



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Enfermagem de Reabilitação na comunidade a idosos com andar comprometido

Nídia Rita Palma Mansinho Cardoso

Orientação: Professor Doutor Manuel Agostinho Fernandes e

Professor Doutor Rogério Ferrinho Ferreira

Mestrado em enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Beja, 2022



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Enfermagem de Reabilitação na comunidade a
idosos com andar comprometido**

Nídia Rita Palma Mansinho Cardoso

Orientação: Professor Doutor Manuel Agostinho Ferreira e
Professor Doutor Rogério Ferrinho Ferreira

Mestrado em enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Beja, 2022

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE A IDOSOS COM ANDAR COMROMETIDO

Nídia Rita da Palma Mansinho Cardoso

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e
Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

**Júri: Professor Doutor Adriano Pedro, Professor Doutor Luís Manuel Mota Sousa e Professor
Doutor Rogério Ferrinho ferreira**

Presidente: Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Arguente: Doutor Luís Manuel Mota Sousa

Orientador: Doutor Rogério Manuel Ferrinho Ferreira

30 Setembro 2022

AGRADECIMENTOS

Um muito obrigado a todos, sem exceção,

A todos os que me acompanharam e permitiram esta caminhada.

Um apreço especial aos meus familiares e amigos que me incentivaram a não me deixarem desistir.

Ao professor Manuel Agostinho e ao professor Rogério Ferrinho que me motivaram e orientaram.

Aos profissionais que me acolheram no seu serviço durante o estágio e que o tornaram gratificante, acolhedor e rico de experiências e de aprendizagem.

Aos profissionais do meu serviço, que graças ao seu esforço e ajuda me permitiram realizar este percurso.

Sempre grata...

RESUMO

Enquadramento: O processo de envelhecimento apresenta uma deterioração orgânica fisiológica à qual se somam diversas perdas funcionais e sequelas decorrentes de doenças. O andar é uma atividade de vida diária que pode ser influenciada pela idade e pela presença de patologias e se comprometido deve ser superado o mais precocemente possível, a Enfermagem de Reabilitação permite o empoderamento e a capacitação da pessoa ao aumentar a capacidade funcional e ao diminuir a dependência no autocuidado.

Objetivo: Descrever as atividades desenvolvidas durante o Estágio Final, assim como, o processo de desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de Mestre e evidenciar os ganhos em saúde após a implementação de um programa de reabilitação a idosos com o andar comprometido no domicílio.

Metodologia: Com base num projeto de intervenção com a metodologia investigação-ação, foi possível avaliar e identificar várias causas para o andar comprometido, como alterações da força muscular e do equilíbrio e a partir daí implementar planos de intervenção e avaliar os resultados.

Resultados: As avaliações efetuadas evidenciaram uma melhoria da funcionalidade do idoso, demonstrando ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação. A reabilitação do andar comprometido revelou ser um processo complexo que exige regularidade e continuidade, e o seu sucesso requer o envolvimento do idoso, do cuidador e família, dos cuidados de enfermagem de reabilitação e dos restantes grupos profissionais.

Conclusão: As competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de Mestre foram adquiridas, ao possibilitar uma melhoria da funcionalidade e de um aumento da capacitação e empoderamento do idoso e família.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Andar comprometido; Imobilidade; Capacitação

ABSTRACT

Background: The aging process presents an organic physiological deterioration to which are added several functional losses and sequelae resulting from diseases. Walking is an activity of daily living that can be influenced by age and the presence of pathologies and if compromised it must be overcome as early as possible. Rehabilitation Nursing allows the empowerment and training of the person by increasing functional capacity and decreasing dependence on self-care.

Objective: To describe the activities carried out during the Final Internship, as well as the process of developing the skills of Specialist Nurses, Specialist Nurses in Rehabilitation Nursing and Master and to highlight the health gains after the implementation of a rehabilitation program for the elderly with the compromised floor at home.

Methodology: Based on an intervention project with the research-action methodology, it was possible to evaluate and identify several causes for impaired walking, such as changes in muscle strength and balance, and from there to implement intervention plans and evaluate the results.

Results: The evaluations carried out showed an improvement in the functionality of the elderly, demonstrating health gains, sensitive to rehabilitation nursing care. The rehabilitation of impaired gait proved to be a complex process that requires regularity and continuity, and its success requires the involvement of the elderly, caregiver and family, rehabilitation nursing care and other professional groups.

Conclusion: The skills of Specialist Nurses in Rehabilitation Nursing and Masters were acquired, by enabling an improvement in functionality and an increase in the training and empowerment of the elderly and their families.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Walking compromised; Immobility; Training

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 - Instrumento de recolha de dados

Anexo 2 - Escala de Coma Glasgow

Anexo 3 - Índice Barthel

Anexo 4 - Medical Research Council Muscle Scale

Anexo 5 - Escala de Equilíbrio de Berg

Anexo 6 - Escala de Morse

Anexo 7 - Consentimento informado, livre e esclarecido

Anexo 8 - Escala de caras de avaliação da dor

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Plano de Intervenção em função do diagnóstico **Erro! Marcador não definido.**

Tabela 2 Avaliação da Amostra	47
Tabela 3 Resultados obtidos Utente 1	49
Tabela 4 Resultados Obtidos Utente 2	51
Tabela 5 Resultados obtidos Utente 3	53
Tabela 6 Resultados obtidos Utente 4	54
Tabela 7 Resultados obtidos Utente 5	56

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve III

AMA - Agencia para Modernização Administrativa

ARS – Administração Regional de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades de Vida Diária

bpm - Batimentos por minuto

CDE – Código Deontológico de Enfermeiro

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Cov-19 – Doença por Coronavírus 2019

DGS – Direção Geral de Saúde

DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa Coordenadora Local

ECR – Equipas Coordenadoras Regionais

EE - Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista Enfermagem Reabilitação

EGA – Equipa de Gestão de Altas

EM – Esclerose Múltipla

ENEAS – Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

FC – Frequência Cardíaca

HTA – Hipertensão Arterial

IMC - Índice massa corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISS - Instituto da Segurança Social

mmHg - Milímetros de mercúrio

MRC - Medical Research Council Muscle Scale

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SARS-CoV-2 - Coronavirus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave

SClínico – Sistema de Cuidados de Saúde Hospitalares

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TA – Tensão Arterial

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

Índice

INTRODUÇÃO	14
1. APRECIAÇÃO DO CONTEXTO	17
1.1 DESCRIÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	17
1.1.1 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	17
1.1.2 Equipas de Cuidados Continuados Integrados	21
1.1.3 ECCI em tempos de Pandemia	22
2. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	24
2.1 ENQUADRAMENTO TEORICO.....	24
2.1.1 Envelhecimento Demográfico.....	24
2.1.2 Cuidados de enfermagem de reabilitação	27
3. REABILITAR O IDOSO COM ANDAR COMPROMETIDO.....	31
3.1 AUTONOMIA/INDEPENDENCIA.....	34
3.2 CAPACITAÇÃO	34
4. PROJETO DE INTERVENÇÃO	37
4.1 METODOLOGIA	37

4.2 A AMOSTRA	37
4.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	38
4.4 IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	40
4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	44
5. RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO A PESSOA IDOSA COM ANDAR COMPROMETIDO.....	46
5.1. CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	46
5.2 GANHOS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	56
6. DISCUSSÃO.....	62
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETENCIAS ADQUIRIDAS.....	65
7.1 COMPETENCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	65
7.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	66
7.1.2 Domínio da melhoria da qualidade	68
7.1.3 Domínio da gestão dos cuidados	68
7.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	70
7.2 COMPETENCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIROO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	71
7.2.1 Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.....	72

7.2.2 Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	73
7.2.3 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	75
7.3 COMPETENCIAS DE MESTRE	77
CONCLUSÃO	79

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação das Escolas Superiores de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, foi desenvolvido o presente relatório de estágio, integrado na unidade curricular Estágio Final na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação. O período de estágio decorreu em duas etapas, de 14 de junho a 23 julho e de 6 setembro a 8 outubro de 2021 segundo o cronograma em anexo, num total de 16 semanas e foi desenvolvido numa Unidade de Cuidados da Comunidade do Agrupamento de Centros de Saúde Algarve I.

É espectável que no final desta unidade curricular, os estudantes possuam as competências comuns de enfermeiro especialista, competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) e competências de Mestre.

De forma a atingir estes objetivos os estudantes ao longo do estágio devem identificar uma situação problemática e a partir daí desenvolver um projeto de intervenção baseado e fundamentado em cuidados de enfermagem de reabilitação. A reabilitação considera-se uma especialidade multidisciplinar, dado o seu conjunto de conhecimentos e procedimentos que, quando colocados em prática permitem maximizar a funcionalidade e a independência das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Esta prática de cuidados de enfermagem de reabilitação deve ser fundamentada nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, cujo enquadramento conceptual, está de acordo com o Regulamento nº 350/2015 de 22 de junho da Ordem dos Enfermeiros e que culmina na melhoria contínua dos cuidados. Os documentos jurídicos citados referem que as intervenções de enfermagem de reabilitação devem ir ao encontro da pessoa com necessidades especiais, à pessoa com deficiência e à promoção de um ambiente seguro e focam-se na satisfação do cliente, na promoção da saúde, na prevenção de complicações, no bem-estar e autocuidados, assim como salientam a reeducação funcional.

O movimento corporal é algo inerente ao ser humano e permite a interação com os demais, envolvendo fatores mecânicos, neurológicos, biológicos e psicológicos que o tornam muito complexo e instável, pois um período de 15 dias de imobilidade no leito induz a alterações em todos os sistemas orgânicos, nomeadamente ao nível do sistema músculo-esquelético, o qual é fundamental para a marcha e andar seguro (Lourenço e Moreno, 2016).

Ao processo de envelhecimento está intrínseco uma perda gradual das capacidades e o aumento do risco de contrair doenças e como tal este processo pode conduzir a uma maior dependência tanto física como psicológica (Rodrigues, 2018). Esta dependência está muito evidente no processo da marcha, sendo variadas as suas causas, como por exemplo, alterações sensoriais, motoras, doenças do foro neurológico, doenças ortopédicas ou outras condições medicas como diminuição da acuidade visual, alterações da função propriocetiva e acrescidas no caso dos idosos com demência (Pirker & Katzenschlager, 2016).

Todo o processo de reabilitação deve ser abrangente e servir de alicerce ao desenvolvimento do conhecimento científico dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação promovendo uma prática reflexiva e baseada na evidência (Santos, 2016).

De modo a refletir de forma fundamentada nestas questões e descrever os contributos dos cuidados de enfermagem de reabilitação para a capacitação da marcha segura foi desenhado um projeto de intervenção, baseado no compromisso do andar em idosos em apoio domiciliário numa Unidade de Cuidados na Comunidade. Assim, definimos como objetivo geral para este estágio: Desenvolver competências de EEER e Mestre na capacitação da marcha em idosos com andar comprometido em âmbito domiciliário.

Definimos como objetivos específicos:

- Adquirir e desenvolver competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, ajustados aos idosos com esta problemática;
- Implementar um programa de intervenção na capacitação da marcha em idosos com andar comprometido, em contexto domiciliário;

- Avaliar os ganhos na capacidade para andar, decorrentes das estratégias de enfermagem de reabilitação.

A estruturação deste documento foi feita por capítulos e após a introdução é feita uma apreciação do contexto onde decorreu o estágio final e uma análise da população onde foi aplicado o projeto de intervenção. Posteriormente à análise de envolvimento foram descritas as necessidades desta população baseadas na evidência encontrada acerca do tema da imobilidade e do compromisso do andar.

Fez-se uma análise da produção de cuidados onde é identificada a problemática do projeto de intervenção, apoiada em modelos teóricos e depois foram descritas as intervenções de enfermagem de reabilitação. Após a apresentação do projeto foram apresentados e discutidos os resultados das intervenções implementadas.

Por último, de forma reflexiva, analisaram-se as aquisições de competências adquiridas e desenvolvidas e expostas as conclusões.

As normas de referência utilizadas no presente relatório foram as da American Psychology Association, 7th Edition e, a sua redação baseou-se nas regras de ortografia definidas no Segundo Protocolo Modificativo ao Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, aprovado no despacho n.º 35/2008, da Assembleia da República.

1. APRECIACÃO DO CONTEXTO

Neste capítulo pretende-se descrever o contexto onde foi realizado o estágio final e onde foi implementado o projeto de intervenção de enfermagem de reabilitação. A instituição escolhida foi uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) que se encontra integrada no Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve I (ACES Central).

1.1 DESCRIÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

Estes agrupamentos de Centros de Saúde pertencem ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) e são serviços desconcentrados das Administrações Regionais de Saúde (ARS). A sua missão pretende a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área geográfica, através de atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e elo de ligação a outros serviços de forma a permitir a continuidade dos cuidados.

As UCC integradas nestes agrupamentos têm como missão, para além de prestar cuidados de saúde, dar apoio psicológico e social em âmbito domiciliário e comunitário, aos mais vulneráveis, pessoas em situação de maior risco ou dependência física, funcional ou de doença. Têm um papel muito importante na educação para a Saúde e na integração em redes de apoio à família e ainda na implementação de unidades móveis de intervenção (SNS, 2017).

1.1.1 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) assenta num modelo de prestação de cuidados incorporado no SNS e integra uma política de Saúde e

Social que tem em conta os princípios da igualdade de oportunidades, dos cuidados personalizados, integrados e continuados e foi formalizada há mais de 15 anos através do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de julho (OE, 2019).

É um modelo organizacional formado por um conjunto de instituições públicas e privadas que resultou de uma parceria entre o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e o Ministério da Saúde. Tem como missão a prestação de cuidados adequados, de saúde e de apoio social, de forma continuada e integrada a todas as pessoas, independentemente da idade, que se encontrem em situação de dependência, na sequência de episódio de doença aguda ou na necessidade de prevenção de agravamento de doença crónica. Os Cuidados Continuados Integrados centram a sua ação na recuperação global da pessoa, na promoção da autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (SNS, 2022).

A RNCCI atualmente é muito mais do que era inicialmente, consegue dar mais respostas, apresenta mais tipologias, mais entidades prestadoras e mais indicadores de qualidade. Este modelo de cuidados resulta dum trabalho de equipas de saúde e de apoio social e do envolvimento dos utentes e familiares ou cuidadores informais respeitando as suas necessidades e preferências (SNS, 2020).

O desenvolvimento e crescimento da RNCCI foi ao, longo do tempo, foi marcada por alterações que vieram acrescentar valor à sua intervenção. Desde a sua criação em 2006 tem vindo a aumentar e vieram a fazer parte também os cuidados integrados de Saúde Mental em 2010 e os Cuidados Integrados Pediátricos em 2015.

A RNCCI distribui-se por todo o país e é constituída por diferentes tipologias de cuidados, de acordo com a necessidade resposta:

- Unidades de Convalescença, dirigida a pessoas que estiveram internadas num hospital devido a uma situação de doença súbita ou ao agravamento duma doença ou por deficiência crónica e que já não precisam de cuidados hospitalares, mas necessitam de cuidados de saúde que, pela sua frequência, complexidade ou duração, não podem ser prestados no domicílio. A duração do internamento poderá ser até 30 dias.

- Unidades de Média Duração e Reabilitação, destinam-se a pessoas que perderam temporariamente a sua autonomia e funcionalidade, mas que têm potencial para recuperá-la e que necessitam de cuidados de saúde, apoio social e reabilitação que,

pela sua frequência ou duração, não podem ser prestados no domicílio. Internamentos com duração entre 30 a 90 dias.

- Unidades de Longa Duração e Manutenção dirigem-se a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, que não reúnam condições para serem cuidadas em casa, na instituição ou estabelecimento onde residem. Presta apoio social e cuidados de saúde de manutenção que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida. Neste caso podem ser internamentos superiores a 90 dias consecutivos. Permitem ainda internamentos num máximo 90 dias por ano, para quando há necessidade de descanso do principal cuidador.

- Equipa de Cuidados Continuados Integrados - Domiciliários (ECCI), destinam-se a pessoas com dependência funcional transitória ou prolongada, sem necessidade de internamento, mas que não se podem deslocar de forma autónoma e que reúnam condições para serem cuidadas no domicílio (2022).

