

**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

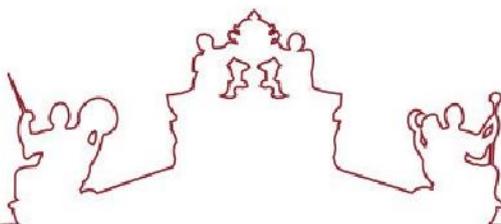
## **O conforto nos cuidados de enfermagem de reabilitação**

Patrícia Isabel Panoias Fialho

Orientador(es) | Maria José Bule

Évora 2022





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

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

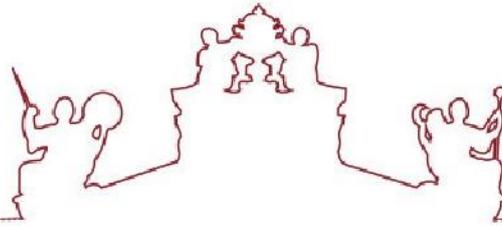
## **O conforto nos cuidados de enfermagem de reabilitação**

Patrícia Isabel Panoias Fialho

Orientador(es) | Maria José Bule

Évora 2022





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

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

Vogais | João Vítor da Silva Vieira (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde) (Arguente)  
Maria José Bule (Universidade de Évora) (Orientador)

*“O essencial é invisível aos olhos”*

Antoine de Saint-Exupéry

## **Agradecimentos**

Aos meus pais e irmã, a quem devo a pessoa que sou hoje. Por me terem ensinado a nunca desistir e a fazer bem tudo aquilo a que me proponho. Por nunca me terem deixado sozinha nos momentos mais difíceis e nunca me terem deixado cruzar os braços. Por partilharem comigo as minhas preocupações e felicidades. Pelo amor incondicional, que sempre me fez ir mais longe.

A toda a minha restante família pela preocupação e carinho.

Ao meu namorado, que nunca viu dificuldades, apenas obstáculos ultrapassáveis. Que me ouviu por horas a fim, lembrando-me sempre do seu orgulho por mim e nunca me deixou desistir. Por ser o meu companheiro e amigo, sempre presente, com amor, paciência e a palavra certa.

À minha melhor amiga, que me empurrou para esta descoberta. Que nunca cruzou os braços e me fez acreditar que tudo é possível. À pessoa mais corajosa e destemida que conheço e de quem me orgulho hoje e sempre, que começou e termina comigo esta que foi uma das nossas maiores aventuras.

À professora Maria José Bule que percorreu este caminho a meu lado. Que sempre acreditou nas minhas ideias, até quando eu própria duvidava, e me fez ir mais longe. A quem admiro muito, com quem aprendi muito e com quem sei que posso sempre contar.

Àquele que começou como meu “professor” e tornou-se não só meu colega, como meu amigo. Que me mostrou que até o mais difícil se pode tornar fácil. Que sempre acreditou em mim e nas minhas capacidades, estando sempre disponível para me ouvir e ajudar.

Aos profissionais que me fizeram crescer e aprender ao longo do meu percurso. Em especial, àquela que mais me fez acreditar em mim própria.

## **Resumo**

A funcionalidade contribui para uma vida dotada de independência e autonomia, enquanto o Conforto serve de base ao desenvolvimento humano, pela forma como é indispensável ao crescimento pessoal e à recuperação de independência. Contribuir para o conforto dos indivíduos significa capacitá-los a recuperar a sua saúde, obtendo-se benefícios para os utentes, equipas de saúde e sistema de saúde em geral.

Objetiva-se caracterizar a perceção de conforto dos utentes assistidos por enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), identificar resultados sensíveis aos cuidados e os fatores de conforto relevantes.

O desenvolvimento de competências nos estágios curriculares seguiu a metodologia do Processo de Enfermagem e as teorias: Défice de Autocuidado de Enfermagem, Modelo de Vida, Teoria da Transição e Teoria do Conforto.

Participam doze utentes presentes nos contextos dos estágios. Verificaram-se evoluções favoráveis na funcionalidade (alimentação, higiene pessoal e vestuário) e nos fatores de conforto alívio, tranquilidade e transcendência.

**Palavras-chave:** Enfermagem de Reabilitação; Conforto do Paciente; Hospitalização; Serviços de Assistência Domiciliar; Resultado da Reabilitação.

## **Abstract**

**Title:** The comfort in nursing rehabilitation care

Functionality contributes to a life endowed with independence and autonomy, while Comfort serves as the basis for human development, as it is essential for personal growth and the recovery of independence. Contributing to the comfort of individuals means enabling them to recover their health, obtaining benefits for users, health teams and the health system in general.

The objective is to characterize the comfort perception of users assisted by a nurse specialist in rehabilitation nursing, to identify results sensitive to care and the relevant comfort factors.

The development of competences in the curricular internships followed the methodology of the Nursing Process and the theories: Nursing Self-Care Deficit, Life Model, Transition Theory and Comfort Theory.

Twelve users present in the internship contexts participate. There were favorable evolutions in functionality (food, personal hygiene and clothing) and in the comfort factors relief, tranquility and transcendence.

**Key-words:** Rehabilitation Nursing; Patient Comfort; Hospitalization; Home Care Services; Rehabilitation Outcome.

## Índice

Resumo.....	VI
Abstract .....	VII
Introdução .....	13
Análise do Contexto.....	17
Análise do Envolvimento .....	20
Análise da Produção de Cuidados .....	28
Enquadramento Conceptual .....	29
Definição de Objetivos.....	41
Projeto de Intervenção Profissional.....	44
Metodologia .....	44
Participantes. ....	44
Procedimentos Metodológicos. ....	44
Considerações Éticas.....	45
Análise e Tratamento de Dados .....	46
Caracterização dos participantes. ....	47
Resultados das Intervenções de Enfermagem de Reabilitação.....	53
Resultados das intervenções de enfermagem de reabilitação: funcionalidade .....	53
Resultados da perceção de conforto pelos participantes .....	59
Discussão dos Resultados da Implementação do Projeto.....	61
Análise Reflexiva sobre o desenvolvimento de Competências.....	68
Conclusão.....	80
Referências.....	84
Apêndices.....	92
Apêndice 1: Projeto de Intervenção Profissional .....	92
Anexos.....	115
Anexo A: Critérios clínicos, sociais e geográficos para admissão na UHDP e critérios de exclusão.....	115
Anexo B: Aprovação pela Comissão de Ética da Universidade de Évora .....	117

Anexo C: Aprovação pela Comissão de Ética da Instituição que acolheu os estágios .....	118
Anexo D: <i>Medical Research Council Muscle Scale</i> modificada.....	119
Anexo E: <i>Gugging Swallowing Test (GUSS)</i> .....	120
Anexo F: Escala de Coma de <i>Glasgow (ECG)</i> .....	122
Anexo G: <i>National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)</i> .....	123
Anexo H: Teste Não paramétrico de <i>Friedman</i> relativo à avaliação da MIF previamente ao internamento, na avaliação inicial e na avaliação final .....	127
Anexo I: Pasta de Exercícios da Mímica Facial.....	128
Anexo J: Imagens para treino de nomeação.....	131
Anexo K: Quadro para treino da motricidade fina .....	132
Anexo L: Imagem “Inovar no treino da motricidade fina” .....	133
Anexo M: Planeamento da Sessão de Formação “Artroplastia Total da Anca (ATA) – Cuidados de Enfermagem consoante Vias de Abordagem Cirúrgica”.....	137
Anexo N: Apresentação em <i>powerpoint</i> da Sessão de Formação “Artroplastia Total da Anca (ATA) – Cuidados de Enfermagem consoante Vias de Abordagem Cirúrgica”.....	142
Anexo O: Resultados da Sessão de Formação “Artroplastia Total da Anca (ATA) – Cuidados de Enfermagem consoante Vias de Abordagem Cirúrgica”.....	150
Anexo P: Certificado de participação no e-Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação.....	151
Anexo Q: Certificado de participação no <i>webinar</i> “Saúde no Adulto e no Idoso – Reabilitação Respiratória” .....	152
Anexo R: Documento para registo de dados de ER na UHDP .....	153
Anexo S: Conjunto de escalas de avaliação no âmbito da ER para utilização na UHDP .....	157
Anexo T: Formulário de avaliação de cuidadores para utilização na UHDP.....	159
Anexo U: Folheto informativo “Depranocitose – O que é?” .....	160

## Índice de Figuras

Figura 1. Distribuição das idades dos participantes em anos .....	48
Figura 2. Distribuição das características sociodemográficas dos participantes .....	49
Figura 3. Caracterização da pessoa de referência.....	49
Figura 4. Distribuição de antecedentes pessoais mais identificados .....	50
Figura 5. Distribuição da frequência de avaliação da tensão arterial .....	51
Figura 6. Distribuição da frequência de avaliação da glicemia capilar .....	51
Figura 7. Distribuição da compreensão da medicação pelos participantes .....	52
Figura 8. Distribuição da gestão da medicação de forma independente pelos participantes.....	52
Figura 9. Comparação múltipla de médias das ordens das avaliações realizadas com recurso à MIF.....	55
Figura 10 - Distribuição dos Diagnósticos formulados (parte 1) .....	57
Figura 11- Distribuição dos diagnósticos formulados (parte 2) .....	58
Figura 12. Melhorias ao nível do tipo de Conforto - Alívio, nos diferentes contextos .....	60

## **Índice de Tabelas**

Tabela nº 1. Medidas descritivas da MIF nos participantes da UHDP.....	55
--	----

## **Listagem de Abreviaturas ou Siglas**

APA - *American Psychological Association*

APER - Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

AV – Atividades de Vida

ACM – Artéria Cerebral Média

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DGS – Direção-Geral da Saúde

DM – *Diabetes Mellitus*

EEER – Enfermeiro Especialistas em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

GUSS - *Gugging Swallowing Test*

HTA – Hipertensão Arterial

ICN – *International Council of Nurses*

MMSE – *Mini-Mental State Examination*

NIHSS - *National Institutes of Health Stroke Scale*

NUT - Nomenclatura Unidades Territoriais

OE – Ordem dos Enfermeiros

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TA – Tensão Arterial

UAVC – Unidade de Acidente Vascular Cerebral

UHDP – Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente

WHO – *World Health Organization*

## Introdução

No âmbito do mestrado na área e especialidade de Enfermagem de Reabilitação (ER), onde se integram estágios curriculares, em contextos clínicos, que permitem consolidar e desenvolver competências nas áreas cardiorrespiratória, neurológica e músculo-esquelética, o presente relatório de estágio tem como o objetivo a prestação de prova pública para aquisição do grau de mestre, integrando uma problematização em torno da qual se desenha a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Através desta traduz-se o desenvolvimento de competências, nomeadamente as competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do EEER, competências de mestre e ainda de desenvolvimento pessoal.

A constante busca pelo conhecimento e pela evolução que caracteriza a sociedade atual traduz uma realidade repleta de alterações, característica do progresso contínuo. A Enfermagem, como um contexto profissional na área da saúde que priva intimamente com pessoas, exige que os profissionais que a exercem acompanhem este dinamismo evolutivo. Assim, a formação é essencial, permitindo não só o desenvolvimento pessoal e profissional, como uma atualização de conhecimentos que contribui para a qualidade e excelência dos cuidados. É um dever para com a profissão, conforme estabelecido na alínea c do Artigo 109º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Rodrigues et al., 2011; Assembleia da República, 2015).

Neste percurso formativo, foi tido como principal objetivo a intervenção no sentido da promoção e recuperação da funcionalidade dos utentes, em concordância com os objetivos definidos no âmbito do ciclo de estudos. As competências a desenvolver definiram-se com base no perfil de competências comuns do enfermeiro especialista e nas competências específicas do EEER, bem como em objetivos pessoais (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, 2019b) e consistem em: competências de adaptação e integração; de gestão dos cuidados, assertividade e liderança; de identificação de necessidades e desenvolvimento de projetos; de desenvolvimento e consolidação de conhecimento teórico-prático no âmbito da enfermagem de reabilitação; de avaliação, planeamento e execução de intervenções específicas da área da enfermagem de reabilitação; competências relacionais e comunicacionais; competências na área da promoção da autonomia e funcionalidade e competências de reflexão e análise crítica.

As competências descritas integram também o apresentado Decreto de Lei nº63/2016 de 13 de setembro, que determina que o grau de mestre é atribuído aos profissionais que sejam capazes de adquirir, desenvolver e aprofundar conhecimento, bem como aplicá-lo; desenvolver capacidade de compreensão; integrar conhecimento que permita lidar com casos complexos e resolver problemas; refletir acerca de responsabilidades éticas e sociais das soluções apresentadas ou intervenções instituídas; comunicar com clareza e sem ambiguidades, as conclusões determinadas, bem como os conhecimentos e raciocínios na origem destas; contribuir para

investigação na área; adquirir competências de procura de conhecimento e desenvolvimento deste, numa renovação contínua do saber (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2016; Quadro Nacional de Qualificações do Ensino Superior, 2011).

Considerando as competências que se pretende adquirir, foram definidos os objetivos para o projeto de intervenção profissional. O conforto é complexo, dinâmico, individual, positivo, holístico e permite alcançar alívio, tranquilidade e transcendência em diferentes contextos, sendo considerado um conceito central em Enfermagem (Kolcaba, 1991; Simão de Oliveira & Lopes, 2010; Pinto et al., 2017). Contribuir para o conforto dos utentes significa fortalece-los, permitindo que recuperem o que perspetivam como saúde (Simão de Oliveira & Lopes, 2010). Assim, definiu-se como tema para o projeto de intervenção: “O Conforto nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação”.

A Teoria do Conforto de Kolcaba (1991) operacionaliza e conceptualiza o Conforto, definindo-o em quatro contextos (social, físico, psicoespiritual e ambiental) e em três tipos (alívio, tranquilidade e transcendência), sendo considerado como um estado em que são satisfeitas as necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência. Com base neste referencial teórico, pretende-se neste projeto de intervenção caracterizar a perceção de conforto dos utentes assistidos por EEER, identificando as suas principais necessidades em conforto, durante a prestação de cuidados e os fatores de conforto relevantes para os resultados dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Reconhecer a importância do conforto, avaliá-lo objetivamente e executar intervenções no sentido da sua recuperação e manutenção, permite otimizar os cuidados de reabilitação.

Para o desenvolvimento das competências e aplicação do projeto, selecionou-se um hospital central da NUT (Nomenclatura Unidades Territoriais) Alentejo. O primeiro estágio curricular teve lugar no serviço de Ortopedia, onde foi possível contribuir para ganhos funcionais, alcançados em curtos espaços de tempo, o que se traduziu numa excelente oportunidade de aprendizagem. Trata-se de um serviço onde existe uma elevada valorização da ER, pela sua importância na funcionalidade e qualidade de vida, o que é reconhecido pelos diversos profissionais de saúde da equipa multidisciplinar e pelos utentes. Neste contexto de estágio foi possível ter um primeiro contacto com instrumentos de avaliação e posterior prestação de cuidados de ER. Foi desenvolvida uma sessão de formação com o objetivo de colmatar alguns défices de conhecimento avaliados e realizado o primeiro estudo de caso no âmbito da avaliação curricular.

O estágio final foi, por opção pessoal, dividido em dois períodos de tempo em contextos clínicos diferentes. As primeiras seis semanas foram desenvolvidas numa Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC), uma área de interesse pessoal e de elevada importância pelos impactos que esta patologia apresenta na funcionalidade dos indivíduos. O AVC (Acidente Vascular Cerebral) assume-se como uma das principais causas de morte e incapacidade funcional

a nível mundial, com múltiplos impactos na qualidade de vida dos indivíduos (Ramos-Lima et al., 2018).

Ao longo destas semanas do percurso formativo, manteve-se o desenvolvimento de competências iniciado no contexto anterior, tendo sido aprofundado e consolidado. Foi realizada uma avaliação das necessidades em ER do serviço, com a posterior criação de alguns materiais que facilitavam a prestação destes cuidados e permitiam o aumento da sua qualidade e consequente efeito na funcionalidade e bem-estar dos utentes, nomeadamente a pasta dos exercícios de mímica facial, imagens para treino de nomeação e o quadro de treino da motricidade fina. Uma montagem de fotos de utentes a realizar treino de motricidade fina com recurso ao quadro descrito, foi submetido ao Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação da Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER), sob o título “Inovar no Treino da Motricidade Fina”. Foi também concluído o segundo estudo de caso, desenvolvido no âmbito da avaliação curricular.

As restantes dez semanas do estágio final decorreram numa Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente (UHDP), uma modalidade de cuidados inovadora e uma oportunidade excepcional de aprendizagem. Criada em dezembro de 2020, consiste na “assistência hospitalar praticada no domicílio do doente (...) na fase aguda da doença, em alternativa ao internamento hospitalar convencional” (SNS, 2021, p. 1). Afigura-se como uma modalidade de cuidados que poderá constituir o principal modelo de prestação de cuidados no futuro, sobretudo ao nível da Enfermagem de Reabilitação, pois permite uma interação única com os utentes, que se estabelece no seu próprio ambiente, o que acarreta inúmeros benefícios para o sucesso dos programas de reabilitação. Desta forma, este serviço constituiu uma oportunidade única de aprendizagem.

Tratando-se de um serviço recente, ainda numa fase inicial de organização da equipa e dos cuidados, identificou-se como uma das principais necessidades a implementação de um projeto de reabilitação. Embora os elementos especialistas em Enfermagem de Reabilitação já instituíssem a prestação de cuidados especializados, era necessário tornar o registo e transmissão de informação mais uniforme, para que todos pudessem desenvolver os cuidados no mesmo sentido e obter dados que traduzam indicadores de resultados sensíveis. Foi assim desenvolvido um documento (em formato Excel) onde é possível registar dados decorrentes da avaliação inicial e final, informações como o número de dias de internamento, quantos doentes beneficiaram de reabilitação respiratória, cardíaca, motora e neurológica, bem como quantos doentes beneficiaram de cada intervenção descrita no documento e de quantas intervenções necessitaram no total. Foi também desenvolvido um documento que reúne as escalas utilizadas pela equipa, para que possam ser facilmente transportadas para o domicílio dos utentes.

O projeto de intervenção desenvolvido nos estágios seguiu a metodologia de estudos de casos descritivos, organizados de acordo com as etapas do processo de enfermagem (Ribeiro et al., 2018; Berwanger, et al., 2019; OE, 2019a, 2019b; Adamy et al., 2020) e fundamentados por

diferentes correntes teóricas: Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem, Modelo de Vida, de Roper, Logan e Tierney, a Teoria da Transição e a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Participaram os utentes que, entre 13 de setembro de 2021 e 23 de janeiro de 2022, beneficiaram da intervenção do EEER nos contextos dos estágios curriculares e que, de forma livre e esclarecida, aceitaram integrar o plano de intervenção, em respeito pelos princípios éticos e direito à liberdade e autodeterminação.

O presente documento inicia-se com a análise do contexto, do envolvimento e da produção de cuidados, onde se integra o enquadramento conceptual, continua-se com a definição de objetivos e com o projeto de intervenção profissional, onde se inclui a metodologia e a análise e tratamento de dados, e ao qual se segue a discussão dos resultados da implementação do projeto profissional, terminando com a análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências, considerações finais, referências bibliográficas e anexos. É elaborado segundo a Norma da *American Psychological Association (APA)* 7ª edição e o acordo ortográfico em vigor.

## **Análise do Contexto**

As alterações demográficas e epidemiológicas da população, levam a uma reflexão acerca de qual o principal foco dos cuidados de saúde. Com o envelhecimento da população verifica-se não só a transição da doença aguda para a doença crónica, como também um aumento da dependência dos cidadãos e, conseqüentemente, défices significativos no autocuidado (Galvão & Janeiro, 2013; Petronilho et al., 2017)

Segundo Queirós et al. (2014), a Enfermagem enquanto ciência está ainda no início do seu desenvolvimento, suportando a disciplina com conhecimento próprio. Tal como outras áreas que se ligam a uma prática profissional, é dotada de um conhecimento empírico tal como de um conhecimento convencional, que deriva dos aspetos artísticos do cuidar adquiridos ao longo da prática do exercício profissional. Deste modo, a Enfermagem não se pode considerar uma ciência exata, sendo correto designar-se como uma ciência humana prática (Queirós et al., 2014)

O conhecimento desta disciplina é criado, mas também reestruturado, na medida em que se enriquece continuamente no decorrer da prática clínica, tal como no desenvolvimento das conceções teóricas que a suportam, numa relação dinâmica (Queirós et al., 2014).

As teorias mais úteis e, conseqüentemente, mais utilizadas, são aquelas que além de relevantes se apresentam como compreensíveis e assim, passíveis de organizarem o pensamento dos profissionais de enfermagem e os cuidados prestados. Um dos referenciais teóricos mais utilizados na investigação e na prática clínica, foi desenvolvido por Dorothea Orem, entre 1959 e 1985: Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem. A sua importância surge da forma como enriquece o conhecimento e compreensão das limitações dos utentes, nas quais os profissionais de enfermagem podem ter uma atuação positiva (Queirós et al., 2014).

A definição de saúde desvaloriza a centralidade na doença, salientando a importância de uma vida marcada pelo bem-estar físico, mental e social (World Health Organization, 2006). Ser saudável é ser capaz de se autocuidar, não deixando que as suas incapacidades ditem a necessidade de terceiros, mantendo uma vida social, ocupacional e de contribuição para a comunidade, enquanto cidadão. Ser saudável implica também a capacidade de gerir a sua própria saúde e assumir atitudes de prevenção da doença. Por conseguinte, promover e otimizar o autocuidado permite obter bons resultados em saúde.

O EEER, de acordo com as suas competências específicas, “concebe, implementa e avalia planos e programas especializados” (OE, 2019b, p. 13566), através dos quais procura proporcionar dignidade, qualidade de vida e preservar autoestima. Em contextos de deficiência ou limitação da funcionalidade minimiza o impacto dos défices identificados e maximiza a funcionalidade e capacidades da pessoa, com quem estabelece uma parceria, a fim de alcançar a sua reinserção na comunidade e exercício da sua cidadania (OE, 2019b). Assume uma intervenção baseada na prevenção, reabilitação e educação, contribuindo assim para a saúde e qualidade de

vida dos utentes (Batista, 2019; OE, 2019b). Segundo Hesbeen, pretende-se, sobretudo, ajudar os indivíduos a viver uma vida à qual sejam capazes de atribuir sentido (Batista, 2019).

Para Schoeller et al. (2018), a ER corresponde a uma especialidade que atua ao longo de todo o ciclo vital e em todos os processos de saúde-doença, tendo como alvo a pessoa, mas também a sua família, ambiente e a comunidade em que se insere. Tem como objetivo que os utentes com défices ao nível da funcionalidade, alcancem uma melhoria na sua qualidade de vida, sendo capaz de manter a máxima independência e autonomia possível, bem como usufruir de uma reinserção na sociedade, com os direitos, deveres e interações sociais que tal acarreta (Schoeller et al., 2018).

Nesta área de especialidade, é somada à prestação de cuidados a intenção de aumentar a independência, com benefícios ao nível da funcionalidade. Deste modo, a prestação de cuidados assume uma finalidade, além da que já apresentava. No decorrer da prática clínica especializada, é estabelecida uma relação terapêutica de elevada importância, servindo de base aos cuidados prestados e ao sucesso dos resultados, devendo assumir características essencialmente educativas, na medida em que o profissional ensina o utente a viver com as suas limitações e a evitar que se tornem obstáculos (Schoeller et al., 2018).

Sabe-se atualmente que ter o Conforto como foco na prestação de cuidados, os torna dotados de maior qualidade, dignidade e humanismo, pois é proporcionada uma melhoria na qualidade de vida. As intervenções desenvolvidas com a finalidade da promoção do conforto são, segundo Machado et al. (2018), uma boa prática de cuidados de Enfermagem, se estiverem em conformidade com as necessidades e prioridades do utente.

De acordo com Machado et al. (2018), é importante que se consciencialize os profissionais de enfermagem, onde se incluem os EEER, que o conforto não se traduz apenas em aspetos físicos, nem se define através da ausência de dor, chamando atenção para a importância do Conforto, pelos benefícios que uma prática centrada no mesmo apresenta para os utentes e, consequentemente, para a sociedade e sistema de saúde.

A Teoria do Conforto de Kolcaba promove uma conceptualização do Conforto, proporcionando uma compreensão aprofundada da temática, o que se traduz na aplicação prática dos conhecimentos. Em Enfermagem, o Conforto pode ser identificado sob diferentes formas, como pela “demonstração da satisfação de uma necessidade, alívio de dor ou desconforto físico, sensação de tranquilidade, calma, paz e promoção de um ambiente adequado” (Machado et al., 2018, p. 29).

Segundo a Teoria do Conforto, este traduz-se pela satisfação das necessidades em alívio, tranquilidade e transcendência, em quatro contextos, físico, psicoespiritual, social e ambiental. Simão de Oliveira (2013) indica que o Conforto se pode definir pela contribuição de algo/alguém no seu fortalecimento, através da disponibilização de uma forma de ajuda, o que lhe permite desenvolver ou melhorar a sua capacidade individual para enfrentar o que o afeta. Esta pode

remeter ao conceito de resiliência: capacidade de lidar com um problema sem que este se torne um evento disruptor na vida do indivíduo, caracterizando-se por um processo de ajuste a novas condições, que parte do desenvolvimento de competências de reação ao stress (Kolcaba, 1991; Simão de Oliveira, 2013; Babic et al., 2020).

Babic et al. (2020), indica a existência de três tipos de resiliência, nomeadamente a resiliência primária relacionada com a manutenção do equilíbrio e da saúde, promovendo bem-estar e a prevenção de doenças induzidas pelo stress; a resiliência secundária que se relaciona com os fatores que permitem aos indivíduos lidar com crises e doenças com sucesso, permitindo que se recupere a saúde e a resiliência terciária que representa a capacidade de viver com felicidade e produtividade, sendo ativo sem efeitos negativos da possível presença de doenças crónicas, através da adaptação às mesmas. Pelas suas características, o desenvolvimento de resiliência é essencial aos utentes na área da Saúde, com destaque aos indivíduos com necessidades em ER, que recorrem a esta capacidade para alcançarem uma vida de qualidade e independente dos défices que possam apresentar. Contribuir para o Conforto, significa também contribuir para a resiliência.

A intervenção de ER desenvolvida com enfoque no Conforto tem influência na resiliência dos utentes, o que pode contribuir para melhores resultados. Além disso, contribui com diversos benefícios para os utentes, profissionais e instituições de saúde, que devem não só ser reforçados e dados a conhecer, como também ser estudados e aprofundados.

Com o principal objetivo de contribuir para o bem-estar e qualidade de vida dos utentes, o presente relatório de estágio aborda as competências do EEER e o trabalho que desenvolve no sentido da maximização da funcionalidade, mantendo em cada fase de intervenção a consciência da importância de contribuir para o Conforto como forma de obter melhores resultados. Desta forma, pretende-se também consciencializar os profissionais de enfermagem da importância do Conforto na prestação de cuidados de Enfermagem e, sobretudo, na área da Reabilitação.

## **Análise do Envolvimento**

Para a realização dos estágios curriculares foi selecionado um hospital central da NUT (Nomenclatura Unidades Territoriais) Alentejo. A instituição escolhida é a maior e mais diferenciada unidade hospitalar do território, com uma área de influência direta que inclui 52 162 habitantes do distrito (dados estatísticos de 2020) e que se estende a todo o Alentejo (HESE, E.P.E, 2021; INE, 2021).

O primeiro estágio que constitui o percurso formativo tem lugar no serviço de Ortopedia, que dirige principalmente a sua atividade à prestação de cuidados a utentes com necessidades na área ortopédica, embora englobe outras valências como a área da neurologia e nefrologia, entre outras (HESE E.P.E, 2021). A escolha desta área relacionou-se com a especificidade dos cuidados prestados, mas também com a valorização dada à ER neste local, essencial para a recuperação da funcionalidade e melhoria da qualidade de vida, sendo reconhecidos os seus benefícios por todos os utentes, bem como pelos profissionais da equipa multidisciplinar. A possibilidade de contribuir para ganhos alcançados, em curtos espaços de tempo, constituiu também um fator atrativo à construção de uma excelente oportunidade de aprendizagem e crescimento.

Em concordância com as expectativas que justificaram a escolha do serviço de Ortopedia, foi possível presenciar a valorização dada ao trabalho desenvolvido pelos elementos da equipa de enfermagem com especialidade na área da ER.

A equipa de enfermagem é constituída por trinta e oito enfermeiros, com seis elementos ausentes temporariamente. Entre estes destacam-se cinco enfermeiros especialistas em ER que, sempre que possível, assumem a prestação de cuidados especializados a todos os utentes, concomitantemente com algumas tarefas relacionadas com a gestão do serviço.

Com uma lotação de 37 camas, o serviço de Ortopedia divide-se em duas alas. Assim, no início de cada turno, o enfermeiro especialista presente assiste à passagem de turno de uma das alas, obtendo depois informações com os colegas ou com o enfermeiro-chefe acerca dos utentes internados na outra ala (geralmente a ala com menos utentes com patologias do foro ortopédico). Este momento permite aos profissionais possuir um conhecimento geral acerca de todos os utentes internados, bem como proceder a uma avaliação inicial daqueles que mais beneficiariam da intervenção do EEER, procurando gerir da melhor forma possível a prestação de cuidados especializados.

O número elevado de utentes com necessidades no âmbito da ER, face à presença de um EEER presente maioritariamente no turno da manhã (considerando que, esporadicamente, é possível existir um EEER no turno da manhã e no turno da tarde, quando os recursos humanos disponíveis assim o permitem), torna difícil a gestão e priorização dos cuidados. A articulação harmoniosa entre EEER e a equipa de fisioterapeutas, permite incluir maior número de utentes

em cuidados de reabilitação, disponibilizando-lhes o tempo de que necessitam em cada sessão, e contribuindo para maiores probabilidades de sucesso no seu processo de recuperação.

A equipa de Enfermagem obtém um conjunto consistente de informações relevantes, devido à sua permanência ao longo de todo o dia com os utentes e pela relação terapêutica estabelecida. Esta informação é transmitida aos EEER, que a partilham com os profissionais da área da fisioterapia. Além disso, os EEER usufruem da primeira abordagem aos utentes após os procedimentos cirúrgicos, o que permite uma reabilitação precoce. Esta dinâmica culmina na prestação de cuidados de qualidade com impacto na melhoria da qualidade de vida dos utentes.

Para a prestação de cuidados especializados na área da ER existem instrumentos de avaliação, dispositivos terapêuticos e de apoio disponíveis no serviço para utilização, sempre que necessário. Os diversos materiais disponíveis como espelho, gelo para crioterapia, halteres, maca de apoio, triângulos de abdução, equipamentos para exercícios isocinéticos, auxiliares de marcha, bolas para reeducação motora de diferentes tamanhos, faixas elásticas, pedaleira, espirómetros de incentivo podem ser encontrados em ambas as alas do serviço, embora se concentrem em maior quantidade no ginásio. Pela disposição e organização do material, o espaço identificado no serviço como sendo o ginásio, é pouco funcional para os utentes com alterações da locomoção e com necessidade de utilização de auxiliares de marcha, pelo que é pouco utilizado.

Os corredores do serviço são amplos, com marcas a cada cinco metros, o que permite realizar treino de marcha sem dificuldades ou problemas de acessibilidade, bem como proceder a uma contagem fácil dos metros percorridos, o que permite a realização de registos precisos com informação fiável acerca da progressão dos utentes.

Todas as camas apresentam um trapézio suspenso, que permite aos utentes terem um apoio que os torna independentes no posicionamento no leito, o que lhes fornece elevados benefícios ao nível da funcionalidade. Em relação às casas de banho, verifica-se que apresentam reduzidas dimensões e obstáculos, apresentando várias condicionantes à acessibilidade de utentes que se deslocam com auxiliar de marcha, aumentando o risco de queda e a necessidade de supervisão.

Torna-se importante destacar a utilização de três dispositivos para exercícios isocinéticos, pela utilidade que têm neste serviço, na medida em que permitem que o EEER se encontre a trabalhar com um utente, enquanto outros três utentes estão a realizar exercícios com duração e intensidade programadas. Dado o número de utentes a necessitar de cuidados de ER, este recurso permite um ótimo aproveitamento do tempo e uma boa gestão dos cuidados.

A intervenção do EEER neste serviço cumpre o teorizado por Orem, na medida em que a prestação de cuidados difere de acordo com o sistema em que os utentes se inserem. A assistência fornecida é a estritamente necessária, de preferência através de ensinamentos, treino e supervisão, de modo a estimular os utentes a manter e recuperarem a sua independência, preparando-os igualmente para a alta (Tomey & Alligood, 2004; Queirós et al, 2014).

Verifica-se ainda uma preocupação substancial com os ensinamentos no período pré-operatório e com a preparação para a alta. São entregues folhetos que promovem a recuperação e consolidação dos conhecimentos adquiridos durante o período de ensinamentos, o que potencia a qualidade dos cuidados prestados e aumenta a probabilidade de melhores resultados no processo de recuperação da funcionalidade.

Uma das áreas abordadas nos ensinamentos após o procedimento cirúrgico de colocação de uma prótese total da anca é o retorno a uma vida sexual ativa e saudável, onde se explicam quais os movimentos que colocam em risco o correto posicionamento da prótese e se apresentam soluções para que estes não se tornem um impedimento. A preocupação com esta temática evidencia a forma como o utente é considerado sob uma perspectiva holística, tendo em conta todas as AV (Atividades de Vida) apresentadas no modelo teórico de Roper, Logan e Tierney (Tomey & Alligood, 2004).

Lucas et al. (2013) mostram, no estudo realizado, como uma intervenção realizada no período pré-operatório que inclua ensinamentos com fornecimento de material e demonstração de exercícios/correta utilização de canadianas, pode ter impacto positivo no processo de recuperação dos utentes após uma artroplastia total do joelho. Pina e Baixinho (2020), em concordância, indicam como o desenvolvimento de uma educação na fase pré-operatória permite a aquisição de conhecimentos acerca de todo o processo cirúrgico e posterior período de recuperação, permitindo igualmente o treino de AV e a aprendizagem da utilização de auxiliares de marcha, numa fase em que o risco de luxação da prótese não está presente, o que promove uma recuperação eficiente da independência no autocuidado e permite uma melhor gestão das expectativas e redução de impactos emocionais negativos, como o desenvolvimento de stress e ansiedade, bem como uma redução do tempo médio de internamento e da dor após a cirurgia.

No final de cada turno, os enfermeiros especialistas registam as avaliações realizadas, as intervenções colocadas em prática e a evolução identificada. No período do estágio curricular, o programa informático utilizado para realizar os registos mudou, pelo que os EEER passaram por um período de adaptação a um novo sistema e, conseqüentemente, a uma nova forma de realizar registos. No entanto, verificou-se elevada capacidade de evolução e aprendizagem, sendo que os profissionais identificavam elevado potencial na nova forma de realizar os registos, pois tornava-se mais fácil organizar os dados e obter informações importantes para compreender qual o impacto da ER desenvolvida no serviço, o que demonstra preocupação com a melhoria da qualidade dos cuidados especializados prestados.

Neste serviço, é possível identificar num curto espaço de tempo as diversas transições pelas quais os utentes passam, nomeadamente de uma fase de doença, geralmente caracterizada por dor e incapacidade funcional, para uma fase de instabilidade pós-cirurgia, em que é necessário existir uma elevada aquisição de capacidades e competências, até uma fase final próxima do momento da alta, em que, apresentando melhorias na sua funcionalidade desde a cirurgia, têm

potencial para alcançar uma nova fase de estabilidade, com novos contornos e características, em que a possibilidade de maior independência e redução substancial da dor são as características centrais. Assim, é importante destacar a forma como o referencial teórico de Meleis permite uma maior compreensão dos utentes internados neste serviço e do seu processo de recuperação, bem como a prestação de cuidados de ER desenvolvida (Bastos & Silva, 2013; Queirós et al., 2014; Sousa et al., 2020).

O segundo estágio na área da reabilitação respiratória e neurológica realizou-se, por opção, em dois contextos. As primeiras seis semanas de estágio curricular tiveram lugar numa Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC), tratando-se de uma escolha realizada com base em fatores pessoais e profissionais.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte e incapacidade funcional a nível mundial, com múltiplos impactos na qualidade de vida dos indivíduos (Ramos-Lima et al., 2018). A nível pessoal, apresenta-se como uma área que estimula a curiosidade e interesse. Em adição, a UAVC permite a prestação de cuidados a utentes com doenças cerebrovasculares em fase aguda, o que constitui uma oportunidade de ter contacto com uma nova realidade e de desenvolver o conhecimento numa área da reabilitação neurológica de elevada importância.

A equipa de enfermagem que compõe a UAVC é constituída por treze enfermeiros. Entre eles, existem cinco enfermeiros especialistas em ER.

Os EEER que prestam cuidados na UAVC, necessitam de proceder a uma complexa gestão do seu tempo, pois prestam cuidados generalizados e especializados em simultâneo. Pelo método do enfermeiro responsável, os EEER, tal como os enfermeiros de cuidados gerais da equipa, assumem a responsabilidade por utentes aos quais prestam cuidados ao longo do turno, sendo que, é também da sua responsabilidade a prestação de cuidados de ER a todos os utentes internados na unidade, com necessidades na área. A existência de responsabilidades cumulativas condiciona o tempo disponível exclusivamente para a prestação de cuidados de ER, o que torna essencial a necessidade de uma adequada avaliação e priorização.

Para que seja possível prestar cuidados especializados de qualidade, uma relação de cooperação e ajuda, que deriva de trabalho em equipa, é identificada entre especialistas em ER e enfermeiros de cuidados gerais, permitindo uma melhor priorização e gestão do tempo. Além disso, os enfermeiros de cuidados gerais mostram também disponibilidade para aumentar o seu conhecimento através dos EEER, pedindo a sua colaboração e fazendo uso do seu conhecimento para uma adequada avaliação e vigilância dos utentes, o que promove uma melhoria da qualidade dos cuidados.

A UAVC apresenta uma lotação de seis camas, que se reúnem num único quarto. No centro das camas, encontra-se uma mesa equipada com dois computadores, onde os enfermeiros procedem aos registos enquanto asseguram supervisão próxima dos utentes internados. Deste

modo, é neste espaço que se procede à prestação de cuidados de ER. Apesar da presença de cortinas que tapam a visibilidade para cada unidade, existe pouca privacidade relativamente ao som, o que pode inibir os utentes no estabelecimento de alguns diálogos importantes para a gestão de expectativas e emoções, bem como na realização de exercícios que envolvam a avaliação e treino da capacidade de expressão e compreensão.

