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P. M., da Costa, L. P., Mourão A. F., Silva, I., Lares, P., Sepriano, A., Araújo, F., Gonçalves, S., Coelho, P. S., Tavares, V., Cerol, J., Mendes, J. M., Carmona, L., & Canhão H. (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt—a national health survey. *RMD open*, 2(1), e000166. <http://dx.doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000166>
- Brennan, M., O'Shea, P. M., O'Keeffe, S. T., & Mulkerrin, E. C. (2019). Spontaneous insufficiency fractures. *J Nutr Health Aging*, 23(8), 758-760. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1234-6>

- CIPE®. (2020). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2020*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Coelho, C., Barros, H. & Sousa, L. (2017). Reeducação da Função Sensoriomotora. In: C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (1st ed., pp. 227-251). Lusodidacta
- Commission on Education and Training for Patient Safety. (2016). *Improving safety through education and training*. <https://www.hee.nhs.uk/our-work/hospitals-primary-community-care/learning-be-safer/commission-education-training-patient-safety>
- Cruz, A., Carvalho e Sá, M., Conceição, V., Castro, J., Baixinho, C., & Sousa, L. (2021). A Pessoa com Doença Músculo Esquelética. *Cuidados De Enfermagem À Pessoa com Doença Aguda*, 761-785.
- Cunha, P., & Pinheiro, L. C. (2016). O papel do exercício físico na prevenção das quedas nos idosos: uma revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32(2), 96-100. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v32i2.11732>
- Decreto-Lei n.º 115/2013, de 7 de agosto, do Ministério da Educação e Ciência. (2013). *Diário da República: II série*, nº 151. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/498487/details/maximized>
- Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006). *Diário da República: I série A*, nº 60. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2011). Norma nº 054/2011 de 27 de dezembro. *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2004). *Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006345.pdf>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2003a). *Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso. Recomendações para intervenções terapêuticas*. Direção Geral da Saúde. <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/683/1/Fracturas%20da%20extremidade%20proximal%20do%20f%20c3%a9mur%20no%20idoso.pdf>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2003b). Circular Normativa N° 09/DGCG, de 14 de junho. *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Direção Geral da Saúde. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

- Ebersbach, G., Sojer, M., Mller, J., Heijmenberg, M., & Poewe, W. (2000). Sociocultural differences in gait. *Movement Disorders*, 15(6), 1145–1147. [https://doi.org/10.1002/1531-8257\(200011\)15:6%3C1145::AID-MDS1013%3E3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/1531-8257(200011)15:6%3C1145::AID-MDS1013%3E3.0.CO;2-C)
- Eggermont, L. H., Leveille, S. G., Shi, L., Kiely, D. K., Shmerling, R. H., Jones, R. N., Guralnik, J. M., & Bean, J. F. (2014). Pain characteristics associated with the onset of disability in older adults: the maintenance of balance, independent living, intellect, and zest in the Elderly Boston Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(6), 1007-1016. <https://doi.org/10.1111/jgs.12848>
- Federspiel, C., & Steinmetz, J. P. (2018). Motivation and Rehabilitation in Older Patients. *Rehabilitation Medicine for Elderly Patients*, 53-55. https://doi.org/10.1007/978-3-319-57406-6_7
- Filipe, A., Afonso, C., & Lima, G. (2007). O doente submetido a artroplastia total da anca – Cuidados de Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 3, 53-57.
- Freire, R. M. A., Vilar, A. I., & Figueiredo, M. (2021). A utilização do coaching na promoção do autocuidado. *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem*, 111-123. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39534/1/autocuidado_111-123.pdf
- Gault, M. L., & Willems, M. E. (2013). Aging, functional capacity and eccentric exercise training. *Aging and disease*, 4(6), 351. Doi: 10.14336/AD.2013.0400351
- Gill, T. M., Baker, D. I., Gottschalk, M., Peduzzi, P. N., Allore, H., & Byers, A. (2002). A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *New England Journal of Medicine*, 347(14), 1068-1074. Doi: 10.1056/NEJMoa020423
- Gunaratne, R., Pratt, D. N., Banda, J., Fick, D. P., Khan, R. J., & Robertson, B. W. (2017). Patient dissatisfaction following total knee arthroplasty: a systematic review of the literature. *The Journal of arthroplasty*, 32(12), 3854-3860. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2017.07.021>
- Gustafsson, J. (2017). *Single case studies vs. multiple case studies: a comparative study*. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1064378/FULLTEXT01.pdf>
- Heale, R., & Twycross, A. (2018). What is a case study?. *Evid Based Nurs*, 21(1), 7-8. <http://dx.doi.org/10.1136/eb-2017-102845>
- Hoeman, S., Liszner, K., & Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional nas Atividades de Vida Diária. In S. Hoeman (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4th ed., pp. 209-270). Lusodidacta.