As pessoas que têm direito a ser integrados na RNCCI, podem encontrar-se em situação de dependência funcional temporária (por se encontrarem a recuperar duma doença), dependência funcional prolongada, idosos com critérios de fragilidade (dependência e doença), incapacidade grave, com forte impacto psicológico ou social ou doença severa, em fase avançada ou terminal.

Estas pessoas podem ser propostas para a Rede de duas formas:

- Se estiverem internados em Hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é através da Equipa de Gestão de Altas (EGA). São os profissionais de saúde e de apoio social do serviço do hospital que analisam a situação da pessoa e que referenciam para o ingresso na RNCCI. A proposta de admissão na Rede é apresentada à Equipa Coordenadora Local (ECL) da área de residência da pessoa ou do cuidador/família.

- No caso de se encontrarem na comunidade (no domicílio, num hospital privado ou noutra Instituição) a referenciação é feita através da Unidade de Saúde da área de residência. Nesta situação deve igualmente ser feita uma proposta à ECL, após avaliação do médico família, enfermeiro e/ou assistente social, devendo sempre que possível, tanto a pessoa como os seus cuidadores, ser envolvidos neste processo.

A coordenação da RNCCI é feita a nível nacional, de forma conjunta pelos Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde, designada por Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados

Integrados (Despacho nº176-D/2019 de 4 janeiro). A coordenação a nível regional á assegurada por cinco equipas, Equipas Coordenadoras Regionais (ECR) uma por cada Região de Saúde (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), e são constituídas de modo multidisciplinar por representantes da Saúde e da Segurança Social (Despacho nº19040/2006, de 19 de setembro). As ECR articulam a coordenação aos níveis, nacional e local, assegurando o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da Rede.

A coordenação da rede a nível local é desenvolvida por equipas multidisciplinares, Equipas Coordenadoras Locais (ECL), que integram um assistente social, um médico e um enfermeiro e sempre que necessário um representante da autarquia local (Despacho Conjunto nº 19040/2006, de 19 de setembro).

As ECL articulam com a ECR da respetiva região, assegurando o acompanhamento e a avaliação da Rede a nível local, assim como a articulação e coordenação dos recursos existentes e das atividades no seu âmbito de referência.

As entidades promotoras e gestoras que prestam cuidados continuados podem ser públicas e privadas. As entidades públicas são normalmente Hospitais do SNS e Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). As entidades privadas podem ser Instituições Particulares de Solidariedade Social, Santas Casas de Misericórdia, Empresas Privadas que mantenham acordos com o Estado. Os cuidados são prestados por equipas multidisciplinares, dentro das áreas da medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, serviço social e psicologia e que têm como missão a reabilitação, readaptação e reinserção familiar (AMA, 2022).

Tudo isto pressupõe um nível de articulação cujo objetivo é o aproveitamento e a otimização dos meios, através da inclusão e diversificação de parceiros que possam contribuir para o desenvolvimento, expansão e melhoramento da atividade da Rede.

No âmbito da RNCCI, os enfermeiros assumem um papel de relevância, uma vez que o seu perfil de competências lhe possibilita intervir em focos de atenção como por exemplo a gestão do regime terapêutico, a adesão, o prestador de cuidados, entre outras áreas de atenção que no contexto dos cuidados integrados são fundamentais (OE, 2019).

1.1.2 Equipas de Cuidados Continuados Integrados

As Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) são da responsabilidade das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) (art.º 11º do DL nº28/2008 de 22 de fevereiro) e direcionam a sua intervenção multidisciplinar a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento.

Estas equipas apoiam-se nos recursos locais existentes, no âmbito de cada centro de saúde, conjugados com os serviços comunitários, nomeadamente as autarquias locais, assegurando os seguintes serviços:

- a) Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos, sejam cuidados de natureza preventiva, curativos e/ou reabilitadora;
- b) Cuidados de fisioterapia;
- c) Apoio psicossocial e de terapia ocupacional, envolvendo familiares e/ou cuidadores informais;
- d) Assegura a satisfação das necessidades básicas;
- e) Apoio nas atividades instrumentais de vida diária;
- f) Apoio no desempenho das atividades de vida diária;
- g) Educação para a saúde e treino aos utentes, familiares e cuidadores informais;
- h) Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

Os requisitos necessários assentam, na frequência da prestação de cuidados de saúde, que deve ser no mínimo 3 dias por semana; cuidados para além do horário normal, como fins-de-semana e feriados; na complexidade dos cuidados que exigem um grau de diferenciação ao nível da reabilitação e a necessidade de suporte e capacitação do cuidador informal (AMA, 2022).

ECCI assegura a personalização dos cuidados mediante o acompanhamento do processo individual do utente por um profissional, designado “Gestor de Caso”. Este

profissional é o responsável direto e garante a comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados:

- Cuidados de enfermagem e médicos (preventivos, curativos, reabilitadores);
- Cuidados de fisioterapia;
- Apoio psicossocial e de terapia ocupacional, envolvendo os familiares e cuidadores informais;
- Educação para a saúde e treino aos doentes, familiares e cuidadores informais;
- Apoio na satisfação das necessidades básicas;
- Apoio no desempenho das atividades da vida diária;
- Apoio nas atividades instrumentais de vida diária;
- Utilização adequada dos fármacos (ISS, 2022).

O enfermeiro de reabilitação, pelas suas competências, assume-se frequentemente como gestor de caso dos utentes que integram as ECCI. Como gestor de caso, utiliza os recursos humanos de uma equipa diferenciada, utiliza os materiais, os recursos da comunidade e as competências da família prestadora de cuidados de forma a garantir o cumprimento do plano de intervenção que foi traçado para o utente, garantindo a satisfação, a qualidade e eficiência dos cuidados (SNS, 2020).

A abordagem por parte das equipas deve ser no sentido de apoiar a pessoa a evoluir até atingir a sua independência, reeducando a recuperação da funcionalidade, adaptação à perda, prevenção das incapacidades, manutenção da integridade física, social e psicológica, integrando a família nos cuidados e realizando uma educação para a saúde. No entanto, se isto não for possível, o foco dos cuidados deverá ser no sentido de promover a adaptação à perda, prevenção de complicações e manutenção do equilíbrio físico, social e psicológico (ISS, 2011).

1.1.3 ECCI em tempos de Pandemia

Nos últimos dois anos, com o surgimento da doença por SARS-CoV-2 assistimos a grandes alterações a nível económico, social e sanitário. O setor da saúde e

social foram grandemente afetados e as instituições e os seus profissionais foram obrigados a adaptar-se e a reinventar novas formas de atuar.

Também no contexto da RNCCI, a pandemia da Covid-19 veio desafiar as unidades e as equipas para uma rápida reorganização e resposta às novas necessidades de cuidados e segurança. Durante o pico pandémico da Covid-19 uma parte dos EEER teve de assegurar apenas cuidados gerais. Os desafios enfrentados prenderam-se com a organização e gestão dos cuidados devido à complexidade dos doentes, à carga burocrática, à mobilização de colegas de trabalho e à necessidade de equilíbrio entre a vida profissional e pessoal.

Segundo um estudo desenvolvido por investigadores do Centro de Investigação em Tecnologias de Serviços de Saúde, concluiu que 75% dos enfermeiros portugueses consideram escasso o tempo para planear cuidados de saúde durante a pandemia (Barbosa, 2021).

Os enfermeiros reconhecem que nem sempre foi possível prestar a devida assistência aos utentes, muito menos tempo dispensado para os cuidados centrados na pessoa.

Os resultados do estudo mostram que há um défice de enfermeiros especialistas e que há pouca valorização e falta de reconhecimento da carga e complexidade do seu trabalho.

Tudo este cenário trouxe imprevistos e dificuldades muitas delas inultrapassáveis que se refletiram no desempenho de todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados.

2. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Neste capítulo será realizada a fundamentação da estratégia profissional levada a cabo, tendo em conta o contexto epidemiológico e demográfico envolvente. Em seguida apresentam-se as justificações para a implementação do estudo e o desenho metodológico desenvolvido. Por fim serão apresentadas as intervenções implementadas, os resultados obtidos e a respetiva discussão.

2.1 ENQUADRAMENTO TEORICO

2.1.1 Envelhecimento Demográfico

Para melhor compreender a importância da enfermagem no contexto da RNCCI é fundamental conhecer as características dos utentes assistidos e segundo o relatório de monitorização da RNCCI referente a 2019, a população da rede com idade superior a 65 anos representou 84,4% e a população com idade superior a 80 anos representou 51,1%. O envelhecimento demográfico é uma realidade e um alerta sobre a emergência de intervenção. No entanto e apesar de grande parte da população da Rede ter mais de 65 anos de idade, esta não é, uma resposta social, nem pode ser vista de forma definitiva, é sim uma resposta de cuidados de saúde com o apoio da área social, às necessidades dos doentes e famílias (SNS, 2019).

O envelhecimento demográfico tornou-se um tema incontornável e com uma relação direta na adaptação dos cuidados de saúde aos novos tipos de população e assim foram aumentando os serviços de apoio aos mais vulneráveis, sobretudo aos idosos (Rodrigues, 2018).

O envelhecimento da população portuguesa, devido por um lado à menor natalidade e por outro ao prolongamento da esperança de vida, traduz-se por uma cada vez menor percentagem da população juvenil (abaixo dos 15 anos) e numa crescente proporção de cidadãos com idades cada vez mais avançadas, pelo que esta questão é considerada como duplo envelhecimento, tanto da existência de menos crianças como de mais pessoas idosas (George, 2019).

Porém o aumento dos idosos não foi acompanhado pela valorização social do grupo, o que vai interferir na estruturação da sociedade e nas prioridades dadas a este grupo. A institucionalização e a implementação dos sistemas de reforma mudaram a visão sobre a velhice (Rodrigues, 2018).

As atitudes idadistas em relação às pessoas mais velhas associam-se frequentemente de forma negativa à incapacidade e à doença. O Idadismo é um problema grave na sociedade portuguesa e existem muitos sinais de discriminação em relação às pessoas idosas na nossa sociedade. Em 2008, 61% da população portuguesa referiu que a discriminação pela idade era um problema bastante sério, sendo entre os mais velhos onde mais se fazia sentir a discriminação, cerca 21% das pessoas entre os 65 e 70 anos e perto de 32% nos mais de 80 anos. Ainda e segundo o último relatório estatístico da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, entre 2013 e 2018, cerca de 28% das pessoas idosas eram vítimas de crime e de violência (Moreira, 2020).

A situação demográfica atual, sem dúvida, coloca desafios a Portugal. Segundo Marques (2011) nos próximos 25 anos, o número de pessoas idosas deverá duplicar o número de jovens, e a evolução do índice de dependência mostra que em 2060 deverão existir duas pessoas em idade ativa por cada pessoa idosa. Isto coloca em causa os alicerces da sociedade atual, como sejam a garantia da produtividade e do crescimento económico.

É imperativo apostar em políticas que promovam o envelhecimento ativo e que tenham por objetivo promover uma longevidade mais saudável e produtiva, em que as pessoas assumam papéis de maior relevo social até mais tarde. A luta contra atitudes idadistas é indispensável para a garantia do êxito das medidas políticas de promoção do envelhecimento ativo. O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, da responsabilidade da Direção-Geral da Saúde, aprovado em 2004, reflete a estratégia de estimular a iniciativa das pessoas idosas para a autonomia e independência e promover o envelhecimento ativo. Alicerçado em três pilares fundamentais: a promoção de um

envelhecimento ativo, melhor adequação dos cuidados de saúde e a promoção e desenvolvimento de ambientes capacitadores de autonomia e independência das pessoas idosas.

A RNCCI assume um papel prioritário na atenção aos idosos necessitados de apoio, servindo de interligação entre unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, de apoio social e de cuidados e ações paliativas, com origem em serviços comunitários de proximidade (Marques, 2011).

Promover o envelhecer saudável tornou-se o propósito de organizações nacionais e internacionais, uma vez que, o envelhecimento ativo pode propiciar condições favoráveis para manter a inclusão e a participação social, prolongar a vida ativa, protelar a institucionalização e adiar a senescência (Rodrigues, 2018).

Estes fundamentos são o alicerce da Saúde Pública e a área do conhecimento que visa prolongar a vida através de medidas de prevenção de doenças e de promoção da saúde. A Saúde Pública tem como meta principal diferir o final da vida, reduzir a mortalidade prematura e aumentar a qualidade de vida, através do envolvimento multissetorial e sobretudo da participação da população. Relaciona-se com o desenvolvimento social e com o bem-estar, e tem como objetivo a prosperidade (George, 2019).

Portugal assumiu um compromisso, em matéria de envelhecimento ativo e saudável com a Organização Mundial de Saúde (OMS) através da Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável, assim como, com os valores e objetivos fundamentais da União Europeia, que promovem o Envelhecimento Ativo e Saudável e da Solidariedade entre Gerações através da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) (DGS, 2017).

“A discriminação em razão da idade (idadismo) radica em representações e atitudes enraizadas na sociedade portuguesa, assentes em construções sociais que associam o envelhecimento a incapacidade e dependência. Estas construções afetam a autoestima e identidade das próprias pessoas idosas e resultam em desvantagens concretas a vários níveis que impedem o envelhecimento ativo e saudável, tais como o abuso, o acesso limitado ou tratamento diferenciado no acesso a serviços, reduzidas oportunidades de trabalho e de formação profissional, falta de condições e técnicos nas residências/lares, reduzida cobertura de apoio domiciliário, a invisibilidade ou representações estereotipadas na comunicação social, acessibilidade reduzida, entre outros. Este fenómeno requer uma ação consistente e abrangente que implique um combate direcionado ao idadismo

como forma de discriminação e a reforma consequente de atitudes.” (ENEAS, 2016)

2.1.2 Cuidados de enfermagem de reabilitação

O ser humano desde que nasce passa de uma total dependência para uma independência, que o torna autónomo. Encontra-se integrado numa comunidade/família que consoante o potencial da pessoa, lhe sustenta os cuidados que ele precisa para se desenvolver saudavelmente. Este conjunto de necessidades de cuidados claramente identificados e que são necessários integrar no quotidiano, resultam em respostas diferenciadas e é este o grande desafio que se coloca hoje em dia aos enfermeiros, a resposta que têm que dar na prestação de cuidados de saúde à população (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

Os Cuidados de enfermagem têm como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa define para si, estabelece com ela uma relação terapêutica e de parceria de forma a prevenir a doença e a promover os processos de readaptação e de adaptação funcional após a doença ao longo da vida (OE, 2004). Ao enfermeiro especialista são reconhecidas competências para prestar, além de cuidados gerais de enfermagem, cuidados específicos na área clínica da sua especialidade. A sua atuação tem em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento nº140/2019). Assim, os cuidados de enfermagem são assegurados tanto pelo enfermeiro de cuidados gerais como pelo enfermeiro especialista. No entanto, o enfermeiro especialista detém competências acrescidas e específicas que lhe permitem intervir a um nível de complexidade mais elevado.

Com o envelhecimento demográfico tem-se verificado um aumento do número de pessoas que vivem com incapacidades crónicas, é neste contexto que o papel do EEER se torna imprescindível para a população em geral e em particular para as pessoas com necessidades especiais (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

A responsabilidade de integração na comunidade fundamentou, desde sempre, a coordenação de esforços, entre os programas de reabilitação e os recursos existente na comunidade.

Nas décadas de 1960 e 1980 as enfermeiras preparavam o regresso e a educação da família e do doente era documentado como uma modalidade, à semelhança de qualquer outro procedimento médico ou terapêutico (Hoeman, 2011). Na comunidade as enfermeiras de reabilitação, segundo Hoeman (2011) tornaram-se centrais para o cuidar holístico e defendiam que as pessoas deveriam atingir níveis ótimos de funcionamento e independência com dignidade. Educavam as famílias e os cuidadores, assim como os doentes, sobre como executar os cuidados diários e sobre programas e procedimentos especiais e faziam a referenciação para serviços e cuidados apropriados.

A cooperação e empenho da família, assim como do doente eram cruciais no processo de reabilitação e também para a recuperação e reintegração na comunidade. A enfermeira de reabilitação, segundo Hoeman (2011) deve ter um papel importante na identificação das necessidades da família e do doente e na aplicação de intervenções para resolução de situações de crise conhecidas no processo de reabilitação. Idealmente o doente e família são cogestores no processo de reabilitação. As teorias dos sistemas familiares ajudam a compreender a dinâmica familiar enquanto mantêm uma abordagem centrada no doente.

