

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

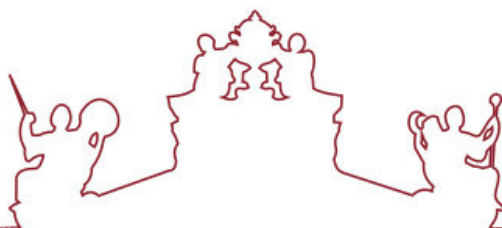
Relatório de Estágio

A Enfermagem de Reabilitação na capacitação para os autocuidados da pessoa internada

Marta Cristina Pinheiro Rodrigues

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

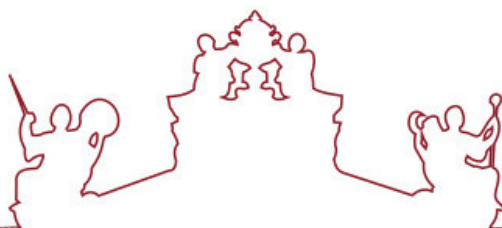
Relatório de Estágio

A Enfermagem de Reabilitação na capacitação para os autocuidados da pessoa internada

Marta Cristina Pinheiro Rodrigues

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 | Adriano Pedro (Universidade de Évora)

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

Agradecimentos

Gostaria de agradecer às pessoas a quem presto cuidados, em especial às pessoas que foram alvo dos meus cuidados ao longo dos estágios, pela partilha e pelas aprendizagens que me possibilitaram.

À minha orientadora, professora Maria José Bule pela disponibilidade, incentivo, dedicação, profissionalismo e partilha de conhecimentos ao longo deste percurso académico. Aos orientadores de estágio que me facilitaram o desenvolvimento de aprendizagem e promoveram a aquisição de competências.

Ao meu filho e ao meu marido pelo apoio e compreensão nos momentos mais difíceis deste caminho.

À Enfermeira Supervisora Salomé Camarinha, por me ter incentivado a realizar este percurso, apesar das dificuldades que surgiram e à Enfermeira Jacinta Aguiar, minha chefe, por tudo o que fez, de modo a facilitar este processo, demonstrando o seu apoio incondicional.

Um agradecimento à minha família (pais, irmã, cunhado e sobrinha) que me motivaram ao longo deste percurso e foram sempre um elemento facilitador.

Ao meu núcleo de amigos, em especial à Paula Ficalho, pela ajuda e pelo apoio prestado.

A todos, o meu muito obrigada

RESUMO

Título: A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

O envelhecimento da população, remete para um aumento das doenças crônicas e maior predisposição para dependência nos autocuidados.

O relatório reporta os estágios realizados em unidade de ortopedia e unidade de média duração e reabilitação, apresenta os resultados do projeto de intervenção e a análise do desenvolvimento de competências.

Objetivo do projeto: Capacitar as pessoas internadas para os autocuidados. Metodologia estudos de caso de dez participantes com dependência nos autocuidados.

Os resultados obtidos, indicam um ganho da independência funcional após a implementação do programa de reabilitação, fundamentado numa média da avaliação inicial da medida de independência funcional dos participantes 87.2 (DP=21.64 pontos) e a média da avaliação final foi 121 (DP=6.03 pontos).

Conclui-se que a intervenção, precoce e sistemática, do enfermeiro de reabilitação, melhora a força, o equilíbrio e a tolerância ao esforço, convergindo para a recuperação da independência do indivíduo com perda transitória da capacidade para o autocuidado.

Palavras-Chave: Enfermagem em Reabilitação; Autocuidado; Capacitação

ABSTRACT

Title: Rehabilitation Nursing in Self-Care Training

The aging of the population, linked to the development of medicine, leads us to an increase in chronic diseases and a greater predisposition to dependence on self-care.

The report reports the internships performed in orthopedics unit and medium-term unit and rehabilitation, presents the results of the intervention project and the analysis of the development of competencies.

Objective of the project: To train hospitalized people for self-care. Methodology case studies of ten participants with dependence on self-care.

The results obtained indicate a gain in functional independence after the implementation of the rehabilitation program, based on an average of the initial evaluation of the functional independence measure of the participants 87.2 (SD=21.64 points) and the mean final evaluation was 121 (SD=6.03 points).

It is concluded that the early and systematic intervention of the rehabilitation nurse improves strength, balance and tolerance to exertion, converging to recover the independence of the individual with transient loss of capacity for self-care.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Self-care; Training.

ABREVIATURAS

AC – Autocuidado

AP- Antecedentes Pessoais

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ER – Enfermagem de Reabilitação

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

PTER – Plano Terapêutico de Enfermagem de Reabilitação

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAM – Serviço de Apoio Médico

SIE – Sistema de Informação em Enfermagem

UCC- Unidade de Cuidados Continuados

UMDR- Unidade de Média Duração e Reabilitação

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

Índice

INTRODUÇÃO	13
1. APRECIACÃO DO CONTEXTO	17
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	24
2.1 Definição de Conceitos	24
2.2 Dorothea Orem	26
2.2.1 Teoria do autocuidado	27
2.2.2 Teoria do défice do autocuidado	30
2.2.3 Teoria dos sistemas de enfermagem	31
2.3 Revisão da Literatura	32
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	35
3.1 Objetivos	35
3.2 Considerações e Procedimentos Éticos	36
3.3 Participantes	37
3.4 Recolha e Análise de Dados	37
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	39

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado	
4.1 Caracterização Sócio Demográfica.....	40
4.2 Caracterização da condição saúde-doença dos participantes	42
4.3 Caracterização da dor	45
4.4 Caracterização das funções cognitivas.....	47
4.5 Caracterização da espasticidade	49
4.6 Caracterização da força muscular.....	51
4.8 Caracterização da tolerância ao esforço.....	55
4.9 Caracterização da amplitude articular	58
4.10 Caracterização do equilíbrio	60
4.11 Caracterização do risco de queda.....	62
5. COMPETÊNCIAS.....	65
5.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	65
5.1.1 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A1 e A2)	66
5.1.2 Competências do domínio da melhoria continuam da qualidade (B1, B2, B3) .	67
5.1.3 Competências do domínio da gestão dos cuidados (C1, C2)	69
5.1.4 Competências do domínio das aprendizagens profissionais (D1 e D2)	69

5.2 Competências Específicas do EEER	72
5.2.1 Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.....	73
5.2.2 Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania.	73
5.2.3 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo a capacidade da pessoa.....	74
5.3 Competências de Mestre	75
6. CONCLUSÃO	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA.....	79
APÊNDICES	lxxxv
Apêndice I – Projeto de Intervenção Profissional.....	lxxxvi
Apêndice II – Consentimento Informado.....	cxí
Apêndice III – Intervenções para o Diagnóstico: Autocuidado Comprometido	cxiv
Apêndice IV – Avaliação da MIF dos Participantes	cxvi
Apêndice V –Avaliação Intermédia da MIF dos Participantes	cxviii
Apêndice VI – Avaliação Final da MIF dos Participantes.....	cxx
Apêndice VII– Folheto: “Continuar a Reabilitar no Regresso a Casa - Membro Superior”	cxxii

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado	
Apêndice VIII –Almofada de Treino do Vestuário	cxxiv
ANEXOS	cxxvi
ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética.....	cxxvii
ANEXO II - Poster e Certificado: Efeitos adversos de dotações incorretas na segurança dos cuidados do paciente internado: Uma revisão Sistemática	cxxx
ANEXO III – Poster e Certificado: Influência das Dotações Seguras, na Segurança dos Cuidados Prestados ao Paciente Internado	cxxxii
ANEXO IV – Certificado de Participação no III Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e Saúde e Certificado de Apresentação de Comunicação Livre “O Isolamento Social pela Pandemia Covid-19 no manejo da Dor Crónica - Scoping Review”	cxxxiv
ANEXO V – Declaração de Publicação do Artigo “Isolamento Social pela Pandemia Covid-19 no manejo da Dor Crónica.	cxxxvi
ANEXO VI – Declaração de Publicação do Artigo “Influência das dotações seguras de Enfermeiros na Segurança dos Cuidados Prestados ao Paciente Internado: Uma Revisão Sistemática”	cxxxviii
ANEXO VIII – Declaração de Publicação “Limites da Atuação do Enfermeiro no Doente com Prognóstico Vital Breve: Artigo de Opinião”	cxli
ANEXO IX – Declaração de Participação no “E-congresso de Enfermagem de Reabilitação de 2021”	cxlii
ANEXO X – Declaração de Participação no “2 nd International Congress AGE.COMM Longevity and Development” e da Comunicação Oral “A Enfermagem de Reabilitação na recuperação do estado funcional no doente com fratura -Estudo de Caso”	cxliv

Índice de Tabela

Tabela 1 - <i>Dados Sócio Demográficos dos Participantes</i>	40
Tabela 2 - <i>Fatores Condicionantes de Saúde dos Participantes</i>	43
Tabela 3 - <i>Avaliação da Dor dos Participantes (EVN)</i>	45
Tabela 4 - <i>Intervenções para o Diagnóstico: Dor</i>	46
Tabela 5 - <i>Intervenções para o Diagnóstico: Capacidade Cognitiva diminuída</i>	49
Tabela 6 - <i>Intervenções para o Diagnóstico: Tônus muscular aumentado</i>	50
Tabela 7 - <i>Avaliação da Força muscular dos Participantes (mMRC)</i>	51
Tabela 8 - <i>Intervenções para o Diagnóstico: Movimento Muscular Comprometido</i>	52
Tabela 9 - <i>Avaliação da Tolerância ao Esforço/Dispneia</i>	56
Tabela 10 - <i>Intervenções para o Diagnóstico: Ventilação Ineficaz</i>	57
Tabela 11 - <i>Avaliação da Goniometria da Anca direita da Participante 1</i>	58
Tabela 12 - <i>Avaliação da Goniometria do Joelho direito da Participante 1</i>	58
Tabela 13 - <i>Avaliação da Goniometria do tornozelo direito da Participante 1</i>	59
Tabela 14 - <i>Avaliação da Goniometria do ombro direito da Participante 3</i>	59

Tabela 15 - <i>Avaliação da Goniometria do tibiotársica direto da Participante 3</i>	60
Tabela 16 - <i>Intervenções para o Diagnóstico: Movimento Articular Comprometido</i>	60
Tabela 17 - <i>Avaliação do equilíbrio dos participantes pela Escala de Berg</i>	61
Tabela 18 - <i>Intervenções para o Diagnóstico: Equilíbrio Corporal Comprometido</i>	62
Tabela 19 - <i>Avaliação do Risco de Queda</i>	62
Tabela 20 - <i>Intervenções para o diagnóstico: Risco de Queda</i>	62

INTRODUÇÃO

O relatório de estágio que se apresenta, realizado no curso de mestrado em enfermagem, na área de enfermagem de reabilitação reporta-se aos estágios curriculares realizados no 2º e no 3º semestre. Os contextos clínicos comportam o desenvolvimento de competências nas áreas: músculo-esquelética, respiratória e neurológica.

O relatório é realizado com base no plano de intervenção implementado e tem na sua base o processo de enfermagem seguindo a metodologia de estudo de caso, aproximando-se assim de um trabalho de investigação. Torna-se relevante referir que para Fortin (1999), um relatório, é um trabalho de investigação, no qual são lavrados os componentes fundamentais de uma investigação: problema, objetivos, quadro de referência, métodos e resultados.

Os objetivos específicos dos estágios curriculares prendem-se com a avaliação da funcionalidade e o diagnóstico de alterações; implementação do plano terapêutico de enfermagem de reabilitação, visando a adaptação às limitações e um incremento na autonomia e qualidade de vida; diagnóstico, planeamento, execução e avaliação das intervenções de enfermagem de reabilitação ao indivíduo; capacitação do indivíduo com incapacidade, promoção da reinserção e o desempenho de cidadania; desenvolvimento de programas de treino de autocuidados e de utilização de dispositivos de apoio; gestão dos cuidados e projetos, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional; produção de dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados desta área de especialidade.

A afirmação de Hesbeen, de que “todo e qualquer processo de formação na área da prática de cuidados, tem como finalidade ajudar os profissionais ou futuros profissionais a tornarem-se cada vez mais capazes de pensar a ação na perspetiva do cuidar, respeitando os seus percursos pessoais” (2002, p.115), valida o presente relatório.

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

O progresso da medicina científica, culminou num aumento da esperança média de vida e no consequente incremento de doenças crónicas. Estas transformações, remetem-nos para inúmeros desafios na área da saúde, o aumento significativo de pessoas dependentes no autocuidado é hoje uma enorme preocupação, bem como a sua identificação e a criação de respostas ajustadas. Os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação têm um papel fundamental na capacitação para os autocuidados da pessoa internada, seja essa dependência proveniente de uma intervenção terapêutica, de doença aguda ou crónica ou mesmo de uma incapacidade. A reabilitação é definida segundo Hesbeen como “a ciência e a arte da gestão dos obstáculos potencialmente geradores de desvantagem. Os seus objetivos são, portanto, analisar, suprimir, atenuar, ajudar a ultrapassar os obstáculos que a geram” (2002 p.52).

Nesta sequência, é traçado o projeto de intervenção intitulado “A enfermagem de reabilitação na capacitação para o autocuidado da pessoa internada.” O projeto de intervenção realizado, tem na sua base as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), sendo estas: “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p. 13566). O projeto de intervenção foi igualmente enquadrado nos objetivos das unidades curriculares estágios.

Após reflexão acerca do projeto, torna-se relevante a escolha dos locais de estágio. Os estágios, são realizados em diversas etapas de formação dos enfermeiros, em diferentes contextos. São preconizados para complementar a formação teórica e possibilitam que o estudante seja preparado, dentro das competências adquiridas, para o contexto profissional (D. Silva & Silva, 2016).

O desenvolvimento de competências na área músculo-esquelética foi centrado no estágio realizado em serviço de ortopedia, inserido numa unidade hospitalar e para o desenvolvimento de competências nas áreas respiratória e neurológica a opção foi uma

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

unidade de cuidados continuados de média duração e reabilitação, da rede nacional de cuidados continuados integrados, localizada no alto Alentejo, que visa dar resposta à população com perda transitória de autonomia, potencialmente recuperável. Nesta tipologia de unidades, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem um papel fundamental, na avaliação e acompanhamento da pessoa internada, traçando um plano terapêutico de enfermagem de reabilitação, discutido com a pessoa internada, em articulação com a equipa, visando melhorar a funcionalidade e qualidade de vida, possibilitando a reintegração no seio familiar e social.

O projeto, tem na sua base metodológica, o estudo de caso descritivo do sociólogo Robert Yin, possibilitando um conhecimento aprofundado dos fenómenos em estudo e as etapas são definidas segundo a teoria de intervenção terapêutica de Manuel Lopes.

São considerados, participantes do projeto de intervenção, as pessoas internadas nos serviços onde decorreram os estágios, alvos de cuidados de reabilitação, com dependência nos autocuidados, com potencial de reabilitação e que aceitaram a integrar o projeto de intervenção. Foram respeitados os princípios éticos, tendo sido obtido o consentimento dos participantes para a inclusão dos seus dados no projeto, garantindo o anonimato e a confidencialidade, sendo os dados codificados e a sua utilização exclusiva para este projeto. Assim fica salvaguardado o dever de sigilo profissional, plasmado no código ético e deontológico da profissão.

Através da realização deste trabalho foram obtidos resultados que podem constituir um importante contributo para o desenvolvimento do conhecimento ligado à enfermagem de reabilitação, visando a valorização das intervenções implementadas pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e dos resultados obtidos. Podendo ser deste modo considerado uma valorização para a disciplina.

Com este relatório pretende-se espelhar o desenvolvimento de competências de mestre e especialista em enfermagem de reabilitação, as estratégias utilizadas com vista à sua aquisição, bem como fundamentar o projeto de intervenção realizado e os resultados atingidos.

O relatório encontra-se organizado em capítulos, a introdução é sucedida pela apreciação do contexto onde foram desenvolvidos os estágios. O segundo capítulo expõe o enquadramento teórico, o qual integra a revisão da literatura que suporta o projeto, seguindo-se o capítulo três que aborda o projeto de intervenção profissional, objetivos, questões e procedimentos éticos e os participantes. Sequencialmente apresentam-se os resultados, bem como a sua discussão. O capítulo quinto, expõe uma análise reflexiva sobre as competências adquiridas e desenvolvidas e, por fim a conclusão, seguida da bibliografia. Em apêndice e anexos encontram-se os documentos que sustentam o presente trabalho.

Para a redação do relatório, formatação das tabelas e referências bibliográficas, foram seguidas as normas da American Psychological Association 7ª edição e a norma de formatação da Universidade de Évora para relatórios de estágio.

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

De forma a manter a confidencialidade dos dados, a apreciação do contexto foi realizada caracterizando a tipologia da instituição de modo geral, seguidamente e para cada um dos contextos é descrito de forma global a análise dos cuidados de ER (Enfermagem de Reabilitação).

Estágio de Enfermagem de Reabilitação

O estágio realizado na área músculo-esquelética decorreu entre 17 de maio e 24 de junho de 2021, tendo lugar num hospital público, integrado na rede do serviço nacional de saúde da região Alentejo, pertencente ao grupo I.

Segundo o ministério da saúde, (2014) os hospitais do grupo I, oferecem cuidados nas áreas médicas e cirúrgicas, incluindo especialidades, com área de influência que abrange pelo menos 75000 habitantes.

O serviço de ortopedia onde se realizou o estágio, tem no seu espaço físico, o gabinete administrativo, uma copa e refeitório, o gabinete do enfermeiro gestor, uma sala de preparação de medicação, o balcão de enfermagem, uma sala de pensos, gabinete médico, arrumos de limpos, arrumos de sujos, sala do material (auxiliares de marcha, pesos, material de tração), duas casas de banho para profissionais, sala de reuniões e varanda.

O serviço tem lotação de 18 camas, distribuídas da seguinte forma: 5 enfermarias com três camas e 3 quartos individuais, tanto as enfermarias como os quartos, têm uma casa de banho. No que diz respeito aos recursos materiais ou equipamentos, estes são fundamentais para uma adequada prestação de cuidados, mantendo a privacidade e segurança do doente. Relativamente a estes recursos, todas as unidades do doente, sejam elas quarto ou enfermaria

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

estão equipadas com cama articulada com trapézio e grades, mesa de apoio e cadeira, mesa de cabeceira, roupeiro, rampa de oxigénio e de aspiração, luz de presença e campainha. No caso das enfermarias, cada cama tem uma cortina que permite a privacidade do doente aquando da prestação de cuidados e existe um lavatório em cada uma das enfermarias. Todas as casas de banho destinadas aos doentes, estão equipadas com poliban com banco “móvel”, sanita com alteador e lavatório.

Existe no serviço, material em número suficiente para a prestação de cuidados aos doentes internados, incluindo os dispositivos de apoio: cadeiras de rodas, andarilhos, canadianas, artromotor, bastões, estetoscópio, pesos, bandas elásticas e bolas.

A reabilitação é um processo que consiste na prestação de cuidados de saúde integrados e diferenciados, sendo prestados por uma equipa multidisciplinar unida por objetivos comuns (Branco, 2017). A nível de recursos humanos, a equipa multidisciplinar é constituída por 7 ortopedistas, sendo um o diretor de serviço, 12 enfermeiros, sendo um o enfermeiro gestor, quatro dos enfermeiros são especialistas, dois destes, na área de reabilitação: o enfermeiro gestor e um enfermeiro que está na prestação de cuidados diretos, um enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e outro em médico-cirúrgica, seis assistentes operacionais e duas assistentes técnicas.

O serviço de ortopedia trabalha em estreita articulação com outros serviços, fisioterapia, (fisiatra, fisioterapeutas e terapeuta da fala), nutricionista, psicólogo, equipa de gestão de altas.

No turno da manhã o rácio enfermeiro utente é de 1/6 e nos turnos da tarde e da noite é de 1/9, sendo que a distribuição de doentes é feita pelo enfermeiro gestor ou pelo enfermeiro responsável de turno, na ausência do primeiro.

Relativamente ao método de trabalho, a equipa trabalha por método de enfermeiro responsável, é de salientar que em todos os turnos há um enfermeiro responsável que desempenha o papel de gestão dos assuntos correntes do serviço, na ausência do enfermeiro gestor.

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

A distribuição de trabalho pelos enfermeiros não distingue os enfermeiros especialistas dos restantes, a diferenciação manifesta-se pela aplicação das competências das diferentes áreas.

Revela-se fundamental descrever o sistema de informação em enfermagem (SIE) utilizados, assim, os registos são informatizados e com recursos ao sistema SClínico, migrando os dados para o serviço de apoio médico (SAM), onde está toda a informação do doente: exames complementares de diagnóstico, internamentos anteriores e prescrições, facilitando a continuidade dos cuidados. No SClínico, é utilizada a linguagem CIPE, corroborado por Pestana, “A partir da introdução de uma linguagem comum, a classificação internacional da prática de enfermagem (CIPE), foi possível o desenvolvimento de modelo de SIE, que se centra na área de intervenção em enfermagem” (2017, p77). O SIE, segundo Pestana, (2017b), permite ao enfermeiro introduzir dados de avaliação inicial, definição de focos de atenção e identificação de diagnósticos de enfermagem, permitindo consequentemente a prescrição de intervenções de enfermagem baseadas em boas práticas de cuidados. Através da avaliação de resultados, torna-se possível demonstrar ganhos em saúde e sustentar a ação do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER).