- Huang, T., Sung, C., Wang, W., Wang, B. (2017). The Effects of the Empowerment Education Program in Older Adults with Total Hip Replacement Surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 73(8), 1848–1861. <https://doi.org/10.1111/jan.13267>
- Illing, J., Corbett, S., Kehoe, A., Carter, M., Hesselgreaves, H., Crampton, P., Sawdon M., Swamy M., Finn, G., Medford, W., Ikah, D., Rothwell, C., Swan, L., Page, G., McLachlan, J. & Tiffin, P. (2018). How does the education and training of health and social care staff transfer to practice and benefit patients? A realist approach. https://eprints.ncl.ac.uk/file_store/production/250597/0918BE55-648C-439F-8706-499322906059.pdf
- Judge, A., Arden, N. K., Cooper, C., Kassim Javaid, M., Carr, A. J., Field, R. E., & Dieppe, P. A. (2012). Predictors of outcomes of total knee replacement surgery. *Rheumatology*, 51(10), 1804-1813. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kes075>
- Kisner, C., & Colby, L. A. (2009). Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. In *Exercícios terapêuticos: Fundamentos e técnicas* (pp. 1000-1000).
- Koç, A. (2012). Rehabilitation nursing: applications for rehabilitation nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 5(2), 80. <https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/2.Rehabilitation%20Nursing.pdf>
- Lewis, G. N., Rice, D. A., McNair, P. J., & Kluger, M. (2015). Predictors of persistent pain after total knee arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. *British journal of anaesthesia*, 114(4), 551-561. <https://doi.org/10.1093/bja/aeu441>
- Lin, R. C., Chiang, S. L., Heitkemper, M. M., Weng, S. M., Lin, C. F., Yang, F. C., & Lin, C. H. (2020). Effectiveness of early rehabilitation combined with virtual reality training on muscle strength, mood state, and functional status in patients with acute stroke: a randomized controlled trial. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(2), 158-167. <https://doi.org/10.1111/wvn.12429>
- Lutz, B., & Davis, S. (2011). Modelos Teóricos e Práticos para a Enfermagem de Reabilitação. In S. Hoeman (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4th ed., pp. 15-30). Lusodidacta.
- Mahlknecht, P., Kiechl, S., Bloem, B. R., Willeit, J., Scherfler, C., Gasperi, A., Rungger, G., Poewe, W., & Seppi, K. (2013). Prevalence and Burden of Gait Disorders in Elderly Men and Women Aged 60-97 Years: A Population-Based Study. *PloS one*, 8(7), e69627. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0069627>

- Mahoney, F. I. e Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14(2), 61-65. <https://psycnet.apa.org/record/2012-30334-001>
- Marques-Vieira, C., & Caldas, AL C. (2017). A relevância do andar: reabilitar a pessoa com andar comprometido. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (1st ed., pp. 547-557). Lusodidacta.
- Marques-Vieira, C. M. A., Sousa, L. M. M. D., Carias, J. F. D. M. M., & Caldeira, S. M. A. (2015). Diagnóstico de enfermagem "deambulação prejudicada" no paciente idoso: revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36, 104-111. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.48602>
- McCullagh, R., Darren, D., Horgan, N. F., & Timmons, S. (2020). Factors associated with walking in older medical inpatients. *Archives of Rehabilitation Research and Clinical Translation*, 2(1), 100038. <https://doi.org/10.1016/j.arrct.2020.100038>
- Menezes, L., Cardoso, A. P., Rego, B., Balula, J. P., Figueiredo, M. P., & Felizardo, S. (2017). Olhares sobre a Educação: em torno da formação de professores. <https://doi.org/10.34633/978-989-96261>
- Menoita, E. C., Sousa, L. M., Pão-Alvo, I., & Marques-Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusodidacta.
- Mesquita, G. V., Lima, M. A. L. T. D. A., Santos, A. M. R. D., Alves, E. L. M., Brito, J. N. P. D. O., & Martins, M. D. C. D. C. (2009). Morbimortalidade em idosos por fratura proximal do fêmur. *Texto Contexto Enferm*, 18, 67-73. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000100008>
- Ministério da Saúde (2023a). *Área de influência*. In Centro Hospitalar Universitário do Algarve. <http://www.chualgarve.min-saude.pt/chalgarve-em-numeros/area-de-influencia/>
- Ministério da Saúde (2023b). *Instituição*. In Centro Hospitalar Universitário do Algarve. <http://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>
- Mlinac, M. E., & Feng, M. C. (2016). Assessment of activities of daily living, self-care, and independence. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(6), 506-516. <http://doi.org/10.1093/arclin/acw049>
- Morgado, J., Rocha, C.S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I.P. (2009). Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination. *Rev Sinapse*, 9(2), 10-16. https://www.sinapse.pt/files/edition/sinapse_vol_9_n_2.pdf#page=12