Henderson via a pessoa doente como um indivíduo que precisa de assistência para obter saúde e independência ou para a morte pacífica. Corpo e mente devem ser vistos de forma inseparável e o doente a família são vistos como uma unidade (Tomey e Alligood, 2004). Enfermeira e doente formulam em conjunto o plano de cuidados e esta deve ser capaz de ver não só as necessidades do doente, mas também as condições e estados psicológicos que as alteram, deve ser capaz de “entrar na pele” de cada doente para saber o que precisa. Assim a enfermeira pode alterar o ambiente sempre que achar necessário, tirando o máximo partido das condições existentes. A teoria de Henderson é mais complexa do que simplista, as 14 necessidades básicas parecem simples quando apresentadas, mas tornam-se complexas quando surge a modificação de uma necessidade.

O conhecimento evoluiu, a organização dos cuidados de saúde e de reabilitação em particular, também. A enfermagem de reabilitação independentemente do contexto em que se encontre, detém a filosofia de cuidados, que incorpora na sua tomada de

decisão as diferentes dimensões presentes nas situações, formando um todo que permitirá a concretização da sua missão.

2.1.3 Teoria das consequências Funcionais

A Teoria das Consequências Funcionais desenvolvida por Carol Miller (2012) foi a escolhida para sustentar o desenvolvimento e implementação do relatório de estágio.

Na base desta teoria está a intervenção do enfermeiro com o objetivo de maximizar a capacidade funcional da pessoa, promovendo o seu bem-estar e qualidade de vida. Estes pressupostos foram contemplados pela OE (2010a) como a essência da intervenção do EEER, pelo que é importante para fundamentar a intervenção da enfermagem.

Segundo Miller o cuidado de enfermagem deve ter um foco holístico, que abranja as dimensões biopsicoespiritual e da funcionalidade da pessoa, reconhecendo que o bem-estar engloba mais do que a capacidade física (2012).

O processo de envelhecimento conduz a alterações inevitáveis e que a pessoa experiêcia consequências funcionais positivas ou negativas como resultado da interação entre essas alterações e os fatores de risco presentes (Miller, 2012).

Como a maioria das consequências funcionais negativas podem ser alteradas, a intervenção do EEER deve focar a eliminação ou minimização dos efeitos dos fatores de risco, maximizando o potencial funcional da pessoa e a sua sensação de bem-estar. Esta intervenção resulta em consequências funcionais positivas, ou seja, o resultado permite à pessoa funcionar ao seu melhor nível, apesar da presença das alterações decorrentes do envelhecimento (Miller, 2012). Miller (2012) foca a prevenção de queda na pessoa idosa considerando-a como base fulcral para a manutenção da mobilidade e segurança. A mobilidade é encarada como um dos aspetos mais importantes da função fisiológica, pois é essencial para que a pessoa possa manter a sua independência. Segundo esta autora, as alterações decorrentes do processo de envelhecimento influenciam a mobilidade, mas as influências dos fatores de risco causam maior impacto. Por esta razão, o EEER tem como desafio compreender este fenómeno, e intervir com o

intuito de eliminar ou minimizar o efeito dos fatores de risco e maximizar as capacidades da pessoa de modo a evitar a ocorrência de quedas.

O fenómeno deve ser abordado de forma global, sendo a pessoa encarada como um ser em constante interação com os diversos fatores de risco.

3. REABILITAR O IDOSO COM ANDAR COMPROMETIDO

O movimento corporal é um dos movimentos mais comuns e é algo intrínseco ao ser vivo e dele está dependente o normal funcionamento de todos os sistemas fisiológicos. Este representa a forma como a pessoa interage com o espaço envolvente e resulta da interação de fatores mecânicos, neurológicos, biológicos e psicológicos (Lourenço & Moreno, 2016) o que o torna muito complexo e instável.

A definição de movimento corporal, segundo a Ordem dos Enfermeiros, corresponde a um processo do sistema musculoesquelético em que existe movimento espontâneo, voluntário ou involuntário dos músculos e articulações (2016). Andar é como “mover-se de pé sobre uma superfície, passo a passo, de modo que um pé esteja sempre no chão, como quando se passeia, caminha lentamente, anda para a frente, para trás ou para o lado” (Organização Mundial da Saúde & Direção Geral da Saúde, 2003, p.119). A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define andar como “movimento do corpo de um lugar para outro, movendo as pernas passo a passo, capacidade para sustentar o peso do corpo e andar uma deambulação eficaz, com velocidade que vai do lento ao moderado ou rápido.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.39). Segundo Marques Vieira & Sousa (2017) o andar já foi considerado o sexto sinal vital, tal a sua importância.

O repouso no leito foi usado como tratamento médico no século XIX, de forma a tentar minimizar os gastos metabólicos provocados pela doença e desta forma promover uma melhor recuperação (Parry & Pulheuchery, 2015). Atualmente os conhecimentos na área da saúde têm vindo a demonstrar que os fenómenos ligados às alterações da mobilidade apresentam consequências muito mais negativas se houver uma imobilidade prolongada. A imobilidade no leito induz a alterações em todos os sistemas orgânicos, nomeadamente ao nível do sistema músculo-esquelético (Lourenço & Moreno, 2016), sistema fundamental para um andar seguro. Um período de sete a dez dias pode considerar-se um período de repouso, mas entre doze quinze dias já se consideram imobilização (Lourenço & Moreno, 2016). Tal situação não atinge somente a pessoa, mas também a família e a comunidade. Para a pessoa representa a diminuição da autonomia,

seja no seu autocuidado como na mobilidade, nas atividades de lazer e na independência econômica. Para a família, as relações sociais ficam conturbadas, há alteração de papéis, necessidade de cuidados especiais e problemas econômicos. Para a comunidade representa diminuição na produtividade e maior utilização dos serviços sociais e de saúde (Menoita, 2012).

O andar merece sempre especial atenção por parte do enfermeiro pois tem uma importância efetiva, ou seja, tanto permite explorar recursos e estratégias de avaliação, como, permite ao enfermeiro um adequado planeamento das suas intervenções (Marques-Vieira & Sousa, 2017). As causas dos distúrbios da marcha incluem situações como deficiências sensoriais ou motoras, distúrbios psiquiátricos, problemas ortopédicos (osteoartrite e deformidades esqueléticas) e condições médicas (insuficiência cardíaca, insuficiência respiratória, doença arterial oclusiva e periférica e a obesidade). No idoso, os distúrbios da marcha têm várias causas, que podem incluir a função proprioceptiva, visão deficiente, osteoartrite dos quadris ou joelhos e processos demenciais que podem conduzir a uma diminuição da função cognitiva (Pirker & Katzenschlager, 2016). Tendo em conta a estrutura anátomo-fisiológica dos membros inferiores, Lucas e Monjardino (2010) (Marques-Vieira & Sousa, 2017) classificam as patologias do sistema locomotor em patologias traumáticas (alterações funcionais do sistema músculo-esquelético devido a traumatismos, como, fraturas, entorses e luxações) e patologias músculo-esqueléticas degenerativas (alterações funcionais do sistema músculo-esquelético associadas a doenças inflamatórias, degenerativas e metabólicas, como por exemplo a osteoartrose e a osteoporose). Hoeman, refere outras causas para o andar comprometido, como “fraqueza muscular, paralisia, descoordenação, movimentos involuntários, fratura de um membro, falta de conhecimento, medo e dependência” e mais precisamente em relação à mobilidade dos membros inferiores, refere “conhecimento insuficiente sobre próteses, não adesão ao programa terapêutico, falta de apoio por um membro da família, fundos insuficientes ou falta de transporte para seguir o tratamento (2011, p.268).

As alterações no andar podem ocorrer ao longo do ciclo de vida da pessoa, mas é na população idosa que o diagnóstico de enfermagem “andar comprometido” é mais frequente, assim são os idosos os mais suscetíveis de ficarem dependentes das suas atividades de vida diária, assim como consequência à diminuição da qualidade de vida (Vieira & Caldas, 2017). O andar constitui uma resposta humana com elevado interesse

para o EEER, que deverá dispensar um especial interesse nas alterações do andar, usando recursos e estratégias de avaliação para planejar as intervenções mais adequadas (Marques-Vieira & Sousa, 2017).

A abordagem do EEER centra-se no desenvolvimento das competências necessárias para voltar a andar devendo o planeamento das intervenções de enfermagem ser negociado com a pessoa com o andar comprometido, que idealmente devesse estar inserido na comunidade ou família. É para isso determinante para o processo de reabilitação que a pessoa entenda os benefícios de andar. Sendo o movimento o que permite a conservação da força muscular e como tal intervenções que promovam a sua manutenção ou a sua melhoria são essenciais para a saúde da pessoa (Monteiro, 2012 citado por Vieira & Sousa, 2017). Segundo Menoita (2012) “As alterações da mobilidade estão relacionadas com as modificações da força e do tónus muscular, do mecanismo do controlo postural e da sensibilidade.” (p.74)

Antes de iniciar um programa de treino de marcha devem ser definidas as metas a alcançar e estas devem ser realistas. Deverá ser avaliada a segurança do ambiente, eliminar possíveis obstáculos e criar pontos de repouso, para que em caso de necessidade esta esteja salvaguardada. Assim as metas devem ser desafiantes e estas podem ser: recuperar o padrão automático do andar, promover a independência no andar e manter a segurança da pessoa.

Dado que o diagnóstico de enfermagem andar comprometido está associado ao do risco de quedas, portanto associado ao treino de marcha deverá estar sempre associada a segurança. Ainda a ter em conta, o contexto (ambiente onde se insere), os hábitos de vida da pessoa e os seus valores. “A compreensão que se tem destas variáveis e dos seus efeitos nos resultados funcionais traduz-se no incentivo personalizado e crescente em todas as atividades de autocuidado.” (Marques-Vieira & Sousa, 2017, p. 554). Durante o processo de reabilitação convém realçar o encorajamento, o reforço positivo, a valorização das conquistas são muito importantes, no sentido de avançar no treino do andar, juntamente com desafio de se auto superar respeitando sempre as limitações (Marques-Vieira & Sousa, 2017).

Após obter um retrato da família o enfermeiro deve perceber as prioridades, como saber o que esperam conseguir com os cuidados ao idoso. As vontades, as prioridades e as expectativas do idoso também devem ser tidas em conta no plano de intervenção, para que este seja bem-sucedido. Assim o enfermeiro deve criar uma parceria

com a família para maximizar as suas capacidades, minimizar as suas vulnerabilidades e servir de elo com o sistema de cuidados formais.

3.1 AUTONOMIA/INDEPENDENCIA

Os conceitos Autonomia e independência podem facilmente ser confundidos, embora tenham alguns aspetos em comum. O conceito de Autonomia como definido pela CIPE, refere-se a um direito da pessoa, sendo o *status* de autogovernar e auto-orientação. A Autonomia é a capacidade que a pessoa tem de controlar, lidar e de tomar decisões pessoais acerca da forma como vive o seu dia-a-dia, tendo em conta os seus hábitos e preferências (World Health Organization [WHO], 2002).

De acordo com a Deontologia Profissional de Enfermagem, a autonomia de uma pessoa diz respeito á liberdade de ação com capacidade de escolha. As pessoas autónomas são capazes de escolher e agir de acordo com os planos por si estipulados, portanto é essencial que a pessoa tenha a informação prévia suficiente, para que de forma livre e esclarecida, possam ser tomadas as decisões para a sua vida da forma mais autónoma e informada possível (OE, 2015b).

A Independência está relacionada com a capacidade de executar funções e tarefas relacionadas com a vida diária, isto é, pode entender-se como a capacidade que a pessoa tem de viver de modo independente na comunidade, sem a ajuda de terceiros (WHO, 2002).

Enquanto a independência refere-se à capacidade da pessoa executar tarefas da vida diária sem ajuda de terceiros, a autonomia é a capacidade de tomada de decisão que a pessoa tem, de forma livre e esclarecida.

3.2 CAPACITAÇÃO

Capacitação é um dos conceitos mais importantes e imprescindíveis para o EEER, este intervém para que a pessoa se torne independente ou reduza a sua dependência de terceiros para realizar as Atividades de Vida Diária (AVD), capacitando-a para o autocuidado.

Capacitar “ (...) é um processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação. (...) Exercer a capacitação é assim um processo que envolve domínios cognitivo, físico e material.” (Reis & Bule, 2017, p. 57).

O conhecimento supramencionado, refere-se a saberes construídos através de valores individuais que se vão alterando ao longo da vida, sendo estes influenciados por fatores sociais, culturais e religiosos. Esta construção do conhecimento vai condicionar a decisão e ação da pessoa (Reis & Bule, 2017).

A capacitação “ (...) traduz-se nas atividades de vida que garantem as condições básicas, como sejam comer e beber, mover-se, lavar-se e vestir-se, eliminar, entre outras.” (Reis & Bule, 2017, p. 57).

A atuação do EEER e a relação terapêutica que estabelece com a pessoa, permite-lhe conhecer a pessoa, tendo em consideração os seus hábitos e o seu nível de saúde. O EEER, ajuda na descoberta, promoção e desenvolvimento do potencial individual da pessoa tornando-a capaz de contribuir para a objetivação do seu projeto de saúde, e assistindo-a na re aquisição de capacidades e autonomia (Branco & Santos, 2010). A Enfermagem de Reabilitação tem como finalidade ajudar as pessoas a aproveitar o máximo das suas capacidades. (Branco & Santos, 2010, p.112).

O Enfermeiro de Reabilitação, no exercício da sua prática clínica e possuindo um conjunto de saberes e de competências específicas, deve planear o programa de reabilitação, mobilizando todas as capacidades da pessoa, promovendo assim, o autocuidado e por consequência a sua autonomia, tornando a pessoa um parceiro para a sua própria capacitação para o autocuidado. Tendo por base o conceito de autonomia, a capacidade para o autocuidado assume um papel primordial, permitindo a satisfação de um conjunto de necessidades, em especial as necessidades humanas básicas (Branco & Santos, 2010).

O EEER trabalha em parceria com a pessoa e a família, focando-se nas suas capacidades e da família e nos meios disponíveis e não nas incapacidades, habilitando e consciencializando a pessoa/família que todas as atividades são possíveis, de forma personalizada e adaptada aos meios da sua casa (Branco & Santos, 2010).

O EEER no programa de reabilitação que elabora, deverá sempre ter em consideração a capacidade funcional que a pessoa demonstra para executar as tarefas diárias (Reis & Bule, 2017). Posto isto, a capacidade funcional da pessoa traduz-se na aptidão para viver de forma autónoma e independente, tanto a nível físico e mental, bem

como socialmente e intimamente ligada a fatores físicos, mentais, sociais, económicos e ambientais (Reis & Bule, 2017).

4. PROJETO DE INTERVENÇÃO

4.1 METODOLOGIA

Realizar uma investigação significa colocar em prática os postulados gerais do método científico, planeando uma série de atividades sucessivas e organizadas onde podemos encontrar as fases a efetuar e as técnicas a usar para a recolha e análise de dados (Vilelas, 2017).

A investigação-ação caracteriza-se por se centrar num problema, num contexto específico, ser participativa e envolver intervenções no contexto de mudança de forma a gerar melhores resultados, sendo assim, um modelo baseado na interação contínua entre investigação, ação, reflexão e avaliação. Esta metodologia orienta-se para a melhoria das práticas mediante a mudança e a aprendizagem a partir das consequências dessa mudança e permite ainda a participação de todos os implicados. Assim a sua finalidade consiste na ação transformadora da realidade, ou na ação de superar a realidade atual (Vilelas, 2017). A investigação-ação permite-nos, enquanto investigadores, planejar, observar, agir e refletir de maneira mais consciente, mais sistemática e mais rigorosa no que fazemos na nossa experiência diária, colocando de lado a prática não reflexiva.

4.2 A AMOSTRA

A amostra é uma parte do todo a que chamamos população, a amostra deste estudo pretendeu-se que representasse a população dos utentes da ECCI. Neste caso, a população envolveu pessoas idosas com andar comprometido e em contexto domiciliar.

Trata-se de uma amostra intencional, constituída por cinco idosos escolhidos pelo investigador.