O serviço tem na sua globalidade doentes vítimas de traumatismo músculo-esquelético ou para cirurgia programada (como artroplastia do joelho, artroscopia do joelho e artroplastia da anca), o que possibilita o acompanhamento da pessoa internada no pré e pós-cirúrgicos. Neste serviço o EEER, tem um papel fulcral nos ensinamentos/realização de exercícios músculo-articulares e respiratórios de modo a prevenir complicações e readquirir capacidades. O tempo médio de internamento ronda os 12 dias.

Os focos de intervenção de ER que estão na base dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes são: autocuidado: transferir-se, autocuidado: posicionar-se, autocuidado: higiene e conforto, andar.

No serviço, não há nenhum projeto nem a implementação de um plano de ER, embora o enfermeiro gestor, especialista em ER, faça a avaliação dos doentes em conjunto com o diretor

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado de serviço e traçam o plano de reabilitação para cada doente, o qual é partilhado na equipa de enfermagem que assegura os cuidados com vista aos objetivos traçados.

Estágio Final

O estágio com vista à aquisição de competências nas áreas respiratória e neurológica decorreu entre 13 de setembro de 2021 e 21 de janeiro de 2022 na unidade de cuidados continuados (UCC), numa unidade de média duração e reabilitação (UMDR) da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI), localizada no alto Alentejo.

Segundo o Ministério da Saúde, (2006) as UMDR, são unidades de internamento, com infraestruturas próprias, podendo coexistir com outras tipologias (convalescença ou longa duração), visam a prestação de apoio psicossocial, cuidados clínicos e de reabilitação, destinam-se a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente readquirível. Estas tipologias de unidades, têm como principais objetivos, a estabilização clínica, avaliação e a reabilitação integral da pessoa internada, o período de internamento previsto, varia entre 30 e 90 dias consecutivos. As UMDR, têm um papel fundamental na atuação a nível social, prestação de cuidados clínicos e de reabilitação às pessoas internadas.

As UMDR são geridas por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial. Nesta tipologia de unidades, são assegurados diariamente cuidados médicos; cuidados de enfermagem em permanência; assegurados os cuidados de higiene e conforto, alimentação, administração de terapêutica e vigilância, além da estimulação da interação social e lazer, apoio psicossocial, fisioterapia e de terapia ocupacional.

A UMDR onde se realizou o estágio, localiza-se no mesmo edifício da unidade de longa duração e manutenção (ULDM), tendo recursos e alguns espaços partilhados. No piso -1 situa-se o ginásio e a sala de terapia da fala, sendo espaços partilhados, com horários distintos. Neste mesmo piso localiza-se a lavandaria, vestiário do pessoal, armazém e sala de reuniões. No piso 0, localizam-se os quartos da ULDM, a sala de psicomotricidade, também utilizada em diferentes horários para os utentes das duas tipologias. No piso 1 há, de um dos lados, quartos da ULDM, sala de limpos e sujos, posto de enfermagem e 2 casas de banho comuns para os

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

utentes, na zona central encontram-se duas sala de estar, com televisão, mesas redondas, cadeiras e cadeirões, uma delas que se destina aos utentes UMDR, encontram-se 3 casas de banho junto à sala de estar, todas elas com sanita e lavatório, com barras de apoio, uma das casas de banho é mais ampla de modo a entrar uma cadeira de rodas e tem o lavatório adaptado de modo a promover a independência do utente em cadeira de rodas. Nesse mesmo piso, pode-se encontrar o gabinete médico, a farmácia e a sala de animação, espaço que está destinado à UMDR no período da tarde. O gabinete administrativo, está no hall, onde estão localizadas 2 casas de banho para profissionais, está também o refeitório e a cozinha e uma casa de banho para os utentes, equipada com sanita, lavatório e barras de apoio. No corredor seguinte está o gabinete administrativo e de seguida o corredor da UMDR onde se localiza o gabinete de enfermagem, sala de limpos, sala de sujos, sala de arrumos, casa de banho assistido. A UMDR tem lotação de 23 camas, distribuídas da seguinte forma: 10 quartos duplos equipados com duas camas, 2 mesas de cabeceira e casa de banho com base de duche, sanita, barras de apoio e lavatório. A unidade tem 3 quartos individuais equipados com cama, mesa de cabeceira, armário, cadeira. Tem casa de banho com base de duche, sanita, barras de apoio e lavatório. Todas as unidades dos doentes estão equipadas com: cama articulada com grades, regulável em altura, mesa de apoio e cadeira, mesa de cabeceira, rampa de oxigénio e de aspiração, luz de presença e campainha. Existe na unidade material adequado à prestação de cuidados aos doentes internados, onde se inclui material de apoio: cadeiras de rodas, elevador, cadeiras e bancos de banho, andarilhos, canadianas, bastões, estetoscópio, pesos, bandas elásticas e bolas.

Ao abordar o segundo local de estágio, revela-se fundamental mencionar os elementos da equipa multidisciplinares, segundo Hesbeen, “Todos eles, no lugar que ocupam e com a sua profissão ou actividade, contribuem para a *cultura da reabilitação*, nas instituições ou serviços especializados” (2002 p.63).

A nível de recursos humanos, a equipa multidisciplinar é constituída por: dois fisioterapeutas, uma psicomotricista, uma terapeuta ocupacional, uma animadora socio cultural, uma terapeuta da fala, uma assistente social, dois médicos (clínica geral e fisiatra uma vez por semana), 15 assistentes operacionais e 15 enfermeiros, dos quais três são

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

especialistas, um em reabilitação, um em médico-cirúrgica e um em saúde mental e psiquiátrica. A equipa é partilhada pelas duas unidades, sendo escalada de forma rotativa.

Na UMDR estão escalados 2 enfermeiros no turno da manhã, 1 no turno da tarde e 1 no turno da noite, sendo que o rácio enfermeiro utente no turno da manhã é de 1/12 e nos turnos da tarde e da noite é de 1/23.

Relativamente ao método de trabalho, a equipa trabalha por método de enfermeiro responsável, é de salientar, que no turno da manhã há um enfermeiro responsável que desempenha o papel de gestão dos assuntos correntes do serviço. No serviço não há enfermeiros afetos exclusivamente à reabilitação dos doentes internados. O rácio dos doentes atribuídos a estes profissionais é idêntico ao dos restantes elementos.

O serviço tem na sua globalidade doentes com status pós acidente vascular cerebral (AVC), status pós traumatismo cranioencefálico, status pós artroplastia da anca ou do joelho, e o internamento tem o intuito de recuperação da independência funcional. Os focos de intervenção de ER que estão na base dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes são: autocuidado: transferir-se, autocuidado: posicionar-se, autocuidado: higiene e conforto, andar.

Neste serviço o EEER, tem um papel fulcral nos ensinamentos/realização de exercícios músculo-articulares e respiratórios de modo a prevenir complicações e readquirir capacidades. O tempo médio de internamento ronda os 56 dias.

Os registos são informatizados no sistema GestCare PICC da RNCCI.

Este campo de estágio tem, pelas suas características e forma de funcionamento, as condições necessárias para o desenvolvimento de competências na área respiratória e de neurologia, e também para consolidar competências nos cuidados de ER na área músculo-esquelética. Nesta tipologia de unidades, o EEER, tem um papel fundamental, na avaliação e acompanhamento da pessoa internada, traçando um plano terapêutico de enfermagem de reabilitação (PTER), discutido com a pessoa internada e em consonância com a equipa, visando

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado
melhorar a funcionalidade e qualidade de vida, promovendo a reintegração no seio familiar e social.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A enfermagem como ciência tem, segundo Meleis (2010), na sua base o desenvolvimento de teorias com vista a descrever, compreender e esclarecer a essência dos fenómenos, antecipando o seu acontecimento. Neste sentido e de modo a sustentar o presente trabalho, torna-se fulcral definir conceitos e enquadrá-los sob o ponto de vista teórico.

2.1 Definição de Conceitos

De modo a reduzir ambiguidades, apresenta-se a definição dos conceitos chave em que assenta o projeto:

Capacitar

Capacitar é um termo, utilizado na área de enfermagem, reconhecendo-se o seu impacto especificamente na área da reabilitação. Para Reis & Bule (2017), capacitar é um processo que envolve múltiplas dimensões, tais como: a ação, conhecimento e decisão. O conhecimento, remete para, saberes alicerçados nos valores individuais, podendo estes, modificar-se ao longo da vida. O conhecimento e consequentemente os valores individuais que estão na sua base, sofrem influências de ordem sociocultural e até mesmo religiosa. A (re)construção do conhecimento regula a decisão acerca da ação, podendo alterar-se ao longo do tempo. A capacitação constitui um processo que envolve os domínios físico, cognitivo e material.

No presente trabalho, o conceito “capacitar” é fundamental, com vista a melhorar a funcionalidade e a promover a independência no autocuidado (AC). Assim, é realizada a avaliação rigorosa da pessoa alvo dos cuidados de reabilitação, seguidamente identificam-se os problemas reais e potenciais, sequencialmente, procede-se ao ensino de estratégias de adaptação, treino de força e equilíbrio, ensino para o uso de material adaptativo. Possibilitando desta forma, atingir os objetivos do PTER convergindo para uma maior independência funcional e consequentemente nos AC's.

Autocuidado

O AC, é uma ação deliberada, realizada pela pessoa a si própria ou aos seus dependentes, executada com vista à regulação do seu próprio funcionamento e evolução. São ações que visam garantir o fornecimento das condições necessários para manter a vida (alimentos, ar, hidratação), permitindo o crescimento, desenvolvimento e manutenção da integridade humana. São ações realizadas com o fim de: prevenção, alívio, tratamento e controle de estados humanos indesejáveis (Orem, 2001).

Corroborado por Petronilho & Machado (2017), o AC, remete-nos para as atividades realizadas pelo próprio de modo a tratar do que é necessário com vista a manter a funcionalidade, lidando com as atividades de vida e as necessidades individuais básicas, como um procedimento de conservação da saúde e gestão da doença recorrendo a ações positivas. Pode-se afirmar que o AC, desempenha um papel fundamental com vista à recuperação e/ou promoção da saúde

O AC é um conceito que está associado à independência, responsabilidade pessoal e autonomia. Vários são os fatores identificados por Petronilho & Machado, (2017) que têm contribuído para o AC como foco de atenção no domínio de saúde, sendo estes (Petronilho & Machado, 2017):

- As alterações das normas e predomínio de patologias crónicas ligadas ao envelhecimento populacional;

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

- A evolução dos cuidados de saúde ao encontro do paradigma de uma medicina curativa, para uma ênfase dos cuidados direcionados para a promoção da saúde;
- A economia da saúde, é caracterizada pela contenção de custos e recursos limitados, fatores que conduzem a internamentos mais curtos;
- Maior consumo de informação (literacia em saúde).

Segundo a Direção Geral da Saúde, (2017) as patologias crónicas são a maior causa de morte e incapacidade no mundo, por isso o AC, assume relevância no contexto da saúde e bem-estar das pessoas, em particular nos grupos mais vulneráveis. São variados os fatores que condicionam a capacidade para o AC descritos por Petronilho & Machado (2017): pessoas com mais de 60 anos, baixos níveis de literacia e baixos rendimentos, têm menor capacidade para o AC, pessoas em diálise apresentam altos níveis de fadiga, baixa capacidade para o AC e moderada solidão, os autores acrescentam que se denota uma relação negativa entre o AC, a fadiga e a solidão. (Lima et al., 2019) acrescenta que os idosos são mais propensos a desenvolver processos patológicos inerentes à imobilidade, sendo as doenças cardiovasculares, entre as quais o AVC, uma das causas relevantes. Segundo o mesmo autor, os resultados do estudo, indicam que doentes submetidos a imobilidade, depois da intervenção do EEER, readquirem 36,7% da sua independência, constatando-se maior impacto no controle de esfíncteres e nos AC's (Lima et al., 2019).

2.2 Dorothea Orem

Dorothea Elizabeth Orem, em 1956, iniciou um processo de conceptualização do AC, que veio a ser formalmente validado em 1967, por via do trabalho realizado *pelo Nursing Development Conference Group*. Dorothea Orem, desenvolveu a Teoria do Défice do AC, que abrange três teorias, sendo estas: A Teoria do AC, A Teoria do Défice do AC e a Teoria dos

Sistemas de Enfermagem. A primeira publicação da referida teoria, aconteceu em 1971 no livro *Nursing: Concepts of Practice*. Nesta teoria, são referidos conceitos base: AC (*self-care*), agente de AC (*self-care agent*), déficit de AC (*self-care deficit*), sistemas de enfermagem (*nursing system*), ação do AC ou ação deliberada (*self-care agency*), comportamentos de AC (*self-care behavior*), necessidades terapêuticas de AC (*therapeutic self-care demand*), fatores condicionantes básicos (*basic conditioning factors*) e requisitos de AC (*self-care requisites*) (Petronilho & Machado, 2017).

Torna-se evidente que Orem, contribuiu para o desenvolvimento da enfermagem, com o desenvolvimento da sua teoria, segundo a qual a enfermagem é definida como a profissão que satisfaz as necessidades de AC das pessoas, com vista a prolongar a vida e a saúde ou à recuperação da condição de doença (Petronilho, 2012).

2.2.1 Teoria do autocuidado

Dorothea Orem afirma que todas as pessoas têm potencial para o AC, potencial esse obtido através das experiências, capacidades e saberes adquiridos no decurso da vida. A ação do AC, ou seja, a capacidade ou o poder da pessoa se envolver no AC, pode ser limitada por fatores que Orem define como os fatores condicionantes básicos, sendo exemplos: período de desenvolvimento, orientação, condição de saúde, diagnóstico médico, tratamentos, fatores ambientais, adequação e disponibilidade de recursos (Petronilho & Machado, 2017). Segundo o mesmo autor, os fatores condicionantes podem ter na sua base diversos domínios, sendo estes: o domínio cognitivo, o domínio físico, domínio psicossocial ou emocional e o domínio do comportamento (Petronilho & Machado, 2017).

O domínio cognitivo, remete-nos para o conhecimento do estado de saúde e a capacidade cognitiva para cumprir a ação do AC.

O domínio físico, refere-se à capacidade física do indivíduo executar o AC.

O domínio psicossocial ou emocional, remete-nos para os princípios, atitudes, motivação, desejos e a percepção da capacidade quanto à execução do AC.

Por último, o domínio do comportamento, reporta-se a ter aptidões para a prática do AC (Petronilho & Machado, 2017).

Surge nesta sequência o termo “necessidade terapêutica de AC”, este conceito é complexo, no entanto é componente fundamental na teoria de Orem, a intervenção de enfermagem na satisfação de necessidades de AC é implementada com o intuito terapêutico.

Nesta sequência Orem, desenvolveu a noção “requisito de AC”, estes são comuns à globalidade dos seres humanos ao longo dos diferentes estádios, estão associados às condições de vida e conservação da integridade, estrutura e funcionamento do ser humano. Segundo a autora, os requisitos podem ser: requisitos universais de AC, requisitos de AC de desenvolvimento e requisitos de AC no desvio da saúde (Petronilho & Machado, 2017).

São oito requisitos universais (Orem, 2001).

- 1- Manter a quantidade suficiente de ar;
- 2- Manter uma ingesta de água suficiente;
- 3- Manter uma ingesta adequada de alimentos;
- 4- Fornecimento dos cuidados ligados à eliminação;
- 5- Conservação da harmonia: atividade/repouso;
- 6- Conservação da harmonia: solidão/interação social;
- 7- Prevenir perigos para a vida, promovendo o bem-estar e funcionalidade;
- 8- Promoção do funcionamento e desenvolvimento da pessoa, envolvido na sociedade, respeitando as suas limitações, potencial e desejos.

Os requisitos do AC de desenvolvimento, revelam-se fundamentais com vista à construção primária das características humanas, sejam elas, comportamentais, funcionais ou estruturais, com vista a alcançar níveis de maior complexidade da organização e funcionamento. São duas as condições do AC de desenvolvimento abordados pela autora Orem, (2001):

1. Fornecer condições e promover condutas de prevenção à ocorrência de resultados prejudiciais ao desenvolvimento;
2. Facilitar experiências e condições que superem ou reduzam as consequências prejudiciais no desenvolvimento.

Os requisitos de AC no desvio da saúde, remetem-nos para condições de patologias ou lesões. Orem, categoriza seis requisitos de AC no desvio de saúde (Orem, 2001).

1. Procura e garantia de uma adequada assistência médica em eventos patológicos ou de risco potencial para a saúde;
2. Consciencializar os efeitos e resultados de estados patológicos, abrangendo os efeitos consequentes do desenvolvimento;
3. Realização da prescrição diagnóstica, terapêutica e de reabilitação recomendadas, com vista à prevenção de patologia, recuperação da homeostasia e compensação de incapacidade;
4. Consciencializar, atender e regular os efeitos desagradáveis e/ou prejudiciais que advém das intervenções prescritas ou realizadas;
5. Alterar o AC e autoimagem na aceitação da condição de saúde e necessidade de formas particulares de cuidados de saúde;
6. Viver com as consequências da condição de doença e das intervenções de tratamento e diagnóstico, promovendo a continuidade do desenvolvimento pessoal.

2.2.2 Teoria do défice do autocuidado

A Teoria do Défice do AC é a pedra angular da Teoria de Enfermagem do Défice de AC (Orem, 2001). Ficando bem patente a razão pelas quais as pessoas precisam de cuidados de Enfermagem.

Assim, a teoria do défice do AC, indica cinco níveis de ajuda: “1 – agir ou fazer pela pessoa, 2- guiar e orientar, 3 – proporcionar apoio físico e psicológico, 4- proporciona e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e 5- ensinar” (Petronilho & Machado, 2017, p.7).

Este conceito é orientador do cuidado, permite adequar o método de ajuda/capacitação com base nas necessidades reais de pessoa. Sempre e quando as necessidades de AC superam a capacidade da pessoa, denota-se o défice de AC, este conceito é orientador do cuidado e possibilita a adaptação dos métodos de ajuda e a perceção do papel do individuo no AC (Petronilho & Machado, 2017).

Constatando-se o défice de AC, o enfermeiro planeia os cuidados, adequando as intervenções (com base na avaliação realizada). Segundo Orem, são propostas cinco áreas e atividades para a prática de enfermagem, sendo estas:

1. Iniciar e manter a relação terapêutica com o doente e família/cuidadores até que estes não precisem dos cuidados de enfermagem;
2. Demarcar, como é que, o doente pode ser proativo através dos cuidados prestados;
3. Responder aos pedidos, desejos e necessidades do doente dentro da área de atuação de enfermagem;
4. Prescrever, proporcionar e regular a ajuda direta ao doente e cuidadores, numa perspetiva de cuidados;

5. Coordenar e incorporar os cuidados de enfermagem na vida diária da pessoa, outros cuidados de saúde e atividades no âmbito social e da educação (Petronilho & Machado, 2017).

2.2.3 Teoria dos sistemas de enfermagem

Na Teoria dos Sistemas de Enfermagem é definido, como é que os enfermeiros, as pessoas alvo dos cuidados ou ambos, dão resposta às necessidades de AC (Petronilho & Machado, 2017). O sistema de enfermagem criado por enfermeiros tem na sua base a necessidades de AC. Os cuidados de enfermagem, emergem quando existe défice de AC, entre a ação de AC (o que a pessoa pode realizar) e as necessidades de AC (as necessidades a suprir para manter o funcionamento). (Petronilho & Machado, 2017). Desta forma, a autora, identifica três classificações de sistemas de enfermagem (Orem, 2001):

1. Sistema Totalmente Compensatório (*Wholly Compensatory System*): remete para situações onde o indivíduo, não se conseguindo envolver nas ações do AC, se torna dependente de terceiros para o bem-estar e sobrevivência;

2. Sistema Parcialmente Compensatório (*Partly Compensatory System*): representa situações em que o enfermeiro atua de modo a compensar as limitações do indivíduo. A distribuição de responsabilidade entre ambos varia mediante: as limitações do indivíduo resultante da doença ou prescrição médica; o conhecimento técnico-científico e as aptidões necessárias; a motivação do indivíduo para a aprendizagem e desempenho das atividades.

3. Sistema de Apoio/Educação (*Supportive/Educative System*): ocorre quando a pessoa tem capacidade para o AC, necessitando apenas de: apoio, ensinamentos e orientações para a realização do mesmo (Petronilho & Machado, 2017).

2.3 Revisão da Literatura

De modo a sustentar e fundamentar a construção do projeto recorreu-se à pesquisa nas bases de dados B-ON e PubMed, por serem abrangentes e terem ampla cobertura de publicações na área da saúde, a referida pesquisa, permitiu definir os descritores a utilizar. Foi realizada pesquisa nas referidas bases de dados, tendo sido aplicados os descritores: “Rehabilitation Nursing”, “Self Care” e “Mentoring”. Foram considerados artigos que incluíam reabilitação em enfermagem, autocuidado e tutoria/capacitação, disponíveis em full-text e PDF, com autores da área da saúde, revisto por pares com o friso cronológico entre 2019-2021 em português, inglês ou espanhol. A pesquisa foi realizada no período de maio a junho de 2021. Foram considerados 3 artigos, cuja síntese se apresenta.

Fica patente nos estudos analisados a importância da ação do EEER, na capacitação do indivíduo com vista ao AC.

O estudo de Lima et al., descritivo correlacional, quantitativo, transversal, com amostragem não probabilística acidental, tem como objetivo: conhecer a influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação funcional do paciente. Os autores concluíram que “a imobilidade tende a prejudicar a qualidade de vida e saúde da pessoa, exigindo intervenção profissional. Essas pessoas sob cuidados de enfermeiros de reabilitação, recuperaram 36,98% da independência funcional” (Lima et al., 2019, p.28).