O corredor do serviço é amplo e iluminado, o que permite a realização de treinos de mobilidade sem alterações no âmbito da acessibilidade. Contudo, estas alterações são verificadas na casa-de-banho destinada aos utentes que, embora apresente barras de apoio, tem um espaço reduzido, o que dificulta a acessibilidade de utentes que se mobilizem com recurso a cadeira de rodas ou auxiliares de marcha.

Existe também um ginásio amplo equipado com barras, espelho quadriculado, bola suíça, bastão e objetos de treino de motricidade fina, que pode ser utilizado sempre que necessário e quando a condição clínica do utente assim o permita.

Na UAVC, a avaliação rigorosa e frequente dos utentes é muito importante pois permite que a equipa multidisciplinar fique alerta caso se verifique um agravamento dos défices. Para proceder a uma avaliação completa, existem pastas que são utilizadas, sobretudo na admissão, e que compilam as escalas mais importantes a aplicar, nomeadamente a *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS), o *Gugging Swallowing Test* (GUSS) para avaliação da deglutição e a escala de Barthel para avaliação da funcionalidade. De forma mais específica, os EEER possuem um dossiê onde guardam as folhas de avaliação dos utentes no âmbito da ER. Existe também um documento utilizado exclusivamente pelos EEER, onde se procede ao registo dos défices apresentados pelo utente e quais as intervenções colocadas em práticas, com possibilidade de realizar registos em diferentes dias (consecutivos ou não), o que permite uma perspetiva da possível evolução ou agravamento do utente.

Tratando-se de utentes em fase aguda, nem sempre são reunidas as condições de estabilidade necessárias para a instituição de um programa de reabilitação ou para desenvolver a sessão planeada para o dia, o que dá destaque não só à importância de uma adequada avaliação, como também da perspetiva holística dos utentes, pois existem diversos fatores que podem comprometer a sua colaboração para com os cuidados de ER.

Sabe-se que, iniciar precocemente um programa de reabilitação tem efeitos benéficos na recuperação da funcionalidade dos utentes, o que é consensual, ainda que não esteja bem definido qual deve ser especificamente o momento de início da reabilitação (European Stroke Organization, 2008). Segundo Leal et al. (2017), a reabilitação deve ter início entre as 48h e 72h após o AVC, pelos benefícios que apresenta à pessoa, ao nível de melhorias na sua capacidade funcional, outros estudos referem que se o programa se iniciar nos primeiros 20 a 30 dias após o AVC, existe um melhor prognóstico (European Stroke Organization, 2008).

A reabilitação permite não só recuperar ou promover a manutenção da funcionalidade, como também desenvolver uma “participação ativa” (European Stroke Organization, 2008, p. 45). Na sua fase inicial, durante a fase aguda do AVC e em simultâneo com uma minuciosa vigilância, existe essencialmente um primeiro contacto dos doentes com aquilo que constituirá o seu programa de reabilitação, o que causa um conjunto de sentimentos difíceis de gerir e necessidade de adaptação a uma nova realidade.

A depressão no período pós-AVC, associa-se a uma recuperação negativa, porém este diagnóstico raramente é realizado, não se instituindo um tratamento adequado. Um estudo recente desenvolvido em Qena, no Egipto, indicou que 36,9% dos participantes tinha depressão, sendo que 21,4% apresentava um transtorno depressivo major (amostra de 103 utentes com AVC) (Khedr et al. , 2020). Trata-se de uma área pouco explorada e fundamentada, o que evidencia ainda mais a importância de ser tida em consideração e de se direccionar a avaliação realizada de modo a incluir na mesma, aspetos emocionais, psicológicos e do conforto do utente.

Também os cuidados prestados no âmbito da ER na UAVC são conduzidos pela Teoria da Transição de Meleis, pois, compreender o que é uma transição e de que modo ocorre permite um maior entendimento do processo de recuperação pelo quais os utentes internados neste serviço passam. Tratando-se de uma fase de primeiro contacto com os défices que decorreram do AVC é necessário existir uma adaptação e aceitação dos mesmos, bem como do programa de reabilitação que será necessário para a recuperação da funcionalidade possível, o que constitui uma transição. O EEER na UAVC acompanha os utentes neste período de instabilidade até uma nova fase estável, através do estabelecimento de uma relação terapêutica, realização de ensinamentos e instituição das intervenções de ER mais adequadas a cada caso, assegurando a maior individualização possível.

Em relação à preparação para a alta, não existe uma preocupação delineada com este aspeto, já que grande parte dos utentes é encaminhado para outros serviços do hospital ou para unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, onde os programas de reabilitação têm uma continuidade.

A segunda parte do último ensino clínico, que correspondeu a 10 semanas, teve lugar em uma Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente (UHDP). Criada em dezembro de 2020, permite assegurar assistência hospitalar no domicílio do utente, de forma temporária, prolongando-se ao longo da fase aguda da doença. Trata-se de uma modalidade de prestação de cuidados inovadora e recente no hospital, com grande potencial na área da reabilitação, pois permite uma interação com os utentes no seu próprio ambiente e a participação ativa da família, o que traz inúmeros benefícios e contribui para o sucesso dos programas de reabilitação (Serviço Nacional de Saúde, 2021, p. 1).

A UHDP tem como objetivos aproximar os cuidados hospitalares da comunidade, originando uma medicina de ambulatório e promover a educação para a saúde não só para com o

indivíduo e a sua família, como para com a comunidade. A possibilidade tão rica e única de prestar cuidados de ER no real ambiente de cada utente, compreendendo quais as suas verdadeiras dificuldades e quais os meios e recursos que possui, promovendo uma recuperação da funcionalidade verdadeiramente adaptada ao utente e com contornos realistas, potenciando a sua manutenção, justifica a escolha deste contexto de estágio.

O internamento na UHDP, relativamente ao internamento hospitalar, tem diversos benefícios, entre os quais redução do tempo médio de internamento, diminuição das infeções associadas aos cuidados de saúde, promoção da funcionalidade dos utentes e envolvimento da família na prestação dos cuidados, centralização do plano de cuidados no utente e aumento do conforto e bem-estar do utente e seus familiares. No anexo A, estão descritos os critérios clínicos sociais e geográficos necessários para a admissão, bem como os critérios de exclusão e as patologias que permitem internamento na modalidade da UHDP (Informação obtida na Intranet do hospital onde está sediada a equipa).

A equipa multidisciplinar que constitui a UHDP é constituída por cinco enfermeiros, dois dos quais com especialidade na área da ER e apresenta capacidade para o acompanhamento de seis utentes, em simultâneo. Embora ainda não esteja preconizado um projeto de reabilitação concreto na equipa, os EEER prestam cuidados de acordo com as necessidades de cada utente, atuando em complementaridade, em alguns casos, com a fisioterapeuta do serviço, que está presente nas manhãs dos dias úteis.

Ainda que exista necessidade de gerir as visitas domiciliares agendadas (articulando a utilização do único veículo da equipa, com a atuação de cada profissional da equipa multidisciplinar planeada), bem como os imprevistos que possam decorrer de necessidades prioritárias e inesperadas dos utentes, é possível incluir na organização das horas de cada turno, o tempo necessário para a prestação de cuidados de ER. Tratando-se de um serviço que começa neste momento a identificar resultados positivos da atuação da equipa multidisciplinar, os EEER pretendem organizar-se no sentido de obter dados que traduzam os inúmeros benefícios da sua intervenção, justificando a necessidade de mais recursos humanos distribuídos por turnos ao longo da semana que permitam uma intervenção consistente e benéfica na área.

Parte da decisão do EEER, quais os utentes que necessitam de visitas no âmbito da ER, para avaliação e intervenção e de que forma devem ser priorizadas. Esta autonomia de organização permite atuar no sentido das necessidades dos utentes internados, permitindo uma verdadeira centralidade dos cuidados de ER nos utentes.

Em termos físicos, a UHDP é constituída por um gabinete que permite a reunião de alguns elementos da equipa multidisciplinar e a permanência dos enfermeiros durante 16h, após as quais permanece um enfermeiro em regime de prevenção. Neste local é possível encontrar algum material necessário à prestação de cuidados de Enfermagem, embora grande parte do mesmo se encontre no veículo utilizado para a realização das visitas domiciliarias. Em relação à existência

de dispositivos terapêuticos e de apoio, são utilizados aqueles que foram adquiridos pessoalmente por cada EEER, pois o serviço ainda não apresenta este tipo de material.

Neste serviço o EEER acompanha a transição do indivíduo do regime de internamento hospitalar, para o seu domicílio, tornando-a o mais harmoniosa possível, o que se fundamenta na Teoria da Transição de Meleis. Em concordância com o referencial teórico de Orem, é fornecida assistência ao utente nas limitações que apresenta no seu autocuidado, porém, dado que os profissionais não permanecem vinte e quatro horas em contacto com o utente como nos restantes serviços de internamento hospitalar, é de elevada importância a realização de ensinamentos e treinos ao indivíduo e ao cuidador que o acompanha. Neste contexto de prestação de cuidados de ER, a interação com o utente e família, sobretudo ao nível da aquisição de conhecimentos, capacidades e competências tem um impacto substancial e facilmente identificável na funcionalidade, sendo um dos principais focos do EEER.

Relativamente aos instrumentos de avaliação utilizados pelos EEER da UHDP, verifica-se que são seleccionados de acordo com cada caso, sendo que apenas a avaliação da funcionalidade é realizada a todos os utentes internados com recurso à escala de Barthel.

O ambiente em que o EEER atua está em constante mudança, dependendo do contexto em que cada utente se insere, o que justifica a necessidade de adaptação e criatividade na prestação de cuidados. As intervenções são realizadas no domicílio do utente, com recurso aos seus próprios pertences e à assistência disponibilizada pelo cuidador, o que as torna verdadeiramente individualizadas e, assim, passíveis de terem efeitos positivos. A adesão ao programa de reabilitação é potenciada e a manutenção dos conhecimentos adquiridos melhorada.

As necessidades de intervenção são identificadas em parceria com os utentes e o programa de reabilitação planeado em proximidade com o utente e família.

De modo geral, é possível concluir que todos os locais de estágio forneceram oportunidade para desenvolvimento de conhecimento, competências e capacidades, permitindo a vivência de experiências únicas e extremamente ricas.

## **Análise da Produção de Cuidados**

A ER assume-se como uma área especializada da Enfermagem, com um conhecimento próprio e fundamentada em correntes teóricas importantes, atuando em diversas vertentes com a finalidade de contribuir para a manutenção/melhoria da funcionalidade dos utentes. A melhoria da qualidade de vida através da maximização das competências e capacidades ao nível do autocuidado deve ser sempre valorizada e, se possível, potenciada. O Conforto é uma temática valorizada na saúde, porém muito associada, de forma redutora, aos aspetos físicos, ou considerada principalmente em cuidados de fim de vida, quando, na verdade, se trata de um dos principais pilares da qualidade de vida em todos os seres humanos.

Os cuidados de ER são prestados a utentes que são sujeitos a diversas transições. Assim, tal como a teoria de Orem já abordada, também a Teoria da Transição assume elevada importância pois, de acordo com Meleis, no caminho entre dois estados de estabilidade, existem momentos de instabilidade, que podem causar alterações substanciais no Conforto (Bastos & Silva, 2013; Queirós et al., 2014; Sousa et al., 2020).

O EEER está presente no momento de confronto com os défices apresentados, na gestão das expectativas, no planeamento e no estabelecimento de resultados esperados realistas, as suas intervenções podem causar alterações a nível do conforto físico e depara-se com múltiplos sentimentos e diferentes reações por parte do utente ao longo do programa de reabilitação. À luz do conhecimento atual torna-se essencial que na sua prática clínica o EEER tenha como foco o Conforto, na medida em que, compreender quais as necessidades em Conforto do utente, pode ajudar a individualizar e potenciar o planeamento e as intervenções colocadas em prática e, assim, obter resultados positivos ao nível da funcionalidade e da qualidade de vida.

Avaliar e intervir no Conforto, pode justificar uma evolução estagnada de um utente, contribuir para uma melhor adesão e colaboração com o programa de reabilitação e até permitir que se obtenham melhores resultados na recuperação dos utentes.

Sendo transversal a todo o ciclo de vida e a todos os processos de saúde-doença com igual importância e pelos benefícios que apresenta para utentes, profissionais e instituições de saúde, o Conforto contribui para uma melhoria na qualidade das práticas em Enfermagem e em ER (Peterson & Bredow, 2013).

Assim, múltiplos pontos de interseção são identificados na relação entre Conforto e ER. O aumento do Conforto melhora a qualidade de vida dos utentes, o que se constitui como um dos principais objetivos da ER e o aumento da funcionalidade dos utentes através de cuidados de especializados de reabilitação, promove satisfação, podendo contribuir para um aumento do Conforto. Desta forma, contribuir para o Conforto pode beneficiar o trabalho desenvolvido pelo EEER, obtendo-se melhores resultados, tal como maximizar a autonomia e independência dos

indivíduos contribui para o Conforto, o que sugere que são indissociáveis e a sua relação deve ser explorada.

São inúmeros os benefícios de se compreender a conceptualização do Conforto e qual a melhor forma de o avaliar e de o integrar na prática de ER, razão pela qual se determinou como tema do projeto de intervenção profissional: O Conforto nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

### **Enquadramento Conceptual**

Os estágios curriculares desenvolvidos permitiram consolidar e desenvolver conhecimento e capacidades que emergem de bases fundamentais para a organização e aperfeiçoamento dos cuidados. Unidas à evidência científica, são essenciais a todos os aspetos da Enfermagem. No âmbito do percurso formativo, definiram-se diversos objetivos que contribuem para a recuperação, promoção e manutenção da funcionalidade dos utentes. De forma mais específica, pretende-se caracterizar a perceção de conforto dos utentes assistidos por EEER, identificar as suas principais necessidades em conforto durante a prestação de cuidados e os fatores de conforto relevantes para os resultados dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

O enquadramento concetual foi desenvolvido em consonância com os objetivos dos estágios e do projeto de intervenção profissional e, como tal apresenta-se a metodologia do processo de enfermagem e as teorias de enfermagem que fundamentaram os cuidados de ER. Neste percurso formativo, três teorias de enfermagem deram substância ao conhecimento adquirido e aplicado ao longo dos estágios curriculares, nomeadamente a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem, de Dorothea Orem; Os Elementos da Enfermagem: Um Modelo de Enfermagem Baseado num Modelo de Vida, de Nancy Roper, Winifred W. Logan e Alison J. Tierney e a Teoria da Transição de Afaf Meleis.

### **Metodologia do Processo de Enfermagem**

Em primeiro lugar, o Processo de Enfermagem que, constituído por quatro etapas (avaliação inicial, onde se inserem as atividades que levam à formulação de diagnósticos; planeamento; implementação e avaliação final), tem em Portugal uma importância claramente refletida na forma como foi regulamentado (Ribeiro et al., 2018). Faz parte das competências dos enfermeiros de cuidados gerais, de forma mais específica no domínio da prestação e gestão de cuidados, conforme descrito na alínea c (OE, 2011), bem como do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente no descritivo da primeira competência apresentada, onde se lê que o EEER “identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação, (...) concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e participação na sociedade”, o que reflete a forma como a prestação de

cuidados deve ser organizada de acordo com as etapas que constituem o Processo de Enfermagem (OE, 2019b, p. 13566).

A avaliação inicial é essencial para a recolha de dados e identificação de necessidades de intervenção e de prioridades entre as mesmas e contribui em muito para a individualização dos cuidados, sendo possível compreender qual o padrão habitual do utente e aquilo que expressa como real influência na sua qualidade de vida. Partindo destes dados, é possível elaborar diagnósticos e criar um planeamento que tenha o utente como foco central, com resultados esperados realistas e individualizados. O sucesso da seguinte etapa, implementação, depende em grande parte das anteriores e a esta segue-se a avaliação final, que permite, através de uma cuidadosa reflexão e análise dos dados, compreender qual a evolução do utente e que alterações surgiram nas suas necessidades. A promoção e manutenção da saúde, bem como os processos de recuperação, são mutáveis, pelo que a reavaliação frequente permite que se obtenham diagnósticos e um planeamento atualizados, alcançando-se assim a prestação de cuidados holística e humanizada.

Deste modo, é possível compreender que as vantagens de uma prestação de cuidados gerais/especializados organizada através do Processo de Enfermagem são inúmeras. A forma como sistematiza os cuidados, sustentando-os numa metodologia científica, permite uma maior valorização profissional. Por outro lado, permitindo uma uniformização da prática, não prejudica a individualização dos cuidados, promovendo a humanização dos mesmos. Incentiva também os profissionais a proceder a registos de enfermagem minuciosos, o que permite a obtenção de conjuntos de dados essenciais não só às reavaliações necessárias, como à realização de auditorias que originem estratégias de melhoria da qualidade. Em suma, permite aos profissionais de enfermagem prestar cuidados de qualidade, dotados de maior organização e segurança, o que contribui para uma maior satisfação dos utentes e dos próprios enfermeiros. (Ribeiro et al., 2018; Berwanger et al., 2019; Adamy et al., 2020)

Pelos benefícios apresentados, o trabalho desenvolvido no âmbito do percurso formativo da prática especializada da Enfermagem de Reabilitação, regeu-se pela organização e princípios do processo de enfermagem.

Os modelos conceituais e teóricos permitem aos profissionais de enfermagem sistematizar o seu pensamento e consequentemente orientar e organizar a sua prática, dotando-a de sentido. Os enfermeiros compreendem assim os fundamentos da sua prática, o que lhe confere valorização e contribui para maior autonomia profissional. Para Queirós et al. (2014), o conhecimento em Enfermagem está em constante evolução, numa interação dinâmica entre a teoria e a prática, por esta razão os referenciais teóricos permitem melhorias na qualidade dos cuidados (Queirós et al., 2014; Martins et al., 2018).

Segundo os resultados do estudo desenvolvido por Martins et al. (2018), entre os referencias teóricos com que a maioria dos EEER identificaram a sua prática de cuidados especializada, encontram-se os desenvolvidos por Afaf Meleis e Dorothea Orem.

### **Teoria Geral do Défice de Autocuidado**

A Teoria Geral do Défice de Autocuidado, desenvolvida por Dorothea Orem consiste em três teorias que se relacionam, nomeadamente a Teoria do Autocuidado, que explicita o autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado, que justifica a necessidade dos cuidados de enfermagem e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que relaciona todas as teorias, conceptualizando a Enfermagem e as condições que lhe atribuem sentido (Tomey & Alligood, 2004; Queirós et al., 2014).

Segundo Orem, o autocuidado é algo que advém de um processo de aprendizagem e que é aplicado de forma deliberada, de acordo com as necessidades de regulação de cada pessoa (Teoria do Autocuidado). Quando a capacidade de autocuidado da pessoa é inferior a estas necessidades, surge uma limitação (Teoria do Défice de Autocuidado), que justifica a necessidade da Enfermagem e, de acordo com o tipo de limitação, determina um dos 3 tipos de sistemas definidos por Orem (Teoria dos Sistemas de Enfermagem). Os sistemas podem ser totalmente compensatórios (a pessoa necessita de ser substituída pelo enfermeiro no autocuidado); parcialmente compensatórios (o enfermeiro assiste o indivíduo nos aspetos que não consegue concretizar de forma independente) ou apresentarem-se como um sistema apoio-educativo (o indivíduo consegue assegurar o seu autocuidado, requerendo ensino e supervisão) (Tomey & Alligood, 2004; Queirós et al., 2014).

### **Modelo Teórico de Nancy Roper, Winifred W. Logan e Alison J. Tierney**

Segundo o Modelo Teórico de Nancy Roper, Winifred W. Logan e Alison J. Tierney, a pessoa assume uma posição central, sendo que a sua individualidade se manifesta através da forma como realiza ou perspectiva doze Atividades de Vida (AV), de acordo com o estadio do ciclo vital em que se encontra e a dependência/independência que demonstra em cada uma. O comportamento de um indivíduo em relação às AV depende de diversos fatores, que podem ser amplamente classificados como psicológicos e/ou biológicos, socioculturais ambientais, e/ou político-económicos (Tomey & Alligood, 2004).

### **Teoria das Transições**

Afaf Meleis conceptualizou as transições como alterações na vida dos indivíduos, seja ao nível da sua saúde, do ambiente em que se inserem ou das relações que estabelecem. Estas mudanças caracterizam-se por serem únicas, diversas e complexas, sendo percebidas de modo diferente por cada pessoa. Uma transição corresponde ao caminho percorrido entre um estado

estável que, exposto a uma alteração/estímulo, se modifica, até que se alcance um novo período de estabilidade, sendo que, neste processo, o indivíduo pode assumir um novo comportamento ou uma nova forma de se autodefinir. A teoria de Meleis informa acerca de como as pessoas se modificam, fundamentando uma intervenção que origina transições positivas, fornece assistência em períodos de maior instabilidade e procura de estratégias de adaptação (Bastos & Silva, 2013; Queirós et al., 2014; Sousa et al., 2020).

Através da prestação de cuidados especializados, o EEER proporciona qualidade de vida. Capacitando os indivíduos a manter/recuperar a independência nas Atividades de Vida (AV) e reduzindo o impacto dos défices que apresentam, é potenciada a funcionalidade potenciada e promovida a reinserção da pessoa na comunidade (Batista, 2019; OE, 2019b)

Assim, é possível concluir que o EEER alicerça a sua atuação nas conceções teóricas do autocuidado e défice de autocuidado de Orem, avaliando os indivíduos quanto ao sistema em que se inserem com recurso à informação obtida e organizada através das doze atividades de vida conceptualizadas por Roper, Logan e Tierney e identificando as prioridades de intervenção, o que, seguindo o postulado por Orem, justifica a necessidade da Enfermagem de Reabilitação.

Considerando o referencial teórico de Meleis, compreende-se que, com o objetivo final de aumentar a qualidade de vida, através de uma intervenção individualizada em diversos focos, com destaque para o conhecimento e aprendizagem de capacidades, o EEER promove a manutenção/recuperação da funcionalidade e o empoderamento da pessoa, estimulando-a e apoiando-a ao longo de um período de maior instabilidade e capacitando-a a desenvolver estratégias adaptativas às mudanças na sua realidade, facilitando assim as transições ocorridas e direcionando-as num sentido positivo (Sousa et al., 2020).

Em suma, o desenvolvimento pessoal e profissional alcançado ao longo dos estágios curriculares foi organizado de acordo com o Processo de Enfermagem e fundamentado por diferentes correntes teóricas, nomeadamente a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem, de Orem; Os Elementos da Enfermagem: Um Modelo de Enfermagem Baseado num Modelo de Vida, de Roper, Logan e Tierney e a Teoria da Transição de Meleis. Um outro referencial teórico foi utilizado com a finalidade de direcionar os cuidados de ER no sentido da contínua promoção e manutenção do Conforto, pelos benefícios que esta prática apresenta, nomeadamente a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

### **Teoria do Conforto**

Enquanto a funcionalidade permite ao utente ter uma vida dotada de independência e autonomia, com participação ativa na sociedade, o Conforto serve de base ao desenvolvimento humano, pela forma como é indispensável ao crescimento pessoal e à recuperação de independência. Desta forma, a Funcionalidade e o Conforto são dois conceitos intimamente ligados e essenciais, devendo ser considerada a relação dinâmica entre os mesmos.

A palavra “conforto” é amplamente utilizada em variados contextos e com diferentes interpretações. O termo pode ser utilizado com o significado de alívio ou consolo; como referência a um ato, de confortar; representar algo que fortalece ou revigora ou descrever uma sensação de prazer, bem-estar ou comodidade (Priberam, 2008-2021). Na saúde, a palavra “conforto” é também frequentemente utilizada, o que justifica a importância de compreender qual o significado dado a este termo quando utilizado no contexto da prática de Enfermagem.

O Conforto representa um tema que abrange as diversas dimensões da área da saúde, pois é um elemento central e essencial à qualidade de vida de qualquer indivíduo. Tem importância não só em fase de doença aguda, como também em doença crónica, não apenas na fase final da vida, mas ao longo de todo o ciclo vital, não só em caso de enfermidade, como em indivíduos saudáveis. Tal como Sousa P. (2020, p.13) refere, “o Conforto, de elevado interesse e potencial para o cuidado humano em saúde, é desejável à vida”.

Em Enfermagem é frequente identificar a utilização do termo “conforto” para fazer referência à ausência de dor ou desconforto físico (Machado et al., 2018). No entanto, o conceito de Conforto não deve ser considerado pelos profissionais de saúde desta forma redutora, pois, tal como referido por Machado et al. (2018), também medidas como o estabelecimento de uma relação terapêutica que promove a coragem e o consolo contribuem para o conforto dos utentes.

Conceptualizar o Conforto na área da saúde, estimula a atenção dos diversos profissionais de saúde para este tema. Pretende-se incentivar ao conhecimento e à compreensão, de modo a que intervenções para a promoção/manutenção/recuperação do conforto dos utentes sejam incluídas na prática de cuidados, melhorando assim a sua qualidade.

Os enfermeiros, muito mais que meros prestadores de cuidados, apresentam uma elevada proximidade dos utentes, que neles depositam confiança (Simão de Oliveira & Lopes, 2010). As intervenções de Enfermagem são desenvolvidas com a finalidade de proporcionar bem-estar a curto/longo prazo, sendo planeadas de acordo com as necessidades dos utentes, procurando proporcionar melhorias ao nível da qualidade de vida. Assim, muitas das intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros contribuem de alguma forma para o Conforto dos utentes, sem que os profissionais tenham plena consciência desta realidade.

Peterson e Bredow (2013, p.193), indicam que as ações dos profissionais de enfermagem contribuem para o Conforto dos seus utentes, através das “*comfort interventions*” [intervenções de conforto], que se definem como intervenções cuja intenção é maximizar o conforto dos utentes e seus familiares, incluindo também alterações no ambiente da prestação de cuidados que promovam o conforto dos profissionais de enfermagem.

Sendo uma das profissões na área da saúde que mais tem em conta o Conforto, justifica-se que diversos conceitos sejam apresentados nos documentos utilizados para fundamentar a prática de Enfermagem.

Segundo a CIPE, versão 2019 (International Council of Nurses, 2021), conforto define-se como “sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal”. Este é um conceito baseado meramente em condições físicas, sem atualização desde 1999. Embora esta vertente não possa ser descartada, a literatura da atualidade permite afirmar que a conceptualização do conforto é mais abrangente, com múltiplas dimensões em consideração (Pinto et al., 2017).

De acordo com o *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), o Conforto é considerado um domínio e é caracterizado como uma “sensação de bem-estar ou tranquilidade mental, física ou social” (Herdman & Kamitsuru, 2018-2020, p. 166). É classificado em 3 dimensões diferentes, nomeadamente Conforto físico, ambiental e social, nas quais se inserem diversos diagnósticos, entre os quais: “Conforto prejudicado” e “Disposição para Conforto melhorado”, nos quais é feita referência a “conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e/ou social” (Herdman & Kamitsuru, 2018-2020, p. 887). É possível assim, constatar que o conforto surge em articulação com alívio e transcendência em 4 diferentes dimensões, o que sugere tratar-se de algo complexo, porém, na definição que é primeiramente apresentada, não é feita referência a estes aspetos, sendo dotada de elevada subjetividade.

Depreende-se assim que é necessária uma evolução na conceptualização do Conforto, com base na evidência científica atual e nas investigações realizadas, tornando os conceitos apresentados nos documentos, mais completos, atualizados e livres de ambiguidades.

Segundo a World Health Organization (WHO), os Cuidados Paliativos contribuem para a melhoria da qualidade de vida dos utentes que enfrentam patologias que ameaçam a vida, prevenindo e aliviando o sofrimento, e das suas famílias, através de identificação precoce e adequada avaliação, tal como pelo tratamento da dor e de outras condições de natureza física, psicossocial e espiritual (Coelho et al., 2017). Devido a esta definição, considera-se muitas vezes a prestação de cuidados de saúde com a preocupação por manter e potenciar o conforto, como sendo característica da prestação de cuidados paliativos. Muitas vezes as medidas de conforto, são apenas consideradas no âmbito desta área específica. Porém, uma prática de cuidados que considere o Conforto como um dos seus focos, deve ser considerada nas diversas áreas da saúde e não exclusiva desta área de cuidados, pelos benefícios que apresenta para todos os indivíduos. Conceções erróneas como esta, podem ser evitadas se existir uma adequada conceptualização do tema, não descurando a necessidade de uma constante atualização.

A investigação acerca deste tema foi impulsionada pelos trabalhos de Morse (2000) e Kolcaba (1991) que desenvolveram a conceptualização do conforto.

Morse (2000), considerou o cuidar como direccionado a alcançar Conforto, devendo ser guiado pelos utentes, o que sugere individualidade. Refere que cada indivíduo tem as suas próprias necessidades em Conforto. Depreende-se também no seu trabalho a diferença entre “Desconforto” e “Conforto”, verificando-se que um não se pode definir pelo oposto do outro, através de um exemplo: Morse (2000) indica que após uma cirurgia, ajudar o indivíduo a alcançar

saúde a longo prazo (o que pode ser para si, o ideal de conforto), implica encorajá-lo a andar, independentemente do desconforto que possa sentir. Neste caso, o Conforto não se pode definir pela ausência de Desconforto, apresentando-se como dotado de um conceito mais complexo.

Morse (2000), perspetiva ainda o Conforto e o ato de confortar, como um processo iniciado através da deteção de necessidades, que se segue de uma avaliação inicial, implementação de estratégias de conforto adequadas e posterior avaliação dos resultados, o que entra em concordância com Kolcaba (Apóstolo J. , 2009)

Katharine Kolcaba (1991), considerava existirem muitos significados para o termo conforto e, em consequência, uma diversidade de formas em que era utilizado. Pela necessidade em tornar o conceito de Conforto mais explícito e uniforme, determinou como essencial a criação de um referencial teórico. A partir dos diferentes conceitos já existentes, da etiologia da palavra e do princípio de utilização do termo em ergonomia, surge a Teoria do Conforto de Kolcaba, na qual se operacionaliza e conceptualiza o Conforto, sendo definido em quatro contextos (social, físico, psicoespiritual e ambiental) e em três tipos (alívio, tranquilidade e transcendência). Deste modo, o Conforto é considerado como um estado em que são satisfeitas as necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência (Kolcaba, 1991; Peterson & Bredow, 2013).

Tranquilidade é abordada como sendo um estado duradouro e positivo, que se define como mais que a ausência de desconforto e que importa na funcionalidade (rotinas e tarefas diárias), sendo reflexão do ambiente em que o indivíduo se insere e que o influencia. Parte não só da esfera física, como da mental e pode definir-se de igual forma como um estado de calma ou contentamento (Kolcaba, 1991; Peterson & Bredow, 2013).

Alívio corresponde a uma satisfação de necessidades físicas e mentais e é a única dimensão do conforto que implica a existência de um desconforto do qual o indivíduo pode ser aliviado. Define-se como a experiência de ter uma necessidade suprida (Kolcaba, 1991; Peterson & Bredow, 2013).

Transcendência é o nome da dimensão na qual o indivíduo é livre de ser e de ter influência no seu próprio futuro, controlando e planeando o seu destino em concordância com o potencial que demonstra para determinadas situações. Define-se como superar problemas, recorrendo a esforço para que se alcance o máximo potencial que apresenta (Kolcaba, 1991; Peterson & Bredow, 2013).

O conceito de Conforto segundo Kolcaba (1991) não é dissociável do contexto dos indivíduos, pelo que foram definidos 4 contextos em que se pode considerar o conforto, nomeadamente: físico, caracterizado por sensações corporais; social, que faz referência a relações interpessoais, familiares e sociais de modo geral; psicoespiritual, relativo ao lado mais interno do indivíduo, que se consciencializa do seu próprio “eu”, onde a autoestima, autoconceito, sexualidade, significado atribuído à vida e a espiritualidade assumem destaque; ambiental, que se

relaciona com aspetos externos à vivência humana como luz, som, meio, cor, temperatura e elementos naturais/sintéticos (Kolcaba, 1991; Peterson & Bredow, 2013).

O Conforto foi também definido como a “*immediate experience of being strengthened by having needs for relief, ease, and transcendence met in four contexts*” [experiência imediata de ser fortalecido pela satisfação das necessidades em alívio, tranquilidade e transcendência em quatro contextos], sendo salientado o facto de ser “*much more than the absence of pain or other physical discomforts*” [muito mais que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos] (Kolcaba, 1991; Peterson & Bredow, 2013, p. 193).

Este conceito foi também desenvolvido por Simão de Oliveira (2013), que destaca o acto de fortalecer os utentes, clarificando a forma como os profissionais de Enfermagem contribuem frequentemente para este aspeto no desenvolvimento da sua prática clínica e como a preocupação com esta temática pode ser importante para a profissão. O facto de se considerar no imediato e de implicar uma “ajuda fortalecedora”, traduz a forma como os enfermeiros podem contribuir para o Conforto com as suas intervenções (Simão de Oliveira, 2013, p. 6). Desta forma, também poderia vir a ser considerado como um indicador de resultados em saúde, permitindo fornecer dados que sustentem melhorias na qualidade dos cuidados. Simão de Oliveira (2013, p. 6), referiu que o Conforto começava já a ser utilizado como “um dos (sub)resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem”.

Pela importância de alcançar um maior entendimento acerca do conceito de conforto e com o objetivo de uniformizar a utilização do termo, vários trabalhos teóricos foram desenvolvidos.

Em 1996, foi realizada uma revisão sistemática, que determinava o conforto como um conceito importante, procurando apresentar a sua definição (Mussi, 1996). Destacou-se o bem-estar como um elemento que é comum às definições encontradas, o que contribui para uma conceção subjetiva. O conforto foi também caracterizado como um estado, verificando-se diversos autores a utilizar termos como estado de alívio, encorajamento, consolo, necessidades fisiológicas básicas satisfeitas, comodidade, harmonia. O conforto foi também definido como “processo”, tal como viria a ser abordado por Morse (2000), bem como “necessidade”, através da referência à Teoria do Conforto de Kolcaba (1991), que acrescentou a noção de se tratar de um conceito holístico, teoricamente definível e possível de operacionalizar. Foi ainda apresentado sob a perspectiva dos sujeitos, na medida em que pode ser influenciado pela cultura, sexo, papel que o indivíduo assume, circunstâncias que desencadeiam as necessidades em conforto, estado de saúde, experiência de doença, ambiente, expectativas e estilo de vida.

Nesta revisão sistemática, o conforto é apresentado como um termo com diversos significados e, por isso, difícil de definir. É feita referência à relação entre conforto e a ausência de efeitos indesejáveis, que incluem não só a dor, como a ansiedade e as alterações na

funcionalidade, sendo ainda apresentado como antagônico ao desconforto, com a ressalva de que não pode ser apenas definido desta forma (Mussi, 1996).

A última revisão sistemática encontrada data de 2017, frisando o facto de o termo conforto ser ainda muito utilizado com base nas necessidades de ordem física dos indivíduos, reduzindo o termo a uma das suas dimensões, apesar de há 26 anos atrás já existir uma conceção de conforto que o apresenta como mais que a satisfação de necessidades físicas ou o oposto de desconforto.

Pinto et al. (2017), apresentam uma definição holística de conforto, em concordância com Mussi (1996), destacando igualmente a visão teórica desenvolvida por Kolcaba (1991). Concluíram que o conforto se pode definir como algo complexo, dinâmico, holístico e individual, o que lhe confere alguma subjetividade. Traduz uma experiência positiva que inclui a satisfação de necessidades individuais, podendo ser alcançado em uma ou mais dimensões (física, espiritual, social e ambiental), podendo ser precedido por algum momento de transição ou desafio e resultando em alívio e/ou transcendência.

Tal como na revisão anterior, fazem referência à pluralidade de formas de utilização do termo conforto e, através da pesquisa realizada (estudos que datam de 2004 a 2005), em concordância com o que já tinha sido indicado, concluem que o conforto pode ser definido como satisfação de necessidades, um estado e um processo, mas também como um resultado. Dotado de dinamismo, altera-se com o ciclo vital e as necessidades características de cada fase, bem como por influência de diversos outros fatores. Pinto et al. (2017), acrescentaram a personalidade ou temperamento, a idade, características socio demográficas e o sistema de valores e crenças aos fatores já referidos por Mussi (1996).

A revisão sistemática realizada em 2017, serve de complemento à que havia sido contruída em 1996, não apresentando alterações ao que tinha sido identificado, mas sim expondo mais informação e as necessidades vigentes. Verificou-se que a maioria dos estudos que abordam o conforto apresenta uma amostra de indivíduos em contexto de doença, com apenas 3 estudos em que é apresentada uma amostra de pessoas saudáveis com necessidades em conforto. Esta informação indica a necessidade de uma maior exploração do conceito e das necessidades que se identificam ao nível da área da saúde e da prestação de cuidados, o que abrange também os indivíduos saudáveis que recorrem aos recursos da comunidade como farmácias e centros de saúde para vigilância de saúde, o que permitirá compreender o conforto como estado, processo e resultado na saúde e ao longo de transições do ciclo vital. Verificou-se também que a maior parte dos estudos foi realizada sob a perspetiva da profissão de Enfermagem, com apenas 3 estudos utilizando a perspetiva da Medicina, o que leva à formulação de algumas questões relacionadas com o porquê de outras profissões não desenvolverem literatura focada no conforto. Por fim, ainda que o conforto seja considerado em diferentes contextos, esta revisão concluiu que as diferenças sociais e culturais são pouco exploradas (Pinto et al., 2017).

Pinto et al. (2017), indicam que continuam a existir inconsistências na literatura relacionada com o Conforto, mantendo-se a necessidade de existir uma definição clara. Segundo Rodgers, os conceitos são dinâmicos, estando em constante evolução e transformação, sendo influenciados pela forma como são utilizados e pelos significados que lhe são dados (Apóstolo J. , 2009). Incluir a preocupação com o Conforto na prática clínica, pode produzir dados, promover aumento do conhecimento e fornecer inúmeros benefícios no sentido de uma melhoria da qualidade.

Em suma, o conceito de conforto é complexo, por englobar múltiplas dimensões do ser humano; dinâmico, por se modificar de acordo com as experiências de vida e individual, com características específicas para cada pessoa. É positivo e holístico, devendo considerar-se como mais que a soma das vertentes que o constituem e concretiza-se através da satisfação das necessidades humanas, a fim de alcançar alívio, tranquilidade e transcendência em diferentes contextos (Pinto et al., 2017).