Os critérios que determinaram a Inclusão foram a idade, alterações na marcha (andar comprometido) e disponibilidade para participar no estudo.

4.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

De acordo com modelo do processo de investigação, depois de elaborados os elementos teóricos e de definido o tipo de estudo, é necessário escolher as técnicas de recolha de dados (Vilelas, 2017).

Um instrumento de recolha de dados é um recurso que o investigador recorre para conhecer os fenómenos e extrair deles a informação, assim foi elaborado um instrumento de recolha de dados (anexo 1), onde são recolhidas variáveis de caracterização sociodemográfica (idade, género, diagnóstico médico, agregado familiar e presença de cuidador). É feita uma caracterização do utente que contempla a avaliação dos sinais vitais, dados antropométricos e avaliação do nível de consciência, através da Escala de Coma de Glasgow (anexo 2).

A outra parte do instrumento de recolha de dados, contempla informação relacionada com o foco andar comprometido e de forma a complementar a decisão de presença de diagnóstico utilizar-se-ão escalas para as respetivas variáveis, Índice de Barthel (anexo 3), Medical Research Council Muscle Scale (anexo 4), Escala de equilíbrio de Berg (anexo 5) e Escala de Morse (anexo 6).

A utilização dos instrumentos de avaliação (escalas) acima referidos permitem ao enfermeiro documentar informação importante que possibilita a identificação de diagnósticos de enfermagem. Para Hoeman (2011, p.177) a “avaliação de enfermagem, com base em medidas válidas e objetivas, contribui de maneira significativa para a avaliação interdisciplinar e para o planeamento dos cuidados”.

A utilização de escalas validadas dentro de padrões criteriosos e reconhecidos cientificamente, tem crescido dentro da área da investigação e os instrumentos construídos em outros países tiveram que passar por uma adaptação cultural para serem usados em Portugal (Vilelas, 2017).

É de referir que dos instrumentos utilizados, alguns fazem parte do documento realizado pela Mesa do Colégio de especialidade de Enfermagem de Reabilitação, Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de reabilitação, com o intuito de dar suporte à tomada de decisão no âmbito dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

A Escala de Coma de Glasgow é amplamente utilizada por diversos profissionais de saúde, com o intuito de definir o estado neurológico a partir da análise do nível de consciência. É, portanto, um instrumento que permite avaliar o nível de consciência de um indivíduo, utilizando três critérios, abertura ocular, resposta verbal e resposta motora (Teasdale, 2014). Em 2018, esta escala sofreu alterações na sua aplicação, onde foi incluída a reatividade pupilar, contudo foi a antiga versão a ser utilizada neste estudo por ser a versão que se encontra implementada no serviço onde decorreu o estudo. Para a inclusão neste estudo os participantes tinham como critério a obtenção avaliação 15 pontos, critério essencial para a implementação deste estudo;

O Índice de Barthel é um instrumento que tem como objetivo diagnosticar o grau de capacidade/incapacidade funcional e da mesma forma avalia o desempenho do indivíduo na realização de dez itens (OE, 2016). Estas dez atividades básicas de vida incluem, comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo dos esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas. A pontuação da escala vai de 0 - 100, com intervalos de 5 pontos, em que a pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as atividades de vida diária avaliadas e a pontuação de 100 equivale a independência total para estas mesmas AVD's avaliadas (OE, 2016);

A Medical Research Council Muscle Scale é um instrumento para a avaliação da força muscular e gradua os níveis de força de 0, sem contração muscular palpável ou visível), 1 com contração palpável mas sem movimento, 2 com movimento mas sem vencer a gravidade, 3 com movimento que vence a gravidade mas não vence a resistência, 4 movimento contra resistência moderada e 5 para força normal (OE,2016);

Na Escala de Equilíbrio de Berg, o objetivo prende-se com a avaliação do equilíbrio funcional, estático e dinâmico do indivíduo. É essencialmente composto por 14 tarefas funcionais em que o indivíduo é avaliado em atividades de coordenação, equilíbrio, capacidade de mudança de decúbito, avaliação de transferências em diferentes situações de disposição da base de sustentação (OE,2016);

A Escala de Morse permite a avaliação do risco de quedas. Esta escala encontra-se a ser aplicada em Portugal em vários centros hospitalares e a DGS recomenda a necessidade de se avaliar o risco de queda como uma intervenção adequada e personalizada para a prevenção (DGS, 2011). É constituída por seis itens com duas ou três possibilidades de resposta para cada um. A cada resposta corresponde uma pontuação. Após

a soma das pontuações dos seis itens obtém-se um score que indica o risco de queda e pode variar de 0 a 125 pontos (Barbosa et al., 2015).

É ainda de referir que para além do questionário e das escalas aplicadas a observação é essencial, como o uso sistemático dos nossos sentidos na procura dos dados necessários para resolver um problema, observar cientificamente é perceber ativamente a realidade exterior com o propósito de obter os dados que, anteriormente, foram definidos como de interesse para a investigação (Vilelas, 2017). A observação é o uso dos sentidos com vista a adquirir os conhecimentos necessários, no entanto, para ser científica tem que ser coerente com o objetivo de estudo, tem que ter um plano sistemático e padronizado, ver verificada e controlada e estar relacionada com os conceitos e teorias do enquadramento teórico (Vilelas, 2017). É, no entanto, bastante vantajosa porque nos coloca perante a situação estudada sem nenhum intermediário, tal como ela é na realidade.

4.4 IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Considerando o envolvimento no contexto em que foi desenvolvido e a análise dos cuidados aí produzidos, foi identificada a necessidade de uniformização e sistematização dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados aos idosos com compromisso do andar, a realizar com estes utentes em função dos diagnósticos mais de enfermagem comuns.

A tabela seguinte contempla os diagnósticos de enfermagem, as intervenções, a periodicidade com que as mesmas foram realizadas e a sua avaliação e foi elaborado de acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2014). Este Padrão documental tem por base um conjunto de instrumentos de suporte ao exercício do EEER que viabilizam programas de melhoria contínua da qualidade, pois a conceção está sustentada nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, nas Competências Específicas dos EEER e na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (OE, 2014).

A CIPE é um instrumento que facilita a comunicação entre enfermeiros e com outros profissionais de saúde acerca da sua prática. Os dados obtidos desta prática podem ser utilizados para o planeamento e gestão dos cuidados de enfermagem (OE, 2011).

Tabela 1- Plano de Intervenções em função do Diagnóstico

Diagnóstico	Intervenções ¹
Equilíbrio corporal comprometido	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar o equilíbrio corporal: <ul style="list-style-type: none"> – Equilíbrio estático sentado – Equilíbrio dinâmico sentado. – Equilíbrio estático na posição ortostática – Equilíbrio dinâmico na posição ortostática – Provas de coordenação de movimentos: <ol style="list-style-type: none"> (1) dedo/nariz; (2) calcanhar/joelho – Postura corporal no plano frontal e sagital 2. Monitorizar o equilíbrio (Escala de Berg) 3. Planear e implementar atividades de treino do equilíbrio no leito e em ortostatismo 4. Sensibilizar e incentivar o doente a participar nos exercícios de pé junto a uma cadeira de apoio, realizando: <ul style="list-style-type: none"> – Flexão plantar; – Flexão do joelho; – Flexão e extensão coxofemoral; – Elevação lateral da perna (abdução); – Levantar/sentar sem apoio das mãos)

¹ As intervenções têm uma periodicidade de 2 vezes por semana, com três momentos de avaliação.

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instruir o doente sobre a técnica de equilíbrio, coordenação e propriocepção 2. Assistir o doente no treino de equilíbrio 3. Corrigir a postura 4. Assegurar um ambiente e técnicas seguras
Movimento Muscular comprometido	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar a amplitude de movimento articular em todos os segmentos articulares 2. Avaliar a força muscular: (Medical Research Council Muscle Scale) através de provas de contra resistência em todos os músculos dos membros inferiores e superiores e tronco 3. Instruir o doente sobre técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido e ativo-resistido duas vezes ao dia (2 séries com 8 repetições) <ul style="list-style-type: none"> – Mobilizações ativas dos membros inferiores – Mobilizações ativas resistidas dos membros inferiores com carga de pesos – Exercícios isométricos (leito e sentado) – Exercícios isotônicos dos membros inferiores na posição ortostática – Exercícios de agachamento – Exercícios de treino de equilíbrio no leito 4. Assistir no treino de exercício muscular e articular ativo-assistido e ativo-resistido
Pôr-se de pé comprometido	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar a capacidade do doente para pôr-se de pé <ul style="list-style-type: none"> – Capacidade para mover o corpo para a borda da cama e ficar sentado com equilíbrio; – Capacidade para se colocar na posição vertical com equilíbrio e se preparar para andar.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Treino de equilíbrio 3. Assistir no levante
Transferir-se comprometido	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar a capacidade para transferir-se: <ul style="list-style-type: none"> – Capacidade para se erguer da posição horizontal; – Capacidade para mover o corpo em direção ao bordo da cama e ficar sentado com equilíbrio; – Capacidade para se deslocar da cama para a cadeira; – Capacidade para se sentar na cadeira e se posicionar de forma segura e confortável; 2. Ensinar estratégias adaptativas para o transferir-se; 3. Assistir no transferir-se
Andar Comprometido	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar a capacidade para andar: <ul style="list-style-type: none"> – Capacidade para se colocar na posição vertical e sustentar o corpo com equilíbrio; – Capacidade para se mover com marcha eficaz; – Capacidade para subir e descer degraus de forma eficaz; – Capacidade para andar em declives e aclives de forma eficaz; 2. Assistir no treino de equilíbrio 3. Assistir no treino de força muscular 4. Assistir no andar
Andar com auxiliar de marcha comprometido	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar a capacidade para andar com auxiliar de marcha 2. Selecionar equipamento técnico mais adequado 3. Ensinar a andar com auxiliar de marcha 4. Assistir no andar com auxiliar de marcha

A aplicação do plano de intervenção realizou-se de forma faseada:

1º Momento – Avaliação inicial e diagnóstico. Após avaliação inicial é emitido um juízo, que poderá identificar um diagnóstico de enfermagem, e caso se verifique, serão introduzidas as intervenções planeadas.

2º Momento – Aplicação do plano de intervenção, este é constituído por uma série de intervenções que são aplicadas de acordo com as características pessoais de cada participante, sendo sempre ajustado às necessidades e incapacidades de cada um. É aplicado duas vezes por semana no domicílio, sendo sempre instruído o cuidador ou o próprio, para que dê continuidade aos cuidados na ausência do EEER. Este deverá ser aplicado até à data final do estudo.

3º Momento – Avaliação intermédia. Foi aplicado o Plano durante 3 semanas e aí avaliada a sua eficácia. Caso existisse necessidade seria reajustado de acordo com o participante em causa, adaptando-se também à sua evolução.

4º Momento – Avaliação Final. A avaliação do Plano foi novamente realizada na última semana de estágio, aí foram aplicados todos os instrumentos novamente, de forma a observar a evolução do participante ao longo do estudo.

A aplicação do Plano conforme, a tabela 1, será adequado ao diagnóstico de cada participante, ao qual para facilitar foram numerados. No caso de o participante fazer levantar e transferência deveria optar-se pelo diagnóstico 5, andar comprometido e 6, andar com auxiliar de marcha.

Por exemplo no caso o participante se encontre acamado, optamos pelo diagnóstico 1, equilíbrio corporal comprometido e diagnóstico 2, movimento muscular comprometido.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foi respeitado o direito à autodeterminação do utente, que se concretizou na informação dada pelo EEER sobre o plano de intervenção e pelo consentimento escrito ou verbal na presença do familiar (anexo 7). O utente foi informado dos objetivos, das intervenções a realizar e sobre a possibilidade de abandonar o estudo a qualquer momento sem que isso lhe trouxesse prejuízos. O direito à intimidade foi tido em conta através da proteção dos dados pessoais do participante, o anonimato e a

confidencialidade dos dados pessoais foi mantida. Os dados recolhidos ficaram na posse do estudante, em suporte informático, protegidos por *password*, e em local seguro no domicílio do próprio. Dois anos após a realização do estudo serão totalmente destruídos. Caso algum dos participantes desejasse abandonar o estudo, os dados teriam sido destruídos.

Todos os cuidados foram prestados de acordo com a ética e deontologia inerente aos profissionais de Enfermagem.

5. RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO A PESSOA IDOSA COM ANDAR COMPROMETIDO

Na apresentação dos resultados obtidos com a implementação do projeto de intervenção, em primeiro lugar são apresentados os dados de caracterização dos participantes e posteriormente, uma análise dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, no âmbito da capacitação da pessoa idosa com andar comprometido.

Cada um dos cinco participantes, será identificado por utente 1 (U1), utente 2 (U2), utente 3 (U3), utente 4 (U4) e utente 5 (U5).

As avaliações foram realizadas em três momentos diferentes, no início do programa, quatro semanas após e no final do programa.

5.1 CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A amostra obtida é constituída maioritariamente por pessoas do sexo masculino com idades compreendidas entre 65 e os 87 anos de idade, que se encontravam conscientes, orientados e interessados em integrar um programa de reabilitação e cuja família se encontrava receptiva a participar tendo em vista a melhoria do andar

O estado civil de casado é prevalente.

Segundo PORDATA (2021) no município onde decorre o estudo existem mais mulheres que homens (51,1% para 48,9% respetivamente) sendo destes 59,6 casados.

Os antecedentes pessoais são variados, sendo a hipertensão arterial comum a todos os participantes. Os diagnósticos obtidos são muito variados.

Em relação aos antecedentes de quedas, é transversal a todos os participantes e a referenciação para a RCCI é maioritariamente feita pelas Unidades de Saúde a que pertencem.

Tabela 2 Avaliação da Amostra

	Utente 1	Utente 2	Utente 3	Utente 4	Utente 5
Idade	76	65	87	85	73
Género	Masculino	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino
Ocupação	Reformado	Reformado	Reformado	Reformado	Reformado
Estado Civil	Casado	Casado	Viúva	Casado	Casado
Diagnostico	Esclerose Múltipla	Doença Machado Joseph	Penfigoide Bolhoso	Prótese Parcial Anca	Fístula Anal
Antecedentes pessoais	AVC HTA Neoplasia Maligna Pulmão	HTA	DM2 HTA	AVC DM2 HTA Doença Urinária	AVC DM2 HTA
Antecedentes de quedas	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
Admissão na ECCI	10-03-2021	08-10-2020	23-06-2021	22-01-2021	06-08-2021
Referenciado por:	USF	UCSP	Hospital	Hospital	ECL

Legenda: HTA - Hipertensão arterial; DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2; AVC – Acidente Vascular Cerebral

Fonte: a própria

UTENTE 1 (U1)

O U1 com 76 anos de idade, sexo masculino, atualmente reformado, anteriormente pescador. Reside com a esposa no seu domicílio, numa moradia de dois pisos, possuindo degraus de acesso no exterior e no interior. Referenciado pela Unidade de Saúde a que pertence, tem como diagnóstico esclerose múltipla e antecedentes pessoais de hipertensão arterial, AVC em 2009 e neoplasia maligna do pulmão desde 2007. Apresenta antecedentes de queda, ultima nos últimos três meses, com alterações na marcha, por falta de equilíbrio e força muscular.

Aquando da admissão U1 apresentava tensão arterial (TA) 111/74 mmHg e frequência cardíaca (FC) 53 batimentos por minuto (bpm), estava apirético e sem dor (escala de faces – anexo 8). Índice massa corporal (IMC) de 26,1 Kg/m² e perímetro abdominal de 94 cm. Estado de consciência, segundo a escala de Glasgow é de 15.

Foi aplicado o Índice de Barthel para avaliação da funcionalidade, tendo-se obtido um valor de 55 pontos, equivalente a grave dependência. Relativamente à avaliação da força muscular, de acordo com a escala da força muscular MRC, o U1 apresentava força 3/5, sendo capaz de realizar raio de movimento completo apenas contra a gravidade, não contra a resistência, ao nível das articulações coxofemoral, do joelho e da tibiotársica do membro inferior direito e 4/5 à esquerda. A avaliação do risco de queda através da Escala de Morse resultou na avaliação de 51, alto risco. Foi também avaliado o equilíbrio, através da escala de Equilíbrio de Berg, pontuando 12 equivalente a equilíbrio diminuído.