- Olson, R. S. (2011). Função musculoesquelética. In S. Hoeman (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4th ed., pp. 411-442). Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). Sistema de Classificação de Doentes: Automatização Nacional em Curso. *Ordem dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/sistema-de-classifica%C3%A7%C3%A3o-de-doentes-automatiza%C3%A7%C3%A3o-nacional-em-curso-1/>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. *Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2011). Parecer nº 12/2011: Parecer sobre atividades de vida diária. Lisboa: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf
- Pestana, L. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (1st ed., pp.547-557). Lusodidacta.
- Petronilho, S., Magalhães, A., Machado, V. & Vieira, M. (2010). Caracterização do doente após evento crítico: impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. *Revista Sinais Vitais*, (88): 41–47. https://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%20critico.pdf
- Pirker, W., & Katzenschlager, R. (2017). Gait disorders in adults and the elderly: A clinical guide. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 129(3–4), 81–95. <https://doi.org/10.1007/s00508-016-1096-4>

- Preto, L., Gomes, J. R. L., Novo, A., Mendes, E., & Granero-Molina, J. (2016). Efeitos de um programa de enfermagem de reabilitação na aptidão funcional de idosos institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(8), 55-63. Doi: [10.12707/RIV15019](https://doi.org/10.12707/RIV15019)
- Queirós, P. J. P., dos Santos Vidinha, T. S., & de Almeida Filho, A. J. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Rev Enf Ref*, 4(3), 157-164. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
- Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República: II série, n.º 184. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República: II série, n.º 85. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República: II série, n.º 26. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento n.º 350/2015 de 22 de junho da Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República: II série, n.º 119. <https://dre.pt/home/-/dre/67552234/details/maximized>
- Regulamento n.º 125/2011, de 18 de fevereiro, da Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República: II série, n.º 35. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompeticenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf
- Reis, L. A., & Torres, G. D. V. (2011). Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64, 274-280. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000200009>
- Rodrigues, C., Mendonça, D., & Martins, M. M. (2019). Effects of a nursing care program on functional outcomes in older acute medical in-patients: protocol for a randomized controlled trial. *Porto biomedical journal*, 4(2). Doi: 10.1016/j.pbj.0000000000000024.

- Santos, L. (2017). O Processo de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (1st ed., pp.547-557). Lusodidacta.
- Santos, M. I. P. D. O., & Griep, R. H. (2013). Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 753-761. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300021>
- Saunders, R., Seaman, K., Ashford, C., Sullivan, T., McDowall, J., Whitehead, L., Beverley Ewens, B.; Pedler, K. & Gullick, K. (2018). An eHealth program for patients undergoing a total hip arthroplasty: protocol for a randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 7(6), e9654. Doi: 10.2196/resprot.9654
- Schunk, D. H., & DiBenedetto, M. K. (2020). Motivation and social cognitive theory. *Contemporary Educational Psychology*, 60, 101832. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2019.101832>
- Sheffer, L., & Chae, J. (2015). Hemiparetic gait. *Physical Medical Rehabilitation Clinics*. 26(4) pp. 611-623.
- Silva, J., Linhares, D., Ferreira, M., Amorim, N., Neves, N., & Pinto, R. (2018). Epidemiological trends of proximal femoral fractures in the elderly population in Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 31(10), 562-567. DOI: [10.20344/amp.10464](https://doi.org/10.20344/amp.10464)
- Souza Oliveira-Kumakura, A. R., Bezutti, L. M., Silva, J. L. G., & Gasparino, R. C. (2019). Capacidade funcional e de autocuidado de pessoas com esclerose múltipla. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3183-e3183. <http://doi.org/10.1590/1518-8345.3068.3183>
- Sousa, L. M., & Carvalho, L. (2017). Pessoa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (1st ed., pp.421-431). Lusodidacta.
- Talley, K. M., Wyman, J. F., Bronas, U. G., Olson-Kellogg, B. J., McCarthy, T. C., & Zhao, H. (2014). Factors associated with toileting disability in older adults without dementia living in residential care facilities. *Nursing research*, 63(2), 94. <http://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000017>
- Teixeira, H., Palma, M., Vieira, J. V., & Bule, M. J. (2021). A pessoa submetida a prótese parcial da anca: *Relato de caso*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 47–55. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.16>