Deste modo, considerando os conceitos atuais, as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação e partindo da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, é possível estabelecer a relação entre a Enfermagem de Reabilitação e a necessidade de compreender, avaliar e responder às necessidades de conforto dos indivíduos com necessidades em ER. Intervir ao nível das necessidades em conforto da pessoa, permite que se reúnam as condições para instituir e progredir num programa de reabilitação (Kolcaba, 1991; Simão de Oliveira & Lopes, 2010).

Como Sousa P. (2020, p. 25) refere “a investigação demonstra que os doentes que se sentem mais confortáveis ficam mais fortalecidos, conseguem superar melhor as dificuldades e os obstáculos, adaptam-se melhor às limitações, curam-se mais depressa e reabilitam-se de uma forma mais completa”. Kolcaba, perspetiva o processo do conforto como incompleto, se não existir uma avaliação (Apóstolo J. , 2009) e Sousa P. (2020), indica que é essencial a determinação da perceção das necessidades de conforto totais da pessoa, as intervenções executadas neste sentido e a avaliação dos resultados. Por esta razão, constata-se atualmente uma preocupação crescente com o tema, evidenciada pela literatura.

Foi desenvolvido um estudo onde é retratada a aplicação da Teoria do Conforto de Kolcaba na prestação de cuidados de enfermagem a um adulto com Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) internado em regime de hospitalização domiciliária. Os autores concluem que foi possível e fácil aplicar a teoria no caso concreto, com resultados positivos. Começaram pela avaliação das necessidades de conforto do doente, seguindo o processo de enfermagem com o objetivo de intervir com base nas variáveis objetivas e subjetivas que se relacionam com a perceção de conforto do indivíduo em causa (Puchi et al., 2018).

Em 2020, foi desenvolvido um estudo que se propõe a representar as perspetivas dos utentes em relação ao seu conforto, de modo a guiar a prática com contributos para a qualidade.

Neste, é apresentada a sigla “CALM”, que significa “*Comfort ALways Matters*”, através da qual se apresentam os fatores que influenciam o conforto (cultura, a espiritualidade, a família, entre outros). Os autores referem também como essencial a existência de uma forte liderança para instituir nos cuidados as mudanças necessárias (Wensley et al., 2020).

Segundo Peterson e Bredow (2013), a Teoria do Conforto de Kolcaba (1991), adapta-se a todos as vertentes da prática profissional de Enfermagem, sendo transversal a todos os grupos etários e significativa tanto em contexto hospitalar, como em domicílio e ainda na comunidade. Integrar a preocupação pelo conforto nos cuidados permite alívio do desconforto, satisfação, melhor relação enfermeiro-utente, menor ansiedade, sentimentos de culpa e preocupações, melhor autoestima, aumento da sensação de segurança e melhor tolerância para colaborar em procedimentos (Pinto et al., 2017).

Segundo Hoeman, o EEER apresenta múltiplas fases de intervenção, iniciando-se ao nível da prevenção imediata, mantendo uma recuperação/manutenção de forma contínua e, de modo geral, estando presente ao longo de todas as fases de transição, que exigem adaptação a uma nova realidade ao nível da saúde (Machado et al., 2018). Como já havia sido referido, estabelecendo a conexão com a teoria de Meleis, a ER tem uma área de atuação bastante abrangente, intervindo nos mais diversos processos de transição, promovendo a funcionalidade e a autonomia, bem como a qualidade de vida. Também o Conforto tem influência na qualidade de vida dos utentes, com contributos para transições bem-sucedidas. Existe assim uma relação dinâmica entre ER e Conforto, que deve ser explorada pelos benefícios que pode trazer à profissão, à especialidade e ao sistema de saúde (Bastos & Silva, 2013; Queirós et al., 2014; Machado et al., 2018; OE, 2019b; Sousa et al., 2020)

Integrando no planeamento e avaliação/reavaliação as variáveis que são consideradas na Teoria do Conforto e que se descrevem como fatores que podem ser positivos ou negativos, sobre os quais as equipas de saúde não têm pleno controlo e que influenciam o Conforto (Peterson & Bredow, 2013), os EEER podem desenvolver uma prestação de cuidados promotora do Conforto, assumindo resultados esperados realistas.

Segundo Peterson e Bredow (2013), a maximização do Conforto permite alcançar diversos benefícios, não só para o utente, como também para as equipas de enfermagem e para as instituições de saúde, na medida em que permite maior satisfação dos utentes para com os cuidados, melhor desempenho profissional dos enfermeiros, maiores períodos de contrato profissional dos enfermeiros para com a instituição, períodos de internamento mais curtos e menos readmissões e ainda melhores rácios de custo-benefício para as instituições.

Desta forma, compreende-se a importância de integrar a preocupação com o Conforto, de forma consciente, na prestação de cuidados, sendo essencial que se proceda à sua avaliação e à elaboração de diagnósticos e intervenções no sentido de o promover. Pelos benefícios que pode trazer ao trabalho desenvolvido pelos EEER, considera-se fundamental estimular o conhecimento

e a preocupação dos profissionais, introduzindo gradualmente uma prática de ER com enfoque no Conforto.

Entende-se também como sendo de elevada importância que se mantenha a investigação e produção de conhecimento sobre esta temática pelos diversos contributos que apresenta à Enfermagem, à ER e aos utentes, promovendo um aumento da qualidade dos cuidados.

## **Definição de Objetivos**

Segundo Fortin (1999, p. 100), definir um objetivo permite obter uma orientação, delinear um rumo, definindo-o como “enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação”.

No âmbito do ciclo de estudos, definiram-se objetivos a serem alcançados ao longo dos estágios, de acordo com o planejamento curricular. Estes objetivos incluem: avaliar a funcionalidade e formular diagnósticos que traduzem os défices identificados; diagnosticar, planejar, executar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação; implementar programas de reabilitação adequados e individualizados, que maximizem a funcionalidade e qualidade de vida; capacitar os indivíduos com incapacidade, limitação e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania; desenvolver programas de treino de AVD e de utilização de produtos de apoio; gerir os cuidados e desenvolver projetos, atuando em articulação com a equipa multidisciplinar e maximizando as respostas da equipa de enfermagem e produzir conhecimento, apresentando dados que revelem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação (OE, 2019a, 2019b).

Objetivou-se também desenvolver um conjunto de competências, determinadas com base no perfil de competências comuns do enfermeiro especialista e nas competências específicas do EEER, bem como em objetivos pessoais, nomeadamente competências de adaptação e integração; de gestão dos cuidados, assertividade e liderança; de identificação de necessidades e desenvolvimento de projetos; de desenvolvimento e consolidação de conhecimento teórico-prático no âmbito da enfermagem de reabilitação; de avaliação, planeamento e execução de intervenções específicas da área da enfermagem de reabilitação; competências relacionais e comunicacionais; competências na área da promoção da autonomia e funcionalidade e competências de reflexão e análise crítica (OE, 2019a, 2019b).

As competências de adaptação e integração ao espaço físico, dinâmicas e modo de organização das equipas são essenciais para que se possa desenvolver uma dinâmica positiva com os elementos da equipa, permitindo que o EEER seja considerado um elemento de referência, capaz de liderar a equipa de enfermagem e gerir os cuidados, contribuindo para uma melhoria da qualidade dos mesmos (OE, 2019a). A aquisição e consolidação destas competências serve de base ao desenvolvimento com sucesso de todas as restantes.

As competências de gestão dos cuidados, assertividade e liderança, com capacidade de resposta às necessidades apresentadas pela equipa são definidas no âmbito das competências do domínio da gestão de cuidados, através das quais o EEER deve ser capaz de proceder a uma adequada gestão dos cuidados e liderança da equipa, otimizando a prestação de cuidados. Adaptando a sua estratégia à equipa em que se insere, o EEER deve disponibilizar conhecimento atualizado, apoio nos cuidados, boa gestão dos recursos disponíveis e coordenação da equipa no sentido da prestação de cuidados de qualidade num ambiente positivo e favorável (OE, 2019a).

As competências de identificação de necessidades e integração em/desenvolvimento de projetos que contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados, surgem em conformidade com as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade do enfermeiro especialista. A sua importância prende-se com a partilha de conhecimento científico do EEER com a equipa em que se insere, de modo a disponibilizar informação atualizada que contribua para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Permitem também que participe na definição de objetivos que promovam a qualidade a nível organizacional, desenvolvendo estratégias para que sejam alcançados, comunicando os resultados e promovendo a motivação da equipa (OE, 2019a).

As competências de desenvolvimento e consolidação de conhecimento teórico-prático no âmbito da prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação permitem que o EEER possa sempre basear a sua intervenção em evidência científica atualizada (OE, 2019b).

Por sua vez, as competências de avaliação, com recurso aos instrumentos adequados, privilegiando os que se encontram validados para a população portuguesa; as competências de planeamento, enfatizando a individualização das intervenções e constante necessidade de reavaliação; as competências de execução de intervenções específicas da área da enfermagem de reabilitação; as competências relacionais e comunicacionais na interação com os utentes, bem como de transmissão e validação de conhecimento durante a realização de ensinamentos no âmbito da sua reabilitação e as competências na área da promoção da motivação, autonomia e funcionalidade dos utentes submetidos a programa de reabilitação, permitem que o EEER desenvolva uma atuação de qualidade no âmbito da ER (OE, 2019b)

Por último, as competências de reflexão e análise crítica, permitem que o EEER reconheça os pontos fortes e fracos da sua atuação, de modo a potenciar o autoconhecimento e promover uma constante aprendizagem e melhoria. Permitem também que reconheça os seus limites profissionais e seja capaz de proceder a uma gestão eficaz dos seus sentimentos e emoções, aumentando a eficácia da sua atuação (OE, 2019a).

De igual forma, objetivou-se o desenvolvimento de competências relacionadas com a obtenção do grau de mestre. De acordo com o Decreto de Lei nº63/2016 de 13 de setembro, o grau de mestre é atribuído aos profissionais que sejam capazes de adquirir, desenvolver e aprofundar conhecimento, bem como aplicá-lo; desenvolver capacidade de compreensão; integrar conhecimento que permita lidar com casos complexos e resolver problemas; refletir acerca de responsabilidades éticas e sociais das soluções apresentadas ou intervenções instituídas; comunicar com clareza e sem ambiguidades, as conclusões determinadas, bem como os conhecimentos e raciocínios na origem destas; contribuir para investigação na área; adquirir competências de procura de conhecimento e desenvolvimento deste, numa renovação contínua do saber (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2016).

O percurso formativo deve desenvolver conhecimento, capacidades e competências. Em simultâneo ao conhecimento desenvolvido, com capacidade de compreensão, deve ser

desenvolvida a capacidade para expandir o conhecimento, bem como aplicá-lo. Também é igualmente importante a habilidade de comunicação de resultados e conclusões, derivadas de raciocínios claros e de inter-relação de conhecimentos e abordagem de situações complexas, para reflexão acerca de si, dos outros e da sua prática, assumindo responsabilidades éticas e sociais, e para a manutenção de uma aprendizagem contínua que permita uma constante renovação de conhecimentos (Quadro Nacional de Qualificações do Ensino Superior, 2011). Pretende-se assim, em concordância com as competências de mestre, desenvolver a aquisição e aplicação de conhecimento; a capacidade de compreensão; a tomada de decisões; a adequada capacidade de comunicação e ainda a autoaprendizagem (Quadro Nacional de Qualificações do Ensino Superior, 2011).

Além dos objetivos e competências descritas, que se pretende almejar e evidenciar ao longo do presente relatório de estágio, definiram-se também objetivos específicos relacionados com o projeto de intervenção profissional desenvolvido.

O conforto integra diariamente a prática de enfermagem. Confortar deriva da palavra latina *confortare* e significa “tornar forte, fortalecer, revigorar” (Apóstolo J. , 2009, p. 62). Morse et al., entendem o conforto como um conceito central em enfermagem. Muito além de um conjunto de intervenções confortadoras, traduz um processo mais abrangente, que tem em conta a “globalidade e unicidade da pessoa” (Simão de Oliveira & Lopes, 2010, p. 70). Contribuir para o conforto dos utentes significa fortalece-los, permitindo que se recuperem o que perspetivam como saúde (Simão de Oliveira & Lopes, 2010).

Tendo em conta as competências específicas do EEER e partindo da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba que conceptualiza o conforto em quatro contextos (social, físico, psicoespiritual e ambiental) e em três tipos (alívio, tranquilidade e transcendência), é possível estabelecer a relação entre a Enfermagem de Reabilitação e a necessidade de compreender, avaliar e atender às necessidades de conforto dos indivíduos (Kolcaba, 1991). Intervir ao nível das necessidades em conforto dos utentes, desenvolvendo em parceria com estes a resposta às suas necessidades mais prementes, permite que se alcance sentimentos de calma e contentamento, bem como o desenvolvimento da capacidade de resiliência, o que contribui para que se reúnam condições para instituir e progredir no programa de reabilitação estabelecido (Kolcaba, 1991). A funcionalidade, e a motivação para a alcançar, estão interrelacionadas com o conforto.

Deste modo, os objetivos específicos definidos no âmbito do projeto de intervenção são:

- Caracterizar a perceção de conforto dos utentes assistidos por EEER, em contexto de domicílio e internamento;
- Identificar as principais necessidades em conforto durante a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação;
- Identificar os fatores de conforto relevantes para os resultados dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

## **Projeto de Intervenção Profissional**

O projeto de intervenção profissional (apêndice 1) foi elaborado em consonância com as competências a desenvolver no ciclo de estudos e com os contextos clínicos escolhidos para realização dos estágios. Pela natureza do projeto o mesmo foi aprovado pela Comissão de ética para as Ciências Humanas e da Saúde da Universidade de Évora (Anexo B) e pela Comissão de ética da Instituição que acolheu os estágios (Anexo C).

### **Metodologia**

#### **Participantes.**

No presente projeto de intervenção participaram os utentes que, no período de 13 de setembro de 2021 a 23 de janeiro de 2022, foram alvo de cuidados de ER nos contextos clínicos dos estágios curriculares e que, de forma livre e esclarecida, integraram o plano de intervenção do EEER. Em concordância com a ética e deontologia da profissão de enfermagem, foram respeitados os princípios éticos da beneficência, da avaliação da maleficência, da fidelidade, da justiça, da veracidade e da confidencialidade, bem como os direitos fundamentais dos seres humanos, nomeadamente o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo. A anuência à participação foi efetivada através da assinatura da declaração de consentimento informado (apêndice 1). O anonimato dos participantes foi mantido ao longo de todo o projeto.

#### **Procedimentos Metodológicos.**

O projeto de intervenção seguiu a metodologia do Processo de enfermagem com a qual se realizaram os estudos de caso de natureza descritiva. Em conformidade com a metodologia, para cada estudo de caso foram percorridas as etapas de avaliação inicial (onde se integram as atividades que permitem a formulação de diagnósticos); planeamento de intervenções; implementação e (re)avaliação/ avaliação final, (Ribeiro et al., 2018).

A avaliação diagnóstica realizou-se no primeiro contacto com o utente, com recurso aos instrumentos de avaliação que constam no projeto aprovado (Apêndice 1), traduzidos para português e validados para a população portuguesa, nomeadamente a avaliação da funcionalidade pela Medida da Independência Funcional (MIF) (Direção-Geral da Saúde, 2011; Giehl & Vilagra, 2014; OE, 2016), avaliação das funções cognitivas pelo *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (Guerreiro, et al., 1994; Direção-Geral da Saúde, 2019b), avaliação manual da força muscular pela *Medical Research Council Muscle Scale* (Medical Research Council, 1976; OE, 2016), avaliação da amplitude articular pela técnica de goniometria, avaliação ambiental de risco de quedas, adaptada para a língua portuguesa (Apóstolo J. L., 2012), avaliação do equilíbrio pelo

Teste de Tinetti (Apóstolo J. L., 2012; Rosa et al., 2013), avaliação de episódios de dispneia pela escala *Medical Research Council* modificada (OE, 2016; DGS, 2019a). A natureza dos cuidados fez emergir a necessidade de instrumentos e técnicas de avaliação clínica em concreto a *Medical Research Council Muscle Scale* modificada (Medical Research Council, 1976; Florence, et al., 1992; OE, 2016) (anexo D), a avaliação da deglutição com o *Gugging Swallowing Test (GUSS)* (Ferreira & Reis, 2017) (anexo E), a avaliação do nível de consciência com recurso à escala de coma de *Glasgow* (Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde, 2015; Costa et al., 2019) (anexo E) e a avaliação dos défices neurológicos decorrentes de AVC, com recurso à *National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)* (Silva et al., 2013; American Academy of CME, 2021) (anexo G). A avaliação do conforto realizou-se sempre que a capacidade cognitiva do utente assim o permitia, através da escala de Conforto Holístico – Doentes crónicos (HCQ-PT-DC) (Querido & Dixe, 2012), a qual foi autorizada pela autora (apêndice 1). Sempre que relevantes, dados relacionados com histórico de doenças e de eventos cirúrgicos, terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas e a exames complementares de diagnóstico, foram extraídos dos processos clínicos.

Os dados recolhidos foram analisados na perspetiva clínica de definição dos diagnósticos de enfermagem a partir dos quais se concretizou a etapa do planeamento. Definiram-se planos de intervenção na área da especialidade em resposta aos diagnósticos mais frequentes, equilíbrio corporal comprometido; intolerância à atividade; movimento muscular diminuído; conhecimento do cuidador informal sobre prestação de cuidados, deficiente; autocuidado comprometido e, sempre que aplicável, conforto comprometido (OE, 2014). A intervenção terapêutica, onde se elaborou um plano de intervenção fundamentado, emerge da etapa anterior, com base em evidências e/ou recomendações de Comissões científicas, validada pelos supervisores e orientadores. Este plano foi executado sob supervisão direta de EEER.

A última etapa consistiu na avaliação dos resultados, utilizando os instrumentos de avaliação descritos na primeira etapa, de modo a apurar os resultados sensíveis aos cuidados de EEER e, se necessário, redefinir o plano de intervenção.

O projeto decorreu entre junho de 2021 e março de 2022 (apêndice 1).

### **Considerações Éticas.**

A Enfermagem surge como uma ciência humana, já que tem seres humanos como alvo da prestação de cuidados, com o objetivo de proporcionar bem-estar e melhoria da qualidade de vida. Deste modo, os aspetos éticos assumem elevada importância, não só no contexto profissional, como em todas as vertentes que se relacionem com a área, o que inclui o presente projeto de intervenção, desenvolvido em contexto de formação especializada (Nunes, 2016, 2020).

Segundo Fortin (1999, p.114), a ética é a “ciência da moral e a arte de dirigir a conduta”, na medida em que permite delinear os limites da ação. Indica o que pode ser realizado de modo a que se mantenha uma adequada conduta na interação com seres humanos, tal como aquilo que não pode constar nesta relação. Através da ética, procede-se a uma “avaliação crítica e reconstituição dos conjuntos de preceitos e de leis que regem os julgamentos, as ações e as atitudes no contexto de uma teoria no âmbito da moralidade” (Fortin, 1999, p. 114)

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, a Ética pode traduzir-se por uma “reflexão filosófica sobre o agir humano” e, partindo da conduta de cada um, assume elevada importância, considerando-se que os “padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos” (Nunes et al., 2005, p. 16). Por sua vez, a Deontologia corresponde ao “conjunto de normas referentes a uma determinada profissão, alicerçadas nos princípios da moral e do direito, que procuram definir as boas práticas, tendo em conta as características próprias da profissão” (Nunes et al., 2005, p. 16).

Segundo Nunes (2020), existem seis princípios éticos que devem ser respeitados em processos de investigação e produção de conhecimento, nomeadamente o princípio da beneficência, onde está visada a necessidade de “«fazer o bem»” para o utente/família/sociedade; o princípio da avaliação da maleficência, que traduz a necessidade de “«não causar dano»”, eliminando ou informando com honestidade acerca de potenciais riscos conhecidos; o princípio da fidelidade, que direciona atenção para importância da criação de uma parceria com os participantes, dotada de confiança; o princípio da justiça, que faz referência à prestação de cuidados com equidade, sem benefício de um indivíduo/grupo em detrimento de outro; o princípio da veracidade, que estabelece a importância de fornecer e clarificar a verdade face aos participantes, tanto em relação a benefícios como relativamente aos riscos e o princípio da confidencialidade, que estabelece a necessidade de “«salvaguardar»” todo o tipo de informação pessoal obtida, optando apenas por informação verdadeiramente relevante (Nunes, 2020, pp. 11-12).

Estes princípios éticos permitem que sejam respeitados os direitos dos utentes. Segundo Fortin (1999), o código de ética permite identificar cinco direitos fundamentais dos seres humanos que devem sempre ser assegurados, nomeadamente o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo e a um tratamento justo e equitativo.

Como atrás referido, o projeto de intervenção foi aprovado nas Comissões de ética das Instituições envolvidas (anexos B e C).

## **Análise e Tratamento de Dados**

Os dados obtidos foram analisados numa perspetiva descritiva de modo a caracterizar cada estudo de caso realizado.

Medidas estatísticas descritivas i.e., tendência central e dispersão foram usadas para apresentar os dados de natureza sócio- demográfica e saúde dos participantes.

Foi utilizado o software IBM SPSS *Statistics for Windows*, versão 24 para análise inferencial dos dados de avaliação da funcionalidade. Considerou-se o teste não paramétrico de Friedman, com nível de significância de 95% ( $p \leq 0.05$ ) para determinar se os valores da MIF são semelhantes nas três avaliações. O resultado da MIF é de natureza ordinal e as três avaliações repetidas a todos os participantes enquadram as condições requeridas para o teste de Friedman (Marôco, 2021). A comparação múltipla de médias de ordens foi calculada para identificação dos resultados que apresentavam diferença significativa (Marôco, 2021).

O resumo dos dados para apresentações em figuras (i.e. gráficos), foi realizado com recurso ao programa Excel 2016 para Windows 10.

### **Caracterização dos participantes.**

O projeto de intervenção decorreu no período de 13 de setembro de 2021 a 23 de janeiro de 2022 e nele participaram 12 utentes, que beneficiaram de cuidados de Enfermagem de Reabilitação nos dois contextos clínicos em que os estágios curriculares foram desenvolvidos e que consentiram de forma livre e esclarecida com a participação no plano de reabilitação e com a apresentação dos dados recolhidos e analisados.

A recolha de dados e intervenção no âmbito da Enfermagem de Reabilitação e do presente projeto incluiu 4 utentes internados numa UAVC ( $n=4$ ; 33%) e 8 utentes internados numa UHDP ( $n=8$ ; 67%).

Os dois contextos onde decorreu o projeto de intervenção, apresentam características diferenciadoras que importa salientar. Na UAVC o tempo de contacto com os participantes e seus familiares encontrava-se condicionado pelo tempo de internamento, sendo que os períodos de contacto tinham duração de oito horas (número total de horas de um turno) e eram realizados em dias distintos. A avaliação dos utentes e prestação de cuidados especializados era continuada pelos restantes EEER e aluno da EER, contudo todos os dados decorrentes das avaliações realizadas correspondem às que foram realizadas presencialmente pela autora em estágio curricular e supervisionadas pela respetiva EEER. A grande maioria das sessões decorreu no período da tarde, devido às características do horário da enfermeira percetora, o que comprometeu o acompanhamento presencial de algumas Atividades de Vida (AV). Um dos participantes foi acompanhado em duas sessões de Enfermagem de Reabilitação e três participantes em 3 sessões, o que indica que em média cada participante na UAVC foi acompanhado por 3 sessões (média de 2,75; desvio padrão de 0,25).

Na UHDP, o tempo de contacto foi igualmente condicionado pelo tempo de internamento, bem como, devido às características do serviço, pelo plano diário da equipa (visitas pré-definidas) e pela duração de cada visita. As intervenções do âmbito da reabilitação motora e respiratória

eram completadas/continuadas pela fisioterapeuta da equipa, porém todos os dados obtidos e apresentados decorreram da intervenção especializada e supervisionada da autora. Quatro dos participantes foram acompanhados durante duas sessões de reabilitação, um dos participantes durante três sessões e três participantes ao longo de quatro sessões, o que indica que em média cada participante na UAVC foi acompanhado por 3 sessões (média de 2,875; desvio padrão 0,991).

No âmbito dos dados sociodemográficos, obtidos é possível concluir que a média de idades é de 69,4 anos (desvio padrão de 20,9 anos) (figura 1). O paciente mais novo tinha 18 anos e o mais velho 90 anos.

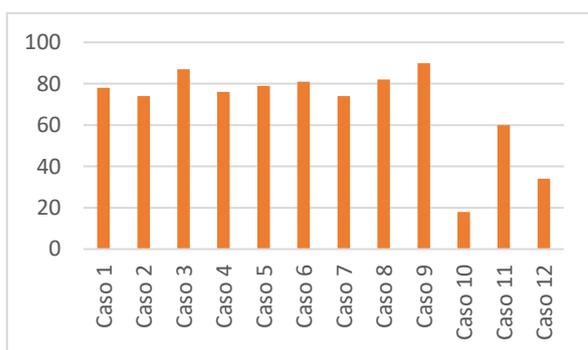


Figura 1. Distribuição das idades dos participantes em anos

Fonte: Autora

No total de participantes, existia igual número de participantes com sexo masculino e feminino (n=6; 50%).

Em relação ao estado civil, verificou-se que a maioria dos participantes era casada (n=8; 67%), enquanto os restantes participantes eram viúvos (n=3; 25%) e um dos participantes, solteiro (n=1; 8%).

Em relação ao grau de escolaridade, verificou-se que a maioria dos participantes tinha completado o primeiro ciclo de escolaridade (n=7; 58%). Na UAVC, mais de metade havia completado o 4º ano de escolaridade (n=3; 75%), enquanto na UHDP três participantes tinham o 1º ciclo de escolaridade ou um nível de escolaridade inferior (n=3; 37,5%) e quatro participantes tinham completado o 11º ano de escolaridade ou o ensino secundário (n=4; 50%).

Verificou-se que oito participantes residiam em meio urbano (n=8; 67%) e quatro em meio rural (n=4; 33%). Esta segregação coaduna com a de ambos os serviços onde se interveio, na medida em que todos os participantes que residem em meio urbano se encontravam internados na UHDP e os restantes na UAVC (figura 2).

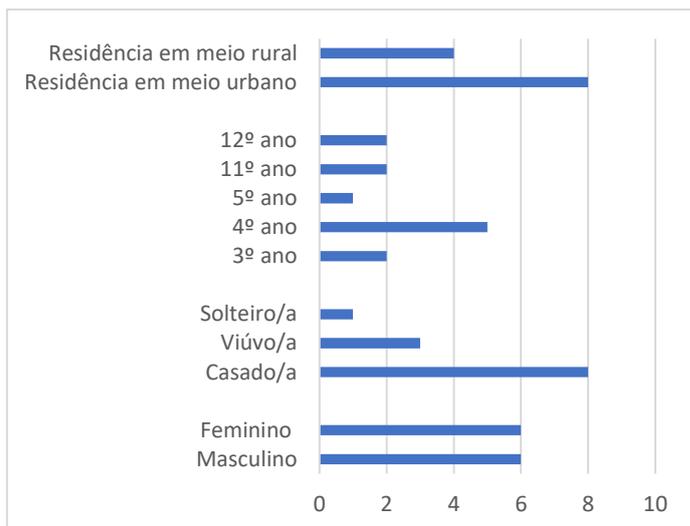


Figura 2. Distribuição das características sociodemográficas dos participantes

Fonte: Autora

Entre o total de pessoas de referência dos participantes, a relação de parentesco mais identificada foi: cônjuge (n=6; 50%).

Entre o total de pessoas de referência dos participantes internados na UAVC, a relação de parentesco mais identificada foi: filho/a (n=3; 75%). No caso da UHDP, a relação de parentesco mais identificada foi: cônjuge (n=5; 62,5%).

Verificou-se que 67% (n=8), das pessoas de referência coabitava com os participantes. De salientar que, na UAVC, apenas uma das pessoas de referência coabitava com o participante, enquanto na UHDP, 87,5% (n=7) das pessoas de referência coabitavam com o utente (figura 3). É importante referir que uma das pessoas de referência identificadas, mais especificamente em relação a um utente na UHDP, encontrava-se em situação de coabitação temporária.

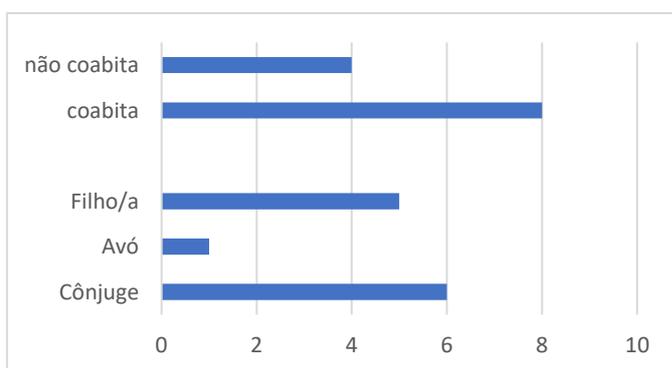


Figura 3. Caracterização da pessoa de referência

Fonte: Autora

Verificou-se que 11 participantes apresentavam conhecimento da sua patologia (n=11; 92%).

Os participantes internados na UAVC foram todos diagnosticados com AVC ao nível da ACM (Artéria Cerebral Média) (n=4; 100%). Dois dos casos ao nível da ACM direita (n=2; 50%) e os restantes dois ao nível da ACM esquerda (n=2; 50%). Entre os participantes, três foram submetidos a trombólise (n=3; 75%). Em todos os casos havia decorrido menos de 2.30h entre a identificação de sinais de alarme e a chegada ao serviço de urgência. Um participante não realizou trombólise ou trombectomia, por não ser possível precisar o tempo decorrido entre o início do AVC e o momento em que recorreu ao serviço de urgência.

Em relação aos participantes internados na UHDP, apresentavam diagnósticos variados, nomeadamente relacionados com alterações analíticas, do foro cardíaco, respiratório, neurológico, entre outros.

Todos os participantes apresentavam antecedentes pessoais de saúde. O antecedente pessoal maioritariamente identificado foi a hipertensão arterial (HTA) (n=8; 67%) (figura 4). O segundo antecedente pessoal mais identificado foi a diabetes *mellitus* tipo II (DMII) (n=6; 50%) (figura 4). No caso dos participantes com DMII todos apresentam pelo menos mais uma situação de doença crónica, sendo a associação mais representativa a que inclui DMII e HTA (n=3; 25%). A coexistência de DMII, HTA e IC verifica-se em 2 dos participantes (n=2; 17%). A doença osteoarticular esteve presente em 2 participantes (n=2; 17%), também coexistente com outras condições de doença crónica (DMII e HTA).

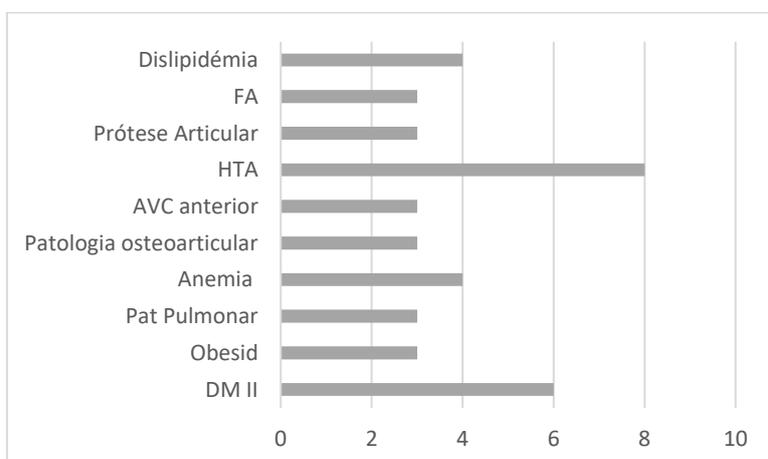


Figura 4. Distribuição de antecedentes pessoais mais identificados

Fonte: Autora

Foi possível concluir que 58% dos participantes vigiam o seu peso corporal (n=7; 58%), 83% recorrem a consultas de rotina (n=10; 83%), 42% participam em rastreios (n=5; 42%) e a totalidade dos participantes apresentava o plano de vacinação atualizado (n=12; 100%).

Quanto aos utentes com HTA, a grande maioria dos utentes procedia à avaliação da Tensão Arterial (TA) (n=6; 75%). Verificando-se que 100% (n=6; 100%) realizava a avaliação no domicílio, com quatro utentes (n=4; 67%) a procederem à avaliação quando percecionavam

alguns sinais e sintomas que lhes sugeriam essa necessidade, um utente a proceder à avaliação uma vez por semana (n=1; 17%) e um outro utente a avaliar a TA duas vezes por dia (n=1; 17%) (figura 5).

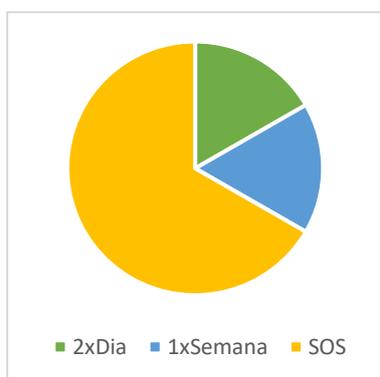


Figura 5. Distribuição da frequência de avaliação da tensão

Fonte: Autora

Quanto aos restantes participantes com HTA, identifica-se que um deles (n=1; 12,5%) procedia à avaliação da TA apenas em contexto de consulta médica e o outro participante (n=1; 12,5%) não procedia à avaliação.

Em relação aos utentes com DMII, verifica-se que 67% (n=4; 67%) procediam à avaliação da glicemia capilar no domicílio. Enquanto dois utentes não apresentavam práticas de controlo dos valores, verbalizando que apenas procediam a sua avaliação no contexto de consulta de rotina (n=2; 33%).

Entre os participantes que procediam ao controlo dos valores de glicemia, identificou-se que cada participante apresenta uma diferente frequência de avaliação, nomeadamente “duas vezes por dia” (n=1; 17%), “uma vez por dia” (n=1; 17%), “uma vez por semana” (n=1; 17%) e em “SOS” (n=1; 17%), referindo sinais e sintomas que justificavam a avaliação (figura 6).

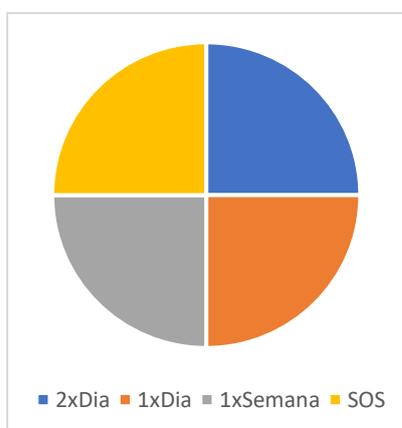


Figura 6. Distribuição da frequência de avaliação da glicemia capilar

Fonte: Autora

Entre os participantes identificou-se que 92% (n=11; 92%) procedia a toma de medicação regularmente, verificando-se que um dos participantes se recusava a realizar a toma da medicação que lhe tinha sido prescrita (N=1; 8%).

Entre os participantes que procedem à toma regular de medicação, 72% compreendiam a finalidade e modo de atuação da medicação (n=8; 72%) (figura 7) e 64% geriam a medicação de forma autónoma (n=7; 64%) (figura 8).

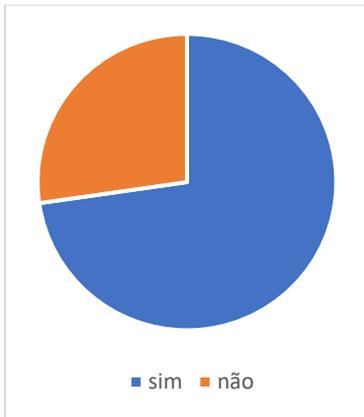


Figura 7. Distribuição da compreensão da medicação pelos participantes

Fonte: Autora



Figura 8. Distribuição da gestão da medicação de forma independente pelos participantes

Fonte: Autora

## **Resultados das Intervenções de Enfermagem de Reabilitação**

A recolha de dados relevantes para a instituição de um programa de reabilitação foi organizada segundo o Modelo Teórico Roper, Logan e Tierney, realizando questões que remetem às doze AV e com recurso a instrumentos de avaliação traduzidos para português e validados para a população portuguesa.

### **Resultados das intervenções de enfermagem de reabilitação: funcionalidade**

Relativamente à funcionalidade, procedeu-se à avaliação com recurso à Medida de Independência Funcional (MIF), tendo sido possível, com recurso a entrevistas aos familiares e utentes, determinar qual a funcionalidade dos participantes anterior ao internamento, considerando-se como o seu padrão habitual. Verificou-se que, entre todos os participantes, 42% (n=5; 42%) apresentavam alterações da funcionalidade prévias ao internamento, sendo que os restantes 58% (n=7; 58%) se apresentavam com independência completa.

Na UAVC, pelos fatores já descritos e pela condição clínica específica de cada participante, não foi possível obter avaliações de todos os itens que constituem a MIF. Deste modo, realizou-se uma avaliação da funcionalidade prévia ao internamento (dados fornecidos pelo próprio ou pelo familiar de referência) e uma avaliação dos itens que foram observados presencialmente pela autora, numa fase inicial e final, as quais serão diretamente comparadas. Entre a avaliação inicial e a avaliação final decorreram períodos de tempo diferentes, bem como diferiram o número de dias de contacto, ou seja, a intensidade e a frequência dos cuidados de ER apresentaram diferenças entre cada caso.

Ao nível da alimentação, verificou-se que todos os participantes internados na UAVC apresentavam défices ao nível desta AV (n=4; 100%). Foi possível uma evolução favorável na maioria dos utentes, verificando-se melhorias em 75% dos participantes (n=3;75%), sendo que nos restantes 25% dos participantes, o score se manteve inalterado, existindo uma manutenção da funcionalidade existente (n=1; 25%);

Ao nível dos itens “Controle da Bexiga” e “Controle Intestinal”, verificou-se que todos os participantes apresentavam alterações na funcionalidade (n=4; 100%), sem que tenha existido qualquer evolução favorável ou desfavorável.

Foi também possível concluir, na UAVC, que 50% dos participantes apresentava alterações na interação social (n=2; 50%), 75% (n=3;75%) dos participantes apresentava alterações ao nível da compreensão e 100% alterações ao nível da expressão (n=4; 100%). Verificou-se que 33% (n=1; 33%) dos participantes com alterações na compreensão e 25% (n=1; 25%) dos participantes com alterações na expressão evidenciaram melhorias na avaliação final. Em relação aos participantes com alterações ao nível da interação social, não se identificaram melhorias.