Foi implementado o programa de reabilitação respeitando o delineado na tabela 1 para os 6 diagnósticos ao qual o U1 aderiu.

Seguem-se os resultados obtidos aquando da 1^a, 2^a e 3^a avaliação.

Tabela 3 Resultados obtidos Utente 1

		1 ^a Avaliação	2 ^a Avaliação	3 ^a Avaliação
	Índice de Barthel	55/100	65/100	60/100
	Força muscular	3/5	4/5	4/5
	Equilíbrio	12	13	12
	Risco de queda	51	50	50

Dada a patologia base do U1, esclerose múltipla (EM) e sendo uma doença neurológica, crónica e autoimune. Os portadores de EM deparam-se muitas vezes com muitas limitações a nível físico, pelo que atos de deslocação, de permanecer de pé ou realizar atividades quotidianas podem ser um verdadeiro sacrifício. O desequilíbrio, as tonturas, a fraqueza muscular, os espasmos e a rigidez são sintomas que aumentam o risco de queda, provocam tremores, desconforto e dor. Os exercícios aplicados neste programa aplicados de forma regular facilitam a gestão dos sintomas da EM, diminuição dos problemas da mobilidade e permitem reduzir a perda de massa muscular e como consequência permitem a redução da fadiga e do aparecimento de parestesias, melhorando simultaneamente a cognição.

A fadiga foi um dos sintomas mais comum e muitas vezes a causa da menor adesão ao plano de intervenção.

Entre a 2^a e a 3^a avaliação o U1 sofreu uma queda e houve um retrocesso na regularidade da execução do plano pela questão da dor. Aquando do final do estágio, apesar do plano de intervenção se manter, o U1 mantinha necessidade de apoio do prestador nas suas AVD's, contrariando a evolução da doença.

UTENTE 2 (U2)

O U2 com 65 anos de idade, sexo feminino, atualmente reformada da função pública onde exercia o cargo de professora. Reside com o marido em casa térrea, desloca-se com apoio de auxiliar de marcha ou ajuda de terceiros.

O U2 com o diagnóstico de doença Machado Joseph que é uma ataxia, ou seja, é um transtorno neurológico que a causa mais comum a perda de coordenação motora dos membros inferiores e superiores e consequente dificuldade para se equilibrar, também denominada como Ataxia Espinocerebelar do tipo 3. A doença causa ainda oftalmoplegia, dismetria e ataxia sensorial mista e cerebelar, com sintomas que incluem défices de memória, espasticidade, disartria, dificuldades na articulação de sons e na deglutição, micção frequente e movimentos involuntários dos olhos.

Outras manifestações da doença incluem distúrbios do sono e síndrome das pernas inquietas, no entanto, o principal sintoma da ataxia é a alteração de equilíbrio e da coordenação motora que se reflete na dificuldade da U2 em deambular e segurar objetos. Este quadro tem vindo a agravar-se gradualmente com o passar do tempo em resultado do caráter degenerativo da doença.

O recurso a este plano de intervenção foi aplicado com o intuito de em conjunto com as ajudas técnicas e a medicação aumentar a independência da U2 nas AVD's. Os exercícios destinados a melhorar mobilidade articular, o equilíbrio e a força muscular, a melhorar a condição física no geral, de modo a melhorar a qualidade de vida e a contribuir na prevenção de quedas e outros acidentes de origem motora que possam resultar em traumatismos. Para além da aplicação do plano de intervenção, foram realizados ensinamentos para uma correta utilização dos auxiliares de marcha, meios facilitadores da manutenção da autonomia pessoal e ensinamentos na utilização de aparelho de treino respiratório que contribuem muito para as AVD's da U2.

Esta utente foi referenciada pela sua unidade de família e já se encontrava em reabilitação pela EEER da rede, no momento da 1ª avaliação antes da aplicação do plano de intervenção a utente estava consciente, orientada no espaço e no tempo, escala de Glasgow 15/15, apirética, eupneica e com TA 119/80 mmHg e FC 78 bpm. Referiu não sentir dor, de acordo com a escala das faces de avaliação da dor, afirmando que o cansaço é o que mais lhe limita a execução das tarefas.

Foi aplicado o Índice de Barthel para avaliação da funcionalidade, tendo-se obtido um valor de 80 pontos. Relativamente à avaliação da força muscular, de acordo

com a escala de avaliação da força muscular MRC, a U2 apresentava força 3/5, realiza movimento ativo, mas não vence a resistência. A avaliação do equilíbrio resultou da aplicação da Escala de Berg tendo obtido um valor de 20/56 que revela equilíbrio diminuído. A utente tem muita dificuldade no equilíbrio dinâmico em pé. A avaliação do risco de queda através da Escala de Morse veio corroborar a avaliação anterior e apresenta um valor acima dos 51 pontos numa escala entre 0 (sem risco) e 125 pontos, revelando um alto risco de queda.

Foi aplicado durante as semanas decorrentes o plano de intervenção dando ênfase ao equilíbrio (diagnóstico 1) e força muscular (diagnóstico 2) respeitando o delineado na tabela 1 ao qual o U2 aderiu com algumas dificuldades, muitas vezes referindo cansaço.

Seguem-se explanados na tabela abaixo os resultados obtidos aquando das três avaliações realizadas:

Tabela 4 Resultados Obtidos Utente 2

	1 ^a Avaliação	2 ^a Avaliação	3 ^a Avaliação
Índice de Barthel	80/100	50/100	60/100
Força muscular	3/5	4/5	4/5
Equilíbrio	20	24	30
Risco de queda	75	70	52

Aquando do término do estágio a U2 deverá continuar em programa de reabilitação pela EEER, verificou-se uma melhoria na força muscular e no equilíbrio. Apesar de tudo, durante este processo a utente refere dois episódios de queda no

domicílio, mas sem consequências graves. A dificuldade em dormir e o cansaço foram um obstáculo permanente.

UTENTE 3 (U3)

A U3 com 87 anos de idade, sexo feminino, reformada, viúva e reside com a filha. Casa térrea com poucas condições habitacionais e de higiene. Encontra-se acamada aquando da 1ª visita, refere ter perdido a mobilidade após internamento prolongado, referindo que anteriormente era independente na realização das suas AVD's.

Utente referenciada pelo hospital para controlo de feridas generalizadas devido a Síndrome Penfigoide Bolhoso. O Penfigoide bolhoso é uma doença autoimune que ocorre quando o sistema imunológico está deficiente e provoca bolhas na pele. Em resultado a U2 apresenta feridas generalizadas, mas superficiais, pelo que o programa de intervenção nesta utente tinha como objetivo a recuperação da independência funcional. No momento da 1ª avaliação a U2 apresenta 13/15 pontos na Escala de Glasgow, apirética, com TA de 149/89 mmHg e FC 92 bpm e referiu sentir dor ligeira, de acordo com a escala das faces de avaliação da dor.

Foi aplicado o Índice de Barthel para avaliação da funcionalidade, tendo-se obtido um valor de 20 pontos referente a dependência total. Relativamente à avaliação da força muscular, de acordo com a escala de avaliação da força muscular MRC, a U3 apresentava uma força de 3/5, com raio de movimento completo, mas apenas contra a gravidade e não contra resistência. Não foi aplicada a Escala de Equilíbrio de Berg nem a Escala de Morse nesta 1ª avaliação porque a utente se encontrava acamada. Foi iniciado o programa de reabilitação respeitando o delineado na Tabela 1, para os diagnósticos 3, 4, 5 e 6, ao qual a utente com muita dificuldade aderiu. As barreiras arquitetónicas foram um grave obstáculo, o auxiliar de marcha, andador, não passava pela entrada, por esta ser muito estreita e a utente encontrava-se muito debilitada e com dificuldade em manter-se de pé, sem ajuda. Mante-se o programa durante algumas semanas, mas a utente veio a falecer.

Seguem-se abaixo explanados os resultados obtidos aquando da 1ª e 2ª avaliação:

Tabela 5 Resultados obtidos Utente 3

	1 ^a Avaliação	2 ^a Avaliação	3 ^a Avaliação
Índice de Barthel	20/100	35/100	-
Força muscular	3/5	4/5	-
Equilíbrio	-	7	-
Risco de queda	-	50	-

O caso da U3 é transversal a muitos outros casos de utentes que se encontram na Rede, a falta de recursos das famílias, as más condições habitacionais entre outras barreiras que dificultam e até impossibilitam a execução e implementação de planos de intervenção. A U3 estava num processo de recuperação, mas as barreiras arquitetónicas, a falta de disponibilidade dos cuidadores não facilitou uma mais célere evolução deste programa e a utente por debilidade geral acabou por vir a falecer.

UTENTE 4 (U4)

O U4 com 85 anos de idade, sexo masculino, atualmente reformado, anteriormente pescador. Reside em casa térrea com a esposa, acesso à entrada da casa é feita por quadro de degraus e no interior o piso é plano, no entanto, a casa tem assoalhadas bastante pequenas e esta família vive com poucos recursos. Referenciado pelo hospital após colocação de Prótese Parcial da Anca por fratura do fémur direito. Por doença urinária está com drenagem vesical livre e está em vigilância na Rede para substituição e manutenção de algália. Aquando da 1^a avaliação, utente apresenta 15/15 pontos na Escala de Glasgow, está apirético, com TA de 110/68 mmHg e FC de 80 bpm, não refere dor.

O U4 passa maior parte do tempo em cadeira de rodas, faz levantar e mobiliza-se com andador no interior da habitação, não consegue sair à rua devido aos degraus de acesso a casa.

Foram explicados ao U4 quais os objetivos da implementação do programa de reabilitação, tendo sido obtido o seu consentimento informado escrito.

Foi aplicado o Índice de Barthel para avaliação da funcionalidade, tendo-se obtido um valor de 35/100 equivalente a dependência grave. Relativamente à avaliação da força muscular, de acordo com a escala de avaliação da força muscular MRC o U4 apresentava força 4/5, sendo capaz de realizar movimentos ativos, completando o movimento, contrariando força moderada. Nunca referiu sentir dor, de acordo com a escala das faces de avaliação da dor. Na avaliação do equilíbrio foi obtido através da aplicação da Escala de Equilíbrio de Berg onde se obteve um valor de 19 pontos, equivalente a equilíbrio diminuído. Em relação à Escala de Morse resultou na avaliação “Alto risco” pontuando pelo historial de quedas e pela utilização de auxiliar de marcha.

Foi implementado o programa de reabilitação respeitando o delineado na tabela 1 nos diagnósticos 4, 5 e 6, ao qual o U4 aderiu de forma bastante entusiástica e seguem-se abaixo os resultados obtidos:

Tabela 6 Resultados obtidos Utente 4

	1 ^a Avaliação	2 ^a Avaliação	3 ^a Avaliação
Índice de Barthel	35/100	45/100	50/100
Força muscular	3/5	4/5	4/5
Equilíbrio	19	25	31
Risco de queda	60	50	70

Durante o período do programa colocou em prática os ensinamentos realizados, tendo alcançado mais independência ao nível do vestir-se e despir-se e recuperou o equilíbrio em pé, tanto estático como dinâmico, tendo progressivamente sido capaz de realizar treino de marcha sem auxiliar de marcha, apenas com pontos de apoio, no entanto o U4 esqueceu-se das suas limitações e foi aconselhado a utilizar sempre o auxiliar de marcha dentro da habitação como segurança e precaução, daí o risco de queda aumentado na última avaliação, pontuado mais 15 valores devido ao excesso de confiança. Não foi realizado o treino de subir e descer escadas por falta de equipamento e o andarrilho não caber nas escadas. Foi reforçada sempre a correta técnica de utilização do andarrilho para que o faça sempre em segurança.

UTENTE 5 (U5)

O U5 com 73 anos de idade, sexo masculino e reformado, reside em casa térrea com a esposa. Foi referenciado pela ECL para tratamento de ferida na região anal por diagnóstico de Abscesso/Fístula anal. Tem antecedentes de AVC e diminuição da força muscular à direita, mas recuperou e era independente das AVD's e trabalhava na sua horta. Devido ao abscesso teve internado no hospital e quando teve alta para casa ficou acamado. Na 1ª avaliação U5 com 15/15 na avaliação do estado de consciência através da Escala de Glasgow. Apirético, com TA de 114/72 mmHg e FC de 54 bpm.

Foi aplicado o Índice de Barthel para avaliação da funcionalidade, tendo-se obtido o valor 40/100 equivalente a grave dependência. Relativamente à avaliação da força muscular, de acordo com a escala de avaliação da força muscular MRC, o U5 apresentava uma força 4/5 à esquerda e 5/5 à direita nos membros superiores sendo capaz de realizar o movimento ativo, completando o arco do movimento, contrariando a resistência. A avaliação do equilíbrio segundo Escala de Equilíbrio de Berg não foi aplicada por o utente estar acamado. A avaliação do risco de queda através da Escala de Morse resultou na avaliação “baixo risco” pontuando unicamente por U5 apresentar antecedentes de queda.

Foi implementado o programa de reabilitação respeitando o delineado na tabela 1, diagnóstico 1 e 2, ao qual o U5 ofereceu muita resistência em colaborar, era sempre necessário muita persuasão. Referiu ligeira melhoria na funcionalidade, colaborante mais com a prestadora de cuidados na realização de algumas tarefas, como, vestir-se,

despir-se, comer e uso do urinol. A transferência para a posição de sentado nunca chegou a fazer sozinho, por pouca colaboração.

Seguem-se na tabela abaixo os resultados obtidos nos três momentos de avaliação:

Tabela 7 Resultados obtidos Utente 5

	1 ^a Avaliação	2 ^a Avaliação	3 ^a Avaliação
Índice de Barthel	40/100	55/100	55/100
Força muscular	4/5	4/5	4/5
Equilíbrio	-	-	-
Risco de queda	25	25	25

Aquando do final do programa foi proposto ao utente e família ingressar numa Unidade de Media duração para reabilitação ao qual o utente recusou.

5.2 GANHOS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Após a implementação do programa é indispensável proceder à análise dos resultados das intervenções implementadas de forma a averiguar se os objetivos foram alcançados. Durante a implementação do projeto de intervenção e, de acordo com os critérios de inclusão definidos foram avaliados cinco utentes. Os resultados obtidos foram sujeitos a técnicas de natureza descritiva, ou seja, foram aplicadas um conjunto de regras que resumem a informação recolhida de uma amostra sem perda de informação (Vilelas, 2017).

Com o objetivo de avaliar a capacidade funcional dos utentes foi utilizado o Índice de Barthel, desta forma no gráfico 1 estão representadas as avaliações individuais dos participantes nos três momentos de avaliação. Como se pode constatar nem todos os scores melhoraram, mas, devido a situações muito específicas, como foi o caso de uma queda bastante traumática e que fez regredir o U1 enquanto o U3 acabou por vir a falecer. Nos restantes participantes os scores melhoraram ou mantiveram-se, como no caso do U5 da 2ª para a 3ª avaliação, havendo um melhoramento significativo da 1ª para a 2ª avaliação.

Apesar de o gráfico não espelhar os diagnósticos, existem dois casos em que os utentes sofrem de patologias degenerativas e que pela própria evolução da doença estes utentes irão gradualmente perder as capacidades, no entanto, tenta-se atrasar ao máximo essa tendência.

A presença de co morbilidades pode ser um fator significativo e alvo de reflexão quando se avaliam os utentes. Estes participantes como a maioria dos utentes destas faixas etárias acumulavam outras doenças que podem dificultar o sucesso das intervenções de enfermagem de reabilitação.