O segundo estudo considerado foi uma revisão sistemática da literatura, com o objetivo de identificar as intervenções de enfermagem de reabilitação promotoras do AC na pessoa com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), com os sintomas a ela associados (dispneia, fadiga) incitam ao compromisso do AC, o que leva à necessitando de intervenção do ER, no âmbito dos diferentes sistemas de enfermagem. Estudos comprovam a efetividade de um plano educacional individualizado em consulta de enfermagem de reabilitação respiratória. O plano considera orientações personalizadas de acordo com as necessidades identificadas e

sintomas manifestados. Comprovou-se que, o plano melhora a autogestão da doença e o controlo de sintomas, diminui episódios de exacerbação e promove o AC (Nabais & Sá, 2019).

Com o referido estudo, Nabais & Sá, (2019) concluíram que se salienta a intervenção do EEER como educador e agente de mudança para o individuo e cuidador; a ação deste grupo profissional contribui de forma efetiva para melhorar a autoeficácia e a autogestão da doença crónica. Os resultados da revisão supracitada, vão ao encontro das competências do EEER, que preveem o cuidar da pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, a capacitar da pessoa com limitações da atividade e restrições na participação social e a maximização das suas funcionalidades. (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Face às competências dos EEER e os diferentes contextos em que a pessoa se insere, revela-se fulcral, uma adequada articulação entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários, na vertente de reabilitação respiratória, facilitando a reinserção familiar e social do individuo com DPOC após alta hospitalar (Nabais & Sá, 2019).

O artigo “Cuidado de enfermagem de reabilitação e o processo emancipatório”, é um artigo teórico/ensaio que tem como objetivo partilhar e incitar o debate acerca dos cuidados de enfermagem de reabilitação e o processo emancipatório, recorrendo à teoria do reconhecimento de Honneth e ao princípio da esperança de Bloch, apoiado na literatura filosófica com contextualização à área de reabilitação (Schoeller et al., 2020).

Segundo o artigo, o cuidado de enfermagem realiza-se entre duas pessoas que estabelecem relações de conhecimento, em que a individualidade de um se correlaciona com a individualidade do outro. Torna-se mais relevante, quando se fala de reabilitação, uma vez que este processo, depende obrigatoriamente da aceitação e motivação da pessoa alvo dos cuidados. A reabilitação exige o estabelecimento de uma parceria, e “o enfermeiro não pode manipular o outro, pois é o outro que deve capacitar-se a si mesmo e a sua realidade para (re)construir a sua forma de viver bem” (Schoeller et al., 2020, p.7).

Os autores refletem sobre a relevância de, ao longo do plano de reabilitação, conduzir o cuidado de forma individual, visando um objetivo, realista que é comum e contempla o contexto da pessoa (Schoeller et al., 2020).

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

Alicerçado por diferentes estudos, desenvolveu-se o projeto que visa a promoção do diagnóstico precoce e atitudes preventivas com vista a garantir a conservação das capacidades funcionais da pessoa alvo dos cuidados, prevenção de complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que permitam melhorar funções residuais, mantendo ou recuperando a independência nos AC's, minimizando, desta forma, as repercussões das incapacidades instaladas nomeadamente, ao nível das funções neurológica, cardíaca, respiratória e ortopédica. O avanço do saber, requer que o EEER, integre continuamente os avanços da investigação na sua prática e desenvolva uma prática sustentada na evidência, direcionada para resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, integrando projetos de investigação que viabilizem o aumento do conhecimento e o desenvolvimento de competências integradas na sua especialização (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

O incremento da longevidade, o predomínio das doenças crónicas e incapacidades, levam a equacionar os conceitos de saúde e reabilitação, bem como à consequente evolução do paradigma do cuidar. Com o projeto desenvolvido, poder-se-á desenvolver competência a nível da especialidade de reabilitação, bem como demonstrar os ganhos em saúde que advém dos cuidados de reabilitação na vertente da capacitação para o AC. O projeto é corroborado e sustentado nos artigos supracitados e nas competências específicas do EEER e permitirá o desenvolvimento, avaliação, planeamento do PTER e a capacitação da pessoa internada para o AC, seguindo critérios cientificamente testados e validados.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, carece de uma constante atualização e aquisição de conhecimentos e competências. A aquisição de competências está alicerçada na componente teórica do curso, sendo colocada em prática nos estágios com a implementação do projeto de intervenção (Apêndice I).

O projeto de intervenção “A Enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa internada para o autocuidado” desenvolveu-se nos estágios do curso de mestrado em enfermagem, com supervisão clínica por EEER. A metodologia usada foi o estudo de caso descritivo, com estruturação das etapas segundo a Teoria de Intervenção Terapêutica de Manuel Lopes.

A intervenção desenvolvida partiu da avaliação diagnóstica que fundamentou o PTER implementado individualmente a cada um dos participantes durante o tempo de contacto e conclui-se com a avaliação dos resultados obtidos.

3.1 Objetivos

Os objetivos específicos dos estágios prendem-se com a avaliação da funcionalidade e diagnóstico de alterações, que determinam limitações da atividade e incapacidades; implementação de programas de treino motor, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida; diagnóstico, planeamento, concretização e avaliação das intervenções de ER à pessoa; capacitação da pessoa com

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

incapacidade, limitação e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania; desenvolvimento de programas de treino de AVD's e de utilização de ajudas técnicas/produtos de apoio; gestão dos cuidados e projetos, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional; produção de dados que explicitem os resultados sensíveis aos cuidados de ER.

Os objetivos do projeto:

Objetivo geral: Capacitar a pessoa internada para o autocuidado.

Objetivos específicos:

- Identificar, por avaliação diagnóstica, focos de intervenção do EEER na pessoa internada;
- Implementar intervenções terapêuticas de capacitação para os AC na pessoa internada;
- Analisar resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER) na capacitação para os AC na pessoa internada.

3.2 Considerações e Procedimentos Éticos

Com vista à obtenção do consentimento informado à participação dos intervenientes, foi dado a conhecer à pessoa alvo do PTER ou em caso de incapacidade para decidir, ao representante legal, todas as informações importantes sobre o tema e objetivos do projeto de intervenção (Apêndice II). Foram seguidas as recomendações da declaração de Helsínquia e convenção de Oviedo com vista a garantir os princípios da dignidade da privacidade, bem como o princípio da não maleficência e decisão livre e esclarecida, recolhendo o consentimento informado, devidamente assinado, foram cumpridas as orientações éticas, respeitado o direito à confidencialidade e à autodeterminação dos participantes.

Os dados que constam no relatório respeitam o anonimato das fontes e todos os pressupostos inerentes à aprovação dada pela Comissão de Ética (Anexo I).

3.3 Participantes

Participaram no projeto de intervenção 10 pessoas internadas nos locais onde decorreram os estágios, que apresentaram dependência nos autocuidados. Serão designados como participante 1, participante 2, ... garantindo assim a confidencialidade dos intervenientes. A seleção dos participantes foi baseada em critérios definidos de acordo com o tema do estudo, nomeadamente pessoas internadas na unidade de saúde e no período em que decorreu o estágio, com dependência nos autocuidados.

3.4 Recolha e Análise de Dados

Em conformidade com o projeto aprovado, os dados de avaliação diagnóstica foram recolhidos pela autora, no primeiro contacto com os participantes.

O formulário de caracterização (Apêndice 1), foi aplicado apenas inicialmente.

Os instrumentos de avaliação de sinais e sintomas (Apêndice 1) foram aplicados no início e no final das intervenções, adequando-se a sua seleção às condições específicas de cada participante.

Da Medida de Independência Funcional (Apêndice 1), foram realizadas três avaliações, uma inicial, uma intermédia e a avaliação final.

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

Os dados de caracterização sociodemográfica e de saúde foram analisados através de medidas descritivas de tendência central e de dispersão no Microsoft Excel versão 10.

Os dados de avaliação de sinais e sintomas (e.g. força, equilíbrio, tônus), foram descritos com recurso a técnicas estatísticas de redução de dados de modo a evidenciar os resultados obtidos e responder aos objetivos definidos no projeto.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo procede-se à apresentação dos resultados alcançados no decorrer da aplicação do projeto de intervenção. Concomitantemente, é desenvolvida a discussão dos resultados obtidos.

Apresentam-se os dados de avaliação pelos quais foram identificados os diagnósticos de enfermagem de reabilitação com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (Garcia, 2019) e foram identificadas as intervenções de acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de enfermagem de especialidade de enfermagem de reabilitação (Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2016). Transversalmente a todos os diagnósticos, ao traçar intervenções, foram tidas em conta as dimensões: da ação, do conhecimento e das aprendizagens das capacidades.

A média de sessões de PTER realizado aos participantes foi de 33.9, existindo um desvio padrão de 11.39, sendo que o número variou entre 15 e 45 sessões. A variação deste número, prendeu-se com a coincidência de dias entre a implementação do projeto e o internamento dos participantes. Segundo (Lima et al., 2019), o plano de reabilitação deve ser iniciado tão precocemente como a situação clínica da pessoa permita e com regularidade, de modo a reduzir os efeitos nefastos da imobilidade.

4.1 Caracterização Sócio Demográfica

O envelhecimento é um processo influenciado por diversos fatores: sociais, económicos, culturais, históricos, biológicos e ambientais. Assim, o envelhecimento, pode definir-se como um processo gradual de alteração biopsicossocial do indivíduo ao longo do ciclo vital (Direção Geral da Saúde, 2017). Na tabela 1, apresentam-se os dados sócio demográficos dos participantes.

Tabela 1

Dados Sócio Demográficos dos Participantes

Participante	Idade	Sexo	Estado Civil	Habilitações Literárias	Apoio Diário	Dependência previa nos AC
1	78	F	Viúva	4º ano	Sim	Não
2	90	F	Viúva	analfabeto	Não	Não
3	86	F	Viúva	4º ano	Não	Não
4	79	F	Viúva	4º ano	Não	Não
5	63	F	Divorciada	12ºano	Sim	Não
6	57	F	Casada	4º ano	Sim	Não
7	81	F	Casada	6º ano	Sim	Não
8	61	F	Divorciada	12ºano	Não	Sim
9	77	F	Casada	9ºano	Sim	Não
10	75	M	Casado	12ºano	Sim	Não

Fonte: Própria

Dos 10 participantes que se incluíram no projeto de intervenção, 9 eram do sexo feminino e 1 do sexo masculino. A representatividade do sexo feminino, assenta no facto explícito na Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025 (2017), onde é referido que as mulheres em Portugal, vivem mais anos, mas em pior estado de saúde, em comparação com os homens.

Verificou-se que a média de idade é de 74.7 anos, sendo que as idades dos participantes variam entre 57 e 90 anos. O desvio padrão é de 10.92 anos. Em Portugal, são considerados idosos pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, assim, 8 dos participantes do estudo eram idosos, da mesma forma, Lima et al., (2019b) refere que a população idosa se destaca como participantes deste tipo de estudos.

Quanto às habilitações literárias, a maior representação é de participantes com o 4º ano de escolaridade (n=4; 40%), seguida dos que completaram o 12º ano (n=3; 30%). Com igual representatividade (n=1 ;10%), estão os participantes com o 6º e 9º ano de escolaridade. Segundo o Plano de Estratégia Nacional de Envelhecimento Ativo e Saudável para 2017-2025 (2017), o acesso à informação é considerado um componente elementar com vista ao envelhecimento, afetando o bem-estar, as relações sociais, a empregabilidade e a prosperidade.

Relativamente ao estado civil, concluímos que 4 são casados, 4 são viúvos e 4 são divorciados.

Apenas 1 dos participantes apresentavam dependência prévia nos AC's anterior ao evento do qual decorreu o presente internamento, os restantes 9 eram independentes na realização dos mesmos, 4 dos participantes do estudo, não têm apoio diário no regresso a casa, neste grupo inclui-se a participante com dependência nos AC's, prévia ao internamento.

Segundo a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (2017) a maximização da capacidade funcional considera-se um fator preponderante para que as pessoas possam seguir um processo de envelhecimento, dando continuidade ao seu progresso pessoal mantendo um papel ativo na sociedade.

Os EEER, aquando da prestação de cuidados, deparam-se com uma população mais envelhecida, que além das situações de doença que surgem originando transições, ostentam vulnerabilidade para as patologias degenerativas e crónicas, com repercussões na funcionalidade, cognição e qualidade de vida (Faria et al., 2020).

4.2 Caracterização da condição saúde-doença dos participantes

A caracterização da condição de saúde-doença dos participantes é realizada a partir dos episódios de doença que determinaram o internamento e ainda dos condicionantes de saúde. Nestes últimos foram consideradas as situações de doenças crônicas prévias e a ocorrências de quedas. Os episódios que motivaram o internamento foram:

Participante 1 – Internada em unidade de ortopedia, já na fase de recuperação cirúrgica (6º dia de pós-operatório) por queda com fratura proximal do fêmur direito, tratada cirurgicamente com osteossíntese por DHS.

Participante 2 – Internada em ULDR, integra as atividades da UDMR, para recuperação da funcionalidade após queda no domicílio, da qual resultou traumatismo cranioencefálico, com internamento hospitalar de 30 dias.

Participante 3- Internada na UMDR (4º dia de internamento) para reabilitação funcional após fratura trocantérica direita e do úmero direito, na sequência de uma queda. Foi submetida a osteossíntese.

Participante 4 – Internada na UMDR (7ºdia de internamento) para reabilitação funcional, após fratura bimaléolar à direita submetida a osteossíntese.

Participante 5 - Deu entrada na unidade, UCCMD, transferida do hospital com diagnóstico de fratura da tíbia e do perônio à esquerda, submetida a osteossíntese do pilão tibial esquerdo com placa e parafusos e do perônio com fio de kirschner, no dia 1º do PTER, teve consulta de ortopedia e tinha indicação para iniciar carga à esquerda.

Participante 6 - Deu entrada na unidade, (10º dia de internamento) com objetivo de recuperação da independência funcional, status pós AVC e encefalite, sem paresias, apresentando desequilíbrio e descoordenação motora.

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

Participante 7 - deu entrada na UMDR, (3º dia de internamento) com principal objetivo de recuperação da independência nos autocuidados, após fratura peritrocantérica à direita, com redução fechada e encavilhamento endomedular fechado e estático com cavilha affixus.

Participante 8 - deu entrada na UMDR (15º dia de internamento), com objetivo de tratamento de úlcera de pressão e recuperação da independência nos autocuidados, após síndrome de imobilidade em doente obesa.

Participante 9 - deu entrada na UMDR (1º dia de internamento), com objetivo de recuperação da independência funcional, após internamento hospitalar com realização de osteossíntese pós fratura periprotésica do fémur à direita.

Participante 10 - deu entrada na unidade (12º dia de internamento), com o objetivo de recuperação da independência funcional, após osteossíntese com DHS, por fratura do fémur à direita.

Apresentam-se na tabela 2 os condicionantes de saúde dos participantes do estudo (Tabela 2).

Tabela 2

Fatores Condicionantes de Saúde dos Participantes

Participante	Doenças Cardio e Cerebrovasculares	AP Musculo Esqueléticos	AP Respiratórios	Antecedentes de Queda
1	Sim	Sim	Sim	Sim
2	Sim	Sim	Não	Sim
3	Sim	Sim	Não	Sim
4	Sim	Sim	Sim	Sim
5	Não	Sim	Não	Sim
6	Sim	Não	Não	Sim
7	Sim	Sim	Sim	Sim
8	Sim	Sim	Não	Não
9	Sim	Sim	Não	Sim
10	Sim	Sim	Não	Sim

Fonte: Própria

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

Da avaliação dos dados de saúde importa referir que todos os participantes têm algum antecedente pessoal de cariz: cardiovascular, ortopédico ou respiratório. Segundo a Direção Geral da Saúde, (2017), baseado nas Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025, é relevante destacar que 88% dos anos vividos com incapacidades, têm na sua base doenças crónicas não transmissíveis.

Pode-se aferir que 9 dos participantes têm antecedentes pessoais do foro cardiovascular. Este dado vai ao encontro do referido por Rocha et al., “As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte a nível mundial assim como uma das mais importantes causas de morbilidade, de incapacidade, invalidez e de anos potenciais de vida precocemente perdidos”(2020, p.6).

Na tabela 2, pode-se ainda perceber que 9 dos participantes têm antecedentes pessoais de origem músculo-esquelética, indo ao encontro da literatura consultada. (Direção Geral da Saúde, 2017; Lima et al., 2019; I. Rocha et al., 2020).

Também 3 dos participantes no estudo, referem antecedentes pessoais de origem respiratória, facto que assenta na literatura atual (Nabais & Sá, 2019).

Três participantes apresentam antecedentes pessoais das três áreas (músculo-esquelética, cardiovascular e respiratória) e também história de quedas.

Os dados encontrados nos participantes do plano de intervenção, vão ao encontro dos dados explanado na Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025, onde fica patente que as condições fundamentais que remetem para a carga global da doença, tem na sua base patologias crónicas não transmissíveis, onde se incluem doenças cardiovasculares, doenças oncológicas, doenças crónicas respiratórias, doenças do foro musculoesquelético, distúrbios mentais e neurológico com a demência e a depressão (Direção Geral da Saúde, 2017).

Tendo em conta a ocorrência de eventos de queda nos últimos 3 meses prévios ao dia da avaliação inicial, 9 dos participantes do estudo afirmaram ter sofrido quedas nesse período.

Para Gomes et al., (2019), o envelhecimento comporta alterações anatómicas e fisiológicas que potenciam o risco de queda no idoso, remetendo-nos para as dimensões que mais contribuem para este aumento, sendo estas: a acuidade visual, o sistema nervoso central, o sistema vestibular, sistema músculo-esquelético e cardiovascular.

4.3 Caracterização da dor

A dor é segundo a Norma da 09 da DGS de 2003, considerada o 5º sinal vital (Direção-Geral da Saúde, 2003).

A dor foi um sintoma presente em nove participantes. A intensidade da dor referida foi moderada, e em todos os casos a evolução ocorreu no sentido da sua diminuição (Tabela 3). No final do acompanhamento seis participantes ainda mantinham algum grau de dor.

Tabela 3
Avaliação da Dor dos Participantes do Projeto (EVN)

Participante	Avaliação Inicial	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
1	4	2	1
2	0	0	0
3	4	3	0
4	4	3	2
5	4	3	0
6	4	3	2
7	4	4	2
8	5	3	0
9	4	2	1
10	5	3	1

Fonte: Própria

É perceptível que de forma transversal numa primeira avaliação o nível de dor é mais alto, sendo que se trata de avaliações após o período de imobilidade, mais perto do evento cirúrgico ou de trauma. Nas avaliações subsequentes, após sessões regulares de PTER, com avaliação da dor e implementação de medidas apropriadas (analgesia, períodos de repouso

intercalados com períodos de atividade, aplicação de calor e massagem terapêutica), alcançou-se o controle progressivo da dor.

Na norma 05 da DGS (2003) fica espelhado que a avaliação sistemática e rigorosa da dor nos serviços de saúde é considerada uma boa prática.

Assim, no projeto, utilizou-se a Escala Visual Numérica (EVN) para avaliação da dor (Direção-Geral da Saúde, 2003).

No decorrer das sessões, mediante a avaliação deste sinal vital foi adequado o PTER (Tabela 4).

Tabela 4

Intervenções para o Diagnóstico: Dor

Dor	Avaliar a dor através da EVN; Identificar características da dor: localização, irradiação, tipo de dor, fatores de alívio e agravamento; Realização de massagem terapêutica; Aplicação de calor/frio local; Administrar analgesia prescrita; Adequar o PTER, mediante a avaliação da dor.
-----	--

Fonte: Própria

Segundo a norma 09 da Direção-Geral da Saúde, (2003) a dor aguda (pós-operatória, pós-traumática) é, normalmente, limitada em termos de duração, já a dor crónica, é um tipo de dor que se arrasta no tempo, revelando-se incapacitante. Todos os tipos de dor se refletem de forma negativa na qualidade de vida dos indivíduos. É fundamental que a dor e os efeitos por ela causados, sejam considerados, tornando o seu diagnóstico sistematizado, uma prática fundamental. Assim, a dor, deve ser devidamente avaliada e registada pelos profissionais de saúde, traduzindo uma boa prática e uma rotina, altamente humanizante, na abordagem dos doentes.

A dor é um fator que pode condicionar a adesão ao PTER. Por outro lado, a imobilidade prolongada poderá ter efeitos nefastos, ao nível do corpo humano, entre os quais a dor. A imobilidade prolongada leva, tendencialmente ao encurtamento muscular ou a contraturas. (Coelho et al., 2017) torna-se relevante quebrar este ciclo, promovendo a mobilização precoce, de modo a reduzir a dor e a sintomatologia associada a períodos de imobilidade prolongada. Faria et al., (2020), acrescentam que a presença de dor frequente leva a uma menor participação no exercício físico, no AC e participação social.

Ao longo do PTER, foi avaliada a dor de todos os participantes no decorrer de cada sessão. Em cada exercício foi respeitado o limiar da dor e cada sessão adaptada consoante as diferentes avaliações, onde se inclui a dor. À semelhança da dor, foram avaliados os restantes parâmetros vitais no início e no final de cada sessão, todos os participantes apresentavam parâmetros vitais ajustados à idade e condição de saúde, as atividades desenvolvidas no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação não alteraram essa estabilidade.