No caso do primeiro participante, não se verificou qualquer evolução favorável ou desfavorável ao nível dos itens avaliados, verificando-se necessidade de “ajuda total” em todos eles, com exceção da alimentação em que era necessária “ajuda máxima”.

O segundo participante apresentou uma evolução favorável, relativamente aos itens avaliados numa fase inicial. Apresentou melhorias mensuráveis ao nível da alimentação, da compreensão, expressão e resolução de problemas. Ao nível da memória, verificou-se um agravamento do score, o que pode ser justificado através da melhoria identificada ao nível da expressão, o que permitiu uma avaliação mais pormenorizada e fiável. Este utente foi reavaliado num serviço de Medicina para o qual foi transferido, tendo sido possível proceder a uma avaliação completa, obtendo-se um score total que indica “dependência modificada”.

O terceiro participante apresentou uma evolução favorável apenas ao nível da alimentação, verificando-se uma manutenção do nível de funcionalidade nos restantes itens que foram avaliados.

No caso do quarto participante, verificou-se uma evolução favorável igualmente ao nível da alimentação. Em relação aos restantes itens avaliados, não se identificou comprometimento da funcionalidade ao nível da compreensão, da resolução de problemas ou ao nível da memória. Ao nível da expressão e da interação social foi-lhe atribuído score de 6/7 na avaliação inicial, sem que tivesse existido alteração do mesmo no momento da reavaliação.

Na UHDP, de acordo com as características do serviço já descritas, foram considerados os dados obtidos através de entrevistas com os utentes e familiares no seu próprio domicílio, em conjunto com avaliações realizadas presencialmente, a fim de se obter uma avaliação o mais rigorosa possível da funcionalidade de cada participante. A todos os participantes a escala foi aplicada em 3 momentos: Avaliação prévia ao internamento (dados fornecidos pelo próprio ou pelo familiar de referência), avaliação inicial realizada pela autora e a mesma metodologia foi utilizada na avaliação final. Tal como no contexto anterior, importa referir que entre a avaliação inicial e a avaliação final os períodos de contacto diferiram, o que influenciou a intensidade e a frequência dos cuidados de ER, sendo diferentes para cada caso.

Foi possível concluir que todos os participantes apresentavam alterações da funcionalidade (n=8; 100%). Entre estes, 87,5% dos participantes apresentavam alterações da funcionalidade relativamente ao seu padrão habitual (n=7; 87,5%), enquanto 12,5% se mantinham sem recentes alterações da funcionalidade (n=1; 12,5%). Na avaliação final, verificou-se que todos os participantes continuavam a apresentar alterações da funcionalidade (n=8; 100%). Porém, identificando discrepâncias entre avaliação inicial e final, 71% dos participantes apresentaram uma melhoria (n=5; 71%) e 29% dos participantes mantiveram igual score na MIF (n=2; 29%).

Considerando o valor final obtido pela MIF verificou-se que a média mais elevada se verifica previamente ao internamento (118,50 pontos; desvio padrão de 20,248) e a média mais

baixa corresponde, tal como esperado, ao momento anterior à intervenção de ER (99,25 pontos; desvio padrão de 25,267) (Tabela 1).

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
MIF - Prévia	8	68,00	126,00	118,0000	20,24846
MIF - 1ª Av.	8	43,00	125,00	99,2500	30,82091
MIF - Av. final	8	61,00	125,00	104,1250	25,26679
Valid N (listwise)	8				

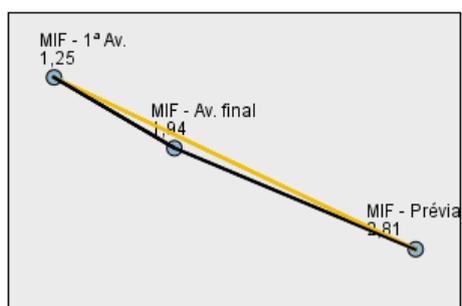
Tabela 1. Medidas descritivas da MIF nos participantes da UHDP

Fonte: Autora

Com o objetivo de analisar a significância dos valores obtidos foi realizado o teste não paramétrico de Friedman, considerando-se o nível de significância de 95% ( $p \leq 0.05$ ) para determinar se os valores da MIF são semelhantes nas três avaliações.

Os resultados revelam que os valores da MIF tem diferença significativa ( $\chi^2_F(2)=12,560$ ;  $p = .002$ ;  $n=8$ ) (Anexo H).

Para apurar em que fase da intervenção as diferenças na MIF são significativas realizou-se a comparação múltipla de médias das ordens e, como ilustrado na figura 9 a diferença ocorre entre a avaliação prévia e a 1ª avaliação ( $p=.005$ ).



Each node shows the sample average rank.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
MIF - 1ª Av.-MIF - Av. final	-,688	,500	-1,375	,169	,507
MIF - 1ª Av.-MIF - Prévia	1,562	,500	3,125	,002	,005
MIF - Av. final-MIF - Prévia	,875	,500	1,750	,080	,240

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

Figura 9. Comparação múltipla de médias das ordens das avaliações realizadas com recurso à MIF

Fonte: Autora

De forma mais específica, verificou-se que são os itens “escadas” (n=7; 87,5%) e “marcha” (n=6; 75%) onde se verificou maior percentagem de participantes com presença de défices. Em menor percentagem, mas sendo igualmente importante referir, identificou-se que 62,5% dos participantes apresenta alterações no item “Banho” e 50% dos participantes apresentaram alterações nos itens “Vestir metade inferior” (n=4; 50%) e “Transferências para banheira/duche” (n=4; 50%). Em todos os restantes itens, com exceção do “Controle Intestinal”, se verificaram participantes com alterações da funcionalidade.

Em relação à evolução dos participantes, após o programa de intervenção, identifica-se que 100% dos participantes apresentou evolução positiva ao nível da alimentação (n=3; 100%), verificando-se igualmente resultados positivos ao nível do item “Vestir metade inferior” (n=3; 75%), “Vestir metade superior” (n=2; 67%), “Banho” (n=3; 60%), “Higiene” (n=1; 50%), “Marcha” (n=3; 50%), “Expressão” (n=1; 50%), “Compreensão” (n=1; 50%) e “Interação Social” (n=1; 50%).

No item “escadas”, onde se verificou maior número de participantes com défices (n=6; 75%), é também onde se identificou menor evolução mensurável, sem que nenhum utente apresentasse alteração do score final. Este resultado está relacionado com a condição clínica dos utentes em junção à necessidade de evolução gradual do programa de reabilitação, que impossibilitou o treino de subir e descer escadas, o que apenas seria possível caso o número de sessões fosse consideravelmente superior. O mesmo se verificou ao nível do item “Controle da bexiga” e “Resolução de Problemas”, nos quais não foi possível obter uma evolução positiva, mas sim uma manutenção da condição de funcionalidade obtida na avaliação inicial.

Recuperando a Teoria Geral do Défice de Autocuidado, desenvolvida por Dorothea Orem, identifica-se a necessidade de intervir no sentido de assistir os utentes no seu autocuidado, de acordo com as limitações apresentadas, sempre com o objetivo de não os substituir e sim promover uma recuperação da sua independência. De acordo com Orem, o autocuidado deriva de um processo de aprendizagem deliberado, o que justifica a importância de intensificar a intervenção de Enfermagem de Reabilitação no ensino e no treino, capacitando os utentes a assumirem estratégias promotoras da melhoria/manutenção da sua funcionalidade. Esta premissa fundamenta o raciocínio desenvolvido no planeamento realizado por EEER, no âmbito deste projeto de intervenção (Tomey & Alligood, 2004; Queirós et al., 2014).

A avaliação de ER realizada documentou elementos que remetem para a teoria do Défice de autocuidados de Orem, pela qual foi conduzida a formulação dos diagnósticos mais prevalentes “autocuidado: Comer, comprometido”; “autocuidado: Higiene, comprometido”; “autocuidado: Ir ao sanitário, comprometido”; “autocuidado: Vestir e Despir, comprometido”. O mais frequente foi o diagnóstico “autocuidado: comer comprometido”, identificado em 4 participantes (n=4; 33%) (figura 10).

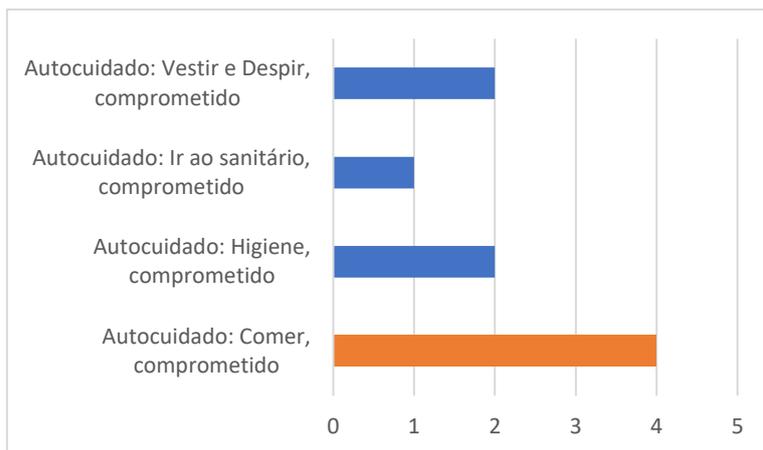


Figura 10 - Distribuição dos Diagnósticos formulados (parte 1)

Fonte: Autora

Igualmente emergentes da avaliação inicial, as alterações nas funções e estruturas do corpo que interferem com a funcionalidade identificadas foram o equilíbrio e a função cardiorrespiratória. Os diagnósticos realizados foram “Equilíbrio Corporal, comprometido” e “Intolerância à Atividade”, verificando-se em 9 participantes (n=9; 75%).

O diagnóstico “Equilíbrio Corporal, comprometido” foi identificado majoritariamente em grau moderado (n=5; 56%), enquanto que o diagnóstico “Intolerância à Atividade”, em grau elevado (n=6; 67%).

Realizando uma comparação entre os dois locais de estágio curricular, verifica-se que os diagnósticos mais identificados nos participantes internados na UAVC foram: “Movimento muscular, diminuído”; “Paresia, presente” e “Intolerância à Atividade”, tendo-se verificado em todos os participantes (n=4; 100%). Por sua vez, os diagnósticos mais identificados nos participantes internados na UHDP foram: “Equilíbrio Corporal, comprometido” (n=7; 87,5%), “Intolerância à atividade” (n=5; 62,5%), “Conforto Comprometido” (n=5; 62,5%) e “Conhecimento do Cuidador Informal acerca da prestação de cuidados, deficiente” (n=5; 62,5%) (figura 11).

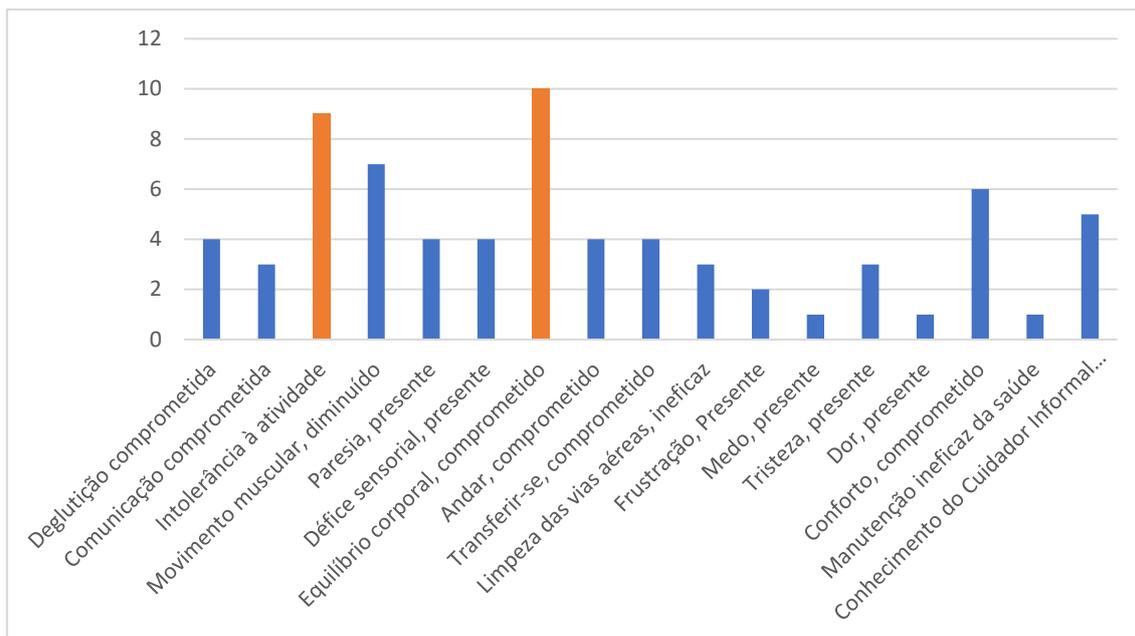


Figura 11- Distribuição dos diagnósticos formulados (parte 2)

Fonte: Autora

A reabilitação motora foi a mais desenvolvida, tendo sido aplicada a 11 participantes (n=11; 92%), seguida da reabilitação respiratória, aplicada a 8 participantes (n=8; 67%). A reabilitação neurológica foi aplicada a 6 participantes (n=6; 50%);

A prestação de cuidados de ER foi conduzida com base em um planejamento minucioso e em constante reformulação, o que lhe conferiu elevada individualidade. As intervenções colocadas em prática traduzem não os resultados que se esperam alcançar, com base nos diagnósticos anteriormente formulados, como também as prioridades e vontades dos utentes. O plano de reabilitação e cada intervenção foi discutida com o participante, sendo clarificada a sua necessidade, promovendo a sua colaboração e adesão.

De considerar que na UAVC, todos os participantes se encontravam em processo de transição, com forte implicação emocional no processo de recuperação de funcionalidade, pois o momento de intervenção coincidia com os primeiros instantes de confronto com os défices decorrentes do AVC. Na UHDP, identificava-se igualmente um processo de transição, neste caso dotado de elevada necessidade de adaptação e alguma criatividade, relacionado com a reintegração do participante no seu meio pessoal, retomando gradualmente a sua rotina habitual e adaptando-a às alterações que decorreram do mais recente processo de doença e conseqüente período de internamento hospitalar. Assim, tornou-se sempre fundamental integrar a pessoa nos diferentes momentos de processo de decisão, capacitando-a e promovendo, não só a sua independência, como a sua autonomia.

Deste modo, importa ressaltar o referencial teórico que sustentou e conduziu a prestação de cuidados de reabilitação em processos importantes de transição, nomeadamente a Teoria da

Transição de Afaf Meleis, que conceptualiza as transições como mudanças únicas e complexas e que se traduzem pelo caminho entre dois estados de estabilidade. Compreendendo o processo de transição, é possível planejar cuidados de ER individualizados, com implicações na qualidade de vida dos indivíduos (Bastos & Silva, 2013; Queirós et al., 2014; Sousa et al., 2020).

### **Resultados da percepção de conforto pelos participantes**

Partindo da Teoria do Conforto de Kolcaba (1991), na qual se operacionaliza e conceptualiza o Conforto, sendo definido em quatro contextos (social, físico, psicoespiritual e ambiental) e em três tipos (alívio, tranquilidade e transcendência), procedeu-se também à avaliação das necessidades de conforto dos utentes, tendo sido possível avaliar 6 participantes (n=6; 50%).

A primeira avaliação, e única, realizada a um participante internado na UAVC (n=1; 25%) foi realizada através de entrevista face-a-face (por dificuldade em leitura e autopreenchimento), com recurso à escala de conforto holístico – PT-DC© (Querido & Dixe, 2012). Após esta experiência, verificou-se que, por se tratarem de questões íntimas e que requerem um processo de introspeção, seria benéfico optar pelo autopreenchimento, para maior fiabilidade dos resultados, reduzindo o mais possível a presença de influências externas. Considerou-se também que seria importante dar o tempo necessário para que o participante a possa preencher, fornecendo as condições propícias a maior privacidade e introspeção. Todas as restantes 5 avaliações (n=5; 62,5%) foram realizadas sob autopreenchimento, sem presença do profissional, garantindo sempre a possibilidade de esclarecimento de dúvidas.

Foi possível constatar que em todos os tipos de Conforto e contextos associados, mais de um dos utentes apresentava uma redução do score total. De forma mais específica, identificou-se que 100% (n=6; 100%) dos participantes apresentava alterações no alívio sociocultural; 83% (n=5; 83%) dos participantes apresentava alterações no alívio físico, no alívio psicoespiritual e na tranquilidade psicoespiritual; 67% (n=4; 67%) apresentava redução do score ao nível da transcendência sociocultural e ambiental; 50% apresentava alterações ao nível da transcendência psicoespiritual e 33% (n=2; 33%) apresentava alterações ao nível da tranquilidade física e sociocultural.

Entre os 6 participantes avaliados (n=6; 50%), foi possível proceder a 4 reavaliações (no momento da alta) (n=4; 67%), verificando-se que, em todos os casos, existiram melhorias em um ou mais dos tipos de conforto, após a instituição do programa de reabilitação.

Ao nível do alívio, identificou-se que 75% (n=3; 75%) dos participantes reavaliados apresentou um aumento do score, o que traduz uma melhoria.

Entre os participantes reavaliados (n=4), verificou-se que 50% (n=2; 50%) apresentou melhorias ao nível do alívio sociocultural; 25% (n=1; 25%) ao nível do alívio físico e 25% (n=1; 25%) ao nível do alívio psicoespiritual (figura 12).

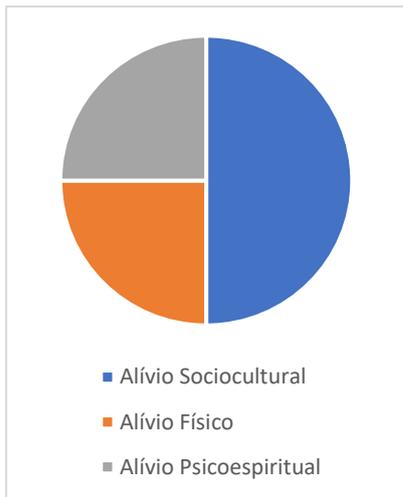


Figura 12. Melhorias ao nível do tipo de Conforto - Alívio, nos diferentes contextos

Fonte: Autora

Identificaram-se melhorias ao nível da Tranquilidade em 50% (n=2; 50%) dos participantes.

Constatou-se que dois dos participantes com alterações ao nível da tranquilidade psicoespiritual (n=2; 50%) apresentaram melhorias. No paciente onde, na avaliação inicial, se identificaram necessidades ao nível da tranquilidade física e sociocultural, não se verificaram melhorias em nenhum destes dois contextos de Conforto.

Ao nível da transcendência, constatou-se que 50% (n=2; 50%) dos participantes evidenciou uma melhoria.

De forma mais específica, ao nível da transcendência sociocultural, 50% (n=2; 50%) dos participantes reavaliados apresentaram melhorias. Em relação ao participante reavaliado, onde se identificou inicialmente necessidades ao nível da transcendência psicoespiritual, verificou-se que as mesmas foram supridas, obtendo-se um score final total (n=1; 100%). Quanto aos três participantes (n=3) com alterações ao nível da transcendência ambiental, constata-se que não foram identificadas melhorias mensuráveis.

Identificaram-se também evoluções dos scores num sentido negativo, em alguns casos em tipos de conforto e contextos onde não se identificaram alterações na avaliação inicial, o que sugere a deteção de novas necessidades em Conforto.

O alívio físico foi o único tipo de Conforto e contexto em que nenhum dos utentes reavaliados apresentou redução dos scores. Em todos os outros tipos e contextos, pelo menos um dos participantes reavaliados apresentou redução do score obtido.

## **Discussão dos Resultados da Implementação do Projeto**

A apresentação dos resultados da implementação do projeto corresponde, segundo Fortin (1999), à demonstração dos dados obtidos em relação com os objetivos previamente definidos, obtendo conclusões e determinando qual o novo conhecimento que se pode obter das mesmas.

Assim, nesta etapa pretende-se realizar comparações e destacar resultados, com recurso a teorias, literatura e evidência científica disponível de forma a retirar ilações importantes da temática em causa, com recurso a um pensamento crítico (Fortin, 1999).

Na UAVC, os familiares que se assumiam como pessoa de referência eram sobretudo filhos dos utentes internados e o tempo disponível para interação era bastante reduzido (devido a condicionalismos impostos pela pandemia de SARS-Cov2). Na UHDP, as pessoas de referência eram sobretudo os cônjuges e, dado que o programa de reabilitação era desenvolvido no domicílio dos utentes, onde este familiar também estava presente, a interação era maioritariamente desenvolvida com ambos presentes.

Assim, compreende-se que a intervenção desenvolvida na UAVC se centrava principalmente nos participantes, não apresentando a especificidade de uma preparação para a alta, mas sim de uma primeira abordagem aos défices que apresentavam. Também nesta fase se dava início às primeiras intervenções adaptadas ao indivíduo, privilegiando a reabilitação precoce que, como já foi referido apresenta diversos benefícios, sobretudo ao nível da sua funcionalidade (European Stroke Organization, 2008).

Por outro lado, na UHDP, pelo contexto em que era desenvolvido o programa de reabilitação, a atuação do EEER envolvia na maioria dos casos os familiares, com destaque para o familiar coabitante, focando-se principalmente no ensino e educação, que permitia a manutenção do nível de funcionalidade obtido após a alta.

Ao nível da vigilância de saúde, os utentes apresentavam maior rigor para com a vacinação, a vigilância da TA, a toma de medicação e a comparência em consultas de rotina. Este dado é importante na medida em que todos os utentes apresentavam doenças crónicas. O antecedente pessoal mais identificado entre os utentes foi a HTA (n=8; 67%) e, o segundo mais frequente, a DM tipo II (n=6; 50%). A associação mais representativa entre doenças crónicas foi precisamente entre as duas mais identificadas nos participantes.

Importa assim consciencializar os profissionais de saúde para a realidade atual, no sentido de desenvolverem capacidades e competências que lhes permitam contribuir para uma evolução no sentido da prevenção primária, participando numa mudança de paradigma. Além disso, para gerir a realidade em saúde atual, é indispensável o desenvolvimento da prevenção secundária.

O sucesso da prevenção secundária relaciona-se com a representação que os utentes têm da sua patologia, pois é através desta que lhe atribuem sentido. De acordo com importância que o utente atribui à sua doença, mais ou menos esforços vai desenvolver no sentido de a

compreender e gerir. Leventhal et al., referem que “as representações de doenças, sejam elas apoiadas em conhecimentos científicos ou não, são a chave na orientação dos indivíduos nos comportamentos de saúde, podendo posteriormente afetar seus resultados de saúde” (Sousa & Bastos, 2021, p. 128).

Para a eficácia da autogestão, termo atribuído à forma como o utente gere a sua doença, é necessário que se desenvolva conhecimento e capacidade de compreensão, interpretação do que é visto e sentido e, em relação ao que não pode ser identificado através de sinais e sintomas, interpretação de indicadores como valores de glicemia capilar e tensão arterial. Após a aquisição de determinado nível de conhecimento, o utente começa a ser capaz de tomar consciência da forma como a patologia influencia e afeta a sua saúde, bem como do nível de gravidade que apresenta, o que lhe permite entender a importância de controlar e gerir a doença (Sousa & Bastos, 2021).

Segundo Sousa e Bastos (2021), a autogestão contribui para uma melhoria da qualidade de vida e é um conceito integrado na intervenção dos profissionais de Enfermagem.

Um aspeto importante para que os utentes considerem como importante a gestão adequada das suas doenças crónicas, é o desenvolvimento de uma adequada literacia em saúde, pois relaciona-se com determinantes em saúde modificáveis (sedentarismo, alimentação pobre e hipercalórica, consumo de álcool, entre outros) e inclui o desenvolvimento da autogestão (Sousa & Bastos, 2021).

Deve-se destacar que, embora os participantes tenham referido apresentar comportamentos de vigilância de saúde anteriores ao internamento, 67% (n=4; 67%) dos participantes avaliava a TA apenas quando percecionavam alguns sinais e sintomas que lhes sugeriam a necessidade de proceder à avaliação e um dos participantes recusava tomar a medicação prescrita, o que sugere alguns défices a nível da literacia em saúde e consequentemente na autogestão das suas doenças crónicas.

Ao nível da funcionalidade, é possível verificar que todos os participantes internados na UAVC apresentavam défices ao nível da alimentação, tendo sido possível obter uma evolução favorável em 75% dos participantes (n=3; 75%).

De modo geral, os participantes da UAVC não apresentaram evoluções favoráveis mensuráveis porque a intervenção desenvolvida apresentava como principais resultados esperados o iniciar precoce do processo de reabilitação e a prevenção dos efeitos nocivos da imobilidade, numa fase em que os utentes permanecem maiores períodos de tempo no leito e apresentam alterações da mobilidade.

Na UHDP, 100% (n=8; 100%) dos participantes apresentavam alterações da funcionalidade, identificando-se que 87,5% dos participantes mostravam alterações relativamente ao seu padrão habitual (n=7; 87,5%). Em adição a estes dados, verificou-se que, foi entre a

avaliação prévia ao internamento e a 1ª avaliação que as diferenças de score da MIF eram significativas. Existiam assim diversas necessidades de intervenção no âmbito da ER.

Como uma especialidade que prima promover a melhoria da qualidade de vida de utentes com défices na sua funcionalidade, promovendo a maximização da sua independência e autonomia e assistindo-os na reinserção na sociedade, capacitando-os a assumir os direitos, deveres e interações sociais que a mesma acarreta, a ER assume neste contexto uma importância de destaque (Schoeller, et al., 2018).

Neste projeto de intervenção, o EEER tinha como principal objetivo permitir que os participantes se aproximassem o mais possível do seu padrão habitual de funcionalidade, estabelecendo resultados esperados realistas e um percurso que promovesse o seu Conforto, procurando uma evolução positiva ao nível da qualidade de vida.

Olhando aos resultados mensuráveis, verifica-se que, embora todos os participantes continuassem a apresentar défices ao nível da sua funcionalidade, 71% dos participantes apresentaram uma melhoria (n=5; 71%), o que sugere uma intervenção benéfica nestes casos. Concluiu-se que os resultados obtidos ao nível da funcionalidade após intervenção no âmbito da ER, são tanto mais benéficos quanto mais próximo o utente ficar daquele que é o seu padrão habitual.

A identificação dos itens da MIF onde mais participantes apresentavam défices, forneceu informações importantes para a formulação dos diagnósticos de ER. Considerando a teoria de Orem, a grande maioria dos participantes pertencia a um sistema apoio-educativo, necessitando sobretudo de supervisão e de ensino e orientação. Por esta razão, grande parte das intervenções colocadas em prática nesta fase do projeto relacionaram-se com a educação e ensino dos utentes e seus familiares. O diagnóstico “conhecimento do cuidador informal sobre prestação de cuidados, deficiente” foi um dos mais utilizados, tendo sido formulado em 42% dos casos (n=5; 42%).

Capacitar um indivíduo implica um processo multidimensional, que lhe permita desenvolver o conhecimento necessário, ter capacidade de decidir e, posteriormente, de traduzir a sua decisão em ação (Reis & Bule, 2017; Sousa et al., 2020). Educar a pessoa quanto à sua saúde constitui-se como um processo que constrói conhecimento e desenvolve capacidades e competências, não podendo ser redutoramente definido como a aquisição de conhecimento e reprodução de comportamentos. Por outro lado, empoderar um indivíduo implica que além do conhecimento derivado do processo de educação desenvolvido, este seja dotado de autonomia, isto é, que a pessoa seja capaz de tomar as suas decisões de forma livre e viver com base nas mesmas. Assim, intervir nos focos de conhecimento e aprendizagem significa que o EEER empodera a pessoa, capacitando-a a tomar decisões e agir de modo a lidar com os diversos obstáculos com que se possa deparar ao longo do seu processo saúde-doença (Sousa et al., 2020).

Capacitar um cuidador informal é necessário, na medida em que este é muitas vezes responsável por aspetos relacionados com a funcionalidade do utente na vida diária, necessitando assim de desenvolver o seu conhecimento, competências e capacidades em diferentes aspetos, sendo assim necessário atender às necessidades do utente, bem como às necessidades em educação e ensino do cuidador que o acompanha e assiste (Sousa et al., 2020).

Dado que o presente projeto tem objetivos específicos relacionados com o Conforto, a perspetiva utilizada no planeamento do programa de reabilitação foi moldada e enriquecida neste sentido.

A realidade social tem implicações na saúde, que se encontra em constante mudança. O progresso atual priva com a importância da humanização e dignificação dos cuidados, que se centram no utente, isto é, no que é melhor para o mesmo, permitindo que construa uma vida com sentido, independentemente da sua condição de saúde e doença e dos défices que possa apresentar (Sousa P. , 2020). Desta forma, os diagnósticos formulados, além de surgirem da avaliação inicial dos défices, integraram as necessidades em Conforto dos utentes, as suas prioridades em relação ao seu bem-estar e as suas expectativas, pelo que se construíram de modo a colocar no centro o indivíduo e com o objetivo final de se obterem os melhores resultados possíveis, com influência no Conforto e qualidade de vida do utente.

Segundo Sousa P. (2020), cada indivíduo desenvolve o seu projeto de vida, para o qual procura conforto, equilíbrio e bem-estar sendo que, em tal percurso, o cuidado que maximiza a funcionalidade e promove a qualidade de vida é essencial. Acrescenta ainda que a “Qualidade em saúde é hoje uma responsabilidade crescente” (Sousa P. , 2020, p. 11). Assim, destaca-se a importância da relação entre funcionalidade, conforto e qualidade de vida, na prestação de cuidados.

Face aos resultados obtidos, foi possível concluir que a avaliação do Conforto com recurso à escala de Conforto Holístico – Doentes crónicos (HCQ-PT-DC) (Querido & Dixe, 2012), forneceu informações acerca das seguintes associações entre tipos de Conforto e contextos: alívio físico, sociocultural e psicoespiritual; tranquilidade sociocultural, psicoespiritual e ambiental e transcendência sociocultural, psicoespiritual e ambiental.

Em concordância com Kolcaba, que perspetiva o processo do conforto como incompleto, se não existir uma avaliação (Apóstolo J. , 2009) e Sousa P. (2020), que considera como essencial a determinação da perceção das necessidades de conforto totais da pessoa, as intervenções executadas neste sentido e a avaliação dos resultados, a escala em causa permitiu que se procedesse a uma avaliação e reavaliação do Conforto, efetivando o Processo de Enfermagem e tornando a intervenção do EEER mais completa e significativa.

Devido ao grau de intimidade dos itens da escala, verificou-se que o autoquestionário é preferencial, devendo ser seleccionado em detrimento à aplicação na forma de entrevista face-

a-face, contribuindo para a redução da influência externa e para o estabelecimento de maior privacidade e espaço para a introspeção.

O Conforto assume-se como uma experiência positiva que satisfaz necessidades individuais, caracterizando-se por ser complexo, dinâmico, holístico e individual, o que justifica a subjetividade que lhe está associada (Kolcaba, 1991; Mussi, 1996; Pinto et al., 2017).

Através da aplicação da escala em questão, foi possível determinar se os participantes apresentavam necessidades em Conforto e quais os tipos e contextos mais afetados. No entanto, tratando-se de uma avaliação que fornece informações mensuráveis e sendo o Conforto uma dimensão dotada de elevada subjetividade, a caracterização da percepção de Conforto dos utentes apenas pode ser enriquecida através do diálogo estabelecido a partir de uma relação terapêutica instituída. Isto é, detetar alterações no Conforto e avaliar a sua evolução num sentido positivo ou negativo é algo que pode ser realizado através da aplicação da escala em questão, no entanto, não nos é fornecida a razão que origina as alterações no Conforto, pelo que este tipo de informação deve ser fornecida pelo utente.

Através da avaliação do Conforto ao longo do programa de reabilitação foi possível identificar as principais necessidades em conforto durante a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. A partir destas informações, tendo em conta as variáveis afetas ao Conforto [fatores que podem ser positivos ou negativos, sobre os quais as equipas de saúde não têm pleno controlo e que influenciam o Conforto (Peterson & Bredow, 2013)] é possível proceder a um planeamento, intervindo a partir do diagnóstico de “Conforto comprometido”, bem como individualizar as intervenções aplicadas em outros diagnósticos, de modo a não prejudicar o Conforto ou até melhorá-lo. Mais uma vez, a informação fornecida pela escala é abrangente e não especifica a origem das necessidades em Conforto, o que constitui dados importantes para individualizar as intervenções.

Todos os utentes apresentaram défices no Conforto, verificando-se igualmente que todos apresentavam alterações ao nível de mais de um dos tipos de Conforto (alívio, tranquilidade e transcendência). Tal informação justifica a importância da avaliação inicial do Conforto nos utentes submetidos a programas de reabilitação, pela forma como podem influenciar o sucesso das intervenções e da recuperação do utente.

Neste projeto considerou-se como importante proceder a uma avaliação final do Conforto, de modo a identificar qual a evolução do utente em cada tipo de Conforto e em cada contexto e, por sua vez, determinar o grau de adequação das intervenções e a potencial necessidade de proceder a reajustes do planeamento. Em todos os utentes em que foi possível proceder a reavaliação do Conforto, identificaram-se melhorias em algum dos tipos (alívio, tranquilidade e transcendência) e contextos desta área (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental), bem como novas necessidades em Conforto. Foi possível concluir que se potenciou a qualidade dos

cuidados de ER prestados por serem individualizados e promoverem a qualidade de vida, através de melhorias ao nível do Conforto.

Considerando a subjetividade que se associa ao Conforto, importa realçar que os scores obtidos na avaliação do Conforto nem sempre evoluem num sentido positivo, verificando-se por vezes uma evolução negativa, que se pode relacionar com diversos fatores, muitos deles sobre os quais não é possível intervir. Verificou-se no projeto, na fase de reavaliação do Conforto, que, em alguns itens da escala, os utentes apresentaram uma evolução negativa, face à evolução positiva identificada ao nível de outros itens. Assim, avaliar o Conforto permite melhorar e individualizar a intervenção do EEER, mas nem sempre a intervenção em ER irá melhorar o Conforto. Assim, é importante que o EEER tenha em conta as variáveis afetas ao Conforto, tomando consciência que uma evolução a este nível nunca será completamente linear.

Os programas de reabilitação exigem adesão e colaboração contínua por parte do utente, de modo a que se obtenham melhores resultados. O facto de grande parte dos programas exigir um período de tempo prolongado até que se identifiquem resultados visíveis ou mensuráveis, influencia a colaboração dos utentes. Incluir medidas de conforto na prestação de cuidados de ER, promove esta adesão, pois contribui para maior satisfação e bem-estar, bem como para programas de intervenção mais individualizados e centrados nos indivíduos. No presente projeto de intervenção, a colaboração dos utentes com o programa de reabilitação foi melhorada e mantida através de intervenções dirigidas à promoção do Conforto e através de intervenções de ER individualizadas (tendo em conta as necessidades em Conforto do utente).

Segundo Sousa P. (2020, p. 24), com base nos trabalhos de Janice Morse e Katherine Kolcaba, o “cuidado de conforto compreende a ação que conforta com vista ao aumento do conforto, ou seja, constitui o processo e o seu respetivo resultado, o que de certa forma nos remete para um processo exigente”.

Considerando a exigência de integrar de forma consciente o Conforto na prestação de cuidados de ER e a individualização dos cuidados, as intervenções colocadas em prática no âmbito do diagnóstico “Conforto comprometido” foram diversas. Incluíram desde o controlo da dor física, à inclusão do utente no planeamento e instituição das intervenções, permitindo manter o seu poder de decisão e tornar o programa de reabilitação individualizado e com maior significado e sentido para o mesmo; disponibilizar informação e esclarecimento de acordo com a necessidade identificada (em um dos casos foi elaborado um folheto, por exemplo); o respeito pelos *timings* de cada utente em relação a determinadas intervenções (respeitar o tempo que necessitam para cada exercício e adaptar o programa planeado ao tempo disponível para a visita ao doente; interromper intervenções que se apresentem como danosas ao utente por elevada frustração/tristeza e evidentes alterações negativas do seu estado emocional; respeitar a condição emocional fragilizada, entendendo-a como um fator impeditivo de certos aspetos do programa de reabilitação, sabendo adaptar o planeamento ao estado clínico, emocional e psicológico do utente

em cada sessão de modo a rentabilizar o tempo, maximizando o conforto e obtendo resultados positivos no programa de reabilitação, entre outros exemplos); a compreensão das dinâmicas familiares promovendo o envolvimento (ou promovendo o afastamento temporário) dos familiares durante o programa de reabilitação; organizar o programa de reabilitação de acordo com as prioridades dos utentes, apresentando explicações sobre o mesmo, bem como esclarecimento de dúvidas e desenvolver uma relação terapêutica que promova o diálogo, a reflexão e introspeção, a gestão de expectativas e desenvolva e maximize a resiliência, são alguns dos exemplos de intervenções colocadas em prática como contributos para a promoção do Conforto.

Ao longo do projeto de intervenção, com maior destaque para o período decorrido na UHDP por ser mais longo e com características específicas, verificou-se que integrar o Conforto no planeamento e na aplicação dos cuidados de ER pode trazer diversos benefícios, entre eles a satisfação da equipa de Enfermagem. Foi possível verificar que a equipa da UHDP, motivada através da intervenção dos EEER, apresentava maior satisfação na prestação de cuidados pois sendo verdadeiramente centrada no utente, tinha maior significado e valor.

Além disso, a avaliação do Conforto forneceu mais dados à equipa, sobretudo acerca das necessidades em conforto dos utentes, o que permitiu uma intervenção mais focada nas necessidades reais e por isso mais individualizada, o que por sua vez pode aumentar a qualidade de vida do utente.

Segundo Sousa P. (2020, p. 91), a “construção do cuidado confortador emerge sob influência e articulação do contexto dos cuidados, dos atores e alicerces que se unificam nos diferentes domínios. Evidencia-se a importância de uma resposta global numa abordagem multiprofissional em direção ao mesmo fim o que traduz a perspetiva atual da prestação de cuidados de saúde globais”. Considerando as várias conceções apresentadas para o Conforto e os diferentes referenciais teóricos que foram apresentados, pela forma como permeiam a conduta do EEER, bem como a experiência de aplicação do projeto de intervenção em contexto prático e os dados obtidos através da mesma, é possível concluir acerca da importância de estimular os profissionais da área de ER a integrar a preocupação com o Conforto na sua prática especializada e a agir como promotores da consciencialização dos enfermeiros de cuidados gerais e restantes profissionais de saúde relativamente à importância da integração da preocupação para com o Conforto na saúde, como forma de melhoria da qualidade dos cuidados prestados, melhoria da qualidade de vida dos utentes e, de modo geral, como forma de promover a satisfação de todos os intervenientes.