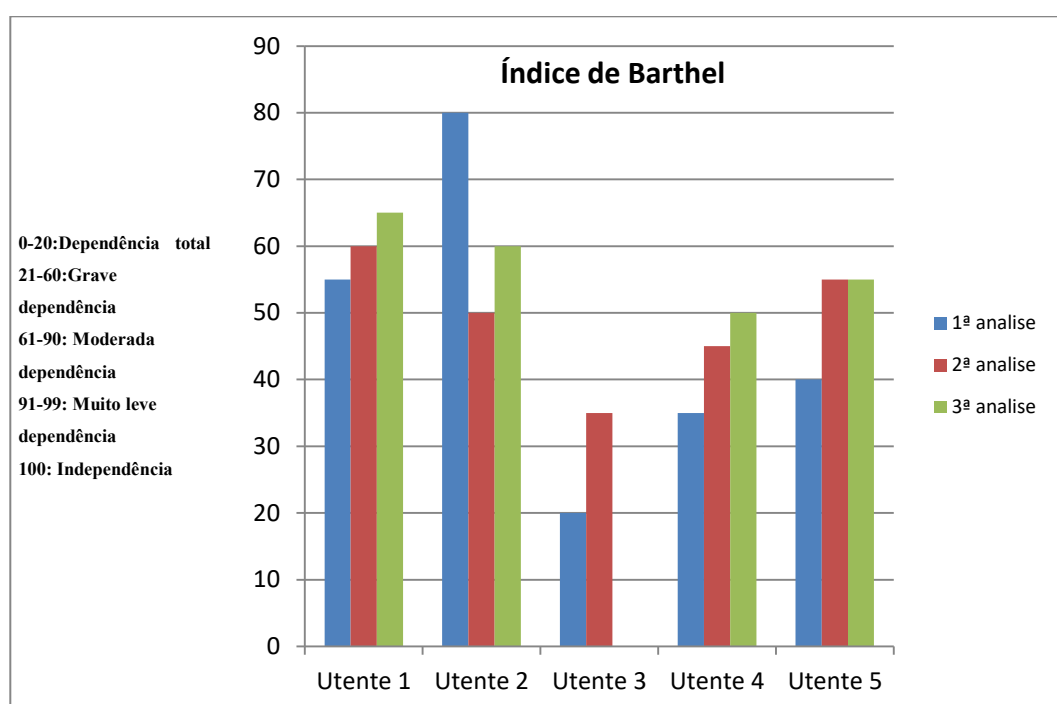
O processo de envelhecimento provoca alterações ao nível de vários sistemas (Radwanski, 2011). Os participantes deste projeto apresentavam todos co morbilidades, como a diabetes Mellitus, hipertensão arterial, doença neuro degenerativas, doença pulmonar, insuficiência renal que, por si só algumas delas, como as doenças do foro neurológico podem provocar incapacidades, mas no caso das outras patologias podem não produzir alterações na marcha, mas que podem dificulta-la, porque estas patologias vão naturalmente fragilizar os utentes. Todos os participantes apresentavam co morbilidades.

No que se refere ao nível de independência dos utentes para a realização das AVD's, avaliado o Índice de Barthel na 1ª avaliação, os valores vão de moderada dependência a dependência total, não se verificando independência nem nenhum dos casos. As capacidades funcionais dos idosos também influenciam os resultados das intervenções do EEER (Radwanski, 2011).

A continuidade dos cuidados de EEER, assim como as restantes intervenções multidisciplinares são fatores determinantes na melhoria das capacidades e da recuperação. Também de realçar os fatores motivacionais e o envolvimento da família para melhorar a adesão dos utentes ao plano terapêutico. Através do ensino e treino de

marcha com dispositivos auxiliares foi possível capacitar 4 dos participantes para este exercício, favorecendo uma maior qualidade no concretizar da marcha e das restantes AVD's.

Gráfico 1- Representação estatística dos resultados da avaliação do Índice Barthel aos participantes do estudo nos 3 momentos de avaliação.



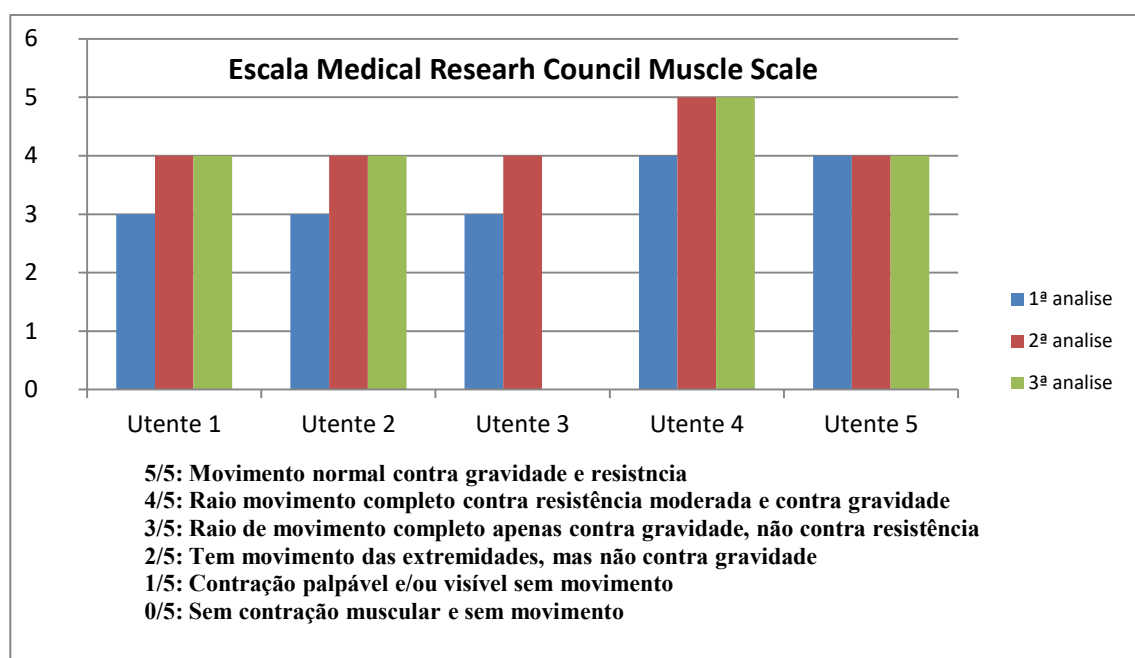
No gráfico seguinte é feita a avaliação da força e para isso foi usada a Escala MRC, as avaliações foram individuais para cada participante e realizadas em três momentos. A avaliação da força muscular foi aplicada no geral e não a cada membro específico por lapso.

No que se refere à força muscular, a avaliação é importante porque a diminuição da força muscular implica alterações na amplitude articular o que implica uma diminuição da funcionalidade dos utentes (Menoita, 2012). Neste gráfico podemos observar que da 1ª para a 2ª avaliação temos ganhos, ou seja, houve melhoria da força muscular exceto no U5 que manteve sempre o mesmo valor, conseguindo assim manter a força muscular apesar de se encontrar acamado.

A Manutenção da força muscular é a base para a execução de várias tarefas do quotidiano das pessoas, em particular para o andar (Preto, Gomes, Novo, Mendes,

Granero-Molina, 2016) o que atesta a importância da sua manutenção. A aplicação gradual de exercícios para favorecer a força muscular, consoante as capacidades de cada utente, foi fundamental para atingir este objetivo. É de salientar que os escassos dispositivos de apoio disponíveis no serviço usados na realização de mobilizações, como faixas e pesos, ou pertenciam aos utentes ou foram adquiridos pela EEER. Pinto (2018) e Hoeman (2011) reforçam a importância dos cuidados de enfermagem de reabilitação nos ganhos de força muscular em utentes sujeitos à imobilidade.

Gráfico 2 - Representação estatística dos resultados da avaliação da MRC aos participantes do estudo nos 3 momentos de avaliação



A pessoa com alteração do equilíbrio corporal vai ter obrigatoriamente a capacidade para andar comprometida e um maior risco de quedas. Apesar de a capacidade de equilíbrio diminuir, à medida que se envelhece, a intervenção do EEER é fundamental no desenvolvimento das competências necessárias na recuperação do equilíbrio e mais especificamente no andar, assim no gráfico 3 é realizada a avaliação do equilíbrio através da Escala de Berg e no gráfico 4 é realizada a avaliação do risco de quedas através da Escala de Morse individualmente para cada participante e como nas situações anteriores nos três momentos de avaliação.

Apesar de a capacidade de equilíbrio diminuir à medida que se envelhece (Marques-Vieira e Caldas, 2016) ocorreu uma melhoria significativa do equilíbrio em três dos utentes, tendo em conta que o U3 veio a falecer.

È de relevar a relação entre o equilíbrio e o risco de cada, a DGS (2015) no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, apresenta recomendações para a implementação de estratégias de intervenção para a prevenção de quedas e para a manutenção da segurança da pessoa/família, nos diferentes contextos. Para isso, os EEER conforme o regulamento nº122/2011 devem dinamizar iniciativas na área da governação clínica tendo como objetivo a prevenção de quedas.

Gráfico 3 - Representação estatística dos resultados da avaliação da Escala de Equilíbrio de Berg aos participantes do estudo nos 3 momentos de avaliação.

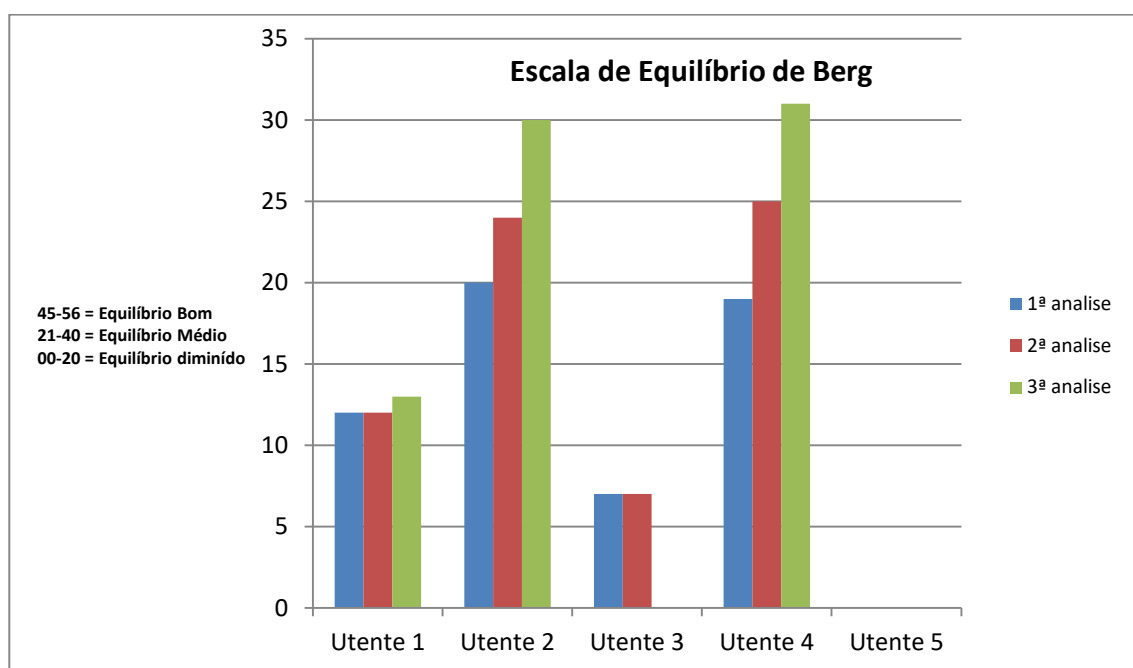
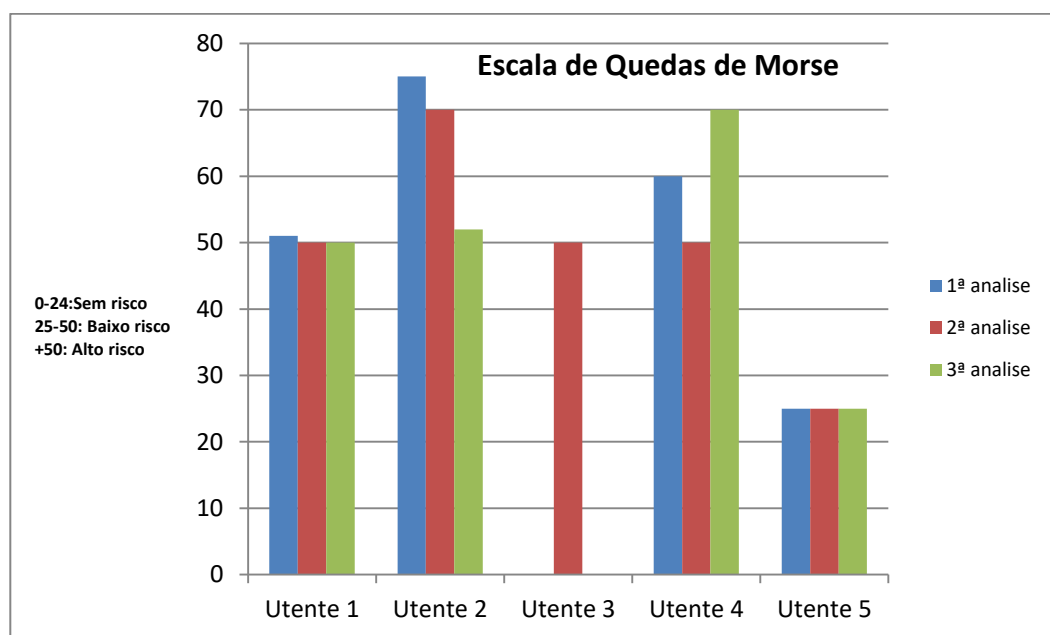


Gráfico 4 - Representação estatística dos resultados da avaliação da Escala de Quedas de Morse aos participantes do estudo nos 3 momentos de avaliação



Neste último gráfico verifica-se que todos os participantes apresentam risco de queda no momento da 1ª avaliação, apenas encontrando-se um utente com baixo risco, que se encontra acamado e consciente das suas limitações todos os restantes participantes apresentam alto risco de queda, com a introdução do projeto pode-se observar uma melhoria dos U1 e U2, estes dois utentes apresentavam um risco de queda mais elevado na 1ª avaliação e que durante e no final do programa de reabilitação baixou esse risco. No caso do U4 mais uma vez a queda traumática entre a 2ª e a 3ª avaliação veio trazer um retrocesso na evolução que era de melhoria. O U5 manteve desde o início o mesmo valor de risco.

6. DISCUSSÃO

Tendo em conta os resultados apresentados, de seguida procede-se à sua discussão conforme as evidências encontradas em estudos publicados. Será feita uma análise crítica, de modo a possibilitar uma melhor compreensão.

Numa revisão dos dados sociodemográficos esta amostra apresenta um grupo etário de pessoas idosas, a OCDE (2019) define população idosa como aquela que apresenta pessoas com 65 anos ou mais de idade. Os dados recolhidos vão de encontro às estatísticas do PORDATA em 2021 revelando que cerca de 23,4% da população portuguesa, tinham 65 anos de idade ou mais e que o índice de envelhecimento atingiu 182,1 idosos por cada 100 jovens. E esta é uma tendência que se deve manter, o índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará, atingindo os 300 idosos por cada 100 jovens, em 2080, sendo a projeção de que o Algarve será a região menos envelhecida, com um índice de 204 (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2020).

Segundo os dados do Recenseamento de 2011 do INE o nível de incapacidade funcional dos idosos portugueses, indicam que cerca de 50% da população com 65 e mais anos refere ter muita dificuldade, “ (...) ou não consegue mesmo realizar pelo menos uma das seguintes AVD’s, como ver, ouvir, andar, memória/concentração, tomar banho/vestir-se, compreender os outros/fazer-se entender”. Como é expetável, à medida que avança a idade, aumenta o número de pessoas com dificuldade na realização das atividades, bem como o número de dificuldades que têm (Moreira, 2020). No mais recente Inquérito Nacional de Saúde de 2019, Moreira (2020) descreve que as questões da mobilidade são as mais problemáticas, mais de metade dos idosos tem problemas em andar e subir ou descer degraus.

Pretende-se reforçar a importância de um envelhecimento ativo e saudável, pois este produz um impacto positivo na qualidade de vida dos idosos, a uma maior satisfação aos profissionais de saúde e aos seus cuidadores informais assim como maior eficiência e aumento da produtividade dos sistemas de saúde e da segurança social (ENEAS 2017).

As redes informais, formadas por familiares, vizinhos e amigos, têm uma importância fundamental para a manutenção da autonomia, saúde mental e satisfação com a vida (Moreira, 2020). Ao analisar o estado civil constata-se que a maioria dos participantes deste estudo são casados, pelo que neste caso, é o outro conjugue quem assume o papel de cuidador informal. Segundo Pereira (2011) o cuidador informal é aquela pessoa que assume a responsabilidade do cuidar do outro. Pereira num estudo acerca da experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado, relata que a maioria das pessoas após um evento súbito negativo necessitaram de cuidador informal independentemente do diagnóstico médico.