4.4 Caracterização das funções cognitivas

O MMSE, constitui um breve teste para avaliação global das funções cognitivas, segundo a norma 008/2019 (DGS, 2019), traduzido e adaptado para a população portuguesa por (Guerreiro, Silva, & Botelho, 1994). A sua aplicação tem como finalidade a avaliação da mudança do estado cognitivo em geriatria. Pode ser usado como teste de rastreio para perda cognitiva, não podendo ser usado isoladamente para o diagnóstico da demência. O MMSE, para a população portuguesa tem, segundo a norma 008/2019 (DGS, 2019), os seguintes pontos de corte: 22 para a literacia de 0 a 2 anos, 24 para a literacia de 3 a 6 anos e 27 para a literacia igual ou superior a 7 anos.

A avaliação das funções cognitivas é relevante para o desenvolvimento de intervenções que incluam ensino, treino e execução de atividades. A avaliação inicial demonstrou que 7 participantes preservavam as funções cognitivas.

Os participantes 2 e 6 apresentavam alterações cognitivas provavelmente associadas aos episódios recentes de doença, quanto à participante 9 a alteração da cognição relaciona-se com o processo demencial diagnosticado. No âmbito das competências de intervenção em alterações neurológicas o PTER incluiu intervenções dirigidas às alterações encontradas.

O participante 2 (sem escolaridade), com 90 anos de idade e um status pós traumatismo crânio encefálico, apresentou um score na primeira avaliação de 20 e um score na avaliação final de 26. Para literacia de 0 a 2 anos, o ponto de corte 22 é o indicativo da perda cognitiva, é relevante referir, que existiram ganhos ao nível da cognição, mais especificamente ao nível da orientação, retenção e evocação. A participante 2 na última avaliação, segundo esta escala, tem a função cognitiva mantida.

A participante 6, com 57anos e um diagnóstico recente de Acidente Vascular Cerebral, sem défices motores apresentou inicialmente um score de 20 que indica uma perda cognitiva, (ponto de corte 24), coincidente com a situação da participante, que não tendo défices motores não consegue realizar diversas tarefas por afeção da cognição, mais relevante ao nível da retenção e cálculo. Na última avaliação, após a aplicação do PTER, apresentou um score de 27.

A participante 9, com 77anos, tem o 9º ano de escolaridade (ponto de corte 27), apresentou à data da primeira avaliação, score de 25, espelhando diminuição da cognição ao nível da retenção, atenção e cálculo, foi implementado o PTER, o score manteve-se ao longo das 3 avaliações.

Após avaliação diagnóstica foi traçado o diagnóstico de “capacidade cognitiva diminuída” e planeados cuidados de ER adequados às funções mais comprometidas (Tabela 5).

Tabela 5

Intervenções para o Diagnóstico: Capacidade Cognitiva diminuída

Capacidade Cognitiva Diminuída	Avaliar cognição através do MMSE; Disponibilizar tempo para dialogar; Estimular atividade de orientação (relógio, calendário), retenção (jogos de memória), atenção (jogos de associações e reformulações) e cálculo (fazer trocos com dinheiro), evocação (apresentação de figuras para nomear) e linguagem (estimular o diálogo); Treinar a realização de tarefas do dia-a-dia: abotoar botões, fechos; Ensinar realização de atividades em grupo; Facilitar estratégias de coping.
--------------------------------	--

Fonte: Própria

Aquando da implementação do PTER, a função cognitiva não se pode descurar, uma vez que está estreitamente ligada com a capacitação. Segundo Caldas, (2017) ao longo do dia o nosso cérebro está a recrutar diferentes mecanismos para responder às exigências das tarefas, há que fazer a gestão desta atividade, quando a capacidade cognitiva está intacta essa gestão é feita sem dificuldade, já quando a função cognitiva está alterada pode comprometer a atividade e a sua eficácia, como é o exemplo da marcha, pessoa com situação cognitiva alterada tem uma maior risco de queda, se começar a conversar enquanto anda.

4.5 Caracterização da espasticidade

A espasticidade foi avaliada pela escala de Ashworth modificada aos participantes que apresentavam alterações neurológicas e neuromusculares.

Apenas a participante 2, na primeira avaliação apresentava espasticidade de grau 1 a nível da anca, joelho e tornozelo, (bilateral) traduzindo-se por um leve aumento do tónus

muscular com resistência mínima no fim da amplitude do movimento articular, quando a região é mobilizada em flexão e extensão, resultante da lesão cranioencefálica e da imobilidade.

No momento da avaliação intermédia a avaliação foi de espasticidade grau zero que manteve até ao final da intervenção. A avaliação de resultados foi de tônus sem alteração.

O diagnóstico de enfermagem de reabilitação “Tônus muscular aumentado” fez parte do PTER com as intervenções que constam na tabela 6.

Tabela 6

Intervenções para o Diagnóstico: Tônus muscular aumentado

Tônus muscular aumentado (Espasticidade)	Executar e ensinar padrão antispástico; Treinar a mobilização da articulação afetada com movimentos ativos-assistidos e ativos resistidos; Executar/Ensinar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido Executar/Ensinar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido: exercícios isotônicos; mobilização articular; Aplicação de calor local;
--	---

Fonte: Própria

Em 19% a 43% das pessoas após o AVC, se denota a espasticidade manifestada por resistência ao alongamento passivo, devem ser diagnosticada precocemente, de modo a ser contrariada, reduzindo as suas consequências (Raposo et al., 2020).

Moreira, (2020) acrescenta que o conceito “imobilidade”, que nos remete ao estado no qual a pessoa experiencia limitação do movimento. Este termo, pode estar ligado como uma limitação funcional ou mesmo com uma restrição prescrita ligada a uma situação patológica. O autor menciona que diferentes estudos avançados, concluíram que a atrofia muscular e a espasticidade são reversíveis, embora as alterações das articulações a nível estrutural,

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado provocadas pela imobilidade, nomeadamente da cápsula articular, são à partida irreversíveis (E. Rocha, 2020)..

4.6 Caracterização da força muscular

Foram avaliados os 3 segmentos dos membros superiores e inferiores, apresentando-se o somatório obtido, no intervalo de 0-60 pontos (Tabela 7).

Tabela 7

Avaliação Força muscular dos Participantes (mMRC)

Participante	Avaliação Inicial	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
1	55	56	60
2	55	57	60
3	55	57	59
4	54	56	59
5	58	59	60
6	60	60	60
7	57	58	60
8	56	58	60
9	54	56	58
10	59	60	60

Fonte: Própria

Só o participante 6 não tinha, aquando da primeira avaliação, a força muscular diminuída. Ainda assim, em todos os participantes foi trabalhada a força muscular, de modo a potenciar o restante PTER (Tabela 8).

Tabela 8*Intervenções para o Diagnóstico: Movimento Muscular Comprometido*

Movimento Muscular Comprometido ou Risco de Movimento Muscular Comprometido	Monitorizar a força muscular através da escala mMMC. Executar/Ensinar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido, incorporando todos os segmentos articulares dos MMSS e MMII, consoante tolerância à dor, incluindo: Exercícios isométricos, extensão lombo-pélvica em decúbito dorsal, Exercícios isotônicos. Treinar mobilizações ativas dos membros (elevação da cintura pélvica “ponte”, flexão/ extensão da articulação coxofemoral com o joelho em extensão, flexão e extensão do cotovelo, abdução e adução do ombro, bem como rotação externa e interna, flexão e extensão do punho, desvio radial e desvio cubital (10 segundos/10 repetições, 3 vezes por dia); Treinar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido, incorporando todos os segmentos articulares dos MMII, incluindo: exercícios isotônicos resistidos em pé, junto à cama, uma cadeira ou móvel, realizando flexão do joelho bem como a flexão da coxofemoral e realização de agachamentos mediante tolerância (8 a 10 repetições, 3 a 4 vezes/dia); . Supervisionar o movimento muscular. Treinar auto-mobilização dos MMII: contrações isométricas dos músculos quadricípites, abdominais e glúteos, exercícios isotônicos de flexão/extensão da tibiotársica, flexão da articulação coxofemoral com flexão/extensão do joelho. . Treinar auto-mobilização dos MMSS, Executar flexão e extensão do cotovelo, abdução e adução do ombro, bem como rotação externa e interna, flexão e extensão do punho, desvio radial e desvio cubital. . Realizar treino com pedaleira, treino de marcha, subir e descer escadas. . Realizar fortalecimentos dos músculos dos MMSS, (conforme tolerância).
---	--

Fonte: Própria

Na avaliação final é pertinente referir que com o PTER, se conseguiram ganhos na força muscular em todos os participantes. Faria et al., (2020) relataram que através dos programas de envelhecimento ativo, implementado com exercício físico aliado à capacitação com vista à adoção de hábitos de vida saudáveis observou-se melhoria da força na população estudada. Rocha et al., (2020) no estudo de caso que aborda a intervenção do EEER, no ganho de equilíbrio postural na pessoa após AVC, também aponta a necessidade do treino da força, e deixa patente o seu incremento após a implementação do PTER.

Através da implementação deste plano de intervenção, fica espelhado um incremento da força média dos participantes de 3.3 pontos. Na avaliação final o desvio padrão, diminui para 0.67, o que nos remete para uma menor dispersão dos dados recolhidos.

4.7 Caracterização da funcionalidade

A Medida de Independência Funcional (MIF), foi utilizada com o intuito de avaliar a independência funcional, esta escala está traduzida para português, é recomendada pela DGS (George, 2011) na norma nº 054/2011.

A escala é constituída por 18 itens agrupados em: Autocuidados, Controlo de Esfíncteres, Transferências, Mobilidade, Comunicação e Interação Social. É dado a cada um dos itens um score de 1 a 7. O Score 126, indica independência total e o Score 28 aponta para a dependência Total, com base na norma 008/2019 (DGS, 2019).

Nos apêndices IV, V e VI, é apresentada respetivamente a Avaliação da Independência Funcional Através da MIF 1ª Avaliação, da avaliação intermédia e da avaliação final.

A nível da avaliação inicial da MIF, a média é de 87.2, e desvio padrão 21.64 pontos.

Na avaliação intermédia a média são 105.7 pontos e desvio padrão 12.91.

A avaliação final teve valor médio de 121 pontos, com desvio padrão 6.03, remetendo-nos estes valores para nível de independência total. Fica patente que o score da MIF vai aumentando ao longo do PTER, demonstrando ganhos na independência funcional. É de sublinhar que ao longo do PTER, não foram trabalhados apenas os AC's, foi também trabalhado o equilíbrio, força, motivação e cognição, convergindo todas estas ações para a independência funcional.

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

Outros autores, também trabalharam neste sentido, evidenciando que com vista à independência nos AC, é necessário existir bons níveis de controlo postural, força, equilíbrio postural e cognição (I. Rocha et al., 2020).

Perante esta avaliação, foram traçados os seguintes diagnósticos de Enfermagem de reabilitação:

Autocuidado Higiene comprometido, Autocuidado: Vestir-se comprometido; Autocuidado: Ir Sanitário Comprometido; Autocuidado Transferir-se comprometido; Andar comprometido.

O plano de intervenções aplicado foi ajustado à tolerância e à evolução de cada participante (Anexo II).

Da primeira para a última avaliação, pode-se observar a independência funcional alcançada nos diferentes AC's, potencializado pela ação direta do EEER, com uma ação individualizada para cada participante.

Os autores, enfatizam que as alterações fisiológicas proveniente do envelhecimento podem levar ao défice de conservação do equilíbrio corporal, da fraqueza muscular e a distúrbios cognitivos, tais como a memória, consciência e aprendizagem, contribuindo para o aumento de risco de queda e para o défice do AC. (Faria et al., 2020; I. Rocha et al., 2020).

Os participantes: 6, 8 e 9, têm valores de MMSE que indicam alteração da cognição à data da última avaliação e são também os participantes com score mais baixo na MIF, o que pode indicar a relação entre a cognição e a aptidão para o autocuidado, dificultando a capacitação destes indivíduos. Assim, trabalhar isoladamente o autocuidado, sem ter em conta a visão holística do participante, seria redutor e menos eficaz. Corroborado por Reis & Bule, (2017), os fundamentos do cuidar em enfermagem de reabilitação têm-se aproximado da abordagem holística, atenta e sistematizada ao estudo dos efeitos da ação, com o intuito de teoria/prática possam ser reproduzidas com efeitos previsíveis.

Sousa et al., (2020) no artigo “A Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doente”, realizado com base na prática reflexiva da teoria de Meleis e da competência do EEER, afirma que através dos meios de ensino o EEER, empodera a pessoa para a tomada de decisão autónoma e através do treino dos autocuidados se promove a independência funcional. Os diferentes autores relevam a importância da capacitação com vista à independência funcional e em particular para os autocuidados, com a aplicação do projeto encontramos evidência que vai ao encontro do descrito por esses autores.

Após a implementação do plano e nova reavaliação é notado um aumento do score, das participantes com o diagnóstico, traduzindo-se na melhoria da função cognitiva o que se reflete nas outras vertentes.

Como descrito por Pires et al., (2019), a cognição e o controlo motor correlacionam-se, uma vez que o movimento corporal de um modo geral não é realizado na ausência de intenção, posto isso, os processos cognitivos são necessários para o controle motor e desempenham um importante papel nas atividades de vida diárias e instrumentais.

4.8 Caracterização da tolerância ao esforço

A tolerância ao esforço percebido/dispneia foi avaliada através de Escala de Borg Modificada.

A Escala foi aplicada aos participantes antes e ao longo da sessão, os resultados abaixo mencionados referem-se à avaliação no final da primeira sessão, sessão intermédia e sessão final. Score 0 corresponde a nenhum esforço e 10 corresponde a esforço máximo.

Tabela 9

Avaliação da Tolerância ao Esforço/Dispneia

Participante	Avaliação Inicial	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
1	6	5	2
2	6	4	3
3	4	2	0
4	7	5	3
5	4	2	0
6	7	5	4
7	6	5	3
8	7	5	4
9	6	4	3
10	4	2	0

Fonte: Própria

Na primeira avaliação, a Média é de 5.7, sendo a Moda 6 e o desvio padrão de 1.19.

Na avaliação intermédia, a média corresponde a 3.9, a moda 5 e o desvio padrão 1.88.

Na avaliação final, a média corresponde a 2.2, a moda a 3 e o desvio padrão 1,56.

Na primeira avaliação a média e a moda indicam a percepção do esforço pelo indivíduo como forte. Na avaliação intermédia, a média corresponde a um esforço moderado, e a moda a um esforço forte. Já na avaliação final, a média corresponde a um esforço leve e a moda a um esforço moderado. Pode-se afirmar, pela análise destes dados que a implementação precoce do PTER, bem como a continuidade dos cuidados, melhoram a tolerância ao esforço.

Em dois dos participantes (participante 1 e participante 7) incluídos no estudo, foi levantado o diagnóstico de Ventilação Ineficaz, por terem como antecedentes pessoais DPOC e bronquite, respetivamente (Tabela 10).

Tabela 10

Intervenções para o Diagnóstico: Ventilação Ineficaz

Ventilação Ineficaz	Avaliar ventilação e respiração; Monitorizar frequência respiratório, saturação de O₂ e características da respiração antes durante e após o PTER; Avaliar dispneia através da escala de Borg Modificada; Planear sessões de redução respiratória. Consciencialização da respiração através da dissociação dos tempos respiratórios 3 series/ 10 repetições; Treino da respiração abdomino-diafragmática (3 series/ 5 repetições); Treino da respiração abdomino-diafragmática, resistida (mão, 0,5Kg, 1Kg) (3 series/ 5 repetições); Consciencialização dos tempos respiratórios durante o exercício; Ensino de técnicas de conservação de energia e técnicas de relaxamento (posição de cocheiro).
---------------------	--

Fonte: Própria

Os resultados assentam noutros estudos, como é o exemplo de um estudo quase experimental (Castro et al., 2021) onde o objetivo principal passou pela análise da eficácia do plano de treino de exercício nos diferentes domínios: controlo sintomático; tolerância ao esforço; melhoria da força muscular, capacidade para as AVD, diminuição do stress e ansiedade e sintomas depressivos e incremento da qualidade de vida ligada com a saúde, na reabilitação respiratória. Os resultados deste estudo apontam que o programa de reabilitação respiratória com treino de exercícios por EEER, apresentou uma eficácia em 80% dos domínios estudados, sendo exceção domínios como a depressão e ansiedade em que apenas 45% dos participantes apresentaram melhorias com significado clínico. No mesmo estudo, 100% dos participantes melhoraram a nível de força muscular e 91% dos participantes tiveram um incremento na tolerância ao esforço.

Nabais & Sá, (2019), reforça que com os resultados da revisão sistemática realizada, com o intuito de sistematizar intervenções de ER, com vista a promover o AC na pessoa com DPOC, o autor, refere que esta patologia e os sintomas associados, levam ao compromisso do AC, refere também que com um plano educacional especializado e individualizado, permite a melhoria da autogestão, diminui os episódios de exacerbação da patologia e promove a independência dos autocuidados.

4.9 Caracterização da amplitude articular

A goniometria é a medição, com recurso a um Goniómetro, dos ângulos articulares presentes nas articulações humanas (Saúde, 2016).

Dos participantes incluídos no estudo três deles apresentaram alterações nos valores da goniometria o participante 1, o participante 3 e o participante 5.

A Participante 1 e dado aos antecedentes pessoais (AVC com hemiparesia à direita, prótese total do joelho à direita e agora fratura proximal do fémur direito, submetida a osteossíntese com DHS) (Tabelas 11,12, 13). Tinha no início do PTER, limitação dos ângulos articulares, conforme descrito no quadro.

Ao longo da implementação do plano e em concomitância com os outros ganhos advindos do PTER, foi recuperada a amplitude articular.

Tabela 11

Avaliação da Goniometria da Anca direita da Participante 1

Avaliação	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação Int.	Rotação Ext.
Inicial	90	0	0	10	0	0
Intermédia	110	5	5	30	30	30
Final	120	10	15	45	45	45

Fonte: Própria

Tabela 12

Avaliação da Goniometria do Joelho direito da Participante 1

Avaliação	Flexão	Extensão
Inicial	120	0
Intermédia	130	0
Final	135	0

Fonte: Própria

Tabela 13

Avaliação da Goniometria do tornozelo direito da Participante 1

Avaliação	Flexão Dorsal	Flexão Plantar	Eversão	Inversão
Inicial	10	30	15	25
Intermédia	15	40	20	35
Final	20	45	20	40

Fonte: Própria

A participante 3, integrou o PTER, após fratura trocantérica direita e do úmero direito, após avaliação da Goniometria, percebeu-se que tem limitação da amplitude articular apenas ao nível do ombro (Tabela 14).

Com a continuidade de implementação do PTER (mobilizações, treino de força, aplicação de calor), fica patente na última avaliação do ganho de amplitude, aproximando-se dos valores de referência.

Tabela 14

Avaliação da Goniometria do ombro direito da Participante 3

Avaliação	Flexão	Extensão	Abdução	Adução	Rotação Int.	Rotação Ext.
Inicial	165	40	150	35	90	90
Intermédia	165	45	160	40	90	90
Final	175	45	175	40	90	90

Fonte: Própria

A participante 5 sofreu uma queda, da qual resultou fratura da tibia e de perónio esquerdo, foi intervencionada cirurgicamente no dia 4/6/2021, submetida a osteossíntese do pilão tibial esquerdo com placa e parafusos e do perónio com fio de kirschner ficou com indicação de descarga completa no membro, deu entrada na unidade dia 12/09, com indicação para iniciar carga (Tabela 15).

A Participante 5, era independente até ao momento da queda, teve 3 meses com indicação de realizar descarga completa do MI esquerdo, inicia o plano de reabilitação, revelando uma postura proativa, na avaliação final, apresenta valores de amplitude articulares, próximos dos valores de referência.

Tabela 15

Avaliação da Goniometria da tibiotársica direita da participante 5

Avaliação	Flexão Dorsal	Flexão Plantar	Eversão	Inversão
Inicial	10	30	10	25
Intermédia	14	35	15	30
Final	20	40	20	35

Fonte: Própria

Tabela 16

Intervenções para o Diagnóstico: Movimento Articular Comprometido

Movimento Articular	Mobilizações ativas- assistidas Mobilizações ativas- resistidas Treino de Força Aplicação de calor
---------------------	---

Fonte: Própria

4.10 Caracterização do equilíbrio

Escala de Berg, foi utilizada para avaliar o equilíbrio, a escala foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa (Brasil) por Miyamoto et al., na sua dissertação de mestrado, pelo que a versão brasileira é um instrumento confiável para ser usado na avaliação do equilíbrio da população idosa (Silva et al., 2007). A escala é constituída por 14 tarefas que devem ser pontuados de 0-4. Score entre 21 a 40 indica um equilíbrio aceitável e score entre o 41 e o 56, indica um bom equilíbrio. A todos os participantes foram realizados três momentos de avaliação o valor obtido apresenta-se na tabela 17.

Tabela 17

Avaliação do equilíbrio dos participantes pela Escala de Berg

Participante	Avaliação Inicial	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
1	23	32	55
2	24	32	55
3	45	52	56
4	40	50	55
5	20	30	45
6	45	50	56
7	48	50	56
8	--	30	40
9	40	50	55
10	48	50	56

Fonte: Própria

A participante 8, no início do PTER, por ter uma úlcera por pressão na região sacrococcígea tinha indicação para permanecer no leito, pelo que não foi aplicada esta escala no início do PTER.

Analisando o score da avaliação Inicial obteve-se uma média de 37, e desvio padrão 11.41 pontos.

Quanto à avaliação Intermédia obteve-se média de 42.6 e o desvio padrão 9.51.

Os dados da avaliação Final, indicam-nos uma média 52.9 e o desvio padrão 5.63.