- Van Onsem, S., Verstraete, M., Dhont, S., Zwaenepoel, B., Van Der Straeten, C., & Victor, J. (2018). Improved walking distance and range of motion predict patient satisfaction after TKA. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 26, 3272-3279. <https://doi.org/10.1007/s00167-018-4856-z>
- Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. D. S., Trindade, L. D. L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *J. Health NPEPS*, 1-18. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2017). Treino de atividades de vida diária. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (1st ed., pp. 351-363). Lusodidacta.
- World Health Organization (2013). Self care for health: a handbook for community health workers & volunteers. WHO Library Cataloguing-in-Publication data.;1-160. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205887/B5084.pdf>
- Yin, R. K. (2012). Case study methods. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (pp. 141-155). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13620-009>
- Zakaria, Y., Rashad, U., & Mohammed, R. (2010). Assessment of malalignment of trunk and pelvis in stroke patients. *Egypt J Neurol Psychiat Neurosurg*, 47(4), 599-604. <http://ejnpsn.org/Articles/614/2010474011.pdf>

APÊNDICES

Apêndice I – Formulário de Registo de Colheita de Dados.

Nome do utente (iniciais): _____

Idade: _____ anos

Motivo que levou ao internamento:

Diagnóstico(s): _____

Antecedentes pessoais:

Exames complementares:

▪ Análises sanguíneas: _____

▪ Raio-X: _____

▪ Outros: _____

Conhecimento sobre a patologia: _____

Apêndice II – Formulário de Registo de Sessão de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Data da avaliação da sessão: ___/___/___

Nome do participante (iniciais): _____

Nº da Sessão: _____

Hora de início: _____ Hora de fim: _____ Duração total: _____

Parâmetros biofisiológicos avaliados:

TA (mmHg)	Dor	FC (bpm)	SPO ₂ (%)	FR (ciclo/min.)	Glicemia (mg/dl)	Temp. (°C)	Pulso
___ / ___							
Foco		Intervenções			Duração / Frequência		
Movimento muscular					MI dto.: MI esq.:		
Autocuidado higiene							
Autocuidado sentar-se							
Autocuidado ir ao sanitário							
Autocuidado transferir-se							
Autocuidado andar com auxiliar de marcha							
Conhecimento sobre o processo patológico							
Equilíbrio corporal							
Queda							
Adesão ao programa							
Outro							

Apêndice III – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participar na Investigação.

Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Tiago José dos Santos, enfermeiro que se encontra a implementar um Projeto de Intervenção no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, que visa a realização de um programa de reeducação funcional motora cujo propósito é a promoção do autocuidado, vem por este meio solicitar consentimento para incluir a sua participação no presente trabalho, que se realiza de acordo com o decretado pela Declaração de Helsínquia e pela Convenção de Oviedo, onde a proteção do interesse e bem-estar humano surge como prioridade, garantindo-lhe o cumprimento dos princípios da confidencialidade e proteção de dados.

Declara-se que os dados colhidos serão exclusivamente utilizados para este trabalho que será objeto de apresentação e discussão pública. Será salvaguardado o anonimato de todos bem como da instituição de cuidados de saúde, acautelando a possibilidade de identificação dos participantes. A qualquer momento pode desistir da sua participação, sem necessidade de apresentar qualquer justificação e sem sofrer nenhuma consequência.

Enquadramento: Projeto de investigação realizado no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem, em Associação entre a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora e as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre e Setúbal, com orientação do Enfermeiro Especialista de Reabilitação a realizar funções no serviço de Neurocirurgia/Ortopedia poente do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (CHUA) e da Sra. Professora Eugénia Grilo.

Título: Benefício do ensino e treino em utentes com défice no autocuidado marcha, por situação aguda do foro ortopédico ou neurotraumático.

Objetivo: identificar os benefícios de um programa de reeducação funcional motora para a capacitação para o autocuidado marcha da pessoa pós situação aguda do foro ortopédico e neurotraumático.

Intervenções: Ensinar, instruir e treinar exercícios e técnicas que contribuam para a melhoria da funcionalidade motora, nomeadamente do autocuidado marcha.