A manutenção de bons níveis de força muscular é fundamental para a execução de várias tarefas quotidianas, nomeadamente o andar (Preto et al., 2016). Em relação à melhoria da força muscular pode-se observar que 4 em 5 utentes deste estudo após o programa de reabilitação tiveram melhoria da força muscular. Preto et al. (2016) ao estudarem os efeitos de um programa de enfermagem de reabilitação na aptidão funcional dos idosos institucionalizados verificaram um aumento de força global a nível do membro dominante e membros inferiores após exercícios de treino de força muscular, o que se traduziu na melhoria da capacidade funcional.

Durante o ciclo vital o corpo humano passa por transformações que ocasionam a diminuição de algumas capacidades físicas como é o caso do equilíbrio. O comprometimento do equilíbrio está associado à idade, polimedicação e patologias (Coelho et al., 2017).

Com a intenção de melhorar o equilíbrio corporal e consequentemente, a diminuição do risco de queda foram utilizadas as escalas de Berg e a escala de Morse a fim de monitorizar a evolução ao longo projeto de intervenção. No primeiro momento de avaliação apurou-se que o equilíbrio corporal encontrava-se alterado, significando isto que a maioria dos participantes apresentava um equilíbrio diminuído. Em simultâneo com estas alterações a nível do equilíbrio o risco de queda na maioria dos participantes apresentava-se elevado. Estes dados vão de encontro ao estudo de Sarges, Santos & Chaves (2017) em que estes autores verificaram que a maioria das pessoas idosas apresentam um elevado risco de queda, o que justifica a necessidade de implementar medidas preventivas para evitar as quedas. Na segunda avaliação a situação referida melhorou após a intervenção de enfermagem de reabilitação. No caso da amostra deste estudo, o fato de existirem 2 participantes com patologia neurológica

vai de encontro a uma revisão sistemática da literatura realizada por Mansfield, Wong, Bryce, Knorr & Patterson (2015) que da análise de um programa de reabilitação focado no treino de equilíbrio em pessoas idosas com perturbações neurológicas puderam demonstrar que o treino de equilíbrio reduz a probabilidade de quedas nestas pessoas. Também, na revisão sistemática da literatura realizada por Cunha & Pinheiro (2016) sobre o papel do exercício físico na prevenção das quedas nos idosos, concluíram que de uma forma geral os programas de exercício físico são eficazes na diminuição do risco de queda e que o tipo de exercício físico mais eficaz na prevenção das quedas nos idosos é o treino de equilíbrio.

Neste estudo a amostra representa um grupo de idosos com o andar comprometido. Este fato pode ser justificado pela prevalência do grupo etário se encontrar entre os 65 e 87 anos de idade. Numa revisão de literatura, Pirker & Katzenschlager (2016), afirmam que a prevalência de perturbações da marcha aumenta 10% em pessoas com idades entre os 60-69 anos de idade e mais de 60% em indivíduos com idade superior a 80 anos.

Após a amostra deste estudo ter sido sujeita a um programa de reabilitação direcionado para a melhoria da capacidade de andar verificou-se que a maioria evoluiu para um *status* de menor dependência com o uso de um auxiliar de marcha. O auxiliar de marcha selecionado foi o andarilho para colmatar a diminuição do equilíbrio. O EEER tem a competência para elaborar e implementar treino de AVD's com a intenção de adaptar os utentes às limitações de mobilidade existentes e intervir de forma a ensinar e supervisionar a utilização de produtos de apoio, para maximizar a funcionalidade da pessoa (Regulamento 1258/2011).

Os resultados obtidos através da implementação deste programa de reabilitação a pessoas idosas com o andar comprometido contribuíram para os ganhos em saúde nestas pessoas com défice no andar ao diminuir a dependência nos autocuidados. Desta forma e tendo em conta a evidência de estudos já realizados e que reforçam esta premissa, admite-se que foram desenvolvidas um conjunto de intervenções benéficas para os utentes que beneficiaram deste projeto de reabilitação.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETENCIAS ADQUIRIDAS

O presente capítulo surge de forma a permitir realizar uma análise e uma abordagem reflexiva dos objetivos de estágio e das competências adquiridas e desenvolvidas em função das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, das Competências de Mestre e dos objetivos de aprendizagem do Mestrado em Associação, salientando a sua importância e adequação.

7.1 COMPETENCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O enfermeiro especialista (EE) é o enfermeiro a quem é reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na área de especialidade a que lhe foi atribuído o título. O título de EE inclui para além das competências descritas em cada regulamento de cada especialidade um conjunto de competências comuns que são aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Regulamento nº140/2019).

O enfermeiro especialista é caracterizado por possuir conhecimentos, capacidades e habilidades e que mediante as necessidades de saúde de grupo-alvo, atua em todos os contextos de vida em diferentes níveis de prevenção. As competências do EE resultam do aprofundamento dos conhecimentos e de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Independentemente da área de especialidade, todos os EE partilham um grupo de domínios comuns que são aplicados em todos os contextos da prestação de cuidados em saúde (primários secundário e terciário). Além disto, os EE têm a responsabilidade nas dimensões da educação dos utentes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e de disseminar e de orientar investigação relevante, de forma a melhorar a prática de enfermagem (Regulamento nº140/2019).

Existem quatro domínios de competências comuns: competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019).

7.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Tendo em conta que a tomada de decisão ética é suportada em princípios, valores e normas deontológicas, pressupostos transversais a todo o exercício profissional de enfermagem, é importante referir que foram aspetos aperfeiçoados ao longo do estágio. Na base está o comportamento demonstrado e as decisões tomadas perante as situações de cuidados, refletindo-se no respeito pela pessoa, pela sua dignidade, considerando-a como um ser único, detentor de autonomia, inserido num ambiente com o qual interage (OE, 2015).

Para desenvolver estas competências foi fundamental promover o respeito pelo direito da pessoa ao acesso à informação e à confidencialidade e promover o respeito à autodeterminação, considerando os seus valores, costumes e crenças.

Esta atuação ficou demonstrada ao longo do estágio através de diversas intervenções, tais como, a construção do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação em conjunto com a pessoa e/ou família, facultando informações acerca das vantagens das diferentes intervenções, apoiado na escolha e respeitando a tomada de decisão. Quando a pessoa não demonstrou capacidade para exercer a sua autonomia, foi fundamental o envolvimento da família, o que possibilitou a aquisição de conhecimentos acerca dos valores, costumes e crenças de modo a que as intervenções implementadas se conjugassem com as suas preferências.

Na base da realização destas atividades está a aplicação dos princípios implícitos no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamento das Competências Específicas do EEER. Toda a atuação do enfermeiro deve ser sustentada pelo REPE e CDE. Nestes documentos estão

enunciados os termos de regulação e suporte da prática profissional (OE, 2015). Durante o desempenho profissional, foi alicerçada cada intervenção nos princípios implícitos no REPE e CDE.

Para intervir com os utentes foi muitas vezes, utilizada a escuta ativa, a aceitação, a empatia e a clarificação de forma a desenvolver uma relação de parceria, permitindo a reestruturação do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, sendo priorizadas as necessidades e preferências destes utentes, resultando numa melhor adesão ao tratamento. É esta a essência dos cuidados de enfermagem, “é a relação com o doente que se torna o eixo dos cuidados, no sentido em que é, simultaneamente, o meio de o conhecer e de compreender o que ele tem, mas ao mesmo tempo detém em si própria um valor terapêutico” (Collière, 1997, p.152).

De acordo com o Artigo 102º dos valores humanos do CDE, o enfermeiro deve “Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida” (OE, 2015, p.82). Este princípio permite valorizar o respeito pela tomada de decisão, em que as escolhas são verdadeiramente livres. Encontra-se inteiramente relacionado com a doutrina da dignidade humana e dos direitos humanos fundamentais e como tal, os enfermeiros têm o dever de capacitar a pessoa para o exercer (Fernandes & Vareta, 2018).

Durante as intervenções foi sempre respeitado e promovido o direito à autonomia da pessoa e integrado na prestação de cuidados os seus valores e crenças. A pessoa, como ser detentor de autonomia, deve ser sempre capacitada para definir o seu projeto de saúde e os objetivos que se propõe alcançar. No fundamento desta ação foi estabelecida uma parceria na relação dos cuidados, onde a saúde da pessoa passou a ser da sua responsabilidade e não apenas dos profissionais de saúde. A pessoa deverá ser encarada como parceira no processo de cuidar e ter a possibilidade de escolher os cuidados que pretende receber, ou seja, exercer a sua autonomia de modo a existir uma real adesão às intervenções implementadas. É através desta relação que se efetiva os cuidados centrados na pessoa (Fernandes & Vareta, 2018).

7.1.2 Domínio da melhoria da qualidade

De forma a desenvolver competências ao nível da melhoria da qualidade revelou-se fundamental aprofundar conhecimentos, pelo que foram consultadas normas, protocolos e projetos existentes no serviço, assim como pesquisa bibliográfica na área da qualidade da prestação de cuidados ao idoso com andar comprometido e aplicação dos princípios de gestão de um ambiente seguro na prestação de cuidados.

Como atividades realizadas como contributo para a melhoria contínua da qualidade no âmbito da melhoria da autonomia da pessoa idosa, foram realizadas sessões em contexto de domicílio de educação para a saúde. O planeamento destas sessões permitiu transferir um raciocínio do domínio teórico para o domínio operacional, que resultou numa intervenção multidimensional. Os cuidados de enfermagem devem dirigir-se não só à reabilitação da pessoa, mas também a todas as condições que favorecem o seu bem-estar e qualidade de vida (Guerra, 2021).

Todos os profissionais de saúde devem encarar a segurança da pessoa como uma preocupação, um objetivo e uma obrigação prática. Para tal, é expectável que estes possuam competências para a promover em todos os momentos da prestação de cuidados (Fernandes & Vareta, 2018).

Cabe ao enfermeiro especialista identificar as lacunas na atuação da equipa de enfermagem e intervir de modo a minimizá-las. A sua atuação deve envolver “as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem” (OE, 2011).

7.1.3 Domínio da gestão dos cuidados

Este estágio permitiu demonstrar a capacidade de realizar uma avaliação global da pessoa, das suas habilidades e necessidades. Permitiu uma visão holística,

englobando a pessoa como um todo, em interação com o seu ambiente (Dias, 2021). Foi com base nessa avaliação que foram planeados os cuidados de saúde e que foram realizadas as referenciações para os restantes elementos da equipa multiprofissional.

A gestão de recursos humanos e a coordenação de cuidados implicam uma adequada articulação com outros profissionais ao nível das equipas de saúde, dentro e fora das instituições. Para o desenvolvimento destas competências foram realizadas atividades como, a avaliação das necessidades da pessoa, a colaboração nas decisões da equipa multiprofissional e a referenciação para outros profissionais de saúde. Estas intervenções permitiram gerir os cuidados de enfermagem em função dos recursos existentes e das necessidades da pessoa e família, envolvendo os elementos da equipa de enfermagem na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Foi fundamental para o desenvolvimento desta competência foi a participação nas reuniões da equipa multiprofissional, onde foram discutidas as necessidades de cuidados da pessoa, permitindo com estes dados estabelecer um plano de intervenção.

Durante o decorrer do estágio foi possível participar na gestão dos planos de cuidados das pessoas às quais foram prestados cuidados de enfermagem de reabilitação. Também foi possível realizar registos de enfermagem em SClínico ² e na plataforma da RNCCI. A informação que foi transmitida nos registos foi escrita de forma clara e objetiva, de modo a não suscitar dúvidas ou outras interpretações a quem a consulta.

Nos deveres relativos à excelência do exercício, artigo 109.º do Estatuto da OE está contemplado que o enfermeiro tem que “Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados, das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos” (OE, 2015, p.86). Neste domínio a Direção-Geral da Saúde (2017) considera que a continuidade de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados.

Ser enfermeiro implica saber interagir com outras pessoas. Este profissional tem como uma das bases do seu trabalho as relações humanas, sejam elas com a pessoa, os

² O SClínico é um sistema de informação evolutivo, desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, que nasce da vasta experiência com duas anteriores aplicações: o Sistema de Apoio ao Médico e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem.

seus familiares ou com a própria equipa multiprofissional. Na prática de enfermagem a comunicação assume-se como um instrumento fundamental para a sua intervenção (Fernandes & Vareta, 2018).

Com o decorrer do estágio, a comunicação foi um fator fulcral para o desenvolvimento da prática de cuidados e também para assumir a liderança junto da equipa multiprofissional. Comunicar de forma eficaz é uma capacidade que o EEER deve dominar, pois irá influenciar diretamente a sua prática junto da pessoa e também a nível da liderança da equipa de enfermagem. É exigido para além dessa capacidade, o domínio de conhecimentos na sua área de intervenção, pois ao assumir a função de EEER está-se a avocar a função de perito.

7.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Os domínios de competências comuns do enfermeiro especialista interligam-se, pois têm na sua essência uma base transversal que permite um desenvolvimento conjunto.

Segundo a OE (2011) o enfermeiro especialista detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

O processo de reflexão acerca da tomada de decisão possibilitou desenvolver competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A reflexão sobre a prática permite consciencializar acerca do porquê da ação da enfermagem perante determinada situação. Possibilitou equacionar várias hipóteses, priorizar e deliberar sobre o que é mais adequado, indo ao encontro das necessidades da pessoa, respeitando os seus direitos e valores (Dias, 2021).

É através da tomada de decisão que se desenvolvem as ações, logo é fulcral saber refletir acerca desse processo. A capacidade de refletir é uma condição *si ne qua non* para que o enfermeiro se torne perito. O valor atribuído à reflexão intencional

acerca da ação possibilita construir conhecimento em enfermagem. No âmago deste processo está o aprender com base na consciência dos pressupostos inerentes à tomada de decisão. É nessa capacidade de pensar a ação, que surge o fundamento para a evolução da prática e para a melhoria contínua da qualidade do desempenho profissional (Fernandes & Vareta, 2018).

A aprendizagem realizada durante este estágio foi sustentada pelo questionar da prática. Esta reflexão permitiu desafiar a intervenção, transformando a ação. Na essência deste processo esteve a tomada de consciência implícita no agir, no pensamento, nas crenças e nos valores.

Um outro aspeto fundamental para a prestação de cuidados de qualidade prende-se com o facto do enfermeiro especialista possuir um padrão de conhecimentos sólidos e válidos. Este enfermeiro para agir tem que “ser capaz de em cada situação de cuidados usar a evidência em função do bem do outro, protegendo a sua vulnerabilidade e respeitando os seus valores e expectativas” (Botelho, 2010). É através do reconhecimento dos direitos e valores universais e constitucionais, bem como o apreço pelos princípios éticos, morais e respetivo código deontológico, associado a um profundo conhecimento científico e experiência profissional que se assume o nível de perito (Fernandes & Vareta, 2018).

7.2 COMPETENCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIROO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

No contexto da definição de Padrões de Qualidade em Enfermagem de Reabilitação, a OE (2015) refere que a intervenção do EEER “traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia.” Este enfermeiro concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões

relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa (OE, 2015).

Tendo em conta a intervenção do EEER, as atividades que realizadas não são exclusivas de um domínio de competência. Existe uma transversalidade entre os diferentes domínios, pois ao intervir com a pessoa é possível também cuidar, capacitar para a reinserção e exercício da cidadania e também maximizar a funcionalidade.

7.2.1 Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

A avaliação revela-se de extrema importância, pois permite compreender, fundamentar e estabelecer as prioridades de implementação dos cuidados de enfermagem. O recurso a instrumentos de avaliação, permite recolher dados que possibilitam fundamentar a tomada de decisão do EEER, contribuindo também, para ter uma visão holística da pessoa, tendo em conta a sua singularidade, uma vez que nos levam a compreender quais as dimensões afetadas, as consequências funcionais negativas e os aspetos que constituíam fatores de risco para a pessoa.

A consulta prévia dos processos clínicos e a colheita de dados através da entrevista à pessoa e seu cuidador, possibilitaram aprofundar conhecimentos acerca da situação clínica e da história pessoal, assim como, avaliar a funcionalidade e identificar as necessidades de intervenção.