Com a continuidade do PTER, a capacitação dos participantes e a maior independência funcional, encontrou-se um aumento exponencial da primeira para a última avaliação, indicador de uma média de bom equilíbrio nos participantes.

O diagnóstico de enfermagem de reabilitação “equilíbrio comprometido” foi parte integrante do PTER de todos os participantes (tabela 18).

Tabela 18

Intervenções para o Diagnóstico: Equilíbrio Corporal Comprometido

Equilíbrio corporal comprometido	Monitorizar o equilíbrio corporal através de escala de Berg; Estimular o participante a manter o equilíbrio corporal; Executar técnica de treino de equilíbrio: (contorno de obstáculos; exercícios de coordenação de movimentos); Executar treino do equilíbrio dinâmico sentado; Executar treino do equilíbrio ortostático dinâmico; Estimular a correta postura corporal; Executar apoio unipodal; Executar exercícios de contorno de obstáculos.
----------------------------------	---

Fonte: Própria

4.11 Caracterização do risco de queda

Os ambientes físicos exercem um forte impacto na segurança das pessoas idosas, sendo importante que estejam adaptados às suas necessidades e limitações para viabilizarem o aumento da sua capacidade funcional e, em simultâneo, a prevenção de riscos, como quedas, (...) e outros acidentes. (Direção Geral da Saúde, 2017 p.32).

O risco de queda foi avaliado através da Escala de Morse, segundo a norma 008/2019 (DGS, 2019). Os resultados das avaliações constam na tabela 19.

Tabela 19

Avaliação do Risco de Queda

Participante	Avaliação Inicial	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
1	15	50	30
2	50	50	40
3	75	65	55
4	40	75	65
5	65	55	55
6	90	75	75
7	65	55	55
8	15	50	50
9	15	50	40
10	65	55	55

Fonte: Própria

Avaliação Inicial: média 49.5, moda 15 e 65 e desvio padrão 25.83

Avaliação Intermédia: média 58, moda 50 e desvio padrão 10.06

Avaliação Final: média 52, moda 55 e desvio padrão 12.29

Analisando os dados estatísticos da avaliação inicial, encontra-se uma média de 49.5, sendo que acima de um score 45, indica um alto risco de queda, o valor, apesar de alto é inferior à média da avaliação intermédia média (58), e da avaliação final (52). Quando o participante está acamado ou sentado o score é mais baixo, aumentando o score quando os participantes iniciam treino de marcha. Além disso existem situações que à partida, aumentam o score indicativo de risco de queda (antecedentes pessoais, antecedentes de queda). Este score, não é, por isso preditor direto de ganhos provenientes da atuação do EEER. Ainda assim, nota-se com a redução do score da avaliação intermédia em relação ao score da avaliação final, uma redução do risco de queda, ao longo da implementação do PTER e no decorrer do treino de marcha.

Tabela 20

Intervenções para o Diagnóstico: Risco de Queda

Risco de Queda	Avaliar o risco de queda; Ensino de precauções básicas: remoção de obstáculos, piso limpo, seco e sem tapetes; sapatos e roupa adequados; cadeira e camas travadas.
----------------	--

Fonte: Própria

Em suma, Faria et al., (2020) no estudo que analisa o impacto do programa de envelhecimento ativo nos idosos, acrescenta que na vertente da capacidade funcional e do estilo de vida dos participantes, o sedentarismo agrava a perda funcional, ocasionando maior desequilíbrio e risco de queda, bem como aumenta a percepção da dor, o isolamento social e sentimentos de tristeza. Rocha et al., (2020) acrescenta, através de um estudo de abordagem

qualitativa, tipo estudo de caso, que as equipas interdisciplinares devem trabalhar de modo que o PTER desenvolvido, abranja em concomitância áreas: motoras, cognitivas, sociais, emocionais e familiares, à semelhança do projeto implementado e narrado neste relatório. Os dados alcançados com a implementação do PTER, vão ao encontro de dados revelados por outros estudos. Os autores, Faria et al., (2020) descrevem ainda que no estudo de caso realizado, aferiram que após o programa de envelhecimento ativo de 12 semanas, treinando: coordenação, equilíbrio, flexibilidade e resistência se demonstrou melhoria significativa do equilíbrio e diminuição do risco de queda nos participantes. Ainda neste estudo, os autores, referem que as áreas de intervenção de enfermagem abordadas no programa, prendem-se com a promoção do exercício, prevenção de quedas, fortalecimento muscular, estimulação cognitiva, ensinos de hábitos saudáveis e interação social, à semelhança do que foi implementado neste projeto de intervenção. Lima et al., (2019a), no seu estudo descritivo-correlacional, quantitativo de amostragem não probabilística, ao apresentar os resultados alcançados, espelha que os cuidados do EEER, se traduzem em ganhos em saúde: maior autonomia nas AVD's, maior independência funcional e melhoria da qualidade de vida. Também através dos dados obtidos após a implementação do projeto de intervenção, se conclui que os participantes alcançaram uma maior independência funcional a nível dos autocuidados, estreitamente ligada com o incremento da força muscular, equilíbrio, ganhos ao nível da cognição. Para alcançar estes resultados, revelou-se fundamental uma individualização do PTER, intervenção precoce e regular.

5. COMPETÊNCIAS

O conjunto de atividades e intervenções realizadas durante os estágios foi guiado por objetivos previamente estabelecidos, que permitiram abrir caminho ao desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do EEER e mestre, procede-se à análise das competências, salientando os contributos e estratégias implementados com vista a alcançá-las.

5.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O enfermeiro especialista, segundo a (Ordem dos Enfermeiros, 2019a) está munido de conhecimentos aprofundados em determinada área da enfermagem. Tem por isso, capacidades, conhecimentos e estratégias que utiliza em contexto de prestação de cuidados, utilizando-os ao longo do ciclo vital do indivíduo, atuando na prevenção, tratamento e reabilitação. O enfermeiro especialista detém níveis elevados de julgamento crítico e consequentemente de tomada de decisão, envolvendo-se na investigação com objetivo de avançar e melhorar a prática da enfermagem.

As competências comuns do enfermeiro especialista são descritas como, competências comuns, transversais a todos os especialistas e demonstradas através da capacidade de educação dos doentes e cuidadores, aconselhamento, liderança e de suporte à prática profissional especializado no âmbito da formação e investigação, que permita a evolução da prática de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

5.1.1 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A1 e A2)

Desde o início da formação como enfermeira de cuidados gerais, fui familiarizada com o (REPE) Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, onde se inclui o (CDE) Código Deontológico do Enfermeiro, estes documentos, contêm princípios, valores e normas deontológicas que regem a profissão de enfermagem. Na continuidade da formação e consequentemente no desenvolvimento de competências enquanto EEER, perante situações de maior complexidade de cuidados e maior responsabilidade na tomada de decisão, ao longo dos estágios, foram inúmeras as situações que exigiram reflexão e análise crítica, considero, por isso, fundamental a orientação que os enfermeiros orientadores e os professores me proporcionaram, de forma a refletir criticamente sobre as referidas situações, com o propósito de dar resposta às necessidades da pessoa internada e cuidadores, respeitando os princípios ético-legais.

No decorrer dos estágios, bem como na realização dos trabalhos nesse âmbito, agi em conformidade com o que se encontra descrito no ponto 9 da Carta dos Direitos do Doente Internado (Direcção-Geral da Saúde, 2005) e no artigo 106º do CDE (Ordem dos Enfermeiros, 2015), no que se refere ao dever de sigilo profissional, não expondo informações que permitam identificar as instituições, assim como, as pessoas internadas, mantendo a confidencialidade. Procurei promover a autonomia, com vista à dignidade humana, assentando sobre os princípios éticos da beneficência, não maleficência e justiça. Na vertente da educação para a saúde à pessoa internada e cuidadores, foi por vezes perçecionada alguma resistência na adoção de hábitos de vida saudáveis, no cumprimento do regime terapêutico prescrito ou na adaptação da residência para facilitar a realização dos AC's. Em consonância com o artigo 105º, alínea a) e c) do CDE (Ordem dos Enfermeiros, 2015), o enfermeiro deve assumir o dever e a responsabilidade de informar e explicar à pessoa e família os cuidados de enfermagem para que este possa usufruir da melhor forma do seu direito de autodeterminação, remetendo-nos para o consentimento informado, que deve ser livre e esclarecido. Ao longo da prestação de cuidados, foi tido em conta o respeito pela intimidade e privacidade das pessoas como está disposto no artigo 107º do CDE (Ordem dos Enfermeiros, 2015), foi estabelecido um ambiente seguro baseado na relação de confiança, implementando

o plano de cuidados, previamente discutido com a pessoa internada e monitorizando objetivos. Dado às diversas situações clínicas das pessoas internadas, estas têm muitas vezes que expor o corpo perante o profissional de saúde, uma vez que precisam de ajuda nos AC's, tenho o cuidado de preservar a intimidade das pessoas internadas. Desde que exerço a profissão de enfermagem tenho a preocupação no estabelecimento de uma relação terapêutica com as pessoas a quem presto cuidados, adotando estratégias de diálogo terapêutico, escuta ativa, com o intuito de discutir o plano/resultados. Deste modo, ficam salvaguardados os valores assentes no princípio da autonomia, dignidade humana e liberdade da pessoa, com o intuito de proporcionar à pessoa e cuidador uma decisão ponderada baseada no seu estado de saúde.

5.1.2 Competências do domínio da melhoria continuam da qualidade (B1, B2, B3)

Remetendo-nos para a competência da melhoria continua da qualidade, houve um cuidado na integração nos serviços onde decorreram os estágios com o entendimento das rotinas e dinâmicas dos serviços, equipa de trabalho, protocolos do serviço, podendo desta forma integrar-me na equipa e serviços e contribuir para um ambiente seguro de cuidados.

No decorrer do estágio, foi tido em conta um ambiente terapêutico seguro com o intuito de prevenir riscos para o profissional e para a pessoa internada. Considerando-se imprescindível a utilização de proteção individual (adequada às diferentes técnicas, revelando-se mais importante na reabilitação respiratória, que possibilita expelir secreções, o que se torna um risco potencial para o profissional, bem como para outros doentes), é por isso importante a escolha do local onde se realiza cada técnica, bem como o uso de equipamento de proteção individual (luvas, máscara e avental), o posicionamento do profissional em relação à pessoa internada, de modo a não ficar diretamente exposto à tosse ou à ventilação da pessoa alvo dos cuidados.

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

Ao longo dos estágios, foram tidos em conta princípios fundamentais da mecânica corporal, mantendo a coordenação músculo-esquelética, postura, alinhamento corporal, nas diversas atividades da prestação de cuidados (levantes, transferências), prevenindo lesões músculo-esqueléticas, tive a oportunidade de sensibilizar os colegas para posturas ergonómicas adequadas com vista a conseguir uma boa base de sustentação e reduzir riscos de lesões músculo-esqueléticas.

Ao longo da prestação dos cuidados, foram minimizados os riscos ambientais, de modo a reduzir o risco de queda, assim, pode-se afirmar que garantir a segurança do ambiente físico é uma competência profissional, inerentes a todos os enfermeiros. Com vista a alcançar a continuidade dos cuidados, os registos foram realizados de forma rigorosa, permitindo documentar a prestação de cuidados e avaliar os ganhos em saúde que advêm dos cuidados do EEER e contribuindo para um ambiente de cuidados seguro.

De modo a promover a melhoria continua da qualidade, realizei um instrumento de trabalho para deixar na UMDR, que consiste numa almofada para treino de vestuário, que possibilita o treino da motricidade fina com recurso a itens utilizados no vestuário. Na almofada existem botões de diferentes tamanhos e respetivas casas, um velcro para colar e descolar, a parte de trás de um sutiã, um cós de calças de ganga e um fecho-eclair (Apêndice V. Além da realização desta almofada, realizei também um folheto para ser entregue aos doentes com AVC antes do regresso a casa, com indicações dos exercícios direcionados para o membro superior que podem realizar de forma autónoma de modo promover a continuidade da reabilitação (Apêndice VI).

5.1.3 Competências do domínio da gestão dos cuidados (C1, C2)

“Uma equipa é, essencialmente, um grupo de pessoas unidas por objetivos comuns. Este conceito aplica-se, naturalmente, às equipas de saúde e dentro destas, às equipas de reabilitação.” (Branco, 2017, p.26).

Desenvolvendo as competências C1e C2, ao longo dos estágios, após integrar cada equipa multidisciplinar onde foi desenvolvido o estágio, houve a preocupação de trabalhar em equipa, existindo da minha parte, uma atitude de humildade, cooperação, relação empática e espírito de entreaajuda. Nas equipas, fui recebida de uma forma muito positiva, tendo todos os elementos da equipa multidisciplinar contribuído para a minha integração, podendo discutir com os diferentes elementos, aspetos do plano para as diferentes pessoas internadas e assim trabalharmos de modo a aumentar a potencialidade da pessoa internada, podendo desta forma realizar um planeamento dos cuidados tendo em conta uma visão holística da pessoa e existindo uma maior continuidade dos cuidados e um plano mais completo para o doente, com todos os elementos da equipa, utilizando as diferentes áreas de atuação, de modo a convergir esforços, para objetivos comuns.

5.1.4 Competências do domínio das aprendizagens profissionais (D1 e D2)

Segundo (Hesbeen, 2002), e referindo-se à formação de profissionais de enfermagem e do desenvolvimento de competências, discrimina três etapas, a primeira refere-se à formação que dá o título de enfermeiro generalista, a segunda tem como objetivo a aquisição de conhecimentos e habilidades especializados em determinada área. A terceira e a mais

completa, sendo o fruto de um longo processo ligado à prática clínica, dependendo de uma análise neste domínio. O autor acrescenta ainda que qualquer processo de formação profissional tem como objetivo ajudar os profissionais a tornarem-se cada vez mais capazes de pensar na ação numa perspetiva de cuidados, respeitando os caminhos pessoais de cada um. O enfermeiro especialista, deve trabalhar o seu autoconhecimento e assertividade, na relação com a equipa e com a pessoa alvo dos cuidados, para isso ao longo dos estágios, mantive relações profissionais baseadas no respeito, empatia e cooperação. Além disso e com vista à aquisição da competência D2, ao longo dos estágios, realizei pesquisas bibliográficas, acerca das problemáticas a trabalhar de modo a manter-me atualizada e conseguir basear a minha prática em altos níveis de padrão de conhecimentos.

“Todo e qualquer processo de formação na área da prática de cuidados, tem como finalidade ajudar os profissionais ou futuros profissionais a tornarem-se cada vez mais capazes de pensar a ação na perspetiva do cuidar, respeitando os seus percursos pessoais” (Hesben, 2002, p.115). Com vista a desenvolver esta competência, participei em reuniões de equipa multidisciplinar nos locais de estágio e participei em congressos:

- “III Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e Saúde sobre a temática Epidemias: uma análise interdisciplinar”, que decorreu nos dias 11, 12 e 13 de março de 2021 (Anexo IV).

- “2º congresso internacional, AGE.COMM – Longevity and development” que decorreu dia 11 e 12 de novembro de 2021 (Anexo X).

- “e-Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2021 “que decorreu entre 2 e 4 de dezembro (Anexo IX).

Com vista à aquisição desta competência foram também realizados trabalhos científicos que foram apresentados em congressos:

Comunicação oral “Isolamento Social pela Pandemia Covid-19 no manejo da Dor Crónica - Scoping Review” (Anexo V).

Comunicação oral “A Enfermagem de Reabilitação na recuperação do estado funcional do doente com fratura-Estudo de Caso”, (Anexo X).

Apresentação de poster “Influência das dotações seguras na segurança dos cuidados prestados ao paciente internado”, no 1º congresso internacional “O cuidado centrado no cliente e nos padrões de qualidade” que decorreu dia 7 de outubro de 2021 (Anexo III).

Apresentação do poster “Efeitos adversos de dotações incorretas na segurança dos cuidados ao paciente internado: uma revisão sistemática”, que decorreu no dia 26 de novembro de 2021 no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem. (Anexo II).

Foram publicados os seguintes artigos:

Pereira, I., Mourinho, J., Galvão, J., Rodrigues, M., Sabino, P., Santos, R., & Ruivo, A. (2022). ISOLAMENTO SOCIAL PELA PANDEMIA COVID-19 NO MANEJO DA DOR CRÓNICA. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 8(1), 1130–1147. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i1.3943>

[Vista do ISOLAMENTO SOCIAL PELA PANDEMIA COVID-19 NO MANEJO DA DOR CRÓNICA \(periodicorease.pro.br\)](https://periodicorease.pro.br)

Pereira, I., Galvão, J., & Rodrigues, M. (2022). PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DA INDEPENDÊNCIA DOS DOENTES COM AVC. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 8(2), 109–127. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i2.4140>

[Vista do PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DA INDEPENDÊNCIA DOS DOENTES COM AVC \(periodicorease.pro.br\)](https://periodicorease.pro.br)

Galvão, J., Rodrigues, M., Sabino, P., & Santos, R. (2022). INFLUÊNCIA DAS DOTAÇÕES SEGURAS DE ENFERMEIROS NA SEGURANÇA DOS CUIDADOS PRESTADOS AO PACIENTE INTERNADO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 8(2), 546–556. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i2.4204>

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

[Vista do INFLUÊNCIA DAS DOTAÇÕES SEGURAS DE ENFERMEIROS NA SEGURANÇA DOS CUIDADOS PRESTADOS AO PACIENTE INTERNADO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA \(periodicarease.pro.br\)](#)

"LIMITES DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO DOENTE COM PROGNÓSTICO VITAL BREVE: ARTIGO DE OPINIÃO". *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 8 (3), 1916-1935.
<https://doi.org/10.51891/rease.v8i3.4783>

[Vista do LIMITES DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO DOENTE COM PROGNÓSTICO VITAL BREVE: ARTIGO DE OPINIÃO \(periodicarease.pro.br\)](#)

Está submetido a aguardar parecer o artigo:

"A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA RECUPERAÇÃO FUNCIONAL DA PESSOA COM FRATURA – ESTUDO DE CASO –" *Revista Egitanea*.

5.2 Competências Específicas do EEER

Os diferentes eventos que levam, ao indivíduo a precisar da atuação do EEER, sejam eles de natureza músculo-esquelética, neurológica e respiratória, consequentemente podem comprometer a capacidade para o autocuidado, ou seja, a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 2001). Assim, tendo presente a teoria de Orem, os enfermeiros passam a ser agentes de autocuidado terapêutico.

“O desenvolvimento de competências em enfermagem de reabilitação visa a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, tendo como objetivo último a sua tradução em resultados que quantificam a melhoria da qualidade de vida das pessoas” (Barata, 2017, p.125).

5.2.1 Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

O EEER, implementa plano de cuidados, tendo em conta uma avaliação completa da pessoa, ao longo do ciclo vital e nos diferentes contextos, assim, os estágios, decorreram num serviço de internamento de ortopedia, e numa UMDR, o que permitiu prestar cuidados a pessoas internadas com patologia do foro músculo-esquelético, neurológica e respiratória, em diferentes contextos, permitindo desenvolver o objetivo específico da especialidade.

5.2.2 Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania.

Para atingir este objetivo, revelou-se fundamental, discutir o PTER, com a pessoa internada e com a família, de modo a ajustar a intervenção e as expetativas da pessoa e cuidadores. A recolha de dados revela-se por isso uma etapa fundamental para a estruturação dos PTER, bem como para definir estratégias que permitam a reintegração social e exercícios de cidadania. Um individuo estará limitado e impedido se não tiver o espaço físico adaptado. Ao longo dos diferentes estágios, houve da minha parte a preocupação para ajudar a pessoa internada e cuidador, a preparar o regresso a casa, pensar nas dificuldades que teria, bem como nas barreiras arquitetónicas, trabalhando de modo a diminuir estas dificuldades e

promover a adaptação do indivíduo à sua condição/limitações promovendo a independência. Deixei documentados os diagnósticos, intervenções realizadas e os ganhos provenientes da ação do EEER.

5.2.3 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo a capacidade da pessoa

Segundo a teoria do déficit de autocuidado (Orem, 2001), em que o conceito fundamental nos remete para a busca da enfermagem pela pessoa com limitações de ações para o AC ou dos seus dependentes. O déficit de AC surge como a ausência ou inadequação para a pessoa identificar e entender as necessidades de AC terapêutico, a teoria alvitra que a ação do enfermeiro visa compensar os défices do autocuidado do indivíduo alvo dos cuidados, no que se refere às categorias do AC: universais, de desenvolvimento e alterações da saúde. Em qualquer dessas categorias, o enfermeiro estimula, orienta e apoia a pessoa alvo dos cuidados, como agente de AC, colmatando as necessidades. O enfermeiro executa a ação pela pessoa para satisfazer o seu AC, sempre e quando o mesmo esteja impossibilitado para a ação.

Assim, ao longo dos estágios e tendo por base uma colheita de dados completa e um plano de cuidados individualizado, foram traçados PTER, de modo a desenvolver a capacidade da pessoa alvo dos cuidados, maximizando a sua funcionalidade, utilizando vários escalas de avaliação validadas (MMSE, MIF, Berg, Borg e Morse), “...um instrumento de avaliação, deveria ter como características: ser prático, simples de aplicar e produzir resultados significativos que possam orientar o processo de reabilitação” (Sousa et al., 2017, p.113). Com a aplicação das escalas no início, avaliação intermédia e final, ficam expressos os ganhos no provenientes da implementação do PTER.