Investigador: Tiago José dos Santos; tiagojsantos_93@hotmail.com

Orientadora: Professora Eugénia Grilo; eugenia@ipcb.pt

Assinatura _____ (Enfermeiro Tiago Santos)

Data ____/____/____

Declaro ter lido e compreendido a informação constante no presente documento, assim como as informações verbais previamente veiculadas. Realço que me foi transmitida a hipótese de abandonar o estudo em qualquer fase do mesmo, sem que daí recaiam quaisquer consequências sobre os meus direitos assistenciais.

Tomei ainda conhecimento sobre a salvaguarda dos meus direitos à confidencialidade, anonimato e autodeterminação.

Todas as dúvidas surgidas no âmbito dos assuntos referidos foram devidamente esclarecidas.

Pelo exposto autorizo a utilização dos dados fornecidos de forma voluntária, após total esclarecimento da respetiva utilização e declaro participar neste estudo de minha livre vontade.

Assinatura:


Data:

____/____/____

Caso não seja o utente a assinar por motivo de incapacidade, indique-se o grau de relação com o participante: _____

Nota: Este documento é constituído por duas páginas e feito em duplicado (um exemplar é entregue ao investigador e o outro à pessoa que consente ou seu representante).

Apêndice IV – Poster científico.



IMPACTO DA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO, NA RECUPERAÇÃO E CAPACITAÇÃO DA PESSOA PÓS AVC, AO NÍVEL DA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO E DA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE

David Santos^{1,4}, João Santos^{1,4}, Tiago Santos¹, Vanda Esperança¹, Ana Luísa Oliveira²

¹Enfermeiros de cuidados gerais e mestrandos do 5º Mestrado em Enfermagem em Associação da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Évora, especialização em Enfermagem de Reabilitação; ²Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), Portugal; ³Estes dois autores contribuíram igualmente para este trabalho.

1^{as} Jornadas de Enfermagem de Reabilitação

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte e de incapacidade funcional grave, que impõe limitações a vários níveis influenciando a qualidade de vida da pessoa e da sua família. Aduz um evento gerador de dependência, com elevada incidência na população idosa, conduzindo à dependência no autocuidado. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) assume um papel importante na reeducação funcional motora da pessoa com AVC, dando resposta às necessidades afetadas para manutenção das funções básicas de vida, e consequentemente prevenindo complicações, limitando incapacidades e promovendo a recuperação da independência funcional, melhoria da capacidade de autocuidado e garantia da qualidade de vida e do bem-estar.^{1,2,3,4,5}

Procurou-se fazer uma revisão sobre a temática, com o objetivo de avaliar a importância da intervenção do EEER na promoção do autocuidado e da melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde da pessoa com sequelas de AVC.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Autocuidado; Cuidados de Enfermagem; Doença cerebrovascular; Enfermagem em Reabilitação; Qualidade de vida.

MÉTODOS

Para a pesquisa de estudos, recorreu-se à base de dados científica eletrónica Medline via EBSCOhost (MEDLINE with Full Text, CINAHL Plus with Full Text, MedtLatina, Nursing & Allied Health Collection e Cochrane Plus Collection), utilizando o método de PIC(D), e as seis palavras-chave, validadas nos Descritores em Ciências da Saúde (MeSH), da seguinte forma: "Rehabilitation Nursing" OR "Nursing care" AND "Stroke" OR "Cerebrovascular Accident" AND "Self Care" AND "quality of life", entre 2015 e 2020, tendo sido selecionados cinco artigos.

Critérios de seleção de artigos

Critérios de Inclusão	Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none"> • Indivíduos com sequelas pós-situação de AVC. • Indivíduos com idade ≥ 18 anos de idade. • Indivíduos do sexo masculino ou feminino. • Estudos de abordagem quantitativa, qualitativa, e estudos de caso que abordem a problemática da Intervenção do EEER na pessoa em situação de AVC. • Estudos realizados entre 2015 e 2020. • Publicações em inglês ou português. • Publicações disponíveis em texto integral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indivíduos pós-AVC sem sequelas da doença. • Crianças e adolescentes. • Estudos cujo conteúdo não se relacione com o fenómeno de interesse nem com o objetivo deste estudo. • Estudos de revisão bibliográfica, protocolos de estudo sem avaliação final ou estudos em estado de elaboração. • Duplicação de estudos. • Estudos com data anterior a 2015.