## **Análise Reflexiva sobre o desenvolvimento de Competências**

O perfil de competências comuns do enfermeiro especialista faz referência a um conjunto de competências que se interrelacionam, na medida em que uma só se pode concretizar no seu máximo potencial, se as outras também forem colocadas em prática. São definidas pelas Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019a, p. 4745) como competências de “responsabilidade profissional, ética e legal”; “melhoria contínua da qualidade”; “gestão dos cuidados” e “desenvolvimento das aprendizagens profissionais”.

O exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) é transversal a uma grande variedade de vertentes, porém apresenta um objetivo principal que se relaciona com a recuperação e/ou manutenção da independência nas AV, promovendo a redução da influência negativa que as incapacidades apresentam e maximizando a funcionalidade e capacidades dos utentes.

Com base na avaliação diagnóstica realizada, o EEER deve apresentar as competências necessárias à conceção, implementação e monitorização de um plano de cuidados individualizado, que tenha por base as verdadeiras necessidades da pessoa, específicas da área da reabilitação. Os conhecimentos e capacidades que apresenta permitem-lhe implementar as intervenções mais adequadas a cada indivíduo, sob constante reavaliação e reformulação dos diagnósticos e intervenções, de modo a que se atinjam os resultados esperados e se consiga promover a funcionalidade e independência da pessoa (OE, 2019b).

Pretende-se assim, ao longo do presente percurso formativo, desenvolver um conjunto de competências que são definidas com base no perfil de competências comuns do enfermeiro especialista e nas competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, bem como em objetivos e necessidades pessoais (OE, 2019a, 2019b).

Em relação às competências de adaptação e integração ao espaço físico, dinâmicas e modo de organização das equipas. É fundamental uma boa integração e dinâmica positiva com os elementos da equipa, para que seja possível desenvolver todas as restantes competências. Para que o enfermeiro especialista seja visto como um elemento de referência e possa liderar a equipa e gerir os cuidados no sentido de alcançar os melhores resultados possíveis e contribuir para a melhoria da qualidade dos mesmos, é importante que conheça e esteja confortável com a dinâmica do serviço em que executa a sua atividade profissional e crie laços profissionais sólidos com os seus colegas (OE, 2019a).

Em todos os contextos de estágio curricular, os primeiros dias no local foram destinados a compreender a organização do espaço, quais os recursos disponíveis, qual a dinâmica da equipa de enfermagem e qual a interação da equipa multidisciplinar com o EEER, de modo a progressivamente desenvolver as competências descritas.

No serviço de Ortopedia verificou-se que, no decorrer do estágio, os elementos da equipa sentiram-se confortáveis para colocar questões e pedir ajuda, assim que desenvolveram confiança no trabalho desenvolvido sob supervisão da orientadora. Com o progredir dos conhecimentos, capacidades e competências tornou-se possível interpelar os colegas no sentido de explicar como seria desenvolvido o trabalho com os utentes que tinham a seu cuidado, otimizando o mais possível a dinâmica do turno, bem como pedir e receber informações que promovessem a qualidade dos cuidados prestados.

Na unidade de AVC (Acidente Vascular Cerebral), foi possível constatar como os enfermeiros de cuidados gerais valorizavam bastante a opinião e orientação dos enfermeiros especialistas e que, entre enfermeiros especialistas, existia geralmente um debate construtivo acerca da condição e progressão dos doentes. Ao longo do período de estágio e à semelhança do anterior, à medida que os vários elementos da equipa compreendiam e estimavam as avaliações e intervenções realizadas, começaram também a pedir opiniões relativas às suas próprias avaliações ou colaboração na prestação de cuidados aos doentes. Assim, ao compreender as especificidades e dinâmicas únicas da equipa, foi possível uma integração e adaptação com sucesso, respeitando os limites da atuação e fornecendo conhecimentos acerca dos utentes, de modo a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Dadas as características específicas da UHDP, onde decorreram as últimas dez semanas do estágio final, foi essencial entender qual o turno onde poderia proporcionar cuidados de enfermagem de reabilitação, com o tempo necessário para os mesmos e sem que coincidissem com o trabalho de outros profissionais, de modo a que pudessem ser dotados da melhor qualidade.

É de salientar uma grande diferença relativamente aos anteriores locais de estágio pois, quando o trabalho a desenvolver é realizado na casa do utente, é necessário que exista uma adequada preparação prévia e que todo o material para avaliação e intervenção seja transportado até ao ambiente deste. A realização de ensinamentos e a validação de conhecimento assume uma posição de destaque, pois o tempo de trabalho com os utentes pode ser menor (condicionado à duração da visita) e é influenciado por muitos fatores (por exemplo, presença disruptora de familiares, filhos menores, espaço físico, ausência de instrumentos facilitadores, como cama articulada ou outro tipo de dispositivos de apoio). Assim, o trabalho que o utente realiza na ausência da equipa, em consonância com a aprendizagem realizada, dita em grande parte o sucesso da ER. Embora mais desafiante, apresenta também um elevado potencial de sucesso, pois todas as intervenções se tornam mais individualizadas e realistas. O utente é capaz de as integrar na sua rotina e no seu espaço e assim, contribui-se para uma melhor colaboração e adesão ao programa de reabilitação. Devo também acrescentar que o trabalho com os familiares está mais presente e é de extrema importância.

Deste modo, foi necessária uma elevada adaptação à nova dinâmica e preparação prévia às visitas, o que se considera ter sido alcançado com relativa rapidez pela satisfação que esta

modalidade de prestação de cuidados fornece a nível pessoal e profissional e pelo contributo do trabalho de equipa que se constrói na UHDP, tornando o processo de integração mais fácil.

Concluindo, as competências de adaptação e integração ao espaço físico, dinâmicas e modo de organização das equipas foram desenvolvidas em todos os estágios curriculares.

Nas competências de gestão dos cuidados, assertividade e liderança, com capacidade de resposta às necessidades apresentadas pela equipa, verifica-se que, de acordo com as competências do domínio da gestão de cuidados, o enfermeiro especialista deve gerir os cuidados e liderar, no sentido de otimizar o trabalho desenvolvido pela equipa (Ordem dos Enfermeiros, 2019). É importante que colabore nas decisões da equipa, disponibilizando os seus conhecimentos como fonte de auxílio e apoio, informando acerca da legislação, políticas e procedimento vigentes, coordenando os recursos disponíveis de forma eficiente e mantendo um ambiente positivo e agradável. A liderança deve ser adaptada à equipa, disponibilizando assistência e promovendo motivação na instituição de novas práticas, o que contribuirá para a melhoria dos cuidados (OE, 2019a).

No serviço de Ortopedia, em conformidade com o anteriormente referido, foi possível desenvolver um fluxo de informações relevantes na equipa, com benefícios na prestação de cuidados gerais e específicos, o que trouxe satisfação aos vários profissionais envolvidos. Verificou-se que os conhecimentos, derivados da avaliação da funcionalidade realizada eram bem recebidos pelos colegas, o que proporcionou a confiança necessária para que se assumisse a liderança sempre que se afigurava como necessário.

Neste serviço, o papel de líder consistia principalmente em estar disponível para esclarecer dúvidas e dar apoio/ajuda, em suma, ser um elemento de referência, papel que foi possível assumir, sob a devida supervisão. O enfermeiro especialista em Reabilitação, no serviço de Ortopedia, atua também em conjunto com o enfermeiro chefe para gestão dos cuidados e da equipa. Deste modo, existiu a oportunidade de atuar em cooperação com a enfermeira orientadora neste sentido, mantendo um conhecimento geral de todos os utentes internados e da sua situação social, de modo a garantir uma adequada preparação para a alta.

Na UAVC, as competências de liderança e assertividade evidenciavam-se na mediação, pois todas as intercorrências eram resolvidas entre os elementos presentes e depois discutidas com os restantes elementos da equipa, sempre que necessário, e na colaboração nas decisões da equipa, através da disponibilização de conhecimentos que contribuíssem para promover a qualidade nas práticas profissionais. Ao longo do estágio, foi possível responder aos pedidos dos elementos da equipa que requeriam assistência na prestação de cuidados e comparação das suas avaliações com as que eram realizadas no âmbito da ER, sendo que tomavam em consideração as informações e conhecimentos que lhes eram transmitidos.

A fim de fornecer motivação e desenvolver melhorias nas práticas desenvolvidas, identificou-se a possibilidade de promover a funcionalidade dos utentes no período das refeições,

reduzindo a assistência que era fornecida. Em conjunto com a orientadora, procurou-se estimular todos os profissionais para a importância de promover a independência dos doentes em relação à sua alimentação, potenciando as suas capacidades. Em adição, o facto de se assumir a posição de elemento adicional, com disponibilidade para dedicação aos cuidados de reabilitação, sob próxima supervisão, trouxe motivação à equipa que instituiu com maior empenho a promoção da funcionalidade dos utentes.

Ainda com o objetivo de detetar necessidades e identificar estratégias para melhorar e tornar mais interessantes as intervenções desenvolvidas junto dos doentes, foi desenvolvida a pasta dos exercícios da mímica facial (anexo I), as imagens para treino de nomeação (anexo J) e ao quadro de treino da motricidade fina (anexo K).

Na UHDP existe uma forte noção de trabalho de equipa. Todos os elementos conhecem bem o caso clínico de cada utente e fornecem os seus contributos, existindo um acompanhamento muito próximo de cada utente, com valorização do raciocínio clínico. A informação é transmitida de forma coerente e completa. A chefia é assegurada por um dos colegas da equipa, que não apresenta afastamento da prestação de cuidados ou distinção a nível de horário, o que lhe permite conhecer as reais necessidades dos colegas e trabalhar no sentido de as suprir, desenvolvendo uma adequada liderança que é valorizada por todos os elementos da equipa. Considerando este contexto, procurou-se transmitir informações acerca de cada utente, clarificando o que se pretendia continuar a trabalhar e almejar, frisando os progressos alcançados.

Os colegas adaptaram-se à nova presença com facilidade criando-se um ambiente positivo e valorizavam os contributos fornecidos, criando-se uma troca de conhecimento e informações, que fez com que fossem reconhecidas as competências e capacidades apresentadas enquanto aluna da especialidade em ER e fosse identificada enquanto elemento da equipa. Desta forma, foi possível contribuir para a qualidade dos cuidados, mostrar assertividade, dar resposta às necessidades encontradas entre a equipa, gerir os cuidados, promover uma otimização do trabalho desenvolvido e colaborar nas decisões da equipa.

Em suma, consideram-se como desenvolvidas, ao nível dos três contextos de estágios, as competências de gestão dos cuidados, assertividade e liderança, com capacidade de resposta às necessidades apresentadas pela equipa.

Em relação às competências de identificação de necessidades e integração em/desenvolvimento de projetos que contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados, como se afigura nas competências do domínio da melhoria contínua da qualidade do enfermeiro especialista, este deve desenvolver-se no sentido de partilhar o seu conhecimento e incorporar na equipa informação e práticas atualizadas, com base em conhecimento científico, bem como participar na definição de objetivos que promovam a qualidade a nível organizacional, planeando as estratégias a instituir e comunicando os resultados alcançados, de modo a promover a motivação da equipa (OE, 2019a). Para atuar ao nível da melhoria da qualidade é também

importante que o enfermeiro especialista utilize indicadores e instrumentos adequados à avaliação das práticas e que analise os consequentes resultados, identificando possíveis melhorias.

Numa fase inicial, existiu um primeiro contacto com os instrumentos de avaliação no âmbito da ER. A EEER orientadora forneceu assistência na escolha dos instrumentos de avaliação mais adequados aos objetivos e na sua aplicação. Assim, neste contexto de estágio foram utilizados de forma correta instrumentos de avaliação validados para a população portuguesa, o que contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados. Esta prática manteve-se nos outros dois contextos de estágio, onde foi possível utilizar novos instrumentos, dotados de maior complexidade, tendo-se verificado um progressivo aumento da autonomia na sua utilização.

No serviço de Ortopedia, foi desenvolvida uma formação, em colaboração com uma colega, também aluna da especialidade em ER. O tema foi definido a partir das necessidades da equipa e foram clarificados os objetivos, com base nos quais se realizou a revisão da literatura. A informação recolhida foi sintetizada e apresentada aos orientadores, enfermeiras orientadoras e equipa médica (aos quais se pediu a validação da informação com base nas abordagens cirúrgicas realizadas). Do processo de validação resultaram críticas e sugestões que foram consideradas na versão final. Criou-se o planeamento da sessão de formação (anexo M), onde figura igualmente a avaliação da sessão de formação e a avaliação dos conhecimentos adquiridos, bem como o documento de suporte para a sessão de formação em formato *powerpoint* (anexo N). Foi desenvolvida no dia 23 de junho, com elevada adesão dos elementos da equipa (16 participantes), tendo sido muito bem recebida. Todos os objetivos planeados foram atingidos e de modo geral o nível de satisfação foi elevado, tendo-se utilizado os resultados da avaliação da sessão (anexo O) como contributos construtivos para a melhoria da qualidade de sessões de formação futuras.

Participou-se também na implementação do novo programa informático de registos, o “SClínico”. Foi possível contribuir enquanto elemento de referência, esclarecendo dúvidas, tranquilizando e trabalhando com os colegas o mais possível, no sentido de ganharem mais confiança na utilização do novo programa informático, mantendo boas práticas no registo da avaliação, planeamento, intervenções e reavaliação. De forma mais específica, foi possível identificar os principais diagnósticos de enfermagem de reabilitação a serem utilizados pelos especialistas, a partir dos diagnósticos presentes no sistema informático, a fim de tornar uniforme a realização dos registos de ER. Foram elaborados dois documentos orientadores (um para registos de cuidados gerais e outro de cuidados especializados) para a utilização do programa que foram atualizados, adaptados e mantêm-se em constante desenvolvimento.

O registo uniforme do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros especialistas permite também que se consiga, mais tarde, ter uma visão geral dos ganhos obtidos com os utentes, de modo a que se determinem práticas a manter e a melhorar, sempre no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados.

Na UAVC procedeu-se igualmente à identificação das necessidades da equipa, optando-se por desenvolver materiais que facilitassem a prestação dos cuidados de ER e promovessem a melhoria dos cuidados prestados, nomeadamente a pasta dos exercícios da mímica facial (pasta com instruções acerca de como desenvolver junto dos doentes estes exercícios e várias imagens com legendas que demonstram os exercícios a realizar), para redução da problemática que surge da utilização das máscaras em período pandémico e facilitar a repetição dos exercícios por parte dos utentes (anexo T); as imagens para treino de nomeação (6 imagens de objetos comuns de uma habitação, 5 imagens de frutas, 5 imagens de peças de vestuário) (anexo U), que se tornaram úteis pela anterior dificuldade em encontrar na unidade objetos simples e em número suficiente para proceder à avaliação e treino da nomeação e ao quadro de treino da motricidade fina (quadro com quatro fitas para treino da realização do laço, botões de diferentes tamanhos e texturas e fecho de correr) (anexo V).

Existia na unidade um quadro para treino da motricidade fina com diferentes tipos de fechaduras, porém aparentava um grau de dificuldade elevado para os utentes em que foi utilizado. Assim, procurou-se desenvolver um objeto que permitisse este treino, com um nível de dificuldade menor e associado a tarefas diárias importantes, o que estimula a sua colaboração. Uma montagem de fotos de utentes a realizar treino de motricidade fina com recurso ao quadro descrito, foi submetido ao Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação da Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER), sob o título “Inovar no Treino da Motricidade Fina” (anexo L).

Na UAVC encontrava-se em desenvolvimento um projeto que consistia em identificar os benefícios de possuir um enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação como elemento adicional em cada turno da manhã e da tarde. Devido à escassez de recursos humanos, tal não era possível pelo que, ao longo das semanas de estágio, foi possível contribuir para o projeto, assumindo o papel de elemento adicional a desenvolver reabilitação, com a devida supervisão.

Na UHDP, uma das principais necessidades da equipa relacionava-se com a necessidade de implementação de um projeto de reabilitação. Embora os elementos especialistas em Enfermagem de Reabilitação já instituíssem cuidados de reabilitação, considerava-se necessário uniformizar a prestação de cuidados especializados ao longo do internamento dos utentes e o registo da mesma, de modo a obter, num futuro próximo, dados que pudessem ser tratados e explorados, traduzindo o trabalho realizado e justificando a necessidade de mais recursos humanos e materiais no âmbito da ER.

Após assistir ao Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação (anexo P) e a um Webinar denominado “Saúde do Adulto e do Idoso. Reabilitação Respiratória” (anexo Q), promovido pela Ordem dos Enfermeiros, desenvolveram-se conhecimentos que contribuíram para a criação de um documento (em formato Excel) onde é possível registar dados de ER acerca dos utentes, mantendo o anonimato (inclui dados do internamento, a avaliação inicial e a comparação

com a avaliação final realizada, bem como as intervenções realizadas, obtendo automaticamente informações como número de dias de internamento, quantos doentes beneficiaram de reabilitação respiratória, cardíaca, motora e neurológica, bem como quantos doentes beneficiaram de cada intervenção descrita no documento e de quantas intervenções necessitaram no total) (anexo R). O projeto foi bem recebido pelos elementos especialistas na área e será posteriormente apresentado a toda a equipa, a fim de ser colocado em utilização, formalmente, neste ano civil. Foi também desenvolvido um documento onde se apresentam todas as escalas a utilizar, para facilitar a avaliação dos utentes (anexo S).

Ao longo do estágio, foram também realizados registos completos do trabalho desenvolvido com os utentes. De modo geral, o facto de se iniciar a instituição de programas de reabilitação com regularidade, se apresentarem registos e se disponibilizar uma forma relativamente fácil de se manter a realização de registos de forma uniforme, promoveu em toda a equipa uma maior valorização da ER e mostrou como é possível e benéfico manter e fazer crescer o projeto.

Identificou-se também que alguns utentes apresentavam um grau de dependência elevado, associado a cuidadores sem conhecimento ou capacidades para os cuidarem. Esta situação era mais evidente com utentes do foro paliativo, em que a disponibilidade e desenvolvimento de conhecimento e capacidades por parte do cuidador são essenciais, porém, nem sempre identificadas. Assim, foi desenvolvido um formulário de avaliação dos cuidadores, onde é possível compreender quais os conhecimentos e capacidades que já possuem e onde é necessário intervir; se existe comprometimento do mesmo para com a aprendizagem e qual a disponibilidade em estar presencialmente com o utente. Este documento apresenta duas partes, uma a ser preenchida pela equipa de enfermagem numa visita prévia ao domicílio do cuidador (antes da admissão do utente) e outra a ser preenchida pelo próprio cuidador. Este projeto foi também aceite pela equipa de enfermagem, que a identificou como uma solução às necessidades que apresentavam, pois permite-lhes tomar uma decisão prévia ao internamento do utente, entre equipa multidisciplinar, e suportada em mais informação (anexo T).

Diversas intervenções foram desenvolvidas, após identificação das necessidades em Conforto dos utentes, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. É de salientar a realização de um folheto informativo, destinado a um jovem que referia necessidade em saber mais acerca da sua patologia (anexo U).

Considera-se que nos diferentes contextos de estágio, as competências de identificação de necessidades e integração em/desenvolvimento de projetos que contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados foram desenvolvidas com sucesso.

Relativamente às competências de desenvolvimento e consolidação de conhecimento teórico-prático no âmbito da prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, o conhecimento do enfermeiro especialista deve sempre ser baseado em evidência científica. As

competências de avaliação são igualmente importantes, implicando a utilização dos instrumentos mais adequados e privilegiando os que se encontram validados para a população portuguesa, bem como as competências de planeamento, através das quais se enfatiza a individualização das intervenções e constante necessidade de reavaliação (OE, 2019b). As competências de execução de intervenções específicas da ER, as competências relacionais e comunicacionais na interação com os utentes, bem como de transmissão e validação de conhecimento durante a realização de ensinamentos e as competências na área da promoção da motivação, autonomia e funcionalidade dos utentes submetidos a programa de reabilitação, são também essenciais (OE, 2019b). Permitem ao EEER capacitar os indivíduos com necessidades no âmbito da ER, promovendo a sua máxima funcionalidade e, de igual forma, a acessibilidade e participação social que facilitarão a sua reintegração enquanto cidadãos (OE, 2019b).

Nos três diferentes contextos de estágio, foi importante iniciar o percurso pelo desenvolvimento e consolidação de conhecimento teórico-prático no âmbito da prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Pela especificidade de cada serviço, foi necessário aprofundar o conhecimento nos aspetos mais gerais e, progressivamente, direcioná-lo para a área da ER. O crescimento e aprimoramento do conhecimento deveu-se a diversas pesquisas e ao estudo das áreas de maior necessidade, tendo sido consultada literatura com evidência científica atual, bem como os documentos que servem de fundamento às áreas em questão (na área de ER, foram consultados documentos como, por exemplo, Guias orientadores da Boa Prática fornecidos pela Ordem dos Enfermeiros).

Consolidado o conhecimento essencial, é possível proceder a uma avaliação rigorosa. No primeiro estágio curricular, existiu um primeiro contacto em contexto prático com os instrumentos de avaliação utilizados no âmbito da ER, através do qual se desenvolveram as competências de avaliação, compreendendo a importância de selecionar os instrumentos mais adequados, validados para a população portuguesa e utilizados da forma mais correta. Nesta fase, a orientação da enfermeira especialista foi essencial, fornecendo os seus conhecimentos e contributos e representando um segundo avaliador, o que promove a redução de viés. Nos restantes estágios, outros instrumentos e a sua utilização na prática foram alvo de desenvolvimento.

Considera-se a UAVC como um dos locais de estágio onde mais foram desenvolvidas as competências de avaliação, aumentando progressivamente a autonomia na avaliação dos utentes com recurso a instrumentos específicos e complexos e constatando o verdadeiro desafio que a avaliação de utentes com alterações na colaboração, derivadas dos défices ou estado emocional, pode apresentar, o que justifica a importância de optar pelos instrumentos de avaliação mais indicados ao utente em causa.

A partir do desenvolvimento das competências de avaliação, as competências de planeamento foram desenvolvidas também em todos os contextos de estágio. Identificou-se como

um aspeto bastante importante e igualmente desafiante, a individualização dos diagnósticos, intervenções e resultados esperados ao utente, garantindo uma adequada adesão e colaboração.

É importante partilhar com o utente, não só o planeamento realizado, como a justificação do mesmo, para que compreenda a importância do programa de reabilitação que será colocado em prática. De igual forma, apresenta-se como fundamental que todas as intervenções planeadas estejam ajustadas aos conhecimentos, capacidades e potencialidades do utente, bem como à sua condição geral física e psicológica, com plena noção da influência que o estado emocional tem na possibilidade de progressão no programa de reabilitação. Nesta sequência de pensamento, compreende-se como é fundamental uma constante reavaliação e reajuste do planeamento.

Salienta-se a criatividade, como uma das capacidades que mais foi desenvolvida na UHDP. Não existindo um grupo de exercícios correto para cada utente, é necessário individualizar e adaptar, não só ao caso clínico, como à pessoa em causa e ao momento em que são colocados em prática. É de extrema importância que os exercícios sejam acessíveis e envolvam o mais possível o quotidiano da pessoa, de modo a garantir uma maior adesão e colaboração. Assim, com o auxílio de ambos os enfermeiros orientadores, foi possível criar programas de reabilitação individualizados e colocar em prática exercícios com objetos do dia-a-dia (como por exemplo, molas para treino da motricidade fina; livros para criação de resistência, entre outros).

Um dos maiores ganhos adquirido no estágio final foi também o desenvolvimento de competências que permitam o ajuste das expectativas do profissional, tornando-as realistas face à avaliação realizada.

As competências de intervenção desenvolveram-se progressivamente ao longo das várias semanas de estágio, através de observação e reprodução, até se alcançar a concretização com base em conhecimentos, capacidades e competências próprias. A aquisição de maior autonomia que foi possível identificar após as primeiras semanas em cada contexto de estágio, traduzem uma evolução positiva a este nível, para a qual contribuíram em grande parte os EEER orientadores.

As competências do âmbito relacional foram também amplamente desenvolvidas. Num patamar diferente daquele que é exigido ao enfermeiro de cuidados gerais, o EEER necessita de estabelecer uma relação terapêutica que lhe permita compreender quais as principais preocupações e objetivos do utente a nível da sua funcionalidade, para que possa moldar a sua atuação nesse sentido, conseguindo manter níveis elevados de motivação e assim um sentido positivo no percurso que é realizado ao longo do programa de reabilitação. Considerando que nem sempre o utente apresenta todas as faculdades necessárias à comunicação, podendo apresentar alterações ao nível da expressão e/ou comunicação, o EEER deve desenvolver-se no sentido de ser capaz de encontrar estratégias e soluções para cada caso específico. Todos os contextos de estágio foram bastante ricos neste aspeto, com casos particulares que constituíram desafios promotores de um benéfico crescimento pessoal e profissional.

Torna-se interessante destacar como exemplo um caso que surge no primeiro estágio curricular, um utente politraumatizado, sem capacidade de se expressar de forma verbal ou com recurso a qualquer outro método. Ao contrário de outros utentes, era difícil manter uma relação terapêutica, fornecer motivação, compreender quais as verdadeiras necessidades do indivíduo, tal como manter a própria motivação enquanto profissional, a fim de não desistir ou perder a esperança de obter resultados benéficos das intervenções instituídas, pois o percurso seria mais longo, lento e incerto. Foi possível, ao longo das seis semanas, depois de muita dedicação, observar os primeiros movimentos voluntários do utente que no final do estágio conseguia já comunicar com os profissionais de saúde, o que trouxe significado, a um nível mais pessoal, ao verdadeiro sentido da ER e à importância de manter a motivação, em ambas as partes da parceria EEER-utente.

Por último, faz-se referência às competências de reflexão e análise crítica, potenciando o autoconhecimento e promovendo uma constante aprendizagem e melhoria (OE, 2019a).

De acordo com o perfil de competências comuns do enfermeiro especialista, é essencial que se desenvolva autoconhecimento, o que permite o reconhecimento dos seus limites pessoais e profissionais e a gestão eficaz dos seus sentimentos e emoções, tornando mais eficiente a sua atuação (OE, 2019a). No âmbito das competências de desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista deve desenvolver-se no sentido de constante melhoria, pois responsabiliza-se por facilitar e motivar a aprendizagem entre a equipa (OE, 2019a).

O serviço de Ortopedia afigurou-se como uma nova realidade profissional. A constante autoavaliação dos conhecimentos e honesta confirmação das necessidades apresentadas é essencial para que se construa uma base sólida para o desenvolvimento de novas competências em áreas mais específicas. Deste modo, através de uma contínua reflexão e análise crítica dos conhecimentos e competências, foi possível constatar uma primeira necessidade de aprofundar os cuidados gerais de enfermagem em Ortopedia, bem como posteriores aspetos onde foi enriquecedor aplicar mais pesquisa e estudo. A enfermeira orientadora manteve um diálogo promotor da troca de conhecimento, estimulando à reavaliação frequentemente do processo de desenvolvimento profissional.

A valorização dada aos EEER neste serviço, onde são verdadeiros elementos de referência na equipa, e assumir esse papel com maior autonomia ao longo das semanas, levou à realização de uma introspeção e à compreensão da importância de manter conhecimentos vastos e atualizados, o que motivou um investimento nesse sentido. Por outro lado, a maior autonomia atribuída permitiu também que se tomasse consciência de quais os aspetos a necessitar de desenvolvimento, nomeadamente a gestão do tempo. Compreendendo a dificuldade de gerir a prestação de cuidados especializados a todos os utentes com necessidades, em poucas horas, foi possível desenvolver competências de organização e priorização.

Na UAVC a mesma postura foi adaptada. Assim, foi possível constatar a importância de aprofundar o conhecimento que já existia acerca do AVC e temáticas relacionadas, iniciando a pesquisa que se considerava essencial, antes do início do estágio, o que se foi muito útil e proveitoso. Ao longo do estágio, desenvolveu-se o conhecimento nas áreas onde ainda se identificavam possibilidades de melhoria, direcionando-o progressivamente para a relação do contexto clínico com a ER. Foi possível verificar que, em recompensa ao novo conjunto de conhecimentos adquirido, a prestação de cuidados especializados na UAVC melhorou, tal como o desempenho no serviço onde se desenvolve o atual exercício profissional, possibilitando a avaliação de utentes com AVC de forma mais completa e significativa, bem como o esclarecimento de dúvidas de colegas, o que trouxe uma grande satisfação pessoal e profissional.

A UHDP, tratando-se de um local com uma dinâmica de trabalho diferente e um projeto de reabilitação ainda em fase inicial de desenvolvimento, exigiu elevada adaptação, dedicação, organização e inovação. Em pleno período pandémico, o serviço encerrou por duas semanas devido a um surto por SARS-Cov2, o que levou à necessidade de reorganização do trabalho até então desenvolvido e procura de soluções realistas, mantendo a qualidade do estágio curricular e das aprendizagens. Tudo o que se identificou como necessidades e trabalho desenvolvido no sentido de as suprir, decorreu da reflexão e análise crítica constante. De salientar que os enfermeiros especialistas orientadores, bem como os restantes elementos da equipa, motivaram a sensação de pertença à equipa, valorizando o trabalho realizado e construído, o que permitiu uma benéfica construção de confiança e contribuiu positivamente para a evolução ao longo do percurso formativo.

Assim, é possível concluir que as competências de reflexão e análise crítica foram desenvolvidas nos três contextos de estágio.

Para que se desenvolva todas as competências já referidas, é essencial que o enfermeiro especialista assuma uma prática profissional baseada em normas legais, princípios éticos e na deontologia profissional, integrando o que já suportava a prática de cuidados gerais na prática especializada, de modo a garantir segurança e profissionalismo, tomadas de decisão éticas e deontológicas e com qualidade, em respeito pelos direitos humanos (OE, 2019a).

Em todos os estágios curriculares realizados, foi desenvolvida uma prática profissional que assegurou o respeito pelos utentes e pelas suas necessidades e prioridades, bem como pela sua liberdade, dando sempre preferência às suas decisões e utilizando a escuta ativa, de modo a adaptar e individualizar qualquer intervenção realizada ao utente em causa. O projeto de intervenção profissional e os estudos realizados no âmbito da avaliação curricular foram realizados em respeito e concordância para com a ética e deontologia da profissão de enfermagem, os princípios éticos e os direitos dos utentes (apêndice 1).

Deste modo, considera-se ter sido instituído na prática profissional o respeito pelas normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, garantindo segurança e

profissionalismo e alcançando práticas com qualidade e em respeito pelos direitos humanos (OE, 2019a).

O ciclo de estudos e, em concreto os estágios, permitiram consolidar competências de conhecimento e capacidade de compreensão, através do desenvolvimento progressivo nas áreas específicas dos estágios curriculares e do crescimento dos conhecimentos, competências e capacidades ao nível da ER; competências de aplicação de conhecimentos e compreensão, que se identificaram no desenvolver de práticas de cuidados especializados com qualidade, com base no conhecimento adquirido e desenvolvido a partir da evidência científica e da experiência adquirida nos estágios, com contributos importantes dos enfermeiros especialistas; competências de comunicação, que se evidenciaram pela possibilidade de proceder a avaliações minuciosas, promover a motivação e adesão dos utentes aos programas de reabilitação e divulgar conhecimentos e raciocínios na resposta não só à aprendizagem pessoal como também às necessidades individuais de doentes, familiares e equipas; competências de realização de julgamento/tomada de decisões, que permitiram, a partir da informação recolhida e das avaliações realizadas com os instrumentos validados e mais adequados, identificar os diagnósticos de enfermagem de reabilitação relevantes e realizar um planeamento adequado e individualizado, intervindo no sentido de contribuir para a melhoria na funcionalidade, qualidade de vida e conforto dos utentes, bem como apresentando soluções realistas para as necessidades prioritárias identificadas e, por fim, competências de autoaprendizagem, que permitiram um crescimento a nível pessoal e profissional, com benefícios ao longo do percurso formativo e de vida, pela possibilidade de prestar cuidados especializados com autonomia.

## Conclusão

A qualidade em saúde é uma responsabilidade de todos os profissionais da área e afigura-se como um desafio. Requer uma atualização constante de conhecimentos, a par do progresso e inovação caraterísticos da realidade atual, bem como que se considere o projeto de vida de cada pessoa, a sua individualidade e a forma como perspectiva o seu processo de saúde-doença (Rodrigues et al., 2011; Sousa P. , 2020)

A Funcionalidade e o Conforto são dois conceitos intimamente ligados e essenciais para qualquer ser humano. Enquanto a Funcionalidade permite o desempenho das Atividades de Vida (AV) e a integração na sociedade, o Conforto encontra-se na base do desenvolvimento humano, sendo indispensável ao crescimento pessoal e à recuperação de autonomia e independência. Sousa P. (2020, p. 13) refere que “o Conforto, de elevado interesse e potencial para o cuidado humano em saúde, é desejável à vida”.

Embora a prestação de cuidados com enfoque no Conforto não seja inteiramente responsabilidade dos profissionais de enfermagem, grande parte do cuidar promotor do Conforto surge da ação dos enfermeiros, pela forma humanizada e direccionada às necessidades prementes dos utentes com que é realizada (Sousa P. , 2020). Pela relação entre Funcionalidade e Conforto, bem como pelos inumeros benefícios que se pode obter da prestação de cuidados especializados em ER promotores de Conforto, compreende-se a importância de explorar a relação entre esta área de especialidade e a temática do Conforto.

A ER desenvolve-se com base em inúmeros referenciais teóricos, sendo que neste projeto de intervenção se destacaram a teoria de Meleis, a teoria de Orem e o modelo teórico de Roper, Logan e Tierney (Bastos & Silva, 2013; Queirós et al., 2014; Sousa et al., 2020). Das palavras destas autoras, é possível concluir a importância que uma adequada avaliação do indivíduo apresenta, ditando o grau de individualização dos cuidados, o que por sua vez contribui para o aumento da qualidade dos mesmos. Enquanto a ER valoriza a prestação de cuidados individualizados e humanizados, o nível de Conforto é traduzido pela adaptação das intervenções às necessidades concretas dos utentes, o que é alcançado através do estabelecimento de uma relação terapêutica, uma relação interpessoal caraterizada pela humanização do utente e permitida pelas qualidades humanas e profissionais de quem a estabelece e desenvolve (Sousa P. , 2020). Assim, integrar o Conforto na prestação de cuidados de ER, significa torna-los significativos, individualizados e dotados de maior qualidade, o que confere satisfação aos utentes e aos profissionais.

O Conforto, segundo a Teoria do Conforto de Kolcaba (1991), adapta-se a todas as vertentes da prática profissional de Enfermagem, é transversal a todos os grupos etários e significativa em contexto hospitalar, em domicílio e na comunidade. Integrar a preocupação pelo conforto nos cuidados permite aos utentes alcançar alívio do desconforto; melhor relação

enfermeiro-utente; menor ansiedade, sentimentos de culpa e preocupações; melhor autoestima; aumento da sensação de segurança e melhor tolerância para colaborar em procedimentos, além disso permite ainda maior satisfação dos utentes para com os cuidados; melhor desempenho profissional dos enfermeiros; maiores períodos de contrato profissional dos enfermeiros para com a instituição; períodos de internamento mais curtos e menos readmissões e ainda melhores rácios de custo-benefício para as instituições (Peterson & Bredow, 2013; Pinto et al., 2017).

Sousa P. e Kolcaba fazem referência à importância de existir uma avaliação do Conforto a fim de tornar completa a intervenção focada no mesmo e de se obter uma avaliação dos resultados obtidos. Em concordância com o descrito, através da aplicação do projeto de intervenção no contexto dos estágios curriculares foi possível avaliar e reavaliar o Conforto, o que forneceu dados importantes (Apóstolo J. , 2009; Sousa P. , 2020).

As intervenções aplicadas, derivadas de um planeamento realizado com base nas necessidades dos utentes em ER e em Conforto e, assim, individualizado, centrado no utente, foram diversas. Caracterizadas por idêntico carácter de individualidade, a sua maioria centra-se na capacitação do utente, no sentido de manter ou recuperar a sua autonomia e independência, através do fornecimento da informação que necessita e que pretende, da estimulação e valorização da sua capacidade de decisão e pelo desenvolvimento de uma relação terapêutica que permite a gestão de expectativas, a verbalização de preocupações e necessidades e a promoção da resiliência.

Ao longo da aplicação no contexto prático do projeto de intervenção, verificou-se a importância de ter em conta as variáveis afetas ao Conforto, abordadas por Peterson e Bredow (2013) ao clarificar a Teoria do Conforto de Kolcaba (1991), na medida em que estas assumem um importante fator de influência na evolução do Conforto. O EEER, ao abordar o Conforto na sua intervenção, deve assumir resultados esperados realistas, tendo em conta estas variáveis, que incluem a noção de que as necessidades em Conforto estão em constante mudança e não assumem uma evolução num sentido linear.

Neste projeto de intervenção, os utentes apresentaram progressões positivas mensuráveis e não mensuráveis ao nível da sua funcionalidade, bem como melhorias mensuráveis ao nível do Conforto. Também a equipa de Enfermagem do segundo contexto de estágio curricular mostrou satisfação para com a prestação de cuidados de Enfermagem e de ER direccionados para as necessidades em Conforto dos utentes. Dado que na UHDP, todos os utentes avaliam a equipa e o período de acompanhamento pela mesma, através de questionários de satisfação preenchidos no momento da alta, que servem para orientar a equipa no sentido de promover estratégias de melhoria da qualidade, seria interessante compreender se uma intervenção focada no Conforto levaria a melhores resultados ao nível dos questionários de satisfação, podendo identificar-se este tema como sugestão de posteriores investigações na área.

Relativamente a possíveis limitações do projeto e sugestões de melhoria, salienta-se que a escala de Conforto Holístico – Doentes crónicos (HCQ-PT-DC) (Querido & Dixe, 2012) foi

validada em Portugal, porém em utentes com doença crónica avançada e progressiva. Tal como a literatura sugere, o Conforto é considerado principalmente em final de vida ou associado a ausência de desconforto físico. Pretende-se com este projeto tornar mais abrangente a valorização da avaliação do Conforto, pela forma como assume importância em qualquer indivíduo, independentemente das condições sociodemográficas e da sua condição de saúde/doença e sugerir a validação da escala para diferentes tipos de amostra populacional. Em adição, faz-se notar que é requerido para preenchimento da escala em questão, a obtenção de um valor que traduza a ausência de defeito cognitivo no MMSE, o que reduz substancialmente o número de utentes que podem ser submetidos à avaliação do Conforto. Muitos dos utentes que beneficiam de cuidados de ER não possuem uma capacidade cognitiva íntegra para a aplicação da escala, porém também apresentam e conseguem expressar necessidades em Conforto, pelo que se conclui como importante a identificação de uma escala adaptada a utentes com estas características.