5.3 Competências de Mestre

O mestre em enfermagem é dotado de competências profissionais diferenciadas, que permitem a intenção em ambiente complexo, suportando na evidência o desenvolvimento do saberes teórico-práticos, potenciando a auto-orientação e autonomia, realizar o desenvolvimento de conhecimentos e competências ao longo da vida, integrar equipas de progresso multidisciplinar de forma pró-ativa, agindo no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio, bem como a produção de investigação e evidência.

Nos estágios, houve a preocupação de proceder a uma avaliação cuidada de cada situação bem como a partilha de informação de forma científica e rigorosa, perante a equipa multidisciplinar, de modo a promover o raciocínio e tomada de decisão.

Ao longo do ciclo de estudos, houve da minha parte a preocupação de participar em congressos de modo a atualizar os saberes teórico-práticos e realizar poster, comunicações orais e publicação de artigos, com base em pesquisas científicas realizadas, de modo a produzir investigação e evidência científica.

Ao longo do ciclo de estudos em geral e dos estágios em particular, com a orientação dos enfermeiros e da professora, considero ter tido a capacidade para integrar conhecimento e lidar com questões complexas, novas em contexto multidisciplinar. Considero ter adquirido estas competências, em ambos os campos de estágio tinha a orientação de EEER, embora em nenhum deles havia a implementação de um projeto ou uma intervenção estruturada do ER, assim, considero ter conseguido desenvolver esta competência, alicerçada aos conhecimentos teóricos e à orientação recebida, desenvolvendo o meu próprio método de trabalho que foi reconhecido por pares e pela equipa multidisciplinar, os registos de enfermagem realizados evidenciam os ganhos que advieram da prática do EEER.

6. CONCLUSÃO

De modo a atingir uma prestação de cuidados de enfermagem de excelência, revela-se fundamental a atualização e aquisição de conhecimentos e competências por parte do enfermeiro. Este constituiu um dever ético e deontológico do enfermeiro juntamente com a sua responsabilidade social (Hesbeen, 2002). Nesse sentido, insurgiu a necessidade da realização da especialidade em reabilitação, inserida no curso de mestrado em enfermagem de reabilitação, ciclo de estudos, através do qual foi possível a aquisição de novas competências numa área específica da enfermagem, competências comuns do enfermeiro especialista e também competências de mestre. A aquisição de competências, alicerçadas na componente teórica, foi possível através da realização dos estágios onde foi aplicado o projeto de intervenção.

O tipo de estudo aplicado no projeto, prende-se com a metodologia de estudo de caso, possibilitando retratar a atuação do EEER na intervenção dirigida a dez pessoas em situação de dependência nos autocuidados. Foram definidos diagnósticos de enfermagem, planeadas e realizadas intervenções de ER com avaliação dos resultados.

O desenvolvimento de conhecimento científico pelo EEER, torna-se primordial numa ótica de potenciar a capacidade da pessoa para o AC, permitindo uma transição saudável. A reabilitação é descrita como o processo que permite a recuperação de capacidades perdidas, possibilitando a restituição não só da dimensão física, mas também psicológica e social. O PTER, partindo do passado da pessoa, de forma a possibilitar um retomar do quotidiano com qualidade, melhorando a autoestima e aumentando o nível de independência. O processo de reabilitação deve ter em conta uma diversidade de variáveis, alicerçado no contributo de Orem (Santos, 2017). Corroborado por, Schoeller et al, “O inicio da reabilitação exige parceria, e o enfermeiro não pode manipular os outros, porque é o outro que deve capacitar-se a si mesmo e a sua realidade para (re)construir formas de viver bem.” (2020, p.7).

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

Em ambos os contextos, serviço de ortopedia hospitalar e UMDR, foi implementado o PTER, recorrendo à adequação das intervenções, de acordo com a individualidade de cada participante. Em todos as pessoas que integraram o PTER, se verificaram resultados positivos, resultantes da implementação do projeto, verificaram-se ganhos em saúde comprovados pelo aumento da força muscular, do equilíbrio e capacitação/treino de AC's, resultados que estão em sintonia com as competências específicas do EEER.

Foram atingidos os objetivos propostos para a implementação do projeto de intervenção, uma vez que se alcançou, a capacitação da pessoa internada para o autocuidado, traduzida pelo aumento da média da MIF inicial de 87.2, para uma média final de 121.

É importante deixar menção a que os ganhos conseguidos, não se podem atribuir única e exclusivamente à intervenção do EEER, uma vez que as pessoas incluídas no estudo, são alvo de cuidados de outros profissionais integrados na equipa multidisciplinar.

Uma equipa é, um grupo de pessoas, alinhadas com vista a objetivos comuns, este conceito aplica-se às equipas de saúde e dentro destas, às equipas de reabilitação. A dimensão da equipa pode variar tanto a nível de número de elementos como a nível de disciplinas, ainda assim, na equipa e para uma maior adesão ao regime terapêutico, deve estar incluído a pessoa alvo dos cuidados e sempre que possível a família/cuidadores (Branco, 2017). Corroborado por Nabais & Sá

(...) Da intervenção do enfermeiro de reabilitação salienta-se a sua importância como educador e agente de mudança na pessoa e família, no sentido de promover e contribuir de forma mais efetiva para melhorar a autoeficácia e autogestão da doença crónica. (2019, p.99).

Lima et al. acrescenta que, o sucesso da reabilitação, tem na sua base a continuidade dos cuidados, da inter-relação entre a equipa multidisciplinar, o doente e a comunidade. (2019b)

Dada à conjuntura atual, ainda em fase de pandemia por Covid-19, não foi possível incluir as famílias/cuidadores no PTER, visto existir restrições de visitas e estas não poderem ter contacto físico com a pessoa internada, facto que no âmbito dos estágios e do presente relatório se considera uma limitação.

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

Sugere-se o desenvolvimento de mais estudos que abordem a capacitação para o AC, não estando ligado a uma patologia específica, uma vez que os artigos encontrados se remetem para este tema numa população específica.

Ao longo deste percurso académico, a maior dificuldade sentida ao longo do Estágio Final foi a gestão do tempo que, não impedindo a realização do projeto de intervenção, exigiu um enorme esforço, pessoal, familiar e profissional. Face ao exposto anteriormente, e de acordo com os objetivos inicialmente propostos no relatório podemos afirmar que foram atingidos.

Em suma, o plano de reabilitação individualizado, instituído precocemente cujos objetivos são centrados no desenvolvimento de capacidades potenciais da pessoa alvo dos cuidados conduz a uma maior independência em todas as vertentes do ser humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Barata, L. (2017). Aquisição e Desenvolvimento de Competencias ao Longo da Vida Profissional - A importância da formação contínua. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo do ciclo vital* (pp. 123–143). Lusodidacta.
- Branco, P. (2017). Equipa de Reabilitação. In C. Marques-vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo do ciclo vital* (pp. 25–34). Lusodidacta.
- Caldas, A. (2017). Funções cognitivas. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo do ciclo vital* (pp. 139–143). Lusodidacta.
- Castro, A., Abreu, F., & Alves, S. (2021). *Reabilitação Respiratória : Eficácia de um Programa de Treino de Exercício*, E-Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação. Gaia.
- Coelho, C., Barros, H., & Sousa, L. (2017). Reeducação da Função Sensoriomotora. In C. Marques-vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo do ciclo vital* (pp. 227–251). Lusodiacta.
- Costa-Dias, M., Ferreira, P., & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 2), 7–17. <https://doi.org/10.12707/riii1382>
- DGS. (2019). Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares. *Orientação Da Direção Geral de Saúde, 2017*(008), 1–20. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Ministério Da Saude, Circular*(Nº09/DGCG).

- Direção Geral da Saúde. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025. *Direção-Geral de Saúde*, 52. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direcção-Geral da Saúde. (2005). Carta dos direitos do doente internado. *Direcção-Geral Da Saúde*, 1–12. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- Faria, A., Martins, M., Ribeiro, O., & Gomes, B. (2020). Impacto de um Programa de Envelhecimento Ativo no Contexto Comunitário: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3, 35–41. <https://doi.org/10.33194>
- Fortin, M. (1999). Comunicação dos Resultados. In *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (pp. 339–347). Lusociência.
- Garcia, T. R. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 2019/2020*. Artmed.
- George, F. H. M. (2011). Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação. *Direção-Geral de Saúde*, 054/2011, 1–19.
- Gomes, J., Soares, C. M., & Bule, M. J. (2019). Enfermagem de reabilitação na prevenção de quedas em idosos no domicílio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 11–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.02.4571>
- Guerreiro, M., Silva, A. P., & Botelho, M. A. (1994). Adaptação à população Portuguesa na tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9–10.
- Hesbeen, W. (2002). *A Reabilitação - Criar novos caminhos*. Lusociência.
- International Council of Nurses. (2021). *Conselho Internacional de Enfermeiro*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

- Lima, A., Ferreira, M., Martins, M., & Fernandes, C. (2019). Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação da independência funcional do paciente. *Journal Health NPEPS*, 4(2), 28–43. <https://doi.org/10.30681/252610104062>
- Lopes, M. (2006). *A relação entre enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Formasau.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2016). *Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ministério da Saúde. (2006). Decreto-Lei nº 101/2006 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário Da República, I Série-A n.º 109 de 6 de Junho de 2006, I-A(109)*, 3856–3865.
- Nabais, A., & Sá, M. (2019). A pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica: como promovem os enfermeiros de reabilitação o autocuidado. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health and Health*, 9, 81–89. <https://doi.org/10.29352/ill0209.07.00231>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro)*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série, nº 26*, 4744–4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das Competências

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República, 2ª Série - n.º 85 - 3 de Maio de 2019*, 13565–13568. <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ªed). Mosby.

Pestana, H. (2017a). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. In C. Marques-vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo do ciclo vital* (pp. 47–55). Lusodiacta.

Pestana, H. (2017b). Sistemas de Informação e a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo do ciclo vital* (pp. 77–88). Lusodidacta.

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado - conceito central da enfermagem-*. Formasau.

Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a construção do Cuidado de Reabilitação. In C. Marques-vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo do ciclo vital* (pp. 3–14).

Pires, R., Martins, M., Gomes, B., Monteiro, C., & Ribeiro, O. (2019). Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na Mobilidade da Pessoa Idosa Institucionalizada -Programa Teia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6, 90–101. <https://doi.org/10.33194>

Raposo, P., Relhas, L., Pestana, H., Mesquita, A., & Sousa, L. (2020). Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na Capacitação do Cuidador Familiar após AVC: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3, 18–28. <https://doi.org/10.33194>

Reis, G., & Bule, M. (2017). Capacitação e Atividade de Vida. In C. Marques-vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo do ciclo vital* (pp. 57–65). Lusodiacta.

- Rocha, E. (2020). *Mobilização articular precoce da pessoa em situação crítica*. - Dissertação de Mestrado apresentado ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo, para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação, Viana do Castelo.
- Rocha, I., Bravo, M., Sousa, L., Mesquita, A., & Pestana, H. (2020). Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no Ganho de Equilíbrio Postural na Pessoa após Acidente Vascular Cerebral- Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3, 5–17. <https://doi.org/10.33194>
- Santos, L. (2017). O Processo de Reabilitação. In C. Marques-vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo do ciclo vital* (pp. 15–23). Lusodidacta.
- Saúde, A. G. de. (2016). MANUAL DE GONIOMETRIA MEDIÇÃO DOS ÂNGULOS ARTICULARES. *Gestão Em Saúde*, 39. <http://acegs.com.br/wp-content/uploads/2016/06/MANUAL-DE-GONIOMETRIA-FINAL.pdf>
- Schoeller, S., Martins, M., Ramos, F., Vargas, C., Zuchetto, M., & Lima, D. (2020). Rehabilitation nursing care and emancipatory process. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2020(2), 1–7. <https://doi.org/10.12707/RIV19084>
- Silva, A., Almeida, G., Cassilhas, R., Cohen, M., Peccin, M., Tufik, S., & Mello, M. (2008). Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. *Revista Brasileira de Medicina Do Esporte*, 14(2), 88–93. <https://doi.org/10.1590/S1517-86922008000200001>
- Silva, D., & Silva, E. (2016). Ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health and Health*, 30, 103–119.
- Sousa, L., Marques-vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2017). Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação. In C. Marques-vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo do ciclo vital* (pp. 113–121). Lusodidacta.

Sousa, L., Martins, M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3, 64–69. <https://doi.org/DOI 10.3319>

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Intervenção Profissional

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior de Saúde



Escola Superior de Saúde
IP Portalegre



IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

12.

Resumo, Plano e Cronograma

- RESUMO

O progresso da medicina culminou num aumento da esperança média de vida e o consequente incremento de doenças crónicas. Estas transformações, remetem-nos para novos desafios na área da saúde, o número significativo de pessoas dependentes no autocuidado é na atualidade uma enorme preocupação, bem como a sua identificação e a criação de respostas ajustadas. Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) têm um papel fundamental na capacitação para os autocuidados da pessoa internada, seja essa dependência proveniente de uma intervenção terapêutica, de doença aguda ou crónica ou outra situação.

O projeto de intervenção desenvolve-se nos estágios do Curso de Mestrado em Enfermagem com supervisão clínica

por EEER. O contexto escolhido para aplicação do projeto será uma unidade de internamento na especialidade de ortopedia e uma unidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), ambas localizadas no norte alentejano. Com a implementação do projeto pretende-se avaliar, intervir e identificar resultados sensíveis ao Plano Terapêutico de Enfermagem de Reabilitação (PTER), individualizado.

Objetivo geral:

- Capacitar a pessoa internada para o autocuidado (AC).

Objetivos específicos:

- Identificar por avaliação diagnóstica focos de intervenção do EEER na pessoa internada;
- Implementar intervenções terapêuticas de capacitação para os AC na pessoa internada;
- Analisar resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER) na capacitação para os AC na pessoa internada.

A metodologia do projeto de intervenção é o estudo de caso descritivo do sociólogo Robert C. Yin. e as etapas são definidas segundo a teoria de intervenção terapêutica de Manuel Lopes. Serão considerados participantes do estudo, as pessoas internadas nos serviços onde decorrerá o estágio, alvos de cuidados de reabilitação e que apresentem dependência nos autocuidados.

Serão considerados os princípios éticos, pedindo consentimento aos participantes para incluir os seus dados no estudo, garantindo o anonimato e a confidencialidade, sendo os dados codificados e a sua utilização exclusiva para este projeto.

Assim será salvaguardado o dever de sigilo profissional consagrado no código ético e deontológico da profissão.

Palavras Chave: Enfermagem em Reabilitação; Autocuidado; Tutoria/Capacitação.

Key word: Rehabilitation Nursing; Self Care; Mentoring

Palabras clave: Enfermería en Rehabilitación; Autocuidado; Tutoría

- FUNDAMENTAÇÃO E PERTINÊNCIA DO ESTUDO

Alicerçado por diferentes estudos, desenha-se o projeto “A Enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa internada para o autocuidado”, a intervenção do EEER, “ (...)visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas (...), de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. (...) O avanço no conhecimento requer que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização.”(Ordem dos Enfermeiros 2019)

Ao abordar o AC, revela-se fundamental abordar a teoria de déficit do autocuidado de Dorothea Orem, 2001, cujos conceitos enformam as intervenções a desenvolver. Toda a pessoa tem potencial para o autocuidado, por ter capacidade, conhecimento e experiências adquiridas ao longo da vida, nas situações em que as exigências do AC sejam superiores a capacidade de realização, existe um déficit de autocuidado e uma necessidade de suporte. Assim a teoria do déficit do autocuidado, indica cinco níveis de ajuda: 1 – agir ou fazer pela pessoa, 2- guiar e orientar, 3 – proporcionar apoio físico e psicológico, 4- proporciona um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e 5- ensinar. Este conceito é orientador do cuidado, permite adequar o método de ajuda/capacitação com base nas necessidades reais de pessoa.

De modo a alicerçar o projeto, realizou-se uma breve revisão da literatura no período de maio a junho 2021, com pesquisa nas bases de dados B-ON e PubMed com os descritores, DECS e MESH: “Rehabilitation Nursing”, “Self Care” e “Mentoring”. Foram considerados todos

os tipos de estudo (primários e secundários), que incluam reabilitação em enfermagem, autocuidado e tutoria/capacitação, disponíveis em full-text e PDF, com autores da área da saúde, revisto por pares com o friso cronológico entre 2019-2021 em português, inglês ou espanhol. Os artigos extraídos foram considerados para fundamentação do projeto de intervenção mediante critérios de similitude da população com os contextos clínicos dos estágios, que incluíssem intervenções de enfermagem de reabilitação e resultados.

Um estudo descritivo correlacional, quantitativo, transversal e com amostragem não probabilística acidental realizado com pacientes com MIF ≤ 9 e doentes sujeitos a imobilidade em serviço de medicina, num hospital de médio porte a Norte de Portugal, concluiu que “a imobilidade tende a prejudicar a qualidade de vida e saúde da pessoa, exigindo intervenção profissional. Essas pessoas sob cuidados de enfermeiros de reabilitação, recuperaram 36,98% da independência funcional.”(Lima et al. 2019, p.28). O segundo estudo considerado é uma revisão sistemática da literatura, que tem como objetivo sistematizar as intervenções de enfermagem de reabilitação promotoras do autocuidado na pessoa com DPOC. Os autores Nabais e Sá, (2019) concluíram que, da intervenção do EEER se evidencia a importância como agente de mudança no indivíduo e a sua envolvimento de modo a contribuir de forma efetiva para melhorar a autoeficácia e autogestão da doença crónica. Com base nas competências dos EEER e nos diferentes contextos em que a pessoa se insere, revela-se fundamental, a importância da articulação entre cuidados primários e hospitalares, com vista à continuidade dos cuidados no programa de reabilitação respiratória, facilitando a reinserção da pessoa com DPOC após a alta.

No terceiro estudo, os autores sublinham “a necessidade de uma noção histórica no processo de reabilitação, guiando o cuidado na direção de um objetivo comum e realista baseado no contexto e ambiente e numa vida plena.” (Schoeller et al. 2020, p.7)

- POPULAÇÃO ALVO

Os participantes no projeto de intervenção, são as pessoas internadas nos respetivos no Serviço de Ortopedia entre dia 17 de maio e 24 de junho e UCC entre 13 de setembro e 21 janeiro, alvos de cuidados de reabilitação, que de forma livre e esclarecida aceitem integrar o

PTER nas etapas de avaliação diagnóstica, intervenção terapêutica e avaliação de resultado, que apresentem dependência nos autocuidados.

- INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Foi realizado um instrumento de recolha de dados para caracterização sócio-demográfica dos participantes no qual se incluiu o histórico de saúde.

Serão utilizados os seguintes instrumentos de avaliação:

- Mini Mental State Examination (MMSE), foi desenvolvido para ser utilizado na avaliação da mudança do estado cognitivo em geriatria. Pode ser usado como teste de rastreio para perda cognitiva, não pode ser usado isoladamente para diagnosticar demência. O MMSE foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por (Guerreiro, Silva, e Botelho, 1994).

- Escala Medida de Independência Funcional (MIF), será também utilizada com vista a avaliar a independência funcional. A MIF traduzida e adaptada para português (Laíns, 1990), é recomendada pela DGS (George, 2011) e pelo Colégio da Especialidade de enfermagem de reabilitação (Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2016)

- Escala de Berg, será utilizada para avaliar o equilíbrio a escala foi traduzida e adaptada para português (Brasil), a versão brasileira é um instrumento confiável para ser usado na avaliação do equilíbrio da população idosa (A. Silva et al., 2008)

- O Risco de Queda avaliado pela Escala de Morse, validada para a população portuguesa (Costa-Dias et al., 2014).

A Tolerância ao esforço será avaliada através de Escala de Borg Modificada, a Espasticidade/ Tônus Muscular será avaliada pela escala de Ashworth, a força avaliada através da Escala da Força Medical Research Council modificada (mMRC), a escala permite avaliar a força nos diferentes segmentos dos membros, permitindo uma abordagem específica mediante a avaliação. Os parâmetros fisiológicos (Tensão Arterial, Frequência Cardíaca,

Frequência Respiratória, Saturação de O²), são registados em instrumento próprio e incluiu-se a dor com aplicação da Escala Visual Numérica (EVN).

- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia do projeto de intervenção é o estudo de caso descritivo do sociólogo Robert C. Yin, cada participante, alvo dos cuidados de reabilitação, representa um caso, os dados recolhidos, através do instrumento de avaliação, entrevista e observação, serão recolhidos o que possibilitará a descrição e análise de fenómenos, permitindo apurar os resultados inerentes á aplicação do PTER. Os dados recolhidos juntos dos participantes, bem como a sua análise serão realizados segundo a metodologia referida. As etapas são definidas segundo a teoria de intervenção terapêutica de Lopes, 2006, constituída por duas componentes: avaliação diagnóstica, que será realizada com o recurso do instrumento de recolha de dados apresentado e processo de intervenção terapêutica em enfermagem, sendo o PTER, realizado de forma individualizada e alicerçado nas competências específicas do EEER.

- ETAPAS DO PROJETO

A 1ª etapa do projeto, em consonância com a teoria seguida, é a avaliação diagnóstica, para isso, será utilizado o instrumentos e técnicas apresentados.

A interpretação e análise dos dados obtidos na avaliação diagnóstica conduzem à definição dos diagnósticos de ER, os diagnósticos serão realizados em linguagem CIPE, segundo (International Council of Nurses, 2021) e alicerçados no padrão documental dos cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação e nas competências específicas dos EEER. Os diagnósticos gerais para o projeto, são:

Capacidade para andar comprometido; Equilíbrio corporal comprometido; Movimento Muscular Diminuído; Ventilação Ineficaz; Autocuidado Higiene comprometido; Autocuidado Alimentar-se comprometido; Autocuidado Vestir-se comprometido; Autocuidado Alimentar-se

comprometido; Autocuidado comer comprometido; Autocuidado Beber comprometido; Autocuidado ir ao sanitário comprometido.