RESULTADOS

Os cuidados de enfermagem de reabilitação promovem autonomia e otimização da capacidade funcional, com implicações positivas na recuperação funcional e social da pessoa em situação de AVC, incentivando comportamentos valorativos do processo de reabilitação fundamentais para a sua independência e consequente melhoria na qualidade de vida.

CONCLUSÃO

A promoção da autonomia e independência no autocuidado após AVC surge nos estudos, como o principal resultado que espelha a eficácia das intervenções/programas de enfermagem de reabilitação no âmbito da recuperação e capacitação da pessoa pós-AVC, ficando comprovado o seu impacto positivo na recuperação funcional e social da pessoa com sequelas pós-AVC. Foram igualmente valorizados outros aspetos, como a promoção do autocuidado e a melhoria da qualidade de vida associada à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Fu, J., Song, L., Wang, R., Peng, F., & Cong, S. (2020). Effect of comprehensive rehabilitation nursing intervention on hemiplegia patients in sequela stage of stroke. *J Pak Med Assoc*, 70(2), 38-44.
- 2- Cardeira, A., & Lacerda, A. (2020). Efficacy of rehabilitation nursing intervention for lower extremity in patients with stroke: strength and quality of life outcomes. *Cochrane Rehabilitation*, 20(1), 23-32.
- 3- Palmer, H., Mann-Schmidt, E. T., Gaidan, S. S., Peterson, S. S., Seibert, S. L., Brunner, T., & Meurer, J. F. (2020). Stroke vs PUL: Continued Active Life: a study protocol for a randomized controlled cross-sectoral trial of the effect of a novel self-management intervention to support elderly people after stroke. *Trials*, 21(1), 1-2.
- 4- Bartholo, L., & Serrão, H. (2017). Implementation and feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: a mixed methods study. *BMC Nursing*, 16(1), 1-17.
- 5- Li, S. H. S., Chang, A. W., & Chang, T. P. C. (2016). Study protocol for a randomized controlled trial of a nurse-led community-based self-management programme for improving health among community-residing stroke survivors. *BMC health services research*, 16(1), 1-10.

Legenda: Poster científico apresentado nas 1^{as} Jornadas de Enfermagem de Reabilitação, promovidas pelo Centro Hospitalar Universitário do Algarve: revisão bibliográfica da literatura intitulada «Impacto da intervenção do EEER na recuperação e capacitação da pessoa pós-AVC, ao nível da promoção do autocuidado e da melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde».

ANEXOS

Anexo I – Mini Mental State Examination [MMSE].

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

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

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

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

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

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

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

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

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

Nota: _____

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

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

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

Fechou os olhos _____

Nota: _____

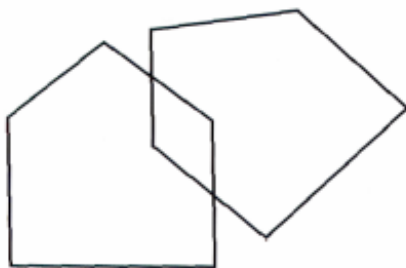
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

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



Cópia:

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Fonte: Morgado et al. (2009).

Anexo II – Índice de *Barthel*.

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

Fonte: DGS (2011). Norma nº 054/2011, de 27 de dezembro, da DGS.

Anexo III – Escala numérica da dor.

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor máxima
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

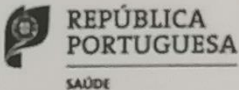

Fonte: Adaptado de DGS (2003b).

Anexo IV – Escala de Força Muscular: Escala da *Medical Research Council* modificada [MRC].

Nível de Força	
0	Sem contração muscular palpável ou visível
1	Contração palpável ou visível mas sem movimento do membro
2	Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular
3	Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência
4	Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade
5	Força normal

Fonte: Adaptado de OE (2016).

Anexo V – Parecer da Instituição onde decorreu a implementação.

Termo de autorização local

Estudo de investigação Ensino e treino em doentes com défice no autocuidado marcha, por situação aguda do foro ortopédico e neurotraumático: uma perspetiva dos cuidados de enfermagem de reabilitação

(Nome) Rita Monteiro, na qualidade de Diretor do Serviço / Enfermeiro Chefe / Responsável (sublinhar o que interessa) de Nervacins - Lotejo de São João de Deus declaro que autorizo / dou parecer favorável (sublinhar o que interessa), à execução do Estudo de Investigação acima mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data 18/1/2023

Assinatura Rita Monteiro

MÓD. T NH 13CHUA - INVESTIGAÇÃO - 04/07/2019 Página 1 de 1