Salienta-se ainda que o momento da alta se caracteriza pela presença de fatores que podem comprometer o Conforto, como maior insegurança, receio do futuro, alterações do âmbito social (maior isolamento por ausência de profissionais de saúde), preocupações, processo de recuperação ainda em desenvolvimento, entre outros. Conclui-se, a partir dos dados obtidos no projeto de intervenção, que a avaliação do Conforto no momento da alta contribui com informações importantes para os profissionais, a partir das quais é possível identificar as principais necessidades em Conforto neste período de transição e, assim, proceder a melhorias da prática no sentido da promoção de uma adequada preparação para a alta, que comprometa o menos possível o Conforto e aumente a qualidade de vida dos utentes.

Sousa P. (2020, p. 123) indica que “se o conforto é desejado, então deverá ser estudado enquanto fenómeno relevante e resultado intencional das ações dos enfermeiros”. Deste modo e em confluência com o abordado ao longo do relatório, poderia considerar-se ir mais longe e entender o Conforto como indicador de resultados em saúde, pela influência que apresenta na saúde e na qualidade de vida nos utentes, bem como pela forma como pode ser influenciado pela ação dos profissionais de saúde em geral.

É também referido pela mesma autora que “se intervir e promover conforto é fundamental, parece ser consensual que intervir e promover conforto à pessoa surge como um dever para os profissionais de saúde e como intenção principal de intervenção do enfermeiro, visando o conforto pleno e a qualidade de vida da pessoa” (Sousa P. , 2020, p. 127). Assim, em concordância com o descrito e com as informações obtidas através do projeto de intervenção, conclui-se que, pelos inúmeros benefícios que a avaliação do Conforto e uma intervenção focada no mesmo pode trazer aos utentes, equipas e sistema de saúde em geral, é importante integrar os Enfermeiros Especialistas em ER na valorização do Conforto, sendo elementos dinamizadores que podem consciencializar outros profissionais de saúde para a temática, promovendo a exploração do conceito e a investigação na área.

Por último, importa referir que, alguns resultados, principalmente aqueles que exigem uma intervenção mais prolongada ou que se identificam a longo prazo, não puderam ser equacionados no projeto de intervenção. O cumprimento de *timelines* relacionadas com a duração do estágio curricular, horários dos enfermeiros orientadores, horário do local de exercício profissional, bem como situações como a alta de utentes da qual não havia conhecimento prévio e ainda o encerramento provisório da UHDP durante duas semanas devido a um surto de SARS-COV2, foram fatores que contribuíram negativamente para que se obtivessem mais resultados positivos mensuráveis.

## Referências

- Adamy, E., Zocche, D., Vendruscolo, C., & Almeida, M. (2020). Nursing education process: what the scientific productions provide. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 12, 800-807. [http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7502/pdf\\_1](http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7502/pdf_1)
- American Academy of CME. (2021). *National Institutes of Health Escala de AVC. Instruções de Pontuação*. National Institutes of Health Stroke Scale. [http://www.nihstrokescale.org/Portuguese/2\\_NIHSS-portugu%C3%AAs-site.pdf](http://www.nihstrokescale.org/Portuguese/2_NIHSS-portugu%C3%AAs-site.pdf)
- Apóstolo, J. (20 de março de 2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(9), pp. 61-67. [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2133&id\\_revista=4&id\\_edicao=26](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2133&id_revista=4&id_edicao=26)
- Apóstolo, J. L. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria*. Rede Alumni da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. [https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id\\_ficheiro=20538&codigo=688697509](https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509).
- Assembleia da República. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015). *Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16*, pp. 8059 - 8105. Diário da República Eletrónico. [https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p\\_auth=eVIwl6Va](https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p_auth=eVIwl6Va)
- Babic, R., Babic, M., Rastovi, P., Curlin, M., Simic, J., Mandi, K., & Pavlovi, K. (2020). Resilience in health and illness. *Psychiatria Danubina*, 32. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32970640/>
- Bastos, F. S., & Silva, A. (2013). *A pessoa com doença crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico* [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/11990>
- Batista, A. M. (Julho de 2019). *Capacitação para o autocuidado da pessoa idosa na RNCCI, contributos dos cuidados de enfermagem de reabilitação* [Dissertação de Mestrado, IPS-ESS-Escola Superior de Saúde] Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/30394>
- Berwanger, D., Matos, F., Oliveira, J., Alves, D., Hofstatter, L., Tonini, N., & Neta, A. (2019). Processo de enfermagem: vantagens e desvantagens para a prática clínica do enfermeiro. *Nursing*, 22(257). <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/385/365>

- Coelho, A., Parola, V., Cardoso, D., Bravo, M., & Apóstolo, J. (2017). Use of non-pharmacological interventions for comforting patients in palliative care: a scoping review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(7), pp. 1867-1904.  
[https://journals.lww.com/jbisrir/Abstract/2017/07000/Use\\_of\\_non\\_pharmacological\\_interventions\\_for.14.aspx](https://journals.lww.com/jbisrir/Abstract/2017/07000/Use_of_non_pharmacological_interventions_for.14.aspx)
- Costa, M., Pereira, A., Andrade, N., & Miranda, S. (janeiro-março de 2019). Roteiros de instrumentos e escalas de avaliação. *Percursos*, 11, 8-10.  
[http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_11.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_11.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (27 de dezembro de 2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Norma da Direção-Geral da Saúde nº 054/2011.  
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2019 de agosto de 2019a). *Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica no Adulto*. Norma da Direção-Geral da Saúde nº 005/2019.  
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/08/diagnostico-tratamento-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica-adulto-2019.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (9 de dezembro de 2019b). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Norma da Direção-Geral da Saúde nº 008/2019.  
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- European Stroke Organization. (novembro de 2008). *Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico Transitório*. *Sinapse*, 8(2).  
[https://www.spneurologia.com/edition\\_download.php?id=59](https://www.spneurologia.com/edition_download.php?id=59)
- Ferreira, A., & Reis, M. (2017). *Avaliação da deglutição com a aplicação da escala GUSS: Contribuição para a enfermagem de reabilitação* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora]. Repositório da Universidade de Évora.  
<http://hdl.handle.net/10174/21775>
- Florence, J., Pandya, S., King, W., Robison, J., Baty, J., Miller, J., . . . Signore, L. (fevereiro de 1992). Intrarater reliability of manual muscle test (Medical Research Council scale) grades in Duchenne's muscular dystrophy. *Physical Therapy & Rehabilitation Journal*, 72(2). <https://doi.org/10.1093/ptj/72.2.115>
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Lusociência.

- Galvão, M. T., & Janeiro, J. M. (janeiro de 2013). O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, 17(1). <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v17n1a19.pdf>
- Giehl, B., & Vilagra, J. (2014). Independência Funcional de Amputados Transtibiais Protetizados. *Fiep Bulletin*, 84(2). <http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/4562>
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à População Portuguesa da Tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9). <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2503/6/Mini-Exame%20do%20Estado%20Mental.pdf>
- Herdman, T., & Kamitsuru, S. (2018-2020). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I. Definições e Classificação* (11<sup>a</sup> ed.). Artmed. <http://www.podiatra.com.br/uploads/trabalho/149.pdf>
- HESE E.P.E. (2021). *Ortopedia*. Hospital Espírito Santo, E.P.E. <http://www.hevora.min-saude.pt/2020/01/08/ortopedia/>
- HESE, E.P.E. (2021). *O Hospital*. Hospital Espírito Santo, E.P.E. <http://www.hevora.min-saude.pt/2019/12/27/o-hospital/>
- INE. (14 de junho de 2021). *Base de Dados*. Instituto Nacional de Estatística. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0008273&selTab=tab0](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0008273&selTab=tab0)
- Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde. (2015). *Escala de Coma de Glasgow: Avalie da seguinte forma*. Glasgow Scale. <https://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>
- International Council of Nurses. (2021). *Browser CIPE*. International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Khedr, E., Abdelrahman, A., Desoky, T., Zaki, A., & Gamea, A. (06 de julho de 2020). Post-stroke depression: frequency, risk factors, and impact on quality of life among 103 stroke patients—hospital-based study. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 56(66). <https://ejnnpn.springeropen.com/articles/10.1186/s41983-020-00199-8>

- Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), pp. 237-240.  
[https://www.researchgate.net/publication/21217515\\_A\\_Taxonomic\\_Structure\\_for\\_the\\_Concept\\_Comfort](https://www.researchgate.net/publication/21217515_A_Taxonomic_Structure_for_the_Concept_Comfort)
- Leal, C., Ávila, R., & Cunha, S. d. (26 de fevereiro de 2017). *O Papel do Enfermeiro de Reabilitação no AVC*. Ordem dos Enfermeiros.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/3620/o-avc.pdf>
- Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: Proposta de uma Teoria de Médio Alcance*. Formasau.
- Lucas, B., Cox, C., Perry, L., & Bridges, J. (2013). Pre-operative preparation of patients for total knee replacement: An action research study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 17(2).  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1878124112000937?via%3Dihub>
- Machado, A. M., Machado, M. M., & Petronilho, F. A. (março de 2018). *As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho.  
<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/55881/1/Ana%20Marisa%20Marques%20Machado.pdf>
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (8ª ed.). ReportNumber.
- Martins, M., Ribeiro, O., & Ventura Da Silva, J. (2018). Orientações conceituais dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em hospitais portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2).  
<https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/96>
- Medical Research Council. (1976). Aids to the examination of the peripheral nervous system. *Memorandum No. 45*. <https://mrc.ukri.org/documents/pdf/aids-to-the-examination-of-the-peripheral-nervous-system-mrc-memorandum-no-45-superseding-war-memorandum-no-7/>
- Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior. (2016). Decreto-Lei n.º 63/2016. *Diário República, 1.ª série — N.º 176 — 13 de setembro de 2016*, 2746 - 2749.  
<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/63-2016-75319452>

- Morse, J. (setembro de 2000). On Comfort and Comforting. *American Journal of Nursing*, pp. 34-38.
- Mussi, F. (agosto de 1996). Conforto: Revisão de Literatura. *Rev. Esc. Enf. USP*, 30(2), pp. 254-66. <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n2/v30n2a06.pdf>
- Nunes, L. (março-abril de 2016). Ética em Enfermagem. Humanização dos Cuidados em Saúde. *Revista Servir*, 59(2), pp. 7-17. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14209/1/Limites%20eticos%20agir%20enfermeiro\\_%20Rev%20Servir\\_2016.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14209/1/Limites%20eticos%20agir%20enfermeiro_%20Rev%20Servir_2016.pdf)
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de enfermagem*. IPS, ESS, Departamento de Enfermagem. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook\\_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf\\_jun%202020.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf)
- Nunes, L., Amaral, M., & Rogério, G. (2005). *Código deontológico dos enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (29 de dezembro de 2014). *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](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDados/DocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDados/DocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (06 de fevereiro de 2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (n.º 140/2019) - Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06*. Diário da República Eletrónico. <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros. (03 de maio de 2019). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (n.º 392/2019) - Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03*. Diário da República Eletrónico. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/122216893/details/normal?!=1>

- Pereira, D., Martins, T., & Puga, P. (2012). *Avaliação Inicial do Familiar Cuidador: Estudo de Adequação de um Instrumento* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/9341>
- Peterson, S., & Bredow, T. (2013). *Middle range theories: Application to nursing research* (3ª edição ed.). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Petronilho, F. A., Pereira, C. M., & Magalhães, A. I. (setembro de 2017). Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(14), pp. 39-48. <https://hdl.handle.net/1822/53844>
- Pina, B. M., & Baixinho, C. L. (2020). Vantagens da Consulta Pré-operatória na Reabilitação da Pessoa Submetida a Artroplastia da Anca: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1). <http://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/120/72>
- Pinto, S., Caldeira, S., Martins, J., & Rodgers, B. (2017). Evolutionary Analysis of the Concept of Comfort. *Holistic Nursing Practice*, 31(4), pp. 243-252. <https://10.1097/HNP.0000000000000217>
- Priberam. (2008-2021). "Conforto". Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. <https://dicionario.priberam.org/conforto>
- Puchi, C., Paravic-Klijn, T., & Salazar, A. (2018). The Comfort Theory as a Theoretical Framework Applied to a Clinical Case of Hospital at Home. *Holistic Nursing Practice*, 32(5), pp. 228–239. <https://10.1097/HNP.0000000000000275>
- Quadro Nacional de Qualificações do Ensino Superior. (2011). *Relatório da Comissão Internacional sobre a Verificação da Compatibilidade com o Quadro de Qualificações do Espaço Europeu do Ensino Superior*. [https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio\\_referenciacao\\_ensino\\_superior\\_portugal\\_qq-ees\\_0.pdf](https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-ees_0.pdf)
- Queirós, P. J., Vidinha, T. S., & Almeida Filho, A. J. (2014). Autocuidado : o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(3). <https://10.12707/RIV14081>
- Querido, A., & Dixe, M. (outubro de 2012). *A Promoção da Esperança em Fim de Vida. Avaliação da Efetividade de um Programa de Intervenção em Pessoas com Doença Crónica Avançada e Progressiva* [Tese de Doutoramento, Universidade Católica

Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa.  
<http://hdl.handle.net/10400.14/16962>

- Ramos-Lima, M., Brasileiro, I., Layane de Lima, T., & Braga-Neto, P. (2018). Quality of life after stroke: impact of clinical and sociodemographic factors. *Clinics*, 73(e418).  
<https://doi.org/10.6061/clinics/2017/e418>
- Reis, G., & Bule, M. J. (2017). Capacitação e Atividade de Vida. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao longo da Vida* (pp. 57-66). Lusodidacta.
- Ribeiro, O., Martins, M., Daisy Maria Rizatto, T., & Forte, E. (2018). Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39.  
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0174>
- Rodrigues, M., & Querido, A. (setembro de 2018). *Capacidades Autopercecionadas pelo Cuidador Informal no Cuidado à Pessoa Dependente* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Leiria]. Repositório do Politécnico de Leiria.  
<http://hdl.handle.net/10400.8/3842>
- Rodrigues, S. V., Vieira, M., & Charepe, Z. (julho de 2011). *Aprendizagem dos Enfermeiros ao Longo da Vida - Adaptação e Validação da escala de Jefferson* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/15840>
- Rosa, A. S., Fragoeiro, I., & Reis, M. (2013). *Avaliação do Risco de Quedas em Idosos que frequentam os Serviço de Fisioterapia do SESARAM, E.P.E* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Madeira]. Repositório Científico Digital da Universidade da Madeira.  
<http://hdl.handle.net/10400.13/594>
- Schoeller, S., Martins, M., Ribeiro, I., Gomes, B., Souza Lima, D., & Padilha, M. (2018). Breve panorama mundial da Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1). <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/11/4>
- Serviço Nacional de Saúde. (29 de abril de 2021). *Hospitalização domiciliária em Évora*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/04/29/hospitalizacao-domiciliaria-em-evora/>
- Silva, C. A., Sousa, M., & Granadeiro, L. (outubro de 2013). *Avaliação do estado funcional dos doentes admitidos num hospital regional com diagnóstico de AVC isquémico* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório Digital da Universidade da Beira Interior. <http://hdl.handle.net/10400.6/1638>

- Simão de Oliveira, C. (2013). Conforto e bem-estar enquanto conceitos em uso em enfermagem. *Revista Pensar Enfermagem*, 17(2).  
[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23888/1/PE17-2\\_Artigo1\\_2\\_8%281%29.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23888/1/PE17-2_Artigo1_2_8%281%29.pdf)
- Simão de Oliveira, C., & Lopes, M. (2010). Construir Laços de Confiança e Promover o Conforto. *Pensar Enfermagem*, 14(1).  
[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23963/1/2010\\_14\\_1\\_67-74%281%29.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23963/1/2010_14_1_67-74%281%29.pdf)
- Sousa, L., Martins, M., & Novo, A. (08 de agosto de 2020). A Enfermagem de Reabilitação no Empoderamento e Capacitação da Pessoa em Processos de Transição Saúde-Doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1).  
<https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/132/85>
- Sousa, M., & Bastos, F. (2021). Hipertensão e Diabetes - Um cluster, um desafio para promoção da autogestão do regime terapêutico. Em *Autocuidado: um foco central da enfermagem* (pp. 124 - 142). <http://hdl.handle.net/10400.26/39532>
- Sousa, P. (2020). *O Conforto da Pessoa Idosa* (2ª ed.). Universidade Católica.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Lusociência.
- Wensley, C., Botti, M., McKillop, A., & Merry, A. (24 de fevereiro de 2020). Maximising comfort: how do patients describe the care that matters? A two stage qualitative descriptive study to develop a quality improvement framework for comfort-related care in inpatient settings. *BJM Open*, 10(e033336). <https://10.1136/bmjopen-2019-033336>
- World Health Organization. (outubro de 2006). *Constitution of the World Health Organization*. Obtido de World Health Organization.  
[https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)
- Yin, R. K. (2010). *Estudo de Caso - Planejamento e Métodos* (4ª ed.). Bookman.

## Apêndices

### Apêndice 1: Projeto de Intervenção Profissional

#### MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Universidade de Évora  
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus  
Mestrado em Enfermagem – Especialidade Enfermagem de Reabilitação  
Ano Letivo 2021/2022

O Conforto nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação  
Projeto de Estágio

**Docente:** Professora Maria José Bule  
*Escola Superior de Enfermagem São João de Deus*  
*Universidade de Évora*

**Discente:**  
Patrícia Fialho, nº m47228

## Índice

Introdução .....	94
O conforto nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.....	94
Objetivos .....	95
Participantes .....	96
Procedimentos Metodológicos .....	96
Etapas do Projeto de Intervenção .....	97
Análise de dados .....	98
Considerações Finais.....	98
Referências .....	99
Anexos.....	102
Anexo 1 – Declaração de Consentimento Informado .....	102
Anexo 2 – Medida de Independência Funcional .....	103
Anexo 3 – <i>Mini Mental State Examination</i> .....	105
Anexo 4 - <i>Medical Research Council Muscle Scale</i> .....	107
Anexo 5 – Avaliação ambiental de risco de queda, adaptado para Português .....	108
Anexo 6 – Teste de Tinetti .....	109
Anexo 7 – <i>Medical Research Council</i> modificada.....	111
Anexo 8 – Escala de Conforto Holístico – Doentes crónicos (HCQ-PT-DC) .....	112
Anexo 9 – Pedido de acesso ao Instrumento Escala de Conforto Holístico – Doentes Crónicos (HCQ-PT-DC).....	113
Anexo 10 – Cronograma .....	114

## Introdução

O presente projeto de estágio apresenta uma proposta estruturada de desenvolvimento de competências, integrando uma problematização em torno da qual se desenha a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

Neste percurso formativo proponho-me a intervir no sentido da promoção e recuperação da funcionalidade dos utentes, em concordância com os objetivos definidos no âmbito do ciclo de estudos, bem como a caracterizar a perceção de conforto dos utentes assistidos por EEER, identificando as suas principais necessidades em conforto, durante a prestação de cuidados e os fatores de conforto relevantes para os resultados dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

O presente documento inicia-se com a fundamentação do projeto, seguindo-se os objetivos e procedimentos metodológicos, terminando com considerações finais, referências bibliográficas e anexos. É elaborado segundo a Norma da *American Psychological Association* (APA) 7ª edição e o acordo ortográfico em vigor.

### O conforto nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Segundo a CIPE, versão 2019 (ICN, 2021), conforto define-se como “sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal”. Este é um conceito baseado meramente em condições físicas, sem atualização desde 1999. Embora esta vertente não possa ser descartada, a literatura da atualidade permite afirmar que a conceptualização do conforto é mais abrangente, com múltiplas dimensões em consideração (Pinto et al., 2017).

O conceito de conforto é complexo, englobando múltiplas dimensões do ser humano; dinâmico, por se modificar de acordo com as experiências de vida e individual, com características específicas para cada pessoa. É positivo e holístico, devendo considerar-se como mais que a soma das vertentes que o constituem e concretiza-se através da satisfação das necessidades humanas, a fim de alcançar alívio, tranquilidade e transcendência em diferentes contextos (Pinto et al., 2017).

Constata-se atualmente uma preocupação crescente com o tema. Saliento um estudo que se propõe a representar as perspetivas dos utentes em relação ao seu conforto, de modo a guiar a prática com contributos para a qualidade. Neste, é apresentada a sigla “CALM”, que significa “*Comfort ALways Matters*”, através da qual se apresentam os fatores que influenciam o conforto (cultura, a espiritualidade, a família, entre outros). Os autores referem também como essencial a existência de uma forte liderança para instituir nos cuidados as mudanças necessárias (Wensley et al., 2020).

Um outro estudo importa ser referido por apresentar a aplicação da Teoria do Conforto de Kolcaba na prestação de cuidados de enfermagem a um adulto com Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) internado em regime de hospitalização domiciliária. Os autores concluem que foi possível e fácil aplicar a teoria no caso concreto, com resultados positivos. Começaram

pela avaliação das necessidades de conforto do doente, seguindo o processo de enfermagem com o objetivo de intervir com base nas variáveis objetivas e subjetivas que se relacionam com a percepção de conforto do indivíduo em causa (Puchi et al., 2018).

A investigação sobre a temática do conforto foi impulsionada pelos trabalhos de Morse e, principalmente, pela Teoria do Conforto de Kolcaba, pela forma como operacionalizou e conceptualizou o conforto, definindo-o em quatro contextos (social, físico, psicoespiritual e ambiental) e em três tipos (alívio, tranquilidade e transcendência). Integrar a preocupação pelo conforto nos cuidados permite alívio do desconforto, satisfação, melhor relação enfermeiro-utente, menor ansiedade, sentimentos de culpa e preocupações, melhor autoestima, aumento da sensação de segurança e melhor tolerância para colaborar em procedimentos (Pinto et al., 2017).

Deste modo, considerando os conceitos atuais, as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação e partindo da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, é possível estabelecer a relação entre a Enfermagem de Reabilitação e a necessidade de compreender, avaliar e atender às necessidades de conforto dos utentes (Kolcaba, 1991; OE, 2019a, 2019b). Sem intervir ao nível das necessidades em conforto da pessoa, não se reúnem condições para instituir e progredir num programa de reabilitação, pois a funcionalidade, e a motivação para a alcançar, requerem conforto (Kolcaba, 1991; Simão de Oliveira & Lopes, 2010).

Como Sousa P. (2020, p. 25) refere: “a investigação demonstra que os doentes que se sentem mais confortáveis ficam mais fortalecidos, conseguem superar melhor as dificuldades e os obstáculos, adaptam-se melhor às limitações, curam-se mais depressa e reabilitam-se de uma forma mais completa”. Tal como Kolcaba, que perspetiva o processo do conforto como incompleto se não incluir uma avaliação (Apóstolo J. , 2009), Sousa P. (2020), indica que é essencial a determinação da percepção das necessidades de conforto totais da pessoa, das intervenções executadas neste sentido e a avaliação dos resultados.

Assim, compreende-se a importância do conforto, sendo essencial que se proceda à sua avaliação e à elaboração de diagnósticos e intervenções no sentido de o promover, ao nível dos cuidados de enfermagem de reabilitação, bem como que se mantenha a investigação e produção de conhecimento sobre esta temática com contributos para os utentes e para a qualidade dos cuidados.

## **Objetivos**

Ao longo dos estágios curriculares pretende-se alcançar um conjunto de objetivos que incluem: avaliar a funcionalidade e formular diagnósticos que traduzem os défices identificados; diagnosticar, planear, executar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação; implementar programas de reabilitação adequados e individualizados, que maximizem a funcionalidade e qualidade de vida; capacitar os indivíduos com incapacidade, limitação e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania; desenvolver programas de

treino de AVD e de utilização de produtos de apoio; gerir os cuidados e desenvolver projetos, atuando em articulação com a equipa multidisciplinar e maximizando as respostas da equipa de enfermagem e produzir conhecimento, apresentando dados que revelem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação (OE, 2019a, 2019b).

Ao nível do projeto de intervenção tem-se como objetivos:

- Caracterizar a perceção de conforto dos utentes assistidos por EEER, em contexto de domicílio e internamento;
- Identificar as principais necessidades em conforto durante a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação;
- Identificar os fatores de conforto relevantes para os resultados dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

### **Participantes**

No presente projeto de intervenção participam os utentes que, no período de 13 de setembro de 2021 a 23 de janeiro de 2022, sejam alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação nos contextos clínicos em que os estágios curriculares se desenvolvem e que, de forma livre e esclarecida, aceitem integrar o plano de intervenção do EEER respeitando, em concordância com a ética e deontologia da profissão de enfermagem, os princípios da beneficência, não maleficência, justiça e respeito pela autonomia, bem como o direito à liberdade e autodeterminação dos utentes.

Deste modo, a acessibilidade aos participantes é circunstancial, sendo transmitida a informação essencial à sua participação, decisão e autorização, que é efetivada através da assinatura da declaração de consentimento informado (anexo 1). O anonimato dos participantes é mantido ao longo de todo o projeto e os dados obtidos serão única e exclusivamente utilizados para fins académicos e de divulgação científica.

Está salvaguardada a possibilidade de, em qualquer etapa do projeto, os participantes cessarem a colaboração sem que dessa decisão haja consequências.

### **Procedimentos Metodológicos**

A metodologia do projeto de intervenção corresponde a um estudo de caso descritivo, segundo Robert Yin (2010). As etapas do projeto organizam-se, de acordo com a teoria de intervenção terapêutica de Manuel Lopes (2006), em avaliação diagnóstica, que inclui a colheita de dados, reavaliação do planeamento e acompanhamento da prestação de cuidados e em intervenção terapêutica de enfermagem, que perspetiva toda a intervenção do EEER, incluindo a relação enfermeiro-doente, as intervenções de enfermagem, a gestão de sentimentos por parte dos profissionais e a gestão da informação, no sentido de educar o indivíduo para o autocuidado.

## **Etapas do Projeto de Intervenção**

O projeto de intervenção decorre ao longo dos estágios curriculares, em contexto clínico, sob supervisão, enquadrando-se no âmbito do ciclo de estudos. O primeiro estágio curricular tem lugar em serviço de Ortopedia, enquanto o segundo estágio será realizado em dois contextos: Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC) e Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente (UHDP), em hospital central do Alentejo central. A escolha foi realizada por se apresentarem como áreas de interesse pessoal e locais com elevado potencial para oportunidades excecionais de aprendizagem.

Em concordância com a teoria de médio alcance de Lopes (2006), a primeira etapa do projeto é a avaliação diagnóstica, desenvolvida no primeiro contacto com o utente, com recurso a instrumentos de avaliação traduzidos para português e validados para a população portuguesa, nomeadamente a avaliação da funcionalidade pela Medida da Independência Funcional (MIF) (DGS, 2011; Giehl & Vilagra, 2014; OE, 2016) (anexo 2), avaliação das funções cognitivas pelo *Mini-Mental State Examination* (Guerreiro, et al., 1994; DGS, 2019) (anexo 3), avaliação manual da força muscular pela *Medical Research Council Muscle Scale* (Medical Research Council, 1976; OE, 2016) (anexo 4), avaliação da amplitude articular pela técnica de goniometria, avaliação ambiental de risco de quedas (anexo 5), adaptada para a língua portuguesa (Apóstolo J. L., 2012), avaliação do equilíbrio pelo Teste de Tinetti (Apóstolo J. L., 2012; Rosa et al., 2013) (anexo 6), avaliação de episódios de dispneia pela escala *Medical Research Council* modificada (OE, 2016; DGS, 2019) (anexo 7). A avaliação do conforto será realizada sempre que a capacidade cognitiva do utente assim o permita, através da escala de Conforto Holístico – Doentes crónicos (HCQ-PT-DC) (anexo 8), a qual foi autorizada pela autora (anexo 9). Sempre que relevantes, dados relacionados com histórico de doenças e de eventos cirúrgicos, terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas e a exames complementares de diagnóstico, serão extraídos dos processos clínicos.

Os dados recolhidos são analisados na perspetiva clínica de definição dos diagnósticos de enfermagem a partir dos quais se definem planos de intervenção na área da especialidade, sendo os mais frequentes o autocuidado comprometido, conhecimento não demonstrado, movimento muscular diminuído, rigidez articular presente, risco de queda, equilíbrio corporal diminuído, capacidade para posicionar-se/andar comprometida e, sempre que aplicável, conforto comprometido (OE, 2014). A segunda etapa do projeto coaduna com a intervenção terapêutica, onde se irá elaborar um plano de intervenção fundamentado, que emerge da etapa anterior, com base em evidências e/ou recomendações de Comissões científicas, validado pelos supervisores e orientadores. Este plano será executado sob supervisão direta de EEER.

A terceira e final etapa consiste na avaliação dos resultados, utilizando os instrumentos de avaliação descritos na primeira etapa, de modo a apurar os resultados sensíveis aos cuidados de EEER e, se necessário, redefinir o plano de intervenção.

O projeto decorrerá entre junho de 2020 e março de 2021 (anexo 10).

### **Análise de dados**

A recolha de dados é realizada pelo autor, os registos são realizados nos impressos próprios, de forma anónima, com indentificador alfa numérico: Caso nº\_\_\_\_; Avaliação nº\_\_\_\_. A análise dos dados é de natureza descritiva, realizada para cada um dos casos, com recurso ao software IBM SPSS statistics 24. A apresentação em relatório ou publicação preserva o anonimato das fontes e a omissão de referências passíveis de identificação.

### **Considerações Finais**

O conforto encontra-se na base do desenvolvimento humano, sendo indispensável ao crescimento pessoal e à recuperação de independência. Sousa P. (2020, p.13) refere que “o Conforto, de elevado interesse e potencial para o cuidado humano em saúde, é desejável à vida”. Com isto em mente, ao longo do presente projeto foi fundamentada a temática da presente proposta de projeto e salientada a sua pertinência. Procedeu-se à conceptualização do conforto, com referência ao percurso da investigação sobre esta temática e à sua importância para os cuidados de enfermagem de Reabilitação.

Todo o contexto de estágios e de desenvolvimento do projeto ocorre em ambiente clínico real e como tal suscetível de intercorrências e limitações que se procuram controlar através da avaliação constante dos participantes e da revisão do plano de intervenção (i.e. atividades e intensidade das mesmas) por forma a garantir a segurança e o resultado terapêutico a alcançar.

## Referências

- Apóstolo, J. (20 de março de 2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(9), pp. 61-67. [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2133&id\\_revista=4&id\\_edicao=26](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2133&id_revista=4&id_edicao=26)
- Apóstolo, J. L. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria*. Rede Alumni da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. [https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id\\_ficheiro=20538&codigo=688697509](https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509).
- Direção-Geral da Saúde. (27 de dezembro de 2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Norma da Direção-Geral da Saúde nº 054/2011. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2019 de agosto de 2019). *Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica no Adulto*. Norma da Direção-Geral da Saúde nº 005/2019. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/08/diagnostico-tratamento-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica-adulto-2019.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (9 de dezembro de 2019). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Norma da Direção-Geral da Saúde nº 008/2019. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- Giehl, B., & Vilagra, J. (2014). Independência Funcional de Amputados Transtibiais Protetizados. *Fiep Bulletin*, 84(2). <http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/4562>
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à População Portuguesa da Tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9). <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2503/6/Mini-Exame%20do%20Estado%20Mental.pdf>
- International Council of Nurses. (2021). *Browser CIPE*. International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), pp. 237-240.

[https://www.researchgate.net/publication/21217515\\_A\\_Taxonomic\\_Structure\\_for\\_the\\_Concept\\_Comfort](https://www.researchgate.net/publication/21217515_A_Taxonomic_Structure_for_the_Concept_Comfort)

Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: Proposta de uma Teoria de Médio Alcance*. Formasau.

Medical Research Council. (1976). Aids to the examination of the peripheral nervous system. *Memorandum No. 45*. <https://mrc.ukri.org/documents/pdf/aids-to-the-examination-of-the-peripheral-nervous-system-mrc-memorandum-no-45-superseding-war-memorandum-no-7/>

Ordem dos Enfermeiros. (06 de fevereiro de 2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (n.º 140/2019) - Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06*. Diário da República Eletrónico. <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

Ordem dos Enfermeiros. (03 de maio de 2019). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (n.º 392/2019) - Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03*. Diário da República Eletrónico. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/122216893/details/normal?l=1>

Ordem dos Enfermeiros. (29 de dezembro de 2014). *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](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)

Pinto, S., Caldeira, S., Martins, J., & Rodgers, B. (2017). Evolutionary Analysis of the Concept of Comfort. *Holistic Nursing Practice*, 31(4), pp. 243-252. <https://10.1097/HNP.0000000000000217>

Puchi, C., Paravic-Klijn, T., & Salazar, A. (2018). The Comfort Theory as a Theoretical Framework Applied to a Clinical Case of Hospital at Home. *Holistic Nursing Practice*, 32(5), pp. 228-239. <https://10.1097/HNP.0000000000000275>

Querido, A., & Dixe, M. (outubro de 2012). *A Promoção da Esperança em Fim de Vida. Avaliação da Efetividade de um Programa de Intervenção em Pessoas com Doença Crónica Avançada e Progressiva* [Tese de Doutoramento, Universidade Católica

Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa.  
<http://hdl.handle.net/10400.14/16962>

Rosa, A. S., Fragoeiro, I., & Reis, M. (2013). *Avaliação do Risco de Quedas em Idosos que frequentam os Serviço de Fisioterapia do SESARAM, E.P.E* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Madeira]. Repositório Científico Digital da Universidade da Madeira.  
<http://hdl.handle.net/10400.13/594>

Simão de Oliveira, C., & Lopes, M. (2010). Construir Laços de Confiança e Promover o Conforto. *Pensar Enfermagem*, 14(1).  
[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23963/1/2010\\_14\\_1\\_67-74%281%29.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23963/1/2010_14_1_67-74%281%29.pdf)

Sousa, P. (2020). *O Conforto da Pessoa Idosa* (2ª ed.). Universidade Católica.

Wensley, C., Botti, M., McKillop, A., & Merry, A. (24 de fevereiro de 2020). Maximising comfort: how do patients describe the care that matters? A two stage qualitative descriptive study to develop a quality improvement framework for comfort-related care in inpatient settings. *BJM Open*, 10(e033336). <https://10.1136/bmjopen-2019-033336>

Yin, R. K. (2010). *Estudo de Caso - Planejamento e Métodos* (4ª ed.). Bookman.

## Anexos

### Anexo 1 – Declaração de Consentimento Informado

#### Declaração de Consentimento Informado

Eu, Patrícia Isabel Panoias Fialho, aluna do Curso de Mestrado de Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, encontro-me a desenvolver um Projeto de Intervenção intitulado de “O Conforto nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação”, cujos objetivos são: Caracterizar a perceção de conforto dos utentes assistidos por EEER, em contexto de domicílio e internamento; identificar as principais necessidades em conforto e quais os fatores de conforto relevantes para os resultados dos cuidados de enfermagem de reabilitação. A participação que peço consiste em aceitar a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, sob supervisão, com a finalidade de maximizar/recuperar a sua funcionalidade, tendo em conta as suas necessidades em conforto, de modo a preservá-lo e/ou potenciá-lo.

Peço-lhe o seu consentimento para participar neste Projeto e asseguro-lhe o cumprimento dos princípios da confidencialidade e da proteção de dados recolhidos, estando ao dispor para esclarecer eventuais dúvidas. Em qualquer momento pode desistir de participar sem necessidade de justificar a sua decisão e sem que a mesma tenha consequências.

*Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários.*

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Se não for o próprio a assinar por incapacidade:

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ É o representante legal? (Sim/Não) \_\_\_\_\_

Agradeço a sua colaboração

Orientador: Professora Maria José Abrantes Bule

Contactos: 934875040 / mjosebule@uevora.pt

Investigador: Enfermeira Patrícia Fialho

Contactos: 961377242 / patricia.ip.fialho@gmail.com

Documento apresentado em duplicado destinando-se um exemplar ao participante

## Anexo 2 – Medida de Independência Funcional

<b>Níveis</b>	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (ajuda técnica)	<b>Sem ajuda</b>			
	<b>Dependência modificada</b> 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) <b>Dependência completa</b> 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo >=0%)	<b>Ajuda</b>			
<u>Autocuidados</u>					
		1ª Av.	2ª Av.	3ª Av.	4ª Av.
A. Alimentação					
B. Higiene pessoal					
C. Banho (lavar Corpo)					
D. Vestir metade superior					
E. Vestir metade inferior					
F. Utilização da sanita					
<u>Controlo dos Esfíncteres</u>					
G. Bexiga					
H. Intestino					
<u>Mobilidade</u>					
Transferências:					
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas					
J. Sanita					
K. Banheira, Duche					
<u>Locomoção</u>					
L. Marcha / Cadeira de Rodas	M <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
M. Escadas					
<u>Comunicação</u>					
N. Compreensão	a <input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/>
O. Expressão	v <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	v <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	v <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>
<u>Cognição Social</u>					
P. Interação Social					
Q. Resolução dos problemas					
R. Memória					
	Total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Pontuação</b>	<b>Classificação MIF</b>
18 pontos	Dependência completa
19-60 pontos	Dependência modificada (assistência de até 50% da tarefa)
61-103 pontos	Dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa)
104-126 pontos	Independência completa/modificada

(DGS, 2011; Giehl & Vilagra, 2014; OE, 2016)

## Anexo 3 – Mini Mental State Examination

### 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:** \_\_\_\_\_

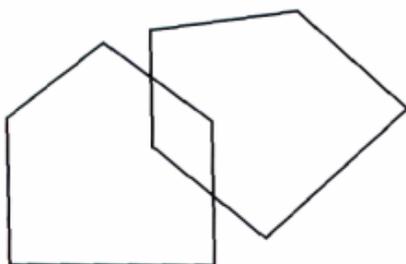
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

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  $\leq 15$  pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq 22$
- com escolaridade superior a 11 anos  $\leq 27$

(Guerreiro, et al., 1994; DGS, 2019)

#### **Anexo 4 - Medical Research Council Muscle Scale**

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

(Medical Research Council, 1976; OE, 2016)

## Anexo 5 – Avaliação ambiental de risco de queda, adaptado para Português

LOCAL	AVALIAÇÃO	SIM	NÃO
<b>Áreas De Locomoção</b>	Áreas de locomoção desimpedidas		
	Barras de apoio		
	Revestimentos: uniformes ou tapetes bem fixos		
<b>Iluminação</b>	Suficiente para iluminar toda a superfície de marcha no interior de cada cômodo, incluindo degraus		
	Interruptores: acessíveis na entrada		
	Sentinela: ilumina o quarto, o corredor e o banheiro		
	Iluminação exterior: suficiente para iluminar toda a entrada exterior		
	Cama com luz indirecta		
<b>Quarto de Dormir</b>	Guarda-roupa: cabides facilmente acessíveis		
	Cadeira permitindo assentar-se para se vestir		
	Cama de boa altura (45 cm)		
<b>Casa de banho</b>	Casa de banho: facilmente acessível e bem fixo		
	Área do chuveiro: antiderrapante		
	Box: abertura fácil, cortina bem firme		
<b>Cozinha</b>	Armários: baixos, sem necessidade de uso de escada		
	Lava Louça sem vazamentos e que permite entrada de cadeira de rodas se necessário		
<b>Escada</b>	Revestimento antiderrapante, marcação do primeiro e último degraus com faixa amarela		
	Corrimão bilateral		
	Corrimão sólido		
	Corrimão que se prolonga além do primeiro e do último degraus		
	Espelho do degrau fechado, lixas antiderrapantes		
	Uniformidade dos degraus: altura dos espelhos e profundidade dos degraus constantes		
Local aonde passa a maior parte do tempo	Actividade desenvolvida	Problemas com o local	

Existe algum local em sua residência que não frequenta? Qual motivo?