Na 2ª etapa, intervenção terapêutica, será implementado um PTER, individualizado, no qual se elaboram técnicas, intervenções e procedimentos inerentes à área de especialidade, traçando um plano terapêutico de enfermagem de reabilitação, individualizado, com treino de AVD'S, treino de equilíbrio, força e exercícios musculo-articulares, ajustando o PTER a cada 3 sessões.

A 3ª etapa consiste na avaliação de resultados do PTER utilizando os instrumentos e técnicas implementados na avaliação inicial, o que permitirá quantificar os resultados sensíveis aos cuidados do EEER.

- RECOLHA E ANALISE DE DADOS

A recolha de dados faz parte da avaliação diagnóstica e realiza-se no primeiro contacto com os participantes. Nas etapas pré e pós intervenção terapêutica são reavaliados os parâmetros fisiológicos. Após três sessões de cuidados e no momento da alta são repetidos os procedimentos de avaliação diagnóstica.

Os dados obtidos são analisados segundo medidas estatísticas descritivas e de análise não paramétrica com recurso ao Excel.

- PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A recolha e tratamento dos dados será codificada e serão omitidos ou codificados dados que possam identificar a pessoa, garantindo assim o anonimato e a confidencialidade dos dados, será realizada com prévia autorização de todos os participantes, que para poder dar este consentimento informado deverão estar com a sua função cognitiva mantida, caso

contrário deve ser o seu tutor a dar o consentimento, em consonância com a declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo os participantes poderão abandonar o estudo a qualquer momento sem qualquer prejuízo.

A divulgação em relatório de estágio, publicação ou apresentação pública é efetuada com preservação do anonimato e da confidencialidade das fontes.

CRONOGRAMA

ATIVIDADES										
Revisão da Literatura										
Definição do tema										
Definição dos objetivos										
Desenvolvimento do instrumento de avaliação										
Implementação do projeto										
Recolha de Dados										
Análise de dados										
Relatório Final										
Elaboração de Artigo										

BIBLIOGRAFIA

- Guerreiro, M., Silva, A. P., e Botelho, M. A. (1994). Adaptação à população Portuguesa na tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10
- Barata, L. (2017). Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida Profissional - A importância da formação contínua. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo do ciclo vital* (pp. 123–143). Lusodidacta.
- Branco, P. (2017). Equipa de Reabilitação. In C. Marques-vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo do ciclo vital* (pp. 25–34). Lusodidacta.
- Caldas, A. (2017). Funções cognitivas. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo do ciclo vital* (pp. 139–143). Lusodidacta.
- Castro, A., Abreu, F., & Alves, S. (2021). *Reabilitação Respiratória : Eficácia de um Programa de Treino de Exercício* (E-Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação).
- Coelho, C., Barros, H., & Sousa, L. (2017). Reeducação da Função Sensoriomotora. In C. Marques-vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo do ciclo vital* (pp. 227–251). Lusodiacta.
- Costa-Dias, M., Ferreira, P., & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 2), 7–17. <https://doi.org/10.12707/rrii1382>
- DGS. (2019). Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares. *Orientação Da Direção Geral de Saúde, 2017*(008), 1–20. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Ministério Da Saude, Circular*(Nº09/DGCG).
- Direção Geral da Saúde. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025. *Direção-Geral de Saúde*, 52. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direcção-Geral da Saúde. (2005). Carta dos direitos do doente internado. *Direcção-Geral Da Saúde*, 1–12. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- Faria, A., Martins, M., Ribeiro, O., & Gomes, B. (2020). Impacto de um Programa de Envelhecimento Ativo no Contexto Comunitário: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3, 35–41. <https://doi.org/10.33194>
- Fortin, M. (1999). Comunicação dos Resultados. In *O Processo de Investigação: da conceção à realização* (pp. 339–347). Lusociência.
- Garcia, T. R. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 2019/2020*. Artmed.
- George, F. H. M. (2011). Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação. *Direção-Geral de Saúde, 054/2011*, 1–19.
- Gomes, J., Soares, C. M., & Bule, M. J. (2019). Enfermagem de reabilitação na prevenção de quedas em idosos no domicílio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 11–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.02.4571>
- Guerreiro, M., Silva, A. P., & Botelho, M. A. (1994). Adaptação à população Portuguesa na tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9–10.

- Hesbeen, W. (2002). *A Reabilitação - Criar novos caminhos*. Lusociência.
- International Council of Nurses. (2021). *Conselho Internacional de Enfermeiro*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Lima, A., Ferreira, M., Martins, M., & Fernandes, C. (2019). Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação da independência funcional do paciente. *Journal Health NPEPS*, 4(2), 28–43. <https://doi.org/10.30681/252610104062>
- Lopes, M. (2006). *A relação entre enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Formasau.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2016). *Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ministério da Saúde. (2006). Decreto-Lei nº 101/2006 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário Da República, I Série-A n.º 109 de 6 de Junho de 2006, I-A(109)*, 3856–3865.
- Nabais, A., & Sá, M. (2019). A pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica: como promovem os enfermeiros de reabilitação o autocuidado. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health and Health*, 9, 81–89. <https://doi.org/10.29352/ill0209.07.00231>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro)*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série, nº 26*, 4744–4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República, 2ª Série - n.º 85 - 3 de Maio de 2019*, 13565–13568. <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ªed). Mosby.
- Pestana, H. (2017a). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. In C. Marques-vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo do ciclo vital* (pp. 47–55). Lusodiacta.
- Pestana, H. (2017b). Sistemas de Informação e a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo do ciclo vital* (pp. 77–88). Lusodiacta.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado - conceito central da enfermagem*-. Formasau.
- Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a construção do Cuidado de Reabilitação. In C. Marques-vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo do ciclo vital* (pp. 3–14).
- Pires, R., Martins, M., Gomes, B., Monteiro, C., & Ribeiro, O. (2019). Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na Mobilidade da Pessoa Idosa Institucionalizada -Programa Teia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6, 90–101. <https://doi.org/10.33194>
- Raposo, P., Relhas, L., Pestana, H., Mesquita, A., & Sousa, L. (2020). Intervenção do Enfermeiro

- Especialista em Reabilitação na Capacitação do Cuidador Familiar após AVC: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3, 18–28. <https://doi.org/10.33194>
- Reis, G., & Bule, M. (2017). Capacitação e Atividade de Vida. In C. Marques-vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo do ciclo vital* (pp. 57–65). Lusodiacta.
- Rocha, E. (2020). *Mobilização articular precoce da pessoa em situação crítica*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Rocha, I., Bravo, M., Sousa, L., Mesquita, A., & Pestana, H. (2020). Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no Ganho de Equilíbrio Postural na Pessoa após Acidente Vascular Cerebral- Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3, 5–17. <https://doi.org/10.33194>
- Santos, L. (2017). O Processo de Reabilitação. In C. Marques-vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo do ciclo vital* (pp. 15–23). Lusodidacta.
- Saúde, A. G. de. (2016). MANUAL DE GONIOMETRIA MEDIÇÃO DOS ÂNGULOS ARTICULARES. *Gestão Em Saúde*, 39. <http://acegs.com.br/wp-content/uploads/2016/06/MANUAL-DE-GONIOMETRIA-FINAL.pdf>
- Schoeller, S., Martins, M., Ramos, F., Vargas, C., Zuchetto, M., & Lima, D. (2020). Rehabilitation nursing care and emancipatory process. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2020(2), 1–7. <https://doi.org/10.12707/RIV19084>
- Silva, A., Almeida, G., Cassilhas, R., Cohen, M., Peccin, M., Tufik, S., & Mello, M. (2008). Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. *Revista Brasileira de Medicina Do Esporte*, 14(2), 88–93. <https://doi.org/10.1590/S1517-86922008000200001>
- Silva, D., & Silva, E. (2016). Ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health and Health*, 30, 103–119.
- Sousa, L., Marques-vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2017). Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação. In C. Marques-vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo do ciclo vital* (pp. 113–121). Lusodidacta.
- Sousa, L., Martins, M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3, 64–69. <https://doi.org/DOI 10.3319>
- Xu, X., Han, J., Li, Y., Sun, X., Lin, P., Chen, Y., Gao, F., Li, Z., Zhang, S., & Sun, W. (2020). Effects of Orem's Self-Care Model on the Life Quality of Elderly Patients with Hip Fractures. *Pain Research and Management*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/5602683>
- Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso: Planejamento e métodos* (4 ed.). Bookman.

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Participante nº _____ Avaliação nº _____ Data _____

Caracterização sociodemográfica

Sexo	
Nacionalidade	
Idade	
Estado Civil	
Grau de Independência Prévio	
Rede de Apoio	
Barreiras Arquitetónicas	
Religião	
Diagnostico na Admissão	
Antecedentes Pessoais	
Medicação Atual	

2 – Histórico de saúde

2.1 História Clínica

2.2 Exames Complementares de Diagnóstico

3. Parâmetros vitais

	Pré PTER	Pós PTER
TA		
FC		
Dor		
FR		

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

Características da Respiração		
Sat O2		
Observações:		

3.1. Escala Visual Numérica

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma						Máxima				

Data			
Intensidade			
Localização			
Fatores de agravamento			
Fatores de alívio			

4. MMSE - Mini Mental State Examination

Orientação

“Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz.” (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

1	Em que ano estamos?	
2	Em que mês estamos?	
3	Em que dia do mês estamos?	
4	Em que estação do ano estamos?	
5	Em que dia da semana estamos?	
6	Em que país estamos?	
7	Em que distrito vive?	
8	Em que terra vive?	
9	Em que casa estamos?	
10	Em que andar estamos?	

Nota: _____

Retenção

“Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras.” As palavras são:

PERA GATO BOLA

“Repita a três palavras” (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

Nota: _____

ATENÇÃO E CÁLCULO

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar.” (Dar 1 ponto por cada resposta correta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro de subtração, mas continuando a subtrair corretamente partir do erro, conta-se como um único erro)

() () () () ()

Nota: _____

EVOCAÇÃO

(Só se efetua no caso do sujeito ter aprendido as três palavras referidas na prova de retenção)

“Agora veja se consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir”

(Dar 1 ponto por cada resposta correta)

Nota: _____

LINGUAGEM

(Dar 1 ponto a cada resposta correta)

Mostrar um relógio de pulso.

“Como se chama isto”

Mostrar um lápis

“Como se chama isto”

Repetir a frase

“O rato roi a rolha”

Nota: _____

“Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, peque nele com sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão”.

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada, a pontuação máxima é de 3 pontos)

Pegar no papel com a mão direita

Dobrar o papel ao meio

Colocar o papel no chão

Nota: _____

“Leia e cumpra o que diz neste cartão.” Mostrar um cartão com a frase “FECHE OS OLHOS”

(Dar 1 ponto se realização correta)

Nota: _____

“Escreva uma frase.”

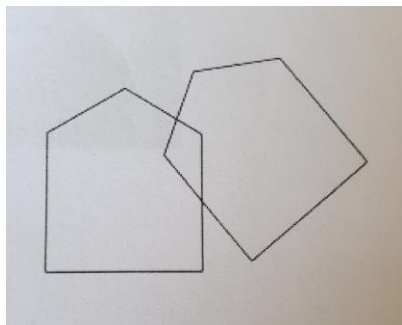
(a frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou erros de troca de letras não contam como erro no exercício.)

Nota: _____

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

“Copie o desenho que lhe vou mostrar.” Mostrar o desenho num cartão.

(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles estar intersectados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados.)



Nota: _____

Nota total: _____

Normal	≤ 25 pontos
Perda cognitiva leve	21 a 24
Perda cognitiva moderada	10 a 20
Perda cognitiva grave	≥ 9

Interpretação (MMSE):

5. Medical Research Council modificada (mMRC)

	Dadas		
Braço Esq.			
Antebraço Esq.			
Mão Esq.			
Coxa Esq.			
Perna Esq.			
Pé Esq.			
Braço Dto.			
Antebraço Dto.			
Mão Dta.			

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

Coxa Dta.			
Perna Dta.			
Pé Dto.			
Grau	Definição		
5	Força normal;		
5-	Fraqueza dificilmente detetável;		
4+	A mesma que o grau 4, mas o músculo suporta a articulação contra 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 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 a gravidade;		
1	Observa-se contração muscular, mas não há movimento;		
0	Não há movimento;		

Interpretação (mMRC):

6. Escala de Ashworth

Segmento	Avaliação Inicial	Av. Intermédia	Av. Final

0	Nenhum aumento do tônus muscular
1	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular, quando a região é movida em flexão ou extensão;
1+	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da amplitude do movimento articular restante;
2	Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude do movimento, mas a região é movida facilmente;
3	Considerável aumento do tônus muscular o movimento passivo é difícil
4	Parte afetada rígida em flexão ou extensão.

7. Goniometria

Anca						
Data	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação Interna	Rotação Externa

Joelho		
Data	Flexão	Extensão

Tornozelo				
Data	Flexão Dorsal	Flexão Plantar	Eversão	Inversão

Ombro				
Data	Flexão Dorsal	Flexão Plantar	Eversão	Inversão

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

Cotovelo				
Data	Flexão Dorsal	Flexão Plantar	Eversão	Inversão
Punho				
Data	Flexão Dorsal	Flexão Plantar	Eversão	Inversão

8. Escala de Berg

Parâmetros a avaliar	Datas		
Da posição sentado para a posição de pé;			
Ficar em pé sem apoio;			
Sentado sem apoio;			
Da posição de pé para a posição de sentado;			
Transferências;			
Ficar em pé com os olhos fechados;			
Ficar em pé com os pés juntos;			
Inclinar-se para a frente com o braço esticado;			
Apanhar um objeto do chão;			

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

Virar-se para olhar para trás;			
Dar uma volta de 360 graus;			
Colocar os pés alternadamente num degrau;			
Ficar em pé com um pé à frente do outro;			
Ficar me pé sobre uma perna;			
TOTAL			

Interpretação (Berg):

Pontuação 0 a 20 significa uma diminuição do equilíbrio, de 21 a 40 um equilíbrio aceitável e de 41 a 56, bom equilíbrio.

9.Escala de Borg Modificada

	Durante o PTR	No final do PTR

0	Nenhum
0,5	Muito, muito Leve
1	Muito Leve
2	Leve
3	Moderado
4	Um pouco forte

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

5	Forte
6	
7	Muito Forte
8	
9	Muito, muito Forte
10	Máxima

9. Medida de Independência Funcional (MIF) Avaliação Inicial Avaliação Intermédia
Avaliação Final

Autocuidados			
A – Alimentação			
B – Higiene Pessoal			
C – Banho (lavar o corpo)			
D – Vestir metade superior			
E – Vestir metade inferior			
F – Utilização da sanita			
Controlo de Esfíncteres			
G – Bexiga			
H – Intestinal			
Mobilidade/Transferências			
I – Leito, Cadeira, cadeira de rodas			

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

J – Sanita				
K – Duche / banheira				
Locomoção				
L – Marcha / cadeira de rodas				
M – Escadas				
Comunicação				
N – Compreensão (auditiva / visual)				
O – Expressão (vocal / não vocal)				
Cognição Social				
P – Interação Social				
Q – Resolução de problemas				
R – Memória				
TOTAL				

INDEPENDENTE	
7-	Independência completa;
6-	Independência modificada (ajuda técnica);
DEPENDÊNCIA MODIFICADA:	
5-	Supervisão;
4-	Assistência Mínima (sujeito $\geq 75\%$);

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

3 -	Assistência Moderada (sujeito $\geq 50\%$);
DEPENDÊNCIA COMPLETA:	
2 -	Assistência Máxima (sujeito $\geq 25\%$);
1 -	Assistência Total (sujeito $\geq 10\%$).

10. Risco de Queda – Escala de Morse

AVALIAÇÃO		Avaliação Inicial	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
Antecedentes de Queda	Sim / Não			
Diagnostico Secundário	Sim / Não			
Apoio para deambulação	Apoia-se na mobília			
	Canadianas/Bengala/Andarilho			
	Nenhum/Apoiado/Acamado			
Medicação e/ou Heparina EV	Sim			
	Não			
Marcha	Normal/Acamado/Cadeira de Rodas			
	Desequilíbrio fácil			
	Défice de marcha			

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

Estado Mental	Consciente das suas limitações			
	Não consciente das suas limitações			

CLASSIFICAÇÃO

Antecedentes de Queda

Tem pontuação 25 se o doente sofreu alguma queda no presente internamento ou caiu pela primeira vez e/ou caiu imediatamente antes da admissão (últimos 3 meses), por causas fisiológicas.

2 - Diagnóstico Secundário

Tem pontuação 15 se mais do que um diagnóstico está identificado no processo clínico.

3 - Apoio para deambulação

Tem pontuação 0 se o doente deambula sem ajuda de um auxiliar de marcha (pode ser assistido pelo enfermeiro), deambula em cadeira de rodas ou está acamado. Tem pontuação 15 se o doente deambula com ajuda de um auxiliar de marcha. Tem pontuação 30 se o doente deambula apoiando-se na mobília.

4 - Medicação e/ou heparina intravenosa Pontuação 0 se o doente não faz medicação e/ou heparina endovenosa. Pontuação 20 se o doente faz medicação e/ou heparina endovenosa.

5 - Marcha Pontuação 0 se o doente deambula com a cabeça ereta, sem hesitações, deambula em cadeira de rodas ou está acamado. Pontuação 10 se doente caminha inclinado, mas é capaz de erguer a cabeça e andar sem perder o equilíbrio, apoiando-se na mobília. Os passos são curtos e o doente arrasta os pés. Pontuação 20 se o doente tem dificuldade em levantar-se da cadeira, realizando várias tentativas, balançando-se. A cabeça do doente está inclinada e o campo de visão abrange só o chão. Caminha agarrado às mobílias ou amparado em pessoas (não consegue caminhar sem ajuda).

6 - Estado Mental Pontuação 0 se o doente está consciente das suas limitações. Pontuação 15 se doente não está consciente das suas limitações.

Sem Risco de Queda	0-24
Baixo Moderado	25- a 45
Alto Risco de Queda	>46

Apêndice II – **Consentimento Informado**

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO, PARA PARTICIPAR EM
INVESTIGAÇÃO DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA E A CONVENÇÃO DE
OVIEDO**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Caso concorde com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do Estudo: Enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa internada para o autocuidado.

Enquadramento: Eu, Marta Cristina Pinheiro Rodrigues, Enfermeira (membro nº 64741 da OE) e estudante do Curso de Mestrado em enfermagem, na área de enfermagem de reabilitação. Estou a realizar estágio nesse âmbito e pretendo implementar o projeto de intervenção “Enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa internada para o autocuidado.” O Curso que frequento é em Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Explicação do Estudo:

O projeto de intervenção tem como objetivos: Capacitar a pessoa internada para o autocuidado; identificar por avaliação diagnóstica focos de intervenção do EEER na pessoa internada; implementar intervenções terapêuticas de capacitação para os autocuidados na pessoa internada; analisar resultados sensíveis aos cuidados de ER na capacitação para os autocuidados na pessoa internada.

A intervenção consiste na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, com supervisão de enfermeiro especialista. Serão realizadas avaliações dos resultados, Plano terapêutico de Enfermagem de reabilitação

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

Confidencialidade e Anonimato: Os dados obtidos neste estudo serão inteiramente confidenciais e usados exclusivamente para o mesmo, não havendo a identificação de nenhum dos participantes, garantindo assim o anonimato dos mesmos. Caso deseje abandonar o estudo durante o período de investigação, não sofrerá qualquer consequência.

Agradeço a sua disponibilidade para a participação neste estudo, contribuindo para o desenvolvimento da área científica.

Contactos:

Investigador: Marta Cristina Pinheiro Rodrigues; marta.rodrigues@ulsna.min-saude.pt, 964029519

Orientadora: Professora Maria José Bule Contactos: mjosebule@uevora.pt, 266730300

Assinatura

Data

_____/____/____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantidas de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Assinatura

Data

_____/____/____

Se não for o próprio a assinar (por incapacidade). Grau de relação com o participante ou tipo de representação: _____

Assinatura

Data

(Este documento é composto de 2 páginas e feito em duplicado, sendo um exemplar para o investigador e o outro exemplar para a pessoa que consente)

**Apêndice III – Intervenções para o Diagnóstico: Autocuidado
Comprometido**

Intervenções para o Diagnóstico: Autocuidado Comprometido

Autocuidado: Higiene comprometido	Avaliar conhecimento sobre dispositivos auxiliares para autocuidado: higiene (uso de calçado antiderrapante, preferencialmente fechado, utilização de barras de apoio no duche, esponja de cabo longo, calçadeira se necessário, cadeira/banco para o duche ou tábua de banho para banheira, realizar higiene preferencialmente sentada, utilizar preferencialmente base de chuveiro em vez de banheira), Ensinar /Treinar técnicas; Ensinar sobre dispositivos auxiliares para o autocuidado: higiene
Autocuidado: Vestir-se comprometido	Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário, Ensinar/Treinar técnicas. Ensinar sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário mediante a individualidade de cada participante (para promover a independência, reduzir o risco de queda, ter todo o material que precisa junto a si quando inicia a atividade); Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para o uso de dispositivos auxiliares para autocuidado: higiene.
Autocuidado: Ir ao Sanitário Comprometido	Avaliar capacidade para usar dispositivos auxiliares para autocuidado: ir ao sanitário: (barras de apoio laterais, alteador de sanita), ensinar/treinar; Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário, ensinar/treinar (apoiar-se nas barras de apoio laterais e sentar-se lentamente usando a força de ambos os membros superiores, para se levantar proceder de forma inversa).
Autocuidado: Transferir-se Comprometido	- Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se; - Ensinar/Incentivar técnica de adaptação para transferir-se: (levantar da cama: sentar-se na ponta da cama, apoiado nos antebraços para elevar o tronco, fletir os MMII, rodar até tocar no chão; sentar e levantar da cadeira: baixar lentamente usando a força de ambos os membros superiores nos braços da cadeira, para se levantar, proceder de forma inversa, de modo a evitar desequilíbrio e quedas;
Andar comprometido	Avaliar conhecimento sobre andar (ou andar com auxiliar de marcha); Ensinar técnica andar (com auxiliar de marcha), mudança de direção, deve ser realizado de forma progressiva e acompanhando o movimento com o auxiliar de marcha e os MMII, o MMII, só mobilizam com prévio apoio do auxiliar de marcha. . Ensinar sobre prevenção de acidentes domésticos: (não utilizar chinelos, camisas de noite e/ou roupões compridos, dispor os móveis da casa deixando espaço para andar em segurança sem encontrar obstáculos, não andar em pavimentos molhados, tirar os tapetes/carpetes amovíveis do chão, não deixar fios/obstáculos soltos no chão, colocar barras de apoio na banheira e sanita, colocar tapetes antiderrapantes na banheira, escadas bem iluminadas, evitar pavimentos incertos).