(Apóstolo J. L., 2012)

## Anexo 6 – Teste de Tinetti

(PERFORMANCE-ORIENTED ASSESSMENT OF MOBILITY I – BALANCE)

AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE E EQUILIBRIO ESTÁTICO E DINÂMICO

TESTE DE TINETTI – Versão portuguesa

EQUILIBRIO ESTÁTICO CADEIRA:

**1. EQUILÍBRIO SENTADO**

0 – inclina – se ou desliza na cadeira

1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira

2 – estável, seguro

**2. LEVANTAR –SE**

0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio

1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa

2 – capaz na 1ª tentativa sem usar os braços

**3. EQUILIBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)**

0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar- se)

1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se

2 – estável sem qualquer tipo de ajudas

**4. EQUILIBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS**

0 – instável

1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio

2 – pés próximos e sem ajudas

**5. PEQUENOS DESIQUILÍBRIOS NA MESMA POSIÇÃO (sujeito de pé com os pés**

próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)

0 – começa a cair

1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza

2 – estável

**6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO**

0 – instável

1 – estável

**7. VOLTA DE 360° ( 2 vezes)**

0 – instável (agarra – se, vacila)

1 – estável, mas dá passos descontínuos

2 – estável e passos contínuos

**8. APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)**

0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objecto

1 – aguenta 5 segundos de forma estável

**9. SENTAR-SE**

0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância

1 – usa os braços ou movimento não harmonioso

2 – seguro, movimento harmonioso

**Pontuação: \_\_\_\_ / 16**

## EQUILIBRIO DINÂMICO – MARCHA

**Instruções:** O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.

### 10. INÍCIO DA MARCHA (imediatamente após o sinal de partida)

- 0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar
- 1 – sem hesitação

### 11. LARGURA DO PASSO (pé direito)

- 0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
- 1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio

### 12. ALTURA DO PASSO (pé direito)

- 0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo
- 1 – o pé direito eleva-se completamente do solo

### 13. LARGURA DO PASSO (pé esquerdo)

- 0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
- 1 – ultrapassa o pé direito em apoio

### 14. ALTURA DO PASSO (pé esquerdo)

- 0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo
- 1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo

### 15. SIMETRIA DO PASSO

- 0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico
- 1 – comprimento do passo aparentemente simétrico

### 16. CONTINUIDADE DO PASSO

- 0 – pára ou dá passos descontínuos
- 1 – passos contínuos

### 17. PERCURSO DE 3m (previamente marcado)

- 0 – desvia-se da linha marcada
- 1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha
- 2 – sem desvios e sem ajudas

### 18. ESTABILIDADE DO TRONCO

- 0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha
- 1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha
- 2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha

### 19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA

- 0 – calcanhares muito afastados
- 1 – calcanhares próximos, quase se tocam

**Pontuação: \_\_\_/ 12**

**Pontuação total: \_\_\_/ 28**

(Apóstolo J. L., 2012; Rosa et al., 2013)

## Anexo 7 – Medical Research Council modificada

Assinale com uma cruz (assim ☒), o quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.	
<b>GRAU 0</b> <b>Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso.</b> <i>"Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso".</i>	☐
<b>GRAU 1</b> <b>Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado.</b> <i>"Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado".</i>	☐
<b>GRAU 2</b> <b>Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal.</b> <i>"Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal".</i>	☐
<b>GRAU 3</b> <b>Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos.</b>	☐
<b>GRAU 3</b> <b>Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos.</b> <i>"Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passados alguns minutos".</i>	☐
<b>GRAU 4</b> <b>Demasiado cansado/a ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir.</b> <i>"Estou sem fôlego para sair de casa".</i>	☐

(OE, 2016; DGS, 2019)

## Anexo 8 – Escala de Conforto Holístico – Doentes crónicos (HCQ-PT-DC)

			Discordo Totalmente				Concordo Totalmente	
			1	2	3	4	5	6
ALSOC	1*	<i>Estou preocupado com a minha família</i>						
TRSOC	2	<i>A minha enfermeira (enf<sup>o</sup>) dá-me esperança</i>						
TRPSI	2	<i>Neste momento a minha vida tem mérito / vale a pena</i>						
TQSOC	4	<i>Sei que sou amado</i>						
TRAM	5	<i>Este lugar é agradável</i>						
ALFIS	6*	<i>Tenho dificuldade em descansar</i>						
ALSOC	7*	<i>Ninguém me compreende</i>						
ALFIS	8*	<i>É difícil aguentar a minha dor</i>						
TQPSI	9	<i>Sinto-me em paz</i>						
ALFIS	10	<i>Durmo bem</i>						
TQPSI	11*	<i>Sinto-me culpado</i>						
TRAM	12	<i>Gosto de aqui estar</i>						
TRAM	13	<i>Fiz a escolha certa ao escolher este local</i>						
ALPSI	14*	<i>Tenho medo do que está para vir</i>						
TQSOC	15	<i>Tenho pessoas especiais que me fazem sentir estimado / querido</i>						
ALPSI	16*	<i>Tenho sentido mudanças que me fazem sentir apreensivo/preocupado</i>						
TQSOC	17	<i>Sinto-me bem com as minhas relações pessoais</i>						
TQFIS	18*	<i>Estou constantemente a pensar no meu mal-estar</i>						
TQSOC	19	<i>Os meus amigos recordam-se de mim enviando cartões, mensagens ou telefonemas</i>						
TRAM	20*	<i>Sinto-me deslocado</i>						
ALSOC	21*	<i>Preciso de estar melhor informado sobre o meu estado</i>						
TQPSI	22*	<i>Sinto-me só</i>						
ALPSI	23*	<i>Estou deprimido</i>						
TQPSI	24	<i>Encontrei o sentido da minha vida</i>						
TRSOC	25	<i>Olhando para trás tenho tido uma vida boa</i>						
TRAM	26*	<i>O estado de espírito dos meus entes queridos faz-me sentir triste</i>						

\*Itens invertidos

©Versão portuguesa traduzida e adaptada por Ana Querido e Maria dos Anjos Dixe

(Querido & Dixe, 2012)

## Anexo 9 – Pedido de acesso ao Instrumento Escala de Conforto Holístico – Doentes Crónicos (HCQ-PT-DC)

Pedido de acesso ao Instrumento Escala de Conforto Holístico – Doentes Crónicos (HCQ-PT-DC)



**Patricia Fialho** <m47228@alunos.uevora.pt>  
para querido.ana ▾

quarta, 2/06, 12:04 (há 9 dias) ☆ ↶ ⋮

Exma. Enfermeira Dra. Ana Querido

Apresento-me como Patrícia Fialho, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora, na área de especialidade de Enfermagem de reabilitação.

No âmbito do curso e do Projeto de estágio a desenvolver, o tema aprovado pela orientadora é “O conforto nos cuidados de enfermagem de reabilitação” e para tal venho solicitar o acesso ao instrumento Escala de Conforto Holístico – Doentes Crónicos (HCQ-PT-DC), com o compromisso da sua aplicação tal como consta no original, todas as aplicações se fazem com a respectiva referência bibliográfica e, qualquer publicação de resultados ou apresentação em reunião científica será igualmente referenciada.

Cumprimentos,

Patrícia Fialho

[patricia.ip.fialho@gmail.com](mailto:patricia.ip.fialho@gmail.com)

961377242

Contacto da orientadora:

Maria José Bule

[mjosebule@uevora.pt](mailto:mjosebule@uevora.pt)

934875040



**Ana Querido**

para mim ▾

sexta, 11/06, 17:16

Boa tarde Patrícia

Muitos parabéns pela escolha do tema e pelo interesse revelado na aplicação do questionário no âmbito do seu projeto de estágio. Envio o instrumento e as respetivas instruções e considere-se autorizada na sua utilização junto dos doentes. Votos de muito sucesso no seu projeto.

Ao dispor para qualquer informação adicional,  
Com os melhores cumprimentos  
Ana Querido



--

Ana Querido

Prof.ª Adjunta

Politécnico de Leiria | Escola Superior de Saúde | ciTechCare

Telm: 917682279/ 968036420

 [orcid.org/0000-0002-5021-773X](https://orcid.org/0000-0002-5021-773X)

## Anexo 10 – Cronograma

	junho	julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro	março
Desenvolvimento/pesquisa teórica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Desenvolvimento do projeto	X			X	X	X	X	X		
Recolha de Dados				X	X	X	X	X		
Análise de dados								X	X	
Redação do Relatório					X	X	X	X	X	X
Publicação de Artigo				X	X	X				

## Anexos

### Anexo A: Critérios clínicos, sociais e geográficos para admissão na UHDP e critérios de exclusão

<b>Critérios clínicos, sociais e geográficos para admissão pela UHDP:</b>	<b>Critérios de exclusão pela UHDP:</b>
- Aceitação voluntária da intervenção da UHDP, formalizada através da assinatura de um consentimento informado (pode ser assinado pelo representante legal);	- Incumprimento pelo menos de um dos critérios no ponto anterior;
- Presença de um diagnóstico clínico que implique internamento, porém mantendo estabilidade clínica (o que é avaliado pelas equipas médicas);	- Doentes com critérios de dependência a substâncias ilícitas ou dependência alcoólica com consumos ativos;
- Situação de doença aguda ou crónica agudizada (e assim transitória) e comorbilidades controláveis no domicílio;	- Doente com ideação suicida, agitação psicomotora e/ou psicose aguda e doenças com risco epidemiológico;
- Presença de um cuidador (podendo ser este ponto não se concretizar, se o utente for completamente autónomo nas atividades de vida);	- Incapacidade mental do doente e do cuidador/familiar que condicione a compreensão dos cuidados necessários e os tratamentos prescritos;
- Condições de habitabilidade (incluindo condições higiénico-sanitárias básicas) adequadas à situação clínica do doente;	- Incapacidade física e/ou emocional que impeça, quando necessário, a colaboração do doente ou seu cuidador/familiar para a aplicação do procedimento;
- Existência de telefone/telemóvel que permita contacto com a equipa da UHDP;	
- Domicílio onde reside o utente deve ser localizado a uma distância da UHDP, que permita deslocação da equipa/retorno ao hospital, num período de tempo que não prejudique a segurança do utente (é tido em consideração a condição clínica do utente e a capacidade de resposta da equipa no momento da admissão). Atualmente, a admissão de	

utentes restringe-se aos residentes na cidade de Évora.	
<b>Patologias elegíveis para HD</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patologia infecciosa aguda, na qual seja necessário tratamento com antibiótico intravenoso (infecção urinária, infecção respiratória, infecção da pele e tecidos moles, colecistite aguda, diverticulite aguda, endocardite, espondilodiscite e outras controláveis no domicílio);</li> <li>- Patologia crónica agudizada (doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, cirrose hepática, e outras patologias controláveis no domicílio);</li> <li>- Necessidade de cuidados pós-operatórios ou patologia médica crónica descompensada após cirurgia;</li> <li>- Doença incurável, avançada e progressiva (oncológica ou não oncológica) ou processo orgânico degenerativo em situação terminal, que requeira cuidados paliativos intensivos e/ou especializados [em articulação com a Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP)].</li> </ul>	

Fonte: Intranet do hospital onde está sediada a equipa

## Anexo B: Aprovação pela Comissão de Ética da Universidade de Évora



Documento	2	1	0	5	7
-----------	---	---	---	---	---

### Comissão de Ética da Universidade de Évora

A Comissão de Ética da Universidade de Évora informa que, com base nas apreciações favoráveis dos seus membros, deliberou dar

#### Parecer Positivo

para a realização do Projeto: “*O conforto nos cuidados de enfermagem de reabilitação.*”, pela mestranda **Patrícia Isabel Panoias Fialho** sob a supervisão da Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria José Abrantes Bule (responsável académica).

Universidade de Évora, 15 de novembro de 2021

A Presidente da Comissão de Ética

(Prof.<sup>a</sup> Doutora Margarida I. Almeida Amoedo)

## Anexo C: Aprovação pela Comissão de Ética da Instituição que acolheu os estágios

CA



### COMISSÃO DE ÉTICA

Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE (HESE, EPE)

Título do Projeto: O Conforto nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Nome: Patrícia Isabel Panoias Fialho (Enfermeira no Serviço de Medicina 1 do HESE)

Instituição: Universidade de Évora / Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Enquadramento Académico: Mestrado em Enfermagem área de Especialização - Enfermagem de Reabilitação

#### Com base nos documentos apresentados

- Estão definidos os critérios de inclusão  Sim
- São apresentados os Instrumentos de recolha de dados  Sim
- Está garantida a confidencialidade dos dados recolhidos  Sim
- Está garantida a participação livre, voluntária e informada, dos participantes  Sim

#### Parecer da Comissão de Ética do HESE, EPE:

Favorável  X

Condicional

Data: 19/11/2021

*Aprovamos*  
ATA N.º 47, de 07/12/2021  
O Conselho de Administração  
*[Signature]*  
Maria Filomena Mendes  
Presidente  
*[Signature]*  
Francisco Chalaça  
Vogal  
*[Signature]*  
Maria Elisa Brissos  
Enfermeira Diretora  
*[Signature]*  
Luís Cavaco  
Vogal  
*[Signature]*  
Isabel Pita  
Directora Clínica

*[Signature]*  
Dr. Rui Rosado  
(Presidente da Comissão de Ética)



**SNS**  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE **1122-2019**

Telefone: 266 740 100 | Fax: 266 701 821  
geral@hevora.min-saude.pt | www.hevora.min-saude.pt  
Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E. | Largo Senhor da Pobreza, s/n - 7000-811 Évora  
Entidade Pública Empresarial | Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Évora  
sob o n.º 508 085 888 NIPC/NIF: 508 085 888 | Capital Estatutário: 40.280.000,00 euros

## **Anexo D: *Medical Research Council Muscle Scale* modificada**

<b>Graus</b>	<b>Modified Medical Research Council Scale</b>
5	Força Normal
5-	Fraqueza dificilmente detectável
4+	A mesma que o grau 4, mas o músculo suporta a articulação contra uma resistência de moderada a máxima
4	O músculo suporta a articulação contra uma combinação de gravidade e resistência moderada
4-	A mesma que o grau 4, mas o músculo suporta a articulação apenas contra uma resistência mínima
3+	O músculo move a articulação totalmente contra a gravidade e é capaz da resistência transitória, contudo cai abruptamente
3	O músculo não consegue suportar a articulação, mas move a mesma totalmente contra a gravidade
3-	O músculo move a articulação contra a gravidade, mas não realiza todos os movimentos mecânicos
2	O músculo move a articulação, mas não contra gravidade
1	Observa-se contração muscular, mas não há movimento
0	Não há movimento

(Medical Research Council, 1976; Florence et al., 1992; OE, 2016)

## Anexo E: Gugging Swallowing Test (GUSS)

### 1ª FASE- Avaliação Preliminar/ Teste indireto da deglutição

	SIM	NÃO
<b>Vigilância:</b> Paciente alerta por mais de 15 minutos	1	0
<b>Tosse voluntária e/ou clearance</b> Tosse voluntária/Deve tossir ou limpar pelo menos 2x a garganta	1	0
<b>Deglutição de Saliva</b>		
• Deglute com êxito	1	0
• Sialorreia	0	1
• Mudança vocal	0	1

TOTAL

Score:

1 a 4 – Parar na 1ª fase

5 – Continuar para a 2ª fase

### 2ªFASE - Teste direto da deglutição

	*Pastoso→	**líquidos→	***sólidos
<b>DEGLUTIÇÃO</b>			
• A ingestão não é possível	0	0	0
• Aumento do tempo de deglutição (>2seg) (sólidos texturas >10seg)	1	1	1
• Ingestão de sucesso	2	2	2
<b>TOSSE</b> (involuntária/reflexa) Antes, durante e apos a deglutição – até 3 min mais tarde			
• SIM	0	0	0
• NÃO	1	1	1
<b>SIALORREIA</b>			
• SIM	0	0	0
• NÃO	1	1	1
<b>ALTERAÇÃO DA VOZ</b> Ouvir a voz do doente antes e depois de engolir – deve falar: "Oh"			
• SIM	0	0	0
• NÃO	1	1	1
	<b>Soma</b> 1-4 Pesquisar 5- Continuar líquido	<b>Soma</b> 1-4 pesquisar 5- Continuar sólido	<b>Soma</b> 1-4 -Pesquisar 5- Normal

+

=

RESULTADOS/score	GRAVIDADE	RECOMENDAÇÕES
<p><b>20</b></p> <p>SEMI-SOLIDO/SOLIDO e texturas sólidas bem sucedidas</p>	<p><b>Sem disfagia</b></p> <p>Risco mínimo de aspiração</p>	<p><b>Dieta normal</b></p> <p>Líquidos - sem restrição</p> <p>Primeira vez- com profissional especializado ou enfermeiro com formação/treino</p>
<p><b>15-19</b></p> <p>Alimentos pastosos e Líquidos bem sucedidos</p> <p>Sólido mal sucedido</p>	<p><b>Disfagia ligeira</b></p> <p>Baixo risco de aspiração</p>	<p><b>Dieta pastosa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Líquidos muito lentamente - um gole de cada vez</li> <li>• Avaliações funcionais da deglutição como a avaliação endoscópica de fibra óptica Deglutição (FEES) ou Avaliação videofluoroscópica da deglutição (VFES)</li> <li>• Consultar a Terapeuta Fala</li> </ul>
<p><b>10-14</b></p> <p>PASTOSA bem sucedida</p> <p>LÍQUIDOS mal sucedidos</p>	<p><b>Disfagia Moderada</b></p> <p>existe risco de aspiração</p>	<p><b>Dieta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Texturas pastosas, e alimentação enteral/parental adicional</li> <li>• Líquidos com espessante</li> <li>• Comprimidos devem ser triturados e misturados com um líquido espesso</li> <li>• Não administrar medicamentos líquidos!</li> <li>• Além disso recomenda-se avaliações funcionais de deglutição (FEES), (VFES)</li> <li>• Consultar a Terapia Fala</li> </ul> <p>Suplemento pela sonda nasogastrica ou parenteral</p>
<p><b>0-9</b></p> <p>PASTOSA mal sucedida</p>	<p><b>Disfagia Grave</b></p> <p>Alto risco de aspiração</p>	<p>NPO (nada por via oral)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Além disso avaliações funcionais de deglutição (FEES), (VFES)</li> <li>• Consultar a Terapeuta Fala</li> </ul> <p>Suplemento pela sonda nasogastrica ou parenteral</p>

(Ferreira & Reis, 2017)

**Anexo F: Escala de Coma de *Glasgow* (ECG)**

Variáveis		Score
Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de Retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

(Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde, 2015; Costa et al., 2019)

## Anexo G: National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)

Instruções	Definição da escala	Pontuação
1a. Nível de Consciência: O examinador deve escolher uma resposta, mesmo que a avaliação completa seja prejudicada por obstáculos como curativo ou tubo orotraqueal, barreiras de linguagem ou traumatismo. Um 3 é dado apenas se o paciente não fizer nenhum movimento em resposta à estimulação dolorosa, para além de respostas reflexas.	<p>0 = Acordado; responde correctamente.</p> <p>1 = Sonolento, mas acorda com um pequeno estímulo, obedece, responde ou reage.</p> <p>2 = Estuporoso; acorda com estímulo forte, requer estimulação repetida ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados).</p> <p>3 = Comatoso; apenas respostas reflexas motoras ou autonómicas, ou sem qualquer tipo de resposta.</p>	_____
1b. NDC Questões: O paciente é questionado sobre o mês e idade. A resposta deve ser correta - não se valorizam respostas aproximadas. Pacientes com afasia ou estupor que não compreendam as perguntas têm 2. Pacientes incapazes de falar por tubo ou traumatismo orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão 1. É importante considerar apenas a resposta inicial e que o examinador não "ajude" o paciente com dicas verbais ou não verbais.	<p>0 = Responde a ambas as questões correctamente.</p> <p>1 = Responde a uma questão correctamente.</p> <p>2 = Não responde a nenhuma questão correctamente.</p>	_____
1c. NDC Ordens: O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e depois abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não puderem ser utilizadas. Devemos valorizar uma tentativa inequívoca, ainda que não completada devido à fraqueza muscular. Se o paciente não responde à ordem, a tarefa deve ser demonstrada usando gestos e o resultado registado. Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dadas ordens simples adequadas. Pontue só a primeira tentativa.	<p>0 = Realiza ambas as tarefas correctamente.</p> <p>1 = Realiza uma tarefa correctamente.</p> <p>2 = Não realiza nenhuma tarefa correctamente.</p>	_____
2. Melhor Olhar Conjugado: Teste apenas os movimentos oculares horizontais. Os movimentos oculares voluntários ou reflexos (oculocefálico) são pontuados, mas a prova calórica não é avaliada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que é revertido pela atividade voluntária ou reflexa, a pontuação será 1. Se o paciente tem uma parésia de nervo periférico isolada (NC III, IV ou VI), pontue 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ou curativo ocular, cegueira pré-existente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo examinador. Estabelecer contacto visual e mover-se perto do paciente de um lado para outro pode esclarecer a presença de paralisia do olhar conjugado.	<p>0 = Normal.</p> <p>1 = Paralisia parcial do olhar conjugado. Esta pontuação é dada quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar conjugado.</p> <p>2 = Desvio forçado ou parésia total do olhar conjugado não revertidos pela manobra oculocefálica.</p>	_____

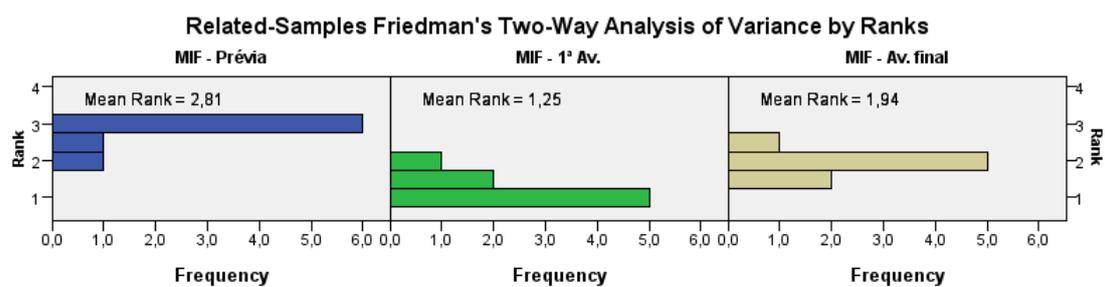
<p>3. Campos visuais: Os campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente pode ser encorajado, mas basta identificar olhando para o lado em que mexem os dedos para ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Pontue 1 apenas se houver uma assimetria clara, incluindo quadrantanópsia. Se o paciente é cego por qualquer causa, pontue 3. A estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.</p>	<p>0 = Sem défices campimétricos.  1 = Hemianopsia parcial.  2 = Hemianopsia completa.  3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).</p>	<p>_____</p>
<p>4. Parésia Facial: Pergunte ou use gestos para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou levantar as sobrancelhas e fechar com força os olhos. Pontue a simetria da contração facial em resposta ao estímulo doloroso nos pacientes pouco responsivos ou que não compreendam. Na presença de traumatismo, tubo orotraqueal, adesivos ou outra barreira física que possam esconder a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.</p>	<p>0 = Movimentos normais simétricos.  1 = Paralisia facial minor (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso).  2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial inferior total ou quase total).  3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior de um lado da face).</p>	<p>_____</p>
<p>5. Membros Superiores: O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços, palmas para baixo, a 90° se sentado ou a 45° se posição supina. Pontue-se a queda do braço quando esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando no braço não-parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose do ombro o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém o braço a 90° (ou 45°) por um período de 10 segundos.  1 = Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte.  2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata.  3 = Nenhum esforço contra a gravidade; o braço cai logo; pousado, o membro faz algum movimento.  4 = Nenhum movimento.  NT = Amputação ou anquilose, explique: _____  <b>5a. Membro Superior esquerdo</b>  <b>5b. Membro Superior direito</b></p>	<p>_____</p>
<p>6. Membros Inferiores: A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30°. Teste sempre na posição supina. Pontue-se a queda da perna quando esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando na perna não-parética. Apenas no caso de amputação ou anquilose da anca o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos.  1 = Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte.  2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 5 segundos, mas não de forma imediata.  3 = Nenhum esforço contra a gravidade; a perna</p>	<p>_____</p>

	<p>cai logo; pousado, o membro faz algum movimento.</p> <p><b>4 = Nenhum movimento.</b></p> <p><b>NT = Amputação ou anquilose, explique: _____</b></p> <p><b>5a. Membro Inferior Esquerdo</b></p> <p><b>5b. Membro Inferior Direito</b></p>	_____
<p>7. Ataxia de membros: Este item procura evidência de lesão cerebelosa unilateral. Teste com os olhos abertos. No caso de déficit de campo visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes dedo-nariz e calcanhar-joelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, apenas, se for desproporcional em relação à fraqueza muscular. A ataxia é considerada ausente no doente com perturbação da compreensão ou plégico. Apenas no caso de amputação ou anquilose o item pode ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha. No caso de cegueira, peça para tocar com o dedo no nariz a partir da posição de braço estendido.</p>	<p><b>0 = Ausente.</b></p> <p><b>1 = Presente em 1 membro.</b></p> <p><b>2 = Presente em 2 membros.</b></p> <p><b>NT = Amputação ou anquilose, explique: _____</b></p>	_____
<p>8. Sensibilidade: Avalie a sensibilidade ou mímica facial à picada de alfinete ou a resposta de retirada ao estímulo doloroso em paciente obnubilado ou afásico. Só a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é pontuada. Teste tantas as partes do corpo - membros superiores (excepto mãos), inferiores (excepto pés), tronco e face - quantas as necessárias para avaliar com precisão uma perda hemissensitiva. Pontue com 2 só se uma perda grave ou total da sensibilidade puder ser claramente demonstrada. Deste modo, doentes estuporosos ou afásicos irão ser pontuados possivelmente com 1 ou 0. O doente com AVC do tronco cerebral com perda de sensibilidade bilateral é pontuado com 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, pontue 2. Pacientes em coma (item 1a=3) são pontuados arbitrariamente com 2 neste item.</p>	<p><b>0 = Normal; sem perda de sensibilidade.</b></p> <p><b>1 = Perda de sensibilidade leve a moderada; o doente sente menos a picada, ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada, mas o paciente sente a tocar.</b></p> <p><b>2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.</b></p>	_____
<p>9. Melhor linguagem: Durante a pontuação dos itens precedentes obterá muita informação acerca da capacidade de compreensão. Pede-se ao doente para descrever o que está a acontecer na imagem em anexo, para nomear objectos num cartão de nomeação anexo e para ler uma lista de frases em anexo. A compreensão é julgada a partir destas respostas, assim como as referentes às ordens dadas no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interferir com os testes, peça ao doente para identificar objetos colocados na mão, repetir frases e produzir discurso. O paciente entubado deve escrever as respostas. O doente em coma (1a=3) será pontuado arbitrariamente com 3. O examinador deve escolher a pontuação no doente com estupor ou pouco colaborante, mas a pontuação de 3 está reservada a doentes em mutismo e que não cumpram nenhuma ordem simples.</p>	<p><b>0 = Sem afasia; normal.</b></p> <p><b>1 = Afasia leve a moderada; perda óbvia de alguma fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressas ou formas de expressão. Contudo, o discurso e/ou compreensão reduzidos dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador consegue identificar figuras ou itens da lista de nomeação a partir da resposta do paciente.</b></p> <p><b>2 = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do</b></p>	_____

	<p>examinador. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o examinador assume a maior parte da comunicação; o examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente.</p> <p><b>3 = Mutismo</b>, afasia global; sem discurso ou compreensão verbal minimamente úteis.</p>	_____
<p>10. Disartria: Se acredita que o doente consegue, pede-se para ler ou repetir as palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser pontuada. Este item é considerado não testável (NT) apenas se o doente estiver entubado ou tiver outras barreiras físicas que impeçam o discurso. Não diga ao paciente a razão pela qual está a ser testado.</p>	<p><b>0 = Normal.</b></p> <p><b>1 = Disartria leve a moderada;</b> doente com voz arrastada pelo menos nalgumas palavras, e na pior das hipóteses pode ser entendido com alguma dificuldade.</p> <p><b>2 = Disartria grave;</b> voz do doente é tão arrastada que chega a ser ininteligível, na ausência ou desproporcionalmente a disfasia, ou tem mutismo ou anartria.</p> <p><b>NT = Entubado ou outra barreira física;</b> explique_____</p>	_____
<p>11. Extinção e Desatenção, antiga negligência. A informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o doente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, a pontuação é normal. Se o doente tem afasia, mas parece identificar ambos os lados, é pontuado como normal. A presença de negligência visuoespacial ou anosagnosia contribuem também para a evidência de anormalidade. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.</p>	<p><b>0 = Nenhuma anormalidade.</b></p> <p><b>1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais.</b></p> <p><b>2 = Profunda hemidesatenção ou hemidesatenção para mais de uma modalidade;</b> não reconhece a própria mão e se orienta apenas para um lado do espaço.</p>	_____

(Silva et al., 2013; American Academy of CME, 2021)

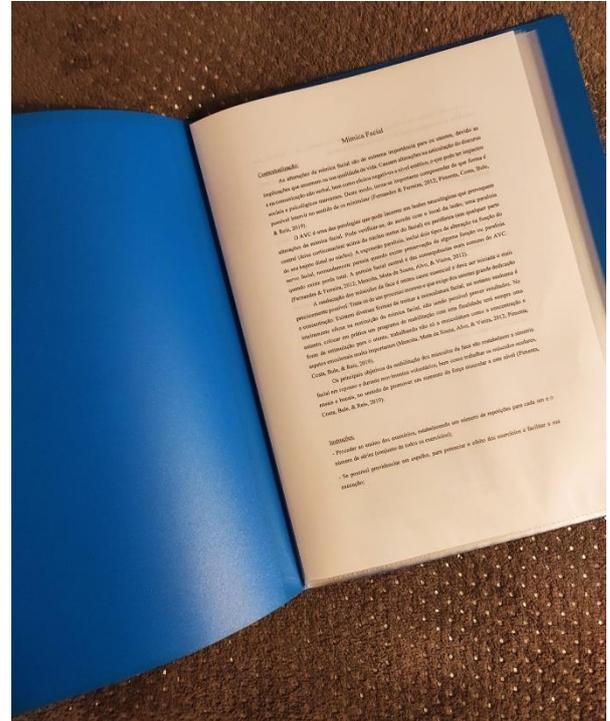
**Anexo H: Teste Não paramétrico de *Friedman* relativo à avaliação da MIF previamente ao internamento, na avaliação inicial e na avaliação final**



<b>Total N</b>	8
<b>Test Statistic</b>	12,560
<b>Degrees of Freedom</b>	2
<b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b>	,002

Fonte: Autora

# Anexo I: Pasta de Exercícios da Mímica Facial



## Mímica Facial

### Contextualização:

As alterações da mímica facial são de extrema importância para os utentes, devido as implicações que assumem na sua qualidade de vida. Causam alterações na articulação do discurso e na comunicação não verbal, bem como efeitos negativos a nível estético, o que pode ter impactos sociais e psicológicos marcantes. Deste modo, torna-se importante compreender de que forma é possível intervir no sentido de os minimizar (Fernandes & Ferreira, 2012; Pimenta et al., 2019).

O AVC é uma das patologias que pode incorrer em lesões neurológicas que provocam alterações da mímica facial. Pode verificar-se, de acordo com o local da lesão, uma paralisia central (feixe corticonuclear acima do núcleo motor do facial) ou periférica (em qualquer parte do seu trajeto distal ao núcleo). A expressão “paralisia”, inclui dois tipos de alteração na função do nervo facial, nomeadamente parésia quando existe preservação de alguma função ou paralisia quando existe perda total. A parésia facial central é uma das consequências mais comuns do AVC. (Fernandes & Ferreira, 2012; Menoita et al., 2012).

A reeducação dos músculos da face é nestes casos essencial e deve ser iniciada o mais precocemente possível. Trata-se de um processo moroso e que exige dos utentes grande dedicação e concentração. Existem diversas formas de treinar a musculatura facial, no entanto nenhuma é inteiramente eficaz na restituição da mímica facial, não sendo possível prever resultados. No entanto, colocar em prática um programa de reabilitação com esta finalidade será sempre uma fonte de estimulação para o utente, trabalhando não só a musculatura como a concentração e aspetos emocionais muito importantes (Menoita et al., 2012; Pimenta et al., 2019).

Os principais objetivos da reabilitação dos músculos da face são restabelecer a simetria facial em repouso e durante movimentos voluntários, bem como trabalhar os músculos oculares, nasais e bucais, no sentido de promover um aumento da força muscular a este nível (Pimenta et al., 2019).

### Instruções:

- Proceder ao ensino dos exercícios, estabelecendo um número de repetições para cada um e um número de séries (conjunto de todos os exercícios);
- Se possível providenciar um espelho, para potenciar o efeito dos exercícios e facilitar a sua execução;
- Os exercícios podem ser realizados duas vezes por dia. Não permitir que a realização dos exercícios se mantenha por mais de 15 minutos, numa fase inicial.

- A ordem dos exercícios deve sempre ter em conta a necessidade de se iniciar a estimulação pela porção superior da face, mesmo que não se encontre afetada;
- É possível adicionar resistência aos exercícios.

Referências:

- Fernandes, A., & Ferreira, D. (março de 2012). *Paralisia Facial - Aspetos Terapêuticos* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71831/2/28798.pdf>
- Menoita, E., Mota de Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). Reeducação dos músculos da face. Em E. C. Menoita, *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC - Contributos para um envelhecer resiliente* (pp. 136-138). Lusociência.
- Pimenta, E., Costa, A., Bule, M., & Reis, G. (abril de 2019). *Recuperar a Expressão Facial após parésia facial central - Implicações na prática de Enfermagem de Reabilitação* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora]. Repositório da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/27489>

## Anexo J: Imagens para treino de nomeação



**Anexo K: Quadro para treino da motricidade fina**



**Anexo L: Imagem “Inovar no treino da motricidade fina”**



## Resumo de Apresentação:

A atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, transversal a uma grande variedade de vertentes, centra-se na manutenção ou recuperação da independência nas AVD, minimizando o impacto das incapacidades instaladas e maximizando a funcionalidade da pessoa. São estes os profissionais que procuram intervir com um interesse genuíno pelo futuro do utente, promovendo a sua autonomia e trabalhando a resiliência, com o objetivo final de aumentar a qualidade de vida e garantir o bem-estar (Menoita et al., 2012).

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) afigura-se como uma das principais causas de incapacidade funcional a nível mundial, com um impacto substancial na qualidade de vida dos indivíduos (Ramos-Lima et al., 2018). Assim, o trabalho do EEER nestes utentes afigura-se como essencial, permitindo uma intervenção precoce em diferentes dimensões, que pode minimizar défices e maximizar a qualidade de vida. Pode-se considerar que a Enfermagem de Reabilitação fornece os conhecimentos e capacidades necessários para que estes utentes reaprendam a viver, assistindo-os a definir um novo percurso, com igual meta: alcançar o seu bem-estar (OE, 2019b; Menoita et al., 2012)

Para que tal seja possível, é exigido que os cuidados de reabilitação prestados sejam dotados de elevada individualidade, com constante readaptação, sendo personalizados e traduzidos por intervenções que respondem às necessidades reais e singulares dos utentes (Menoita et al., 2012). Desta forma, a criatividade e a iniciativa tornam-se duas características a destacar.

Carper, em 1978, determinou a existência de quatro padrões distintos de conhecimento em Enfermagem, entre eles o conhecimento estético, uma noção difícil de definir, que foi descrita como a arte na profissão, fazendo referência aos seus aspetos mais criativos e abstratos. A criatividade não só faz parte da Enfermagem, como se afigura essencial na área da Reabilitação.

As alterações da motricidade fina provocam graves impactos na qualidade de vida dos utentes com AVC, prejudicando a sua funcionalidade pela influência que têm nas mais variadas atividades diárias, o que justifica a necessidade da intervenção da Enfermagem de Reabilitação a este nível. Tendo por base os conhecimentos fornecidos pela literatura acerca da neuroplasticidade, o treino da motricidade fina deve ser constituído pela repetição de exercícios, com a mínima assistência necessária, fornecimento de reforço positivo/recompensas e progressivo aumento na dificuldade, associados a uma estimulação sensorial (Byl et al., 2003; Seixas & Pinto, 2015; Winstein et al., 2016).

Com isto em mente, foi criado um quadro de treino da motricidade fina, constituído por quatro fitas, cada par com diferente largura, que formam dois laços em cada um dos cantos superiores da estrutura e três tecidos de cores diferentes e garridas, um deles a revestir a estrutura, outro unido por um fecho de correr e um último unido por botões de diferentes tamanhos, texturas e cores. A presença de diferentes cores intensas e diferentes texturas, procura promover a

estimulação sensitiva ao longo do exercício, enquanto o treino de abrir e fechar os botões e o fecho de correr, bem como a realização dos laços com as fitas, treina a destreza, a força e o controlo da mesma ao nível dos dedos.

Foi associada a atividade de vida vestir e despir aos exercícios de treino da motricidade fina, de modo a atribuir uma finalidade aos mesmos, que seja de compreensão fácil para os utentes, concretizando-se assim o objetivo de promover a adesão dos utentes ao treino e estimular a sua motivação.

Assim, este objeto, permite realizar um treino de uma atividade de vida diária (vestir e despir), ao qual se associa igualmente um treino de cariz motor, sensitivo e cognitivo, com um propósito que os utentes consideram simples de entender, o que contribui para a sua colaboração.

Com vista a incentivar o empreendedorismo, pelos benefícios que as novas ideias e as mudanças podem trazer aos utentes, numa sociedade em permanente evolução, é partilhada a foto que ilustra o treino realizado com os utentes de uma unidade de AVC.

### Referências

- Byl, N., Roderick, J., Mohamed, O., Hanny, M., Kotler, J., Smith, A., . . . Abrams, G. (2003). Effectiveness of Sensory and Motor Rehabilitation of the Upper Limb Following the Principles of Neuroplasticity: Patients Stable Poststroke. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 17(3), pp. 176-191. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0888439003257137>
- Ferreira, M. P., Ferreira M. S. (2014). *Doente com AVC: Ganhos na Qualidade de Vida Após Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1290/1/Mariline\\_Ferreira.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1290/1/Mariline_Ferreira.pdf)
- Menoita, E., Mota de Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). Em E. C. Menoita, *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC - Contributos para um envelhecer resiliente* (pp. 136-138). Lusociência.
- Ordem dos Enfermagem. (03 de maio de 2019). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (n.º 392/2019) - Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03*. Diário da República Eletrónico. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/122216893/details/normal?!=1>
- Patel, P., Kaingade, S., Wilcox, A., & Lodha, N. (junho de 2020). Force control predicts fine motor dexterity in high-functioning stroke survivors. *Neuroscience Letters*, 729. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2020.135015>

- Ramos-Lima, M., Brasileiro, I., Layane de Lima, T., & Braga-Neto, P. (2018). Quality of life after stroke: impact of clinical and sociodemographic factors. *Clinics*, 73(e418). <https://doi.org/10.6061/clinics/2017/e418>
- Seixas, M., & Pinto, V. (2015). *Estimulação Sensorial enquanto intervenção promotora da reabilitação da pessoa com AVC* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/16422>
- Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., ... Zorowitz, R. D. (junho de 2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 47(6). <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>

**Anexo M: Planeamento da Sessão de Formação “Artroplastia Total da Anca (ATA) – Cuidados de Enfermagem consoante Vias de Abordagem Cirúrgica”**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO**



**Planeamento de Sessão de Formação em Serviço**

<p><b>Título:</b> Artroplastia Total da Anca (ATA) – Cuidados de Enfermagem consoante Vias de Abordagem Cirúrgica</p> <p><b>Local:</b> ██████████ ██████████</p> <p><b>Público-alvo:</b> Enfermeiros de Cuidados Gerais do Serviço de Ortopedia</p>	<p><b>Data:</b> 23/06/2021</p> <p><b>Hora:</b> 15:00h</p> <p><b>Duração:</b> 15 minutos</p> <p><b>Preletora:</b> Carolina Sim Sim e Patrícia Fialho</p>
<p><b>Objetivos:</b></p> <p><b>Geral:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Contribuir para o desenvolvimento de competências nos cuidados de enfermagem à pessoa com ATA</li> </ul> <p><b>Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Conhecimento sobre luxação da prótese total da anca;</li> <li>Revisão das abordagens cirúrgicas para a ATA;</li> <li>Enquadramento dos cuidados de enfermagem consoante as abordagens cirúrgicas: Movimentos e posturas preventivas da luxação.</li> </ul>	

Conteúdos	Preletora	Métodos/ Técnicas de Ensino	Meios Auxiliares	Duração
<b>1 – Introdução:</b> Apresentação do tema e objetivos	Carolina Sim Sim	Expositivo	Computador; Programa; TV.	± 2 minutos

<p><b>2 – Desenvolvimento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ATA – definição</li> <li>• Vias de abordagem cirúrgica – tipos, diferenças, vantagens e desvantagens</li> <li>• Cuidados à pessoa com ATA – movimentos a evitar e posicionamentos adequados</li> </ul>	<p>Carolina Sim Sim e Patrícia Fialho</p>	<p>Expositivo e Demonstrativo</p>	<p>Computador; Programa Power Point; TV.</p>	<p>± 10 minutos</p>
<p><b>3 – Conclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecimento de dúvidas</li> </ul>	<p>Carolina Sim Sim e Patrícia Fialho</p>	<p>Expositivo</p>	<p>Computador; Programa Power Point; TV.</p>	<p>± 3 minutos</p>
<p><b>Avaliação:</b></p> <p>Avaliação de conhecimentos adquiridos pela resposta a um questionário;</p> <p>Avaliação da sessão de formação por meio de um questionário.</p> <p><u>Objetivos específicos de avaliação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pretende-se que mais de 75% dos participantes consiga responder corretamente ao primeiro grupo de questões (anexo A);</li> <li>• Pretende-se que mais de 75% dos participantes consiga responder corretamente ao segundo grupo de questões (anexo A);</li> <li>• Pretende-se que mais de 50% dos participantes consiga responder corretamente ao último grupo de questões (anexo A).</li> </ul>				

### Avaliação da Sessão de Formação

<b>Título:</b> Artroplastia Total da Anca (ATA) – Cuidados de Enfermagem consoante Vias de Abordagem Cirúrgica <b>Local:</b> [REDACTED] [REDACTED]	<b>Data:</b> 23/06/2021 <b>Hora:</b> 15:00h <b>Duração:</b> 15 minutos <b>Preletora:</b> Carolina Sim Sim e Patrícia Fialho
--	---

1. Qual seria a sua sugestão para melhorar a formação?

- Melhorar a estrutura
- Simplificar o conteúdo
- Acrescentar informação mais detalhada
- Encurtar a sessão
- Sem sugestão
- Outra \_\_\_\_\_

2. No geral, a formação correspondeu às suas expectativas.

1=Discordo totalmente 4= Concordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4

3. Será capaz de aplicar na prática todo o conhecimento adquirido.

1=Discordo totalmente 4= Concordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4

4. A formação estava bem estruturada e foi de fácil compreensão.

1=Discordo totalmente 4= Concordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4

5. Os conteúdos estavam organizados e foi fácil acompanhar.

1=Discordo totalmente 4= Concordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4

6. A duração da formação foi adequada.

1=Discordo totalmente 4= Concordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4

7. A qualidade dos conteúdos era boa.

1=Discordo totalmente 4= Concordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4

8. O meu conhecimento relativo ao tópico melhorou.

1=Discordo totalmente 4= Concordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4

9. De uma maneira geral como classifica a formação?

1= Fraca 4=Excelente

- 1
- 2
- 3
- 4

## Questionário de Avaliação de Conhecimentos

Assinale com uma cruz as opções corretas.

Quais os movimentos proibidos em caso de Artroplastia total da anca por abordagem lateral?

Flexão a 90°	<input type="checkbox"/>
Flexão acima dos 70-90°	<input type="checkbox"/>
Adução do membro inferior além da linha média	<input type="checkbox"/>
Movimento de rotação interna acentuado	<input type="checkbox"/>
Movimento de rotação externa acentuado	<input type="checkbox"/>
Hiperextensão	<input type="checkbox"/>

Quais os movimentos proibidos em caso de Artroplastia total da anca por abordagem posterior?

Flexão a 90°	<input type="checkbox"/>
Flexão acima dos 70-90°	<input type="checkbox"/>
Adução do membro inferior além da linha média	<input type="checkbox"/>
Movimento de rotação interna acentuado	<input type="checkbox"/>
Movimento de rotação externa acentuado	<input type="checkbox"/>
Hiperextensão	<input type="checkbox"/>

Qual a forma correta de posicionamento no leito na abordagem lateral?

Decúbito dorsal, em posição anatómica	<input type="checkbox"/>
Decúbito dorsal, com membros inferiores em abdução e rotação externa (almofada/triângulo abdutor)	<input type="checkbox"/>

Qual a forma correta de posicionamento no leito na abordagem posterior?

Decúbito dorsal, em posição anatómica	<input type="checkbox"/>
Decúbito dorsal, com membros inferiores em abdução e rotação externa (almofada/triângulo abdutor)	<input type="checkbox"/>

Preencha com V (verdadeiro) ou F (falso).

- Existe menor risco de luxação na abordagem posterior. \_\_\_\_
- O risco de danificar os músculos abdutores do membro inferior é característico das intervenções cirúrgicas realizadas por abordagem posterior. \_\_\_\_
- Em decúbito dorsal, independentemente da abordagem cirúrgica, deve ser colocada uma almofada sob a região poplíteia de forma a manter ligeira flexão dos joelhos e deve ser mantida por 2h, alternando com períodos sem almofada. \_\_\_\_
- O doente deve sempre ser lateralizado com recurso a uma almofada pouco alta, entre os joelhos, independentemente da abordagem cirúrgica. \_\_\_\_

**Anexo N: Apresentação em *powerpoint* da Sessão de Formação “Artroplastia Total da Anca (ATA) – Cuidados de Enfermagem consoante Vias de Abordagem Cirúrgica”**

Universidade de Évora  
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus  
5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

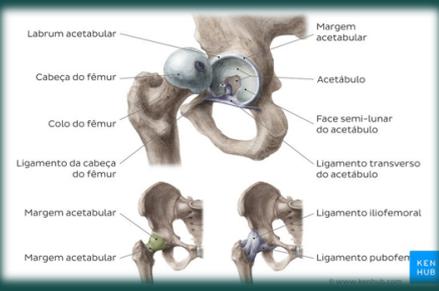
# ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA

Cuidados de Enfermagem consoante Vias de Abordagem Cirúrgica



Docente: Professor Doutor Luis Manuel Mota de Sousa e Professora Maria José Bule  
Discentes: Carolina Sim Sim e Patrícia Fialho

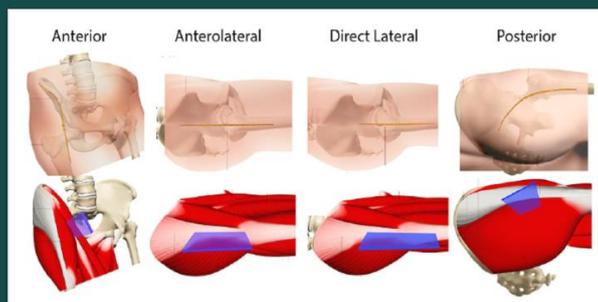
## Articulação Coxofemoral



- Enartrose
- Cabeça do fémur + Acetábulo + lábio acetabular
- Articulação do corpo humano submetida às **forças de maior intensidade** no movimento
- Permite movimentos **flexão, extensão, rotação interna e externa, abdução e adução**

(Henriques, 2020)

## Abordagens Cirúrgicas para ATA



(AbdulNasser, 2017)

Abordagens mais frequentes no Serviço de Ortopedia: **Lateral** e a **Posterior**

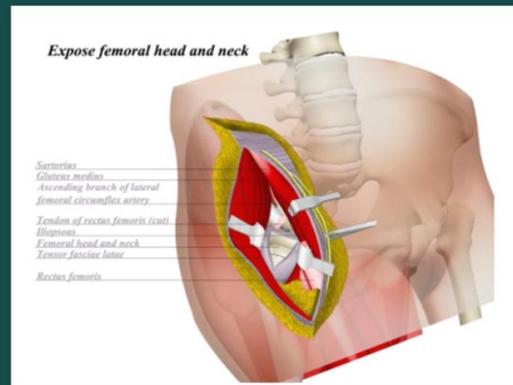
Do que depende a abordagem cirúrgica?

- Incisões anteriores;
- Obesidade;
- Risco de luxação;
- Implante escolhido;
- Grau de deformidade;
- Preferência do cirurgião .

(AbdulNasser, 2017)

## Abordagem Anterior (Smith-Peterson)

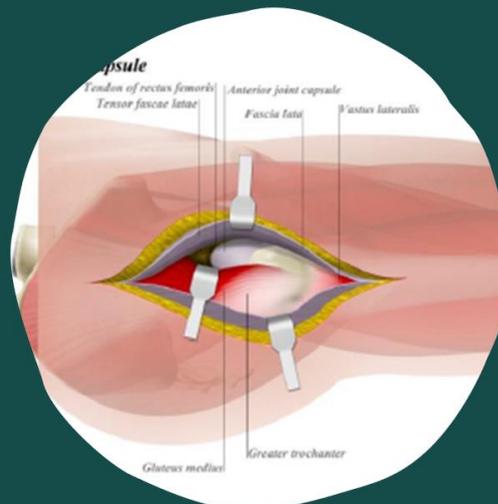
- Intervenção é feita entre o tensor da fáscia lata e o sartório. Plano internervoso: nervo femoral e nervo glúteo superior.
- **Desvantagem:** A exposição femoral pode ser desafiante; Risco de lesar o nervo cutâneo lateral.
- **Vantagem:** menor risco de luxação do que na abordagem posterior; Não existe risco de prejudicar os músculos abdutores.



(AbdulNasser, 2017)

## Abordagem Anterior-lateral (Watson Jones)

- Intervenção é feita entre o tensor da fáscia lata e o glúteo médio;
- **Desvantagem:** risco de danificar os músculos abdutores do membro inferior, com consequências na funcionalidade do utente;
- **Vantagem:** menor risco de luxação do que na abordagem posterior.

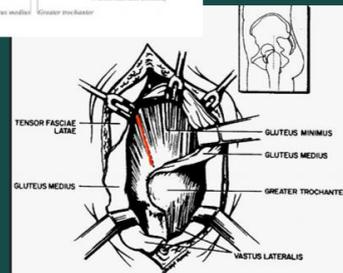
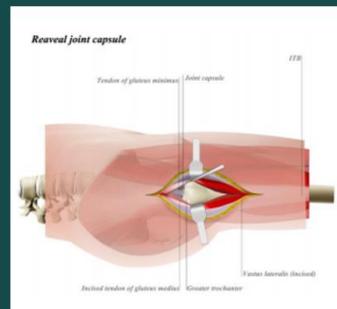


(AbdulNasser, 2017)

## Abordagem Lateral (Hardinge)

A mais utilizada  
no serviço

- Divisão do músculo do glúteo médio, sendo a intervenção realizada entre as suas fibras, evitando o tendão de inserção no grande trocânter. É seccionado o vasto lateral, sem comprometimento do nervo femoral.
- **Desvantagem:** Pode levar a comprometimento dos músculos abdutores do membro inferior.
- **Vantagem:** menor risco de luxação do que na abordagem posterior.



(AbdulNasser, 2017; Deak & Varacallo, 2021)

Quais os movimentos proibidos na abordagem lateral?

Hiperextensão;

Flexão acima dos 70-90°;

Rotação externa acentuada;

Adução além da linha média.

(AbdulNasser, 2017; Henriques, 2020)

DO NOT BEND FORWARD MORE THAN 90 DEGREES



DO NOT ROLL SURGICAL LEG OUTWARD



DO NOT CROSS LEGS



DO NOT MOVE SURGICAL LEG OUT TO THE SIDE



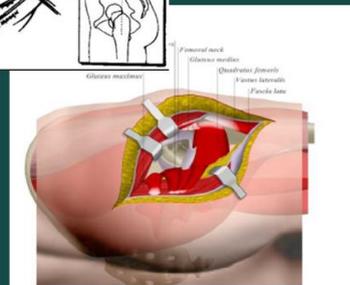
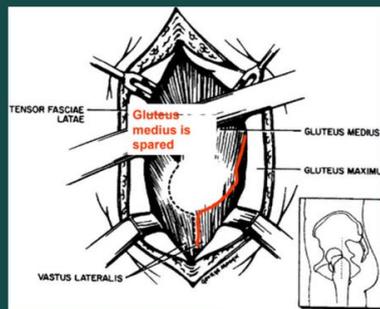
Qual a forma correta para posicionar o utente submetido a ATA sob abordagem lateral?

Em decúbito dorsal, manter posição anatómica/neutra.

(Henriques, 2020)

## Abordagem Posterior

- **Vantagens:** não tem implicação nos músculos abdutores; boa exposição do fémur e acetábulo;
- **Desvantagens:** maior risco de luxação do que em abordagens anteriores.



(AbdulNasser, 2017; Deak & Varacallo, 2021)

## Quais os movimentos proibidos?

- Flexão a 90°;
- Adução do membro inferior além da linha média;
- Movimento de rotação interna acentuado.



(AbdulNasser, 2017; Henriques, 2020)

## Cuidados em todas as Abordagens

### Decúbito Dorsal:

- Posicionar com **almofada sob a região poplíteia** de forma a manter flexão do joelho de aproximadamente 30° (apenas por 2h, alternando com períodos sem almofada).

### Decúbito Lateral:

- Numa fase inicial de pós-operatório – **lateralizar com almofadas sob o membro intervencionado** ao longo de toda a extensão do mesmo (2 almofadas, uma na parte interna da raiz da coxa até ao joelho, e outra do joelho à região da articulação tibiotársica);
  - Deve ser alta para promover abdução na abordagem posterior
  - Deve manter alinhamento da articulação, na abordagem lateral
- Após a primeira fase do pós-operatório – almofada entre os joelhos, permitindo que se auto-posicione.

(Henriques, 2020)

## Em ambas as abordagens, para lembrar...

- Não se deve inclinar para a frente ou para o lado quando sentado;
- Não elevar o joelho acima de um ângulo de 90°;
- Não deve cruzar as pernas;
- Não deve carregar pesos;
- Não deve sentar em cadeiras baixas ou sanitas baixas, ou cadeiras sem braços (levam a que se incline mais o corpo para levantar);
- Não rodar a anca de forma brusca;
- Dormir com almofada entre as pernas (para evitar adução além da linha média) – entre 8 a 12 meses, pelo menos;
- Evitar aumento de peso;
- Evitar banho de imersão.

(Henriques, 2020)

## Breve Questionário



## Referências Bibliográficas

AbdulNasser, D. (2017). OrthoBullets. 5.

Deak, N., & Varacallo, M. (12 de maio de 2021). *NCBI*. Obtido em 19 de junho de 2021, de Hip Precautions: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537031/#\\_NBK537031\\_pubdet\\_](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537031/#_NBK537031_pubdet_)

Henriques, T. (novembro de 2020). Intervenção de Enfermagem de Reabilitação após Artroplastia Total da Anca – Revisão Sistemática da Literatura. Obtido em 9 de junho de 2021, de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/23046>

### **Contributo de Especialistas:**

**- Dr. Paulo Dourado, Junho de 2021 – Hospital Espírito Santo, E.P.E**

**Anexo O: Resultados da Sessão de Formação “Artroplastia Total da Anca (ATA) – Cuidados de Enfermagem consoante Vias de Abordagem Cirúrgica”**

<b>Resultados da Avaliação dos Conhecimentos Adquiridos</b>		
Grupos de Questões		
I	13 respostas corretas 3 respostas erradas ou incompletas	<b>81,25%</b>
II	16 respostas corretas	<b>100%</b>
III	10 respostas corretas e 6 respostas erradas ou incompletas	<b>62,5%</b>

<b>Resultados da Avaliação da Sessão de Formação</b>	
1. Qual seria a sua sugestão para melhorar a formação? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Melhorar a estrutura</li> <li>○ Simplificar o conteúdo</li> <li>○ Acrescentar informação mais detalhada</li> <li>○ Encurtar a sessão</li> <li>○ Sem sugestão</li> <li>○ Outra</li> </ul>	14 Participantes- Sem sugestão 1 Participante- Acrescentar informação mais detalhada 1 Participante- Outra “Falar de forma mais pausada”
2. No geral, a formação correspondeu às suas expectativas.	15 Participantes - Concordo Totalmente 1 Participantes - Concordo Parcialmente
3. Será capaz de aplicar na prática todo o conhecimento adquirido.	11 Participantes - Concordo Totalmente 4 Participantes - Concordo Parcialmente
4. A formação estava bem estruturada e foi de fácil compreensão.	14 Participantes - Concordo Totalmente 2 Participantes - Concordo Parcialmente
5. Os conteúdos estavam organizados e foi fácil acompanhar.	15 Participantes - Concordo Totalmente 1 Participante - Discordo Parcialmente
6. A duração da formação foi adequada.	12 Participantes - Concordo Totalmente 4 Participantes - Concordo Parcialmente
7. A qualidade dos conteúdos era boa.	16 Participantes - Concordo Totalmente
8. O meu conhecimento relativo ao tópico melhorou.	15 Participantes - Concordo Totalmente 1 Participante - Concordo Parcialmente
9. De uma maneira geral como classifica a formação?	15 Participantes - Excelente 1 Participante - Boa

**Anexo P: Certificado de participação no e-Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação**



Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação  
**e-CONGRESSO INTERNACIONAL  
DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**  
2-4 DEZ | Transmissão de Gaia/Espinho **21**

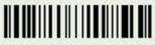
*Ano Internacional dos  
Trabalhadores de Saúde e Cuidadores*

**Certifica-se que:**

**Patrícia Fialho**  
esteve presente no  
**e-Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2021**  
que decorreu de **2 a 4 de dezembro**, num total de 21 horas.

**E apresentou:**  
**Fotografia - 7a - Inovar no Treino da Motricidade Fina**

O Presidente da APER,  
*Belmiro Rocha*  
(Belmiro Rocha)

Certificado APER 27894  


[www.aper.pt](http://www.aper.pt) Imagem: Corbis

## Anexo Q: Certificado de participação no webinar “Saúde no Adulto e no Idoso – Reabilitação Respiratória”



### CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

membro nº desta Ordem, participou no Webinar “Saúde do Adulto e do Idoso - Reabilitação Respiratória”, integrado no Ciclo de Webinars LadoLado.Com a Comunidade, no dia 07 de Dezembro, com duração total de 2h00, na plataforma digital Cisco Webex Events.

Coimbra, 07 de Dezembro de 2021.

O Presidente do Conselho Directivo Regional

Ricardo Correia de Matos

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Criação de Actividades Formativas.

**CICLO WEBINARES A COMUNIDADE**

SESSÃO 4

lado lado.com  
ninguém está sozinho

7 de Dezembro  
18h-20h

**Saúde do Adulto e do Idoso**  
Reabilitação Respiratória

**Apresentação dos projectos:**  
- Como está a sua saúde respiratória hoje?  
Reabilitação respiratória no concelho de Mangualde

Moderação  
**José Martinho**  
Enfermeiro Especialista Enf. Reabilitação | CHU  
Vogal Conselho Fiscal Regional | SRCent

ordem dos enfermeiros CENTRO

## Anexo R: Documento para registo de dados de ER na UHDP

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
1																	
2	2022							Intervenções									
3																	
4																	
5								Avaliação Inicial					Avaliação Final				
6	Casos	Nº processo	Data de admissão	Data de alta	o de internamento (d	ECG	Barthel	Borg	MRC modificada	Tinetti	ECG	Barthel	Borg	MRC modificada	Tinetti	R	
7	1	21110111	2021-11-22	2021-12-03	11	15	85	7	3	24	15	90	5	2	26		
8	2				0												
9					0												
10					0												
11					0												
12					0												
13					0												
14					0												
15					0												
16					0												
17					0												
18					0												
19					0												
20					0												
21					0												

Q	R	S	T	U	V	W	X
	Apresenta necessidade de:				Nº de doentes com necessidade de R. Resp		
Tinetti	R. Resp.	R. Motora	R. Neuro	R. Card	1		
26	1	1	0	0	Nº de doentes com necessidade de R. Motora		
					1		
					Nº de doentes com necessidade de R. Neuro		
					0		
					Nº de doentes com necessidade de R. Card		
					0		

	A	B	C	D	E
1	2022				
2					
3					
4	Nº de processo		21110111		
5	Casos		1		
6					
7	Intervenções				
8					
9	Reabilitação resp				
10					
11	Consciencialização e Dissociação dos tempos respiratórios		1		
12	Técnicas de Descanso e Relaxamento		1		
13	Treino de Respiração Diafragmática		1		
14	Expansão Torácica		1		
15	Tosse assistida/dirigida		1		
16	Reeducação Diafragmática		1		
17	Drenagem Postural				

	A	B	C	D
18	Espirometria de Incentivo			
19	Ensino de inaloterapia			
20	Ensino de Estratégias de Gestão de Energia		1	
21	Capacitação do cuidador			
22				
23	Reabilitação Motora			
24				
25	Mobilizações Passivas			
26	Mobilizações ativas		1	
27	Mobilizações Ativas-assistidas			
28	Mobilizações ativas-resistidas			
29	Exercícios isométricos			
30	Treino de Transferências			
31	Treino de Equilíbrio		1	
32	Treino de Marcha			

	A	B	C	
33	Treino de subida e descida de escadas			
34	Posicionamentos			
35	Correção Postural			
36	Ensino relativamente à utilização de auxiliar de marcha			
37	Fortalecimento muscular (com/sem resistência)		1	
38	Treino de motricidade fina			
39	Treino de mímica facial			
40	Exercícios de relaxamento/aquecimento		1	
41	Exercícios de alongamento		1	
42	Capacitação do cuidador			
43				
44	Reabilitação Neurológica			
45				
46	Treino do discurso			
47	Treino da memória			

	A	B	C	D
47	Treino da memória			
48	Estimulação multisensorial			
49	Treino de deglutição			
50	Treino de AVD's			
51	Treino de Atenção			
52	Capacitação do cuidador			
53				
54	Reabilitação Cardíaca			
55				
56	Ensinos ao doente (patologia, gestão de energia, sinais de alerta...)			
57	Avaliar a aquisição de competências e capacidades			
58	Promover estilo de vida saudável			
59	Promover atividade física diária adaptada às condições do utente			
60	Realizar treino motor (fortalecimento muscular)			
61	Realizar reabilitação respiratória			

	A	B	C	D
62	Capacitação do cuidador			
63				
64	Reabilitação e aspetos emocionais			
65				
66	Promover colaboração		1	
67	Estabelecer relação terapêutica		1	
68	Incentivar a expressar dúvidas, expetativas e sentimentos negativos			
69	Apresentar e assistir o utente a encontrar soluções às dificuldades			
70	Encorajar a focar-se nos sentimentos positivos			
71	Estimular resiliência			
72	Promover independência			
73	Assistir no ajuste de expetativas			
74	Capacitar o cuidador			
75	Promover a inclusão do cuidador /família no programa de reab.			
76	Promover o conforto e bem-estar		1	

	A	B	C	D
79				
80	Total de intervenções por utente		15	0
81				
82	Total de utentes onde se aplicou a intervenção:			
83				
84	Reabilitação resp			
85				
86	Consciencialização e Dissociação dos tempos respiratórios		1	
87	Técnicas de Descanso e Relaxamento		1	
88	Treino de Respiração Diafragmática		1	
89	Expansão Torácica		1	
90	Tosse assistida/dirigida		1	
91	Reeducação Diafragmática		1	
92	Drenagem Postural		0	
93	Espirometria de Incentivo		0	
94	Ensino de inaloterapia		0	

← → | Avaliação | **Intervenções** | +

## Anexo S: Conjunto de escalas de avaliação no âmbito da ER para utilização na UHDP

Escala de Coma de Glasgow			Escala de Borg	
	Variáveis	Score	0	Absolutamente nada
Abertura Ocular	Espontânea	4	0,5	Pouquíssima, quase nada
	À voz	3	1	Muito pouca
	À dor	2	2	Pouca
	Nenhuma	1	3	Média, regular
Resposta Verbal	Orientada	5	4	Um pouco forte
	Confusa	4	5	Forte
	Palavras inapropriadas	3	6	
	Palavras incompreensíveis	2	7	Muito forte
	Nenhuma	1	8	
Resposta Motora	Obedece comandos	6	9	Muito, muito forte
	Localiza dor	5	10	Máxima
	Movimento de Retirada	4		
	Flexão anormal	3		
	Extensão anormal	2		
	Nenhuma	1		

Escala de Barthel				
	Atividades	score		
Higiene Pessoal	Necessita de ajuda com o cuidado pessoal	0		Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)
	Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	5	15	
Evacuar	Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)	0		Imobilizado
	Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)	5	0	
	Continente (não apresenta episódios de incontinência)	10	5	Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.
Urinar	Incontinente ou algaliado	0	10	Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)
	Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)	5	15	Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)
	Continente (por mais de 7 dias)	10		
Ir à casa de banho (uso de sanitário)	Dependente	0		Dependente
	Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho	5	0	
	Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	10	5	Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda
Alimentar-se	Incapaz	0	10	Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)
	Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.	5		
	Independente (a comida é providenciada)	10		
Transferências (cadeira / cama)	Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se	0		Incapaz
	Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se	5	0	
	Pequena ajuda (verbal ou física)	10	5	Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão
Banho	Dependente	0	10	Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)
	Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	5	0	
				Dependente

## Teste de Tinetti

### EQUILIBRIO ESTÁTICO CADEIRA:

#### 1. EQUILIBRIO SENTADO

- 0 - inclina - se ou desliza na cadeira
- 1 - inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encontro da cadeira
- 2 - estável, seguro

#### 2. LEVANTAR -SE

- 0 - incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio
- 1 - capta, mas utiliza os braços para ajudar gg faz excessiva flexão do tronco gg não consegue à 1ª tentativa
- 2 - capta na 1ª tentativa sem usar os braços

#### 3. EQUILIBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)

- 0 - instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)
- 1 - estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se
- 2 - estável sem qualquer tipo de ajuda

#### 4. EQUILIBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS

- 0 - instável
- 1 - estável mas alargando a base de sustentação (calcancões afastados > 10 cm) ou encostando a auxiliar de marcha para apoio
- 2 - pés próximos e sem ajuda

#### 5. PEQUENOS DESQUILIBRIOS NA MESMA POSIÇÃO (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)

- 0 - começa a cair
- 1 - vacilante, agarrar-se, mas estabiliza
- 2 - estável

#### 6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO

- 0 - instável
- 1 - estável

#### 7. VOLTA DE 360° (2 vezes)

- 0 - instável (agarrar - se, vacilar)
- 1 - estável, mas dá passos descontínuos
- 2 - estável e passos contínuos

#### 8. APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)

- 0 - não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objecto
- 1 - aguenta 5 segundos de forma estável

#### 9. SENTAR-SE

- 0 - pouco seguro gg cai na cadeira gg calcula mal a distância
- 1 - usa os braços gg movimento não harmonioso
- 2 - seguro, movimento harmonioso

Pontuação: \_\_\_/ 16

### EQUILIBRIO DINÂMICO - MARCHA

**Instruções:** O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.

#### 10. INÍCIO DA MARCHA (imediatamente após o sinal de partida)

- 0 - hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar
- 1 - sem hesitação

#### 11. LARGURA DO PASSO (pé direito)

- 0 - não ultrapassa à frente do pé em apoio
- 1 - ultrapassa o pé esquerdo em apoio

#### 12. ALTURA DO PASSO (pé direito)

- 0 - o pé direito não perde completamente o contacto com o solo
- 1 - o pé direito eleva-se completamente do solo

#### 13. LARGURA DO PASSO (pé esquerdo)

- 0 - não ultrapassa à frente do pé em apoio
- 1 - ultrapassa o pé direito em apoio

#### 14. ALTURA DO PASSO (pé esquerdo)

- 0 - o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo
- 1 - o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo

#### 15. SIMETRIA DO PASSO

- 0 - comprimento do passo aparentemente assimétrico
- 1 - comprimento do passo aparentemente simétrico

#### 16. CONTINUIDADE DO PASSO

- 0 - péra gg dá passos descontínuos
- 1 - passos contínuos

#### 17. PERCURSO DE 3m (previamente marcado)

- 0 - desvia-se da linha marcada
- 1 - desvia-se ligeiramente gg utiliza auxiliar de marcha
- 2 - sem desvios e sem ajuda

#### 18. ESTABILIDADE DO TRONCO

- 0 - mínima oscilação gg utiliza auxiliar de marcha
- 1 - sem oscilação mas com flexão dos joelhos gg coluna gg afasta os braços do tronco enquanto caminha
- 2 - sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha

#### 19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA

- 0 - calcancões muito afastados
- 1 - calcancões próximos, quase se tocam

Pontuação: \_\_\_/ 12

Pontuação total: \_\_\_/ 28

## mMRC

Assinale com uma cruz (assim ☐), o quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.

#### GRAU 1

Sem problemas de falta de ar excepto em caso de exercício intenso.

*"Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso".*

#### GRAU 2

Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado.

*"Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado".*

#### GRAU 3

Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando ando no seu passo normal.

*"Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal".*

#### GRAU 4

Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos.

*"Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passado alguns minutos".*

#### GRAU 5

Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir.

## Anexo T: Formulário de avaliação de cuidadores para utilização na UHDP

### Avaliação do Cuidador Informal

Nº de elementos na habitação: \_\_\_\_\_  
 Presença de apoio formal: sim  / não  Se sim, Qual: \_\_\_\_\_  
 Presença de apoio informal: sim  / não  Se sim, Qual: \_\_\_\_\_

Autocuidados	Presença de défice?	Grau de dependência	Demonstra conhecimento?	Demonstra capacidades?
Alimentação				
Higiene e vestuário				
Sanitário				
Marcha				
Mobilidade no leito				
Transferências				
Gestão do regime medicamentoso				
Notas:				

Grau de colaboração do CI com ensinos realizados:  
 Elevado  / Moderado  / Reduzido   
 Existe necessidade de ajudas técnicas? Sim  / Não   
 Se sim, quais? \_\_\_\_\_

### Questionário ao Cuidador Informal

Por favor, responda às seguintes questões nos locais preparados para o efeito.

Nome do Utente: \_\_\_\_\_

Nome do Cuidador Informal: \_\_\_\_\_

Relação de Parentesco: \_\_\_\_\_

Vive na mesma habitação que o seu familiar? Sim  / Não

Tem a cargo outras pessoas dependentes? Sim  / Não

Encontra-se de momento a trabalhar? Sim  / Não

Se sim, quantas horas dedica ao seu trabalho por dia? \_\_\_H

Já cuidou de alguém antes? Sim  / Não

Teve alguma preparação para cuidar do seu familiar? Sim  / Não

O seu familiar pode ficar sozinho? Sim  / Não

Se sim, quando tempo? \_\_\_\_\_

Existe alguém que o apoie nos cuidados ao seu familiar? Sim  / Não

Se sim, quem? \_\_\_\_\_

Considera que precisa de mais apoio dos profissionais de saúde? Sim  / Não

Se sim, em que áreas? \_\_\_\_\_

Agradecemos a sua colaboração  
 A equipa da UHDP

Elaborado e adaptado a partir de Pereira et al. (2012) e Rodrigues & Querido (2018).

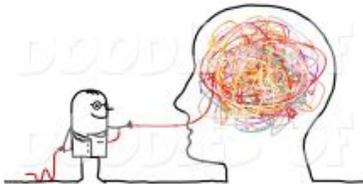
## Anexo U: Folheto informativo “Depranocitose – O que é?”

### Saber mais...



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA  
DE PAIS E DOENTES  
COM HEMOGLOBINOPATIAS

<https://www.appdh.org.pt/>



### Referências

Hemoglobinopatias: <https://www.appdh.org.pt/drepanocitose>

Tam de Jesus, A., & Moreira da Silva, D. (2017). Drepanocitose: Etiologia, Fisiopatologia, Diagnóstico e Abordagens Terapêuticas. *FF - Trabalhos Finais de Mestrado Integrado*. Obtido em 17 de dezembro de 2021, de [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/35900/1/MICF\\_Adriano\\_Jesus.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/35900/1/MICF_Adriano_Jesus.pdf)

Hospital da  
Espírito Santo E.P.E

Unidade de Hospitalização Domiciliária  
Polivalente

Médica Responsável | Dr<sup>a</sup> Ireneia Lino  
Enfermeiro Responsável | EnF<sup>º</sup> Nelson Mestrinho

tel. 967083420 | [uhdp@evora.min-saude.pt](mailto:uhdp@evora.min-saude.pt)



Universidade de Évora  
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus  
Mestrado em Enfermagem (Curso em Associação)  
Ano Letivo 2020/2021

## Drepanocitose

>>> O que é?



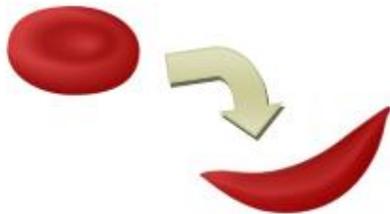
## O que é a Depranocitose?

- Doença genética
- Afeta os glóbulos vermelhos



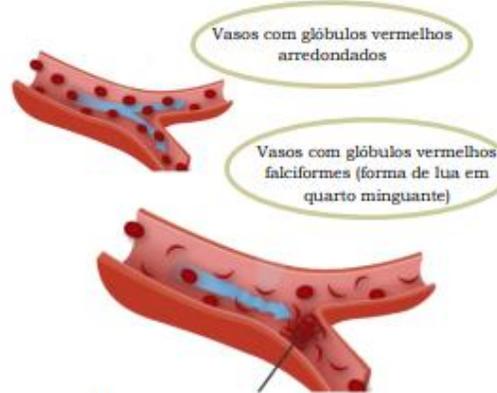
Os glóbulos vermelhos transportam o oxigênio de que necessitamos dos pulmões para todo o corpo o dióxido de carbono para os pulmões.

- Na depranocitose, os glóbulos vermelhos não são redondos, assumindo uma forma de lua em quarto minguante.



## Quais as consequências da Depranocitose?

- A forma dos glóbulos vermelhos faz que com o transporte de oxigênio não seja tão eficaz
- Não têm facilidade em ajustar-se aos vasos sanguíneos e podem causar obstruções



- Estes glóbulos vermelhos duram menos tempo, sendo destruídos com maior facilidade

Podem causar:

- ⇒ Anemia (cansaço, palidez...)
- ⇒ Crises Dolorosas
- ⇒...

## O que fazer?

Indivíduos com Depranocitose podem ter uma vida normal e saudável

É importante:

- ⇒ Tomar a medicação de forma correta;
- ⇒ Ter um estilo de vida saudável;
- ⇒ Manter uma alimentação saudável;
- ⇒ Manter atividade física;
- ⇒ Evitar o sedentarismo;
- ⇒ Ir regularmente a consultas médicas;
- ⇒ Esclarecer dúvidas;
- ⇒ Falar com os profissionais de saúde acerca do que o incomoda ou de algo que pareça anormal.