Fonte: Própria

Apêndice IV – Avaliação da MIF dos Participantes

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
AUTOCUIDADOS										
A – Alimentação	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
B – Higiene Pessoal	3	4	4	4	7	3	3	3	4	7
C – Banho (lavar o corpo)	3	4	4	4	7	3	3	3	4	7
D – Vestir metade superior	3	5	4	6	7	3	7	3	4	7
E – Vestir metade inferior	1	1	6	5	5	3	3	3	4	4
F – Utilização da sanita	1	1	7	3	7	2	7	3	4	7
CONTROLO DE ESFINCTERES										
G – Bexiga	3	3	4	4	7	2	7	3	1	7
H – Intestinal	3	7	7	4	7	2	7	7	7	7
MOBILIDADE/TRANSFERÊNCIAS										
I – Leito, Cadeira, cadeira de rodas	4	4	5	4	7	2	5	2	4	7
J – Sanita	1	1	5	4	7	2	5	2	4	7
K – Duche / banheira	1	1	5	4	7	2	5	2	4	7
LOCOMOÇÃO										
L – Marcha / cadeira de rodas	1	5	5	4	4	2	4	2	4	4
M – Escadas	1	1	5	1	2	2	4	1	2	5
COMUNICAÇÃO										
N – Compreensão (auditiva / visual)	7	7	7	7	7	5	7	7	6	7
O – Expressão (vocal/não vocal)	7	7	7	7	7	5	7	7	7	7
COGNIÇÃO SOCIAL										
P – Interação Social	7	7	7	3	7	3	7	5	7	7
Q – Resolução de problemas	7	5	7	7	7	3	7	5	5	7
R – Memória	5	4	7	7	7	4	7	7	4	7
TOTAL	65	74	103	85	116	55	102	72	82	118

Apêndice V –Avaliação Intermédia da MIF dos Participantes

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
AUTOCUIDADOS										
A – Alimentação	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
B – Higiene Pessoal	4	5	6	5	7	5	5	5	5	7
C – Banho (lavar o corpo)	5	5	6	5	7	5	5	4	5	7
D – Vestir metade superior	7	6	6	7	7	5	7	4	5	7
E – Vestir metade inferior	5	4	6	6	6	5	5	5	5	6
F – Utilização da sanita	5	4	7	6	7	4	7	5	5	7
CONTROLO DE ESFINCTERES										
G – Bexiga	7	4	5	5	7	4	7	5	1	7
H – Intestinal	7	7	7	6	7	4	7	7	7	7
MOBILIDADE/TRANSFERÊNCIAS										
I – Leito, Cadeira, cadeira de rodas	6	6	6	6	7	5	7	4	5	7
J – Sanita	5	5	6	6	7	5	7	4	6	7
K – Duche / banheira	5	5	6	6	7	5	7	4	6	7
LOCOMOÇÃO										
L – Marcha / cadeira de rodas	5	5	6	6	6	5	5	4	5	5
M – Escadas	1	3	6	4	5	5	5	2	3	7
COMUNICAÇÃO										
N – Compreensão (auditiva / visual)	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7
O – Expressão (vocal / não vocal)	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7
P – Interação Social	7	7	7	4	7	4	7	5	7	7
Q – Resolução de problemas	7	6	7	7	7	4	7	5	5	7
R – Memória	6	5	7	7	7	4	7	7	4	7
TOTAL	107	98	115	107	122	83	116	91	95	123

Apêndice VI – **Avaliação Final da MIF dos Participantes**

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
AUTOCUIDADOS										
A – Alimentação	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
B – Higiene Pessoal	7	7	7	7	7	6	7	7	6	7
C – Banho (lavar o corpo)	7	7	7	6	7	6	7	6	6	7
D – Vestir metade superior	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
E – Vestir metade inferior	7	7	7	7	7	6	7	6	6	7
F – Utilização da sanita	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7
CONTROLO DE ESFINCTERES										
G – Bexiga	7	7	7	7	7	5	7	7	1	7
H – Intestinal	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
MOBILIDADE/TRANSFERÊNCIAS										
I – Leito, Cadeira, cadeira de rodas	7	7	7	7	7	7	7	5	7	7
J – Sanita	7	7	7	7	7	7	7	5	7	7
K – Duche / banheira	7	7	7	7	7	7	7	5	7	7
LOCOMOCÃO										
L – Marcha / cadeira de rodas	7	7	7	7	7	7	7	5	7	7
M – Escadas	6	7	7	6	7	6	7	4	5	7
COMUNICAÇÃO										
N – Compreensão (auditiva / visual)	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
O – Expressão (vocal / não vocal)	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
COGNIÇÃO SOCIAL										
P – Interação Social	7	7	7	5	7	5	7	6	7	7
Q – Resolução de problemas	7	6	7	7	7	5	7	6	6	7
R – Memória	6	6	7	7	7	5	7	7	5	7
TOTAL	124	124	126	122	126	113	126	111	112	126

**Apêndice VII– Folheto: “Continuar a Reabilitar no Regresso a Casa -
Membro Superior”**

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado



"Ao voltar para casa a reabilitação é muitas vezes reduzida ou mesmo abandonada em comparação com o período de admissão hospitalar. No entanto, reconhece-se que continuar a fazer os exercícios prescritos tem efeitos benéficos sobre as capacidades funcionais e a possível recuperação motora associada. Há, portanto, um interesse real em manter a reabilitação contínua em casa de modo a atingir maior autonomia e evitar complicações."

(American Stroke Association, 2019)



8º curso de mestrado de Mestrado em Enfermagem

Área Enfermagem de Reabilitação

Autor: Enfª Maria Rodrigues

Supervisão: Enfª Inês Trindade



AVC

continuar a reabilitar
no regresso a casa

Membro Superior

início
mão
linha
linha

linha

linha
linha
1 0

início
mão
linha
linha

Apêndice VIII – **Almofada de Treino do Vestuário**

A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado



ANEXOS

ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética



Documento

2

1

0

4

5

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: "*A Enfermagem de Reabilitação na capacitação para os autocuidados da pessoa internada*", pela mestranda **Marta Cristina Pinheiro Rodrigues** sob a supervisão da Prof.^a Doutora Maria José Bule (responsável académica).

Universidade de Évora, 14 de outubro de 2021

A Presidente da Comissão de Ética

(Prof.^a Doutora Margarida I. Almeida Amoedo)

**ANEXO II - Poster e Certificado: Efeitos adversos de dotações incorretas na
segurança dos cuidados do paciente internado: Uma revisão Sistemática**



IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UM VALOR EM SAÚDE
26 de novembro 2021 | 09H00-17H00



EFETOS ADVERSOS DE DOTAÇÕES INCORRETAS NA SEGURANÇA DOS CUIDADOS AO PACIENTE INTERNADO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Paulo Sabino, Joana Galvão, João Mourinho, Marta Rodrigues, Rafaela Santos

INTRODUÇÃO

A dotação de enfermeiros é, atualmente, um dos elementos essenciais na gestão de recursos humanos em enfermagem. Quando adequada, permite a manutenção da segurança dos pacientes, a qualidade dos cuidados de enfermagem e ganhos em saúde ⁽²⁾⁽³⁾, enquanto que, em sentido inverso, na presença de dotações inadequadas, existe um aumento da morbilidade, mortalidade e reinternamentos dos pacientes, omissão da prestação de cuidados e aumento das taxas de burnout, absentismo e abandono profissional ⁽⁴⁾.

METODOLOGIA

Revisão Sistemática da Literatura

Dezembro 2020 a Janeiro 2021

Método PRISMA - JBI

2018 a 2021

"patient safety", "quality of health care", "health care resources"

Seleção de 3 artigos de 14995

OBJETIVOS

Verificar o efeito das dotações inadequadas em enfermagem e a sua influência na segurança dos cuidados prestados ao paciente internado.

RESULTADOS

Verificou-se que a segurança do paciente internado é diretamente afetada pelas dotações de enfermeiros praticadas nas instituições de saúde.

Dotações incorretas levam a:

Omissão de cuidados ⁽²⁾⁽⁴⁾

- Baixos rácios enfermeiros / pacientes ⁽²⁾⁽⁴⁾
- Menor exposição a efeitos adversos ⁽²⁾⁽⁴⁾
- Maiores taxas de mortalidade e morbilidade ⁽²⁾⁽⁴⁾
- Internamentos prolongados e reinternamentos ⁽²⁾⁽⁴⁾
- Cuidados de enfermagem incompletos ⁽⁴⁾

Carga de trabalho elevada ⁽⁵⁾

- Baixos rácios enfermeiros / pacientes ⁽⁵⁾
- Ambientes desfavoráveis à prática ⁽⁵⁾
- Aumento do desgaste das equipas ⁽⁴⁾⁽⁵⁾
- Stress profissional e burnout ⁽⁴⁾
- Aumento das taxas de absentismo e abandono profissional ⁽⁴⁾

Desequilíbrio intra-profissional ⁽⁴⁾

- Experiência profissional reduzida (reforço das equipas) ⁽⁴⁾
- Diferenciação ao nível das competências ⁽⁴⁾

CONCLUSÕES

Verifica-se uma relação direta entre a não manutenção de dotações seguras de enfermeiros e fatores que podem ser considerados adversos para os pacientes internados. Apenas com a existência de dotações seguras é possível manter a segurança de paciente e a qualidade dos cuidados de enfermagem, reduzindo efetivamente os fatores adversos, permitindo ainda ganhos em saúde e eficácia organizacional.

Referências bibliográficas:

(1) Aromataris, E. & Munn, Z. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. DOI: 10.46453/jbm.20.01 | (2) Kulk, L. & Gifford, P. (2018). Mixed Nursing Care: A Key Measure for Patient Safety. Patient Safety Network, 1-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psn.2018.04.001> | (3) Peltier, M. (2015). Dotação segura para a prática de enfermagem: um contributo para a gestão de unidades de saúde [Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa]. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10465/1470702> | (4) Labrague, L., Santos, L., Torres, F., Goldberg, L., Figueira, C., Boudier, R. & Pires, C. (2020). The association of nurse caring behaviours on mixed nursing care, adverse patient events and perceived quality of care: A cross-sectional study. Journal of Nursing Management, 28(8), 2337-2348. DOI: 10.1111/jonm.12814 | (5) Peltier, M., Horta, L., Carqueiro, A., Silva, A. & Lopes, N. (2019). Dotações seguras na qualidade dos cuidados de enfermagem: Revisão sistemática. Revista Ibero-Americana de Saúde e Enfermagem, 14(2), 1404. DOI: 10.24925/r.iase.2018.4(2).1404 | (6) Sociedade das Enfermeiras Portuguesas (2017). ICN 2017. Boas práticas para as dotações seguras de enfermeiros, 1-57025. Disponível em: https://www.sociedade.pt/imagens/informacao-portuguesa/2017-boas-praticas-para-as-dotações-seguras-de-enfermeiros_Tq4m-poster.pdf



IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UM VALOR EM SAÚDE



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro Paulo Sabino, em coautoria com Enfermeiros Joana Galvão, João Mourinho, Marta Rodrigues e Rafaela Santos, participaram no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, com a apresentação do **Poster n.º 12** com o tema **"EFETOS ADVERSOS DE DOTAÇÕES INCORRETAS NA SEGURANÇA DOS CUIDADOS AO PACIENTE INTERNADO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA"**, no dia **26 de novembro de 2021**, Auditório 2, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

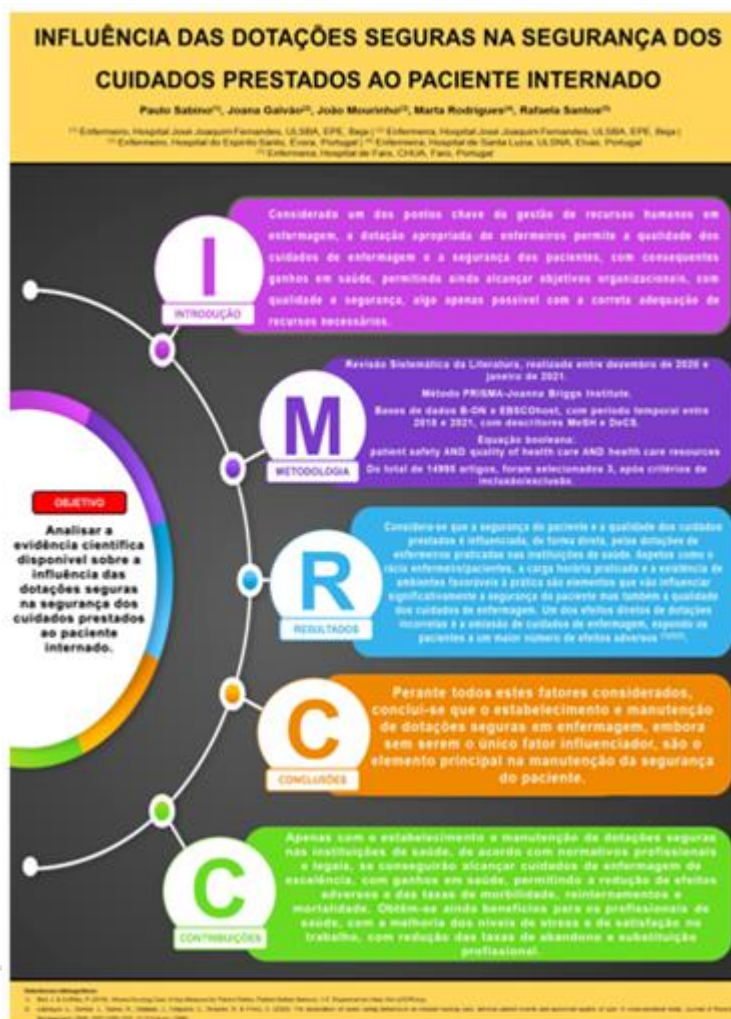
A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP



Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

**ANEXO III – Poster e Certificado: Influência das Dotações Seguras, na
Segurança dos Cuidados Prestados ao Paciente Internado**



1º CONGRESSO INTERNACIONAL

"O CUIDADO CENTRADO NO CLIENTE E NOS PADRÕES DE QUALIDADE"

7
OUTUBRO
2021

CERTIFICADO

A Comissão Organizadora do 1º Congresso Internacional "O Cuidado centrado no cliente e nos padrões de qualidade", certifica que Paulo Sabino, Joana Galvão, João Mourinho, Marta Rodrigues e Rafaela Santos apresentaram o póster "Influência Das Dotações Seguras Na Segurança Dos Cuidados Prestados Ao Paciente Internado" e agradece o inestimável contributo da sua participação para o sucesso do evento realizado no dia 7 de outubro de 2021.

A coordenadora do GaFDP

Carla Nascimento
Professora Doutora Carla Nascimento

**ANEXO IV – Certificado de Participação no III Seminário Internacional
Vulnerabilidades Sociais e Saúde e Certificado de Apresentação de
Comunicação Livre “O Isolamento Social pela Pandemia Covid-19 no manejo
da Dor Crónica - Scoping Review”**



**ANEXO V – Declaração de Publicação do Artigo “Isolamento Social pela
Pandemia Covid-19 no manejo da Dor Crónica.**

Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação- REASE



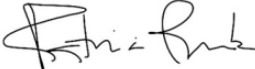
DECLARAÇÃO

A Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação - ISSN 2675-3375, declara para os devidos fins que, o artigo intitulado: "ISOLAMENTO SOCIAL PELA PANDEMIA COVID-19 NO MANEJO DA DOR CRÔNICA" de **Inês Pereira, João Mourinho, Joana Galvão, Marta Rodrigues, Paulo Sabino, Rafaela Santos e Alice Ruivo** foi publicado no v. 8, n. 1, pp. 1130- 1147.
doi.org/10.51891/rease.v8i1.3943.

A Revista REASE é uma publicação digital, e o artigo poderá ser encontrado ao acessar o link:
<https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/3943/1525>

Por expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

São Paulo, 31 de janeiro de 2022.



Prof.ª Patricia S. Ribeiro
Editora-chefe

Atalho digital do artigo:

[Vista do ISOLAMENTO SOCIAL PELA PANDEMIA COVID-19 NO MANEJO DA DOR CRÔNICA
\(periodicorease.pro.br\)](https://periodicorease.pro.br)

**ANEXO VI – Declaração de Publicação do Artigo “Influência das dotações
seguras de Enfermeiros na Segurança dos Cuidados Prestados ao Paciente
Internado: Uma Revisão Sistemática”**

Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação- REASE



DECLARAÇÃO

A Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação - ISSN 2675-3375, declara para os devidos fins que, o artigo intitulado: "INFLUÊNCIA DAS DOTAÇÕES SEGURAS DE ENFERMEIROS NA SEGURANÇA DOS CUIDADOS PRESTADOS AO PACIENTE INTERNADO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA" de **Joana Galvão, Marta Rodrigues, Paulo Sabino e Rafaela Santos** foi publicado no v. 8, n. 2, pp. 546- 556.

doi.org/10.51891/rease.v8i2.4204.

A Revista REASE é uma publicação digital, e o artigo poderá ser encontrado ao acessar o link:

<https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/4204/1614>

Por expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

São Paulo, 28 de fevereiro de 2022.



Prof.ª Patrícia S. Ribeiro
Editora-chefe

Atalho digital do artigo:

[Vista do INFLUÊNCIA DAS DOTAÇÕES SEGURAS DE ENFERMEIROS NA SEGURANÇA DOS CUIDADOS PRESTADOS AO PACIENTE INTERNADO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA \(periodicorease.pro.br\)](https://periodicorease.pro.br)

**ANEXO VIII – Declaração de Publicação “Limites da Atuação do Enfermeiro
no Doente com Prognóstico Vital Breve: Artigo de Opinião”**

Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação- REASE



DECLARAÇÃO

A Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação - ISSN 2675-3375, declara para os devidos fins que, o artigo intitulado: "LIMITES DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO DOENTE COM PROGNÓSTICO VITAL BREVE: ARTIGO DE OPINIÃO" de **Joana Galvão, Inês Pereira, Marta Rodrigues, Paulo Jorge Sabino e Rafaela Santos** foi publicado no v. 8, n. 3, pp. 1916- 1935.

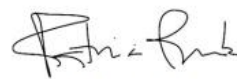
doi.org/10.51891/rease.v8i3.4783.

A Revista REASE é uma publicação digital, e o artigo poderá ser encontrado ao acessar o link:

<https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/4783/1844>

Por expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

São Paulo, 04 de abril de 2022.



Prof.ª Patrícia S. Ribeiro
Editora-chefe



Atalho digital do artigo:

[Vista do LIMITES DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO DOENTE COM PROGNÓSTICO VITAL BREVE: ARTIGO DE OPINIÃO \(periodicorease.pro.br\)](https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/4783/1844)

**ANEXO IX – Declaração de Participação no “E-congresso de Enfermagem
de Reabilitação de 2021”**



**ANEXO X – Declaração de Participação no “2nd International Congress
AGE.COMM Longevity and Development” e da Comunicação Oral “A
Enfermagem de Reabilitação na recuperação do estado funcional no doente
com fratura -Estudo de Caso”**



CERTIFICATE OF PARTICIPATION

Marta Cristina Pinheiro Rodrigues

participated in “2nd INTERNATIONAL CONGRESS AGE.COMM Longevity and Development” from 11 to 12 November, 2021 in Castelo Branco, Portugal.

Maria João Guardado Moreira
(AGE.COMM Coordination)

Lucinda Carvalho
(Organizing Committee)



ORAL COMMUNICATION CERTIFICATE

The Oral Communication

A Enfermagem de Reabilitação na recuperação do estado funcional no doente com fratura - Estudo de Caso.

was presented by

Marta Cristina Pinheiro Rodrigues, Joana Galvão, Gorete Reis, Maria José Bule

in “2nd INTERNATIONAL CONGRESS AGE.COMM Longevity and Development” from 11 to 12 November, 2021 in Castelo Branco, Portugal.

Maria João Guardado Moreira
(AGE.COMM Coordination)

Lucinda Carvalho
(Organizing Committee)