A utilização destes instrumentos foi útil na avaliação inicial, mas também ao longo de toda a intervenção, como forma de comparar a evolução da pessoa, evidenciando os ganhos em saúde.

Após a avaliação inicial, foi discutido com a pessoa e família as alterações da função identificadas, bem como os fatores de risco. Foram definidas em parceria as estratégias a implementar de forma a promover o bem-estar e a qualidade de vida, e os resultados esperados. Foram elaborados e implementados planos de cuidados, selecionando e prescrevendo as intervenções que iriam permitir otimizar ou reeducar a

função alterada, assim como eliminar ou minimizar o efeito dos fatores de risco presentes.

Posteriormente, procedeu-se à monitorização da eficácia das intervenções implementadas, otimizando-as em função dos resultados evidenciados. Estas intervenções permitiram não só cuidar da pessoa, mas capacitá-la para adaptar-se às suas limitações. Pretende-se a sua reintegração na comunidade, mantendo o bem-estar e qualidade de vida.

Esta atuação cumpre os desígnios estabelecidos pela OE, para a intervenção do EEER. Este tem como objetivo 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 diária, e, minimizar o impacto das incapacidades instaladas” (OE, 2019).

Para que esta atuação seja eficaz o EEER utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida” (OE, 2019).

7.2.2 Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

Foi possível, durante o estágio intervir com a pessoa de modo a prevenir a redução da capacidade funcional associada ao processo de envelhecimento e de doença.

A limitação da capacidade funcional compromete a independência e o futuro da pessoa, estando diretamente ligada ao seu bem-estar e qualidade de vida. Para minimizar este risco, o EEER deve intervir com a pessoa, capacitando-a através da promoção da mobilização e prática de exercício físico, treino específico de AVD's, realizando sessões de educação para a saúde promovendo a funcionalidade (Miller, 2012).

Para intervir, foi avaliada a problemática da limitação da atividade para a pessoa e as implicações para a sua participação na sociedade. Com o objetivo de capacitá-la para o autocuidado e visar a reinserção e exercício da cidadania foram desenvolvidas intervenções autónomas do EEER, nomeadamente treinos específicos de AVD's. Foram selecionados, prescritos e realizados ensinamentos e supervisionado o uso de produtos de apoio, como os auxiliares de marcha (bengala com três pontos de apoio, muletas e andarilhos).

Esta atuação é preconizada pelo Regulamento das competências específicas do EEER e pelo Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (OE, 2015).

De referir que apesar de ser reconhecida a competência do EEER para a seleção, prescrição, ensino, instrução e treino com produtos de apoio, a participação económica para a aquisição da maioria dos produtos está limitada à prescrição por um médico (Despacho nº 7197, 2016).

Tendo em conta a reinserção social da pessoa, durante o estágio foi possível intervir com o objetivo de, além de capacitar a pessoa capacitar também a família de forma a estimular a desenvolver as suas capacidades ao invés de substituir na sua execução. Neste domínio, um dos fatores de risco que leva a consequências funcionais negativas é o estereótipo que tende a desvalorizar a capacidade da pessoa idosa. Tendo em conta este aspeto, a intervenção com a família demonstrando as capacidades da pessoa é extremamente importante e promotora da funcionalidade (Miller, 2012). Para tal, é fundamental o conhecimento e compreensão da dinâmica familiar, permitindo envolver a pessoa e a sua família no planeamento e execução dos cuidados.

Por vezes a natureza súbita e inesperada da necessidade de iniciar a função de cuidador, sem preparação prévia é uma experiência que tem que ser reconhecida e compreendida. Ser inesperadamente cuidador implica uma gestão do tempo pessoal que permita responder às necessidades de outra pessoa (Pereira, 2011). Requer um esforço suplementar de adaptação, de modo a assumir a responsabilidade dos cuidados e a necessidade de mudança no seu projeto de vida (Fernandes, 2011), pelo que esta problemática deve ser alvo de atenção por parte do EEER. Na maioria das vezes a sobrecarga que o processo de cuidar acarreta é potencialmente promotora de uma tensão que pode culminar num processo disruptivo de toda a dinâmica familiar (Fernandes,

2011). Esta não pode ser ignorada pelos profissionais de saúde, pois tem que existir o reconhecimento do contributo do cuidador informal na prestação de cuidados.

Os cuidadores informais são o maior recurso que os profissionais de saúde podem utilizar, tendo implicações diretas no processo de reabilitação, devendo assim a abordagem ser consistente, possibilitando a aquisição de capacidades que permitam lidar com a situação da pessoa doente (Pereira, 2011). O cuidador informal deve ser encarado como parceiro no cuidar, sendo desta forma esta a atuação base para a conceção de uma prática de cuidados centrados na pessoa. Ao trabalhar em parceria com a pessoa e família, é possível identificar as suas necessidades e estabelecer uma relação que permite resolver os problemas identificados (Fernandes, 2011).

7.2.3 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

O EEER deve intervir com a pessoa promovendo a sua funcionalidade, o seu bem-estar e qualidade de vida (Miller, 2012). Seja “em relação a uma doença, a uma deficiência, ou em relação a uma dificuldade, é necessário precisar a natureza dos problemas encontrados em termos de funcionalidade” (Collière, 1997, p.301).

Neste âmbito, durante o estágio foram desenvolvidas intervenções com a pessoa no sentido de maximizar as suas capacidades funcionais, conduzindo a um melhor desempenho. Foram realizados ensino, instrução e treino de fortalecimento muscular, de desenvolvimento de equilíbrio corporal e de marcha com ou sem recurso a produtos de apoio. Tendo em conta o objetivo de maximizar a funcionalidade da pessoa, considerando que as alterações decorrentes do processo de envelhecimento podem interferir no desempenho motor e cardiorrespiratório, foi fundamental a implementação do treino de tolerância ao esforço. Foram realizados ensinamentos, instrução e treino das posições de descanso e relaxamento, assim como a consciencialização e controlo da respiração, técnicas de correção postural e exercícios de mobilização osteoarticular, treino dos músculos envolvidos no processo respiratório e técnicas de conservação de energia.

Como o sucesso do processo de reabilitação depende não só das sessões de reeducação funcional, mas também do desempenho da pessoa durante as restantes horas do dia é fundamental a aquisição de conhecimentos que lhe permitam lidar com as alterações de saúde (Hoeman, 2000; Menoita, 2014). Muitos dos desafios que se colocam à pessoa idosa envolvem a funcionalidade, logo estes necessitam de informação, não só acerca do processo de envelhecimento, mas também das intervenções que promovem o bem-estar (Miller, 2012).

Neste sentido, ao serem planeadas as sessões de reeducação funcional, foi englobado o ensino à pessoa e família acerca do programa de reabilitação, quais os exercícios a realizar, como e o número vezes que devem ser executados. Tendo sempre em conta, a fisiopatologia da doença em causa, assim como, as patologias associadas e as consequências funcionais implícitas, a importância da adesão ao tratamento e a manutenção de hábitos de vida saudáveis, como a prática de exercício físico, a alimentação equilibrada, a evicção tabágica e a vacinação sazonal.

Ao possibilitar o aumento do conhecimento pela partilha de informações, permitimos que a pessoa maximize a sua capacidade funcional (Miller, 2012).

A monitorização dos resultados obtidos com recurso a escalas é imprescindível para o desempenho profissional do EEER, pois permitem avaliar a necessidade de reestruturar o programa de intervenção e dão visibilidade à sua intervenção, ao produzirem indicadores de resultado em termos de ganhos para a saúde (OE, 2015).

Como o andar é um fenómeno multidimensional, as intervenções foram delineadas tendo em conta a visão holística da pessoa. Foi realizada uma avaliação multifatorial do risco que incluiu a componente ambiental, a força muscular, o equilíbrio corporal, a marcha e da capacidade funcional para realizar as AVD. De acordo com os fatores de risco identificados foram implementados programas de reabilitação que eliminaram ou diminuíram a sua influência.

7.3 COMPETENCIAS DE MESTRE

Para adquirir as competências de mestre, segundo o Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro este, tem de ser detentor de conhecimentos e capacidades de compreensão, para que lhe seja possível desenvolver os mesmos. Ou seja, deve possuir conhecimentos e capacidades de compreensão que facilitem a produção científica; aplica os seus conhecimentos na gestão de situações complexas em contextos multidisciplinares; comunica conclusões, conhecimentos e raciocínios através da produção científica; e, procura novo conhecimento de forma autónoma.

A identificação da situação problemática do andar comprometido e o desenho do projeto de intervenção contribuíram para o desenvolvimento desta competência.

Está preconizado que no final do mestrado e, segundo o Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro, os estudantes consigam comunicar as conclusões retiradas de todo o seu percurso académico, incluindo os conhecimentos e raciocínios que lhes sejam subjacentes. Com os resultados obtidos foi possível dar início a uma nova fase, a produção científica.

Aqui vamos de encontro à competência que se refere à comunicação de conclusões, conhecimentos e raciocínios através da produção científica, concretizado na apresentação do presente relatório, exposição dos resultados e na sua defesa pública. Todo o percurso realizado e, as competências nele adquiridas refletem que o conhecimento é infundável e que devemos buscá-lo continuamente.

O programa de cuidados de reabilitação a pessoas com o andar comprometido, com a finalidade de avaliar os ganhos na capacidade da pessoa para o andar. Foram tidas em conta as responsabilidades éticas, sociais e profissionais de todas as intervenções durante a implementação do projeto. Os resultados do projeto de intervenção, contribuíram para o desenvolvimento. Durante a prática clínica foi implementado um projeto de intervenção profissional sustentado numa disciplina científica de enfermagem e acima de tudo contribuíram para a melhoria da qualidade de vida das pessoas através da melhoria do autocuidado. Durante todo o processo, houve uma constante mobilização de conhecimentos, reflexões e aperfeiçoamentos que foram analisados e discutidos com os orientadores e supervisores dos ensinos clínicos.

Desta forma, considera-se globalmente que foram adquiridas as competências de Mestre.

CONCLUSÃO

De acordo com o proposto para a unidade curricular, a elaboração deste relatório pretendeu comprovar a capacidade de reflexão crítica sobre as práticas realizadas, fundamentadas na teoria e evidência científica, manifestando assim as competências de mestre e de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação adquiridas.

As intervenções no âmbito da reeducação funcional motora foram de extrema importância para a melhoria da funcionalidade destes utentes, de entre as quais destacamos a mobilização precoce e o treino de marcha. Para realizar intervenções do âmbito motor foi ainda relevante desenvolver exercícios de reeducação funcional respiratória, que permitiram a melhoria da ventilação e do padrão respiratório e, consequentemente aumentaram a tolerância do doente aquando do treino motor. Por sua vez, o treino de AVD's contribuiu para prevenir as complicações decorrentes da imobilidade uma vez que permitiu o desenvolvimento da autonomia da pessoa e a sua posterior integração na comunidade. Estes programas contaram sempre com a cooperação da equipa multidisciplinar visando a maximização da funcionalidade e a promoção da autonomia e qualidade de vida.

Verificou-se que os participantes, pela aplicação das intervenções definidas no projeto de intervenção, melhoraram o desempenho no autocuidado andar. Na generalidade dos casos, verificou-se ainda o aumento da força muscular e do equilíbrio corporal inseridos no projeto. Estes ganhos, já foram documentados por vários autores, nomeadamente, Sousa e Carvalho (2016), que referem que existem ganhos aquando da intervenção de ER ao nível do aumento da força muscular e da amplitude articular, da diminuição da dor, da melhoria do equilíbrio, do desempenho das AVD e da qualidade de vida.

Foi comprovado o descrito com a melhoria significativa do nível de autonomia nos autocuidados, avaliado pelo Índice de Barthel, em todos os participantes, revelando que ocorreu investimento no treino dos mesmos. Houve uma melhoria significativa da funcionalidade na maioria dos casos estudados e que, com a continuidade dos cuidados, foram prevenidas as complicações decorrentes da imobilidade a que estavam sujeitos pela situação de doença aguda.

Porém, todo o processo educacional que se criou para a melhoria da funcionalidade dos doentes em estudo foi considerado positivo. O contacto com as famílias/cuidadores, foi um elemento facilitador na transição da situação de saúde/doença das pessoas. Tal propósito, vai ao encontro com o dito por Sousa e Carvalho (2016), que evidenciam a importância da literacia em saúde e da educação destes doentes.

As limitações estão presentes em todos os estudos e este não foi exceção. Enquanto estudante, as intervenções planeadas no âmbito do andar comprometido, preconizadas neste projeto, tiveram muitas das vezes quebra na continuidade dos cuidados pela necessidade de deslocação de enfermeiros no âmbito da pandemia para centros de vacinação e as equipas ficaram reduzidas aos mínimos assim como os cuidados prestados.

Ao longo deste percurso foi muito penoso os adiamentos e os cancelamentos constantes, tornou-se difícil manter o foco e foi de extrema dificuldade nesta etapa final reunir mais uma vez toda a concentração e empenho constantemente dispersos.

Esta nova forma de estar/viver afetou-nos a todos, tanto como indivíduos como profissionais e foi necessário adaptarmo-nos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Agência para a Modernização Administrativa, IP. (AMA) (2022) EPortugal.gov.pt, o seu portal de serviços públicos. Acessível em: <https://eportugal.gov.pt/cidadaos/cuidador-informal/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>
- Altman, D. G., Aronson, J. K., Barber, M. S., Carpenter, J. E., Gagnier, J. J., Hanaway, P., Helfand, M., Kiene, H., Kienle, G. S., Koch, C. A., Moher, D., Riley, D. S., Rison, R. A., Schoenberger, T., Kaszkin-Bettag, M., Shamseer, L., Sox, H., Sudak, N. L., Sun, G. H. Werthmann, P. G. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of Clinical Epidemiology*, 89, 218–235.
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>
- Andrade, S. R., Ferreira, A., Piccoli, T., Ruoff, A. B., Schmitt, M. D., & Xavier, A. C. A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: Uma revisão integrativa. *Texto e Contexto Enfermagem*, 26(4), 1–12.
<https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- Barbosa, C. (2021). Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde: Enfermagem. Tempo para planear cuidados de saúde é escasso durante pandemia. Disponível em: <https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/enfermagem-tempo-para-planear-cuidados-de-saude-e-escasso-durante-pandemia-14387403.html>
- Barbosa, P., Carvalho, L., Cruz, S. (2015). Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acessível em: https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-989-98443-8-4.pdf
- Barros, P.P. (2013). Pela Sua Saúde. Fundação Francisco Manuel dos Santos e Pedro Pita Barros. Lisboa. Relógio D'Água Editores.
- Botelho, M. A. R. (2010). Evidência e Ética. *Pensar Enfermagem*, 2(14), 1. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/pe/index.asp?acao=showartigo&id_revistaartigo=60&id_revista=21

- Branco, T. & Santos, R. (2010). Reabilitação da pessoa com AVC. Coimbra, Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- CARE Development Group (2013). CARE checklist. CARE Case Report Guidelines. <https://www.care-statement.org/checklist>
- Coelho, C., Barros, H. e Sousa, L. (2017). Reeducação da função Sensoriomotora. In: C. Vieira e L. Sousa (Eds.). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida (pp. 227-251). Loures: Lusodidacta. Disponível em: https://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/1061/1/Bibl%20CERPL_227-251.pdf
- Collière, M. F. (1997). Promover a Vida. Lidel – edições técnicas, Lda.
- Cunha, P., & Pinheiro, L. C. (2016). O papel do exercício físico na prevenção das quedas nos idosos: uma revisão baseada na evidência. Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar, 32(2), 96–100. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v32i2.11732>
- Dias, M.J. (2021). Queda: A Magnitude de um Problema de Saúde Pública. In C. MarquesVieira, L. Sousa & C. Baixinho (Eds.), Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda (pp.585-591). Sabooks Lusodidacta.
- Direção Geral de Saúde (2019). Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Norma 008/2019. Acessível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 - Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016). Disponível em: <https://www.anmp.pt/wp-content/uploads/2020/03/198a.pdf>
- Fernandes, M. J. (2013). Envelhecimento bem-sucedido. In M. A. Lopes (Ed.), O cuidado de enfermagem à pessoa idosa (pp. 3-37). Lusociência.
- Fernandes, J. B. & Vareta, D. A. (2018). Enfermagem de Prática Avançada. Lisboa: Bubok Publishing.

- Fortin, M.F. (2009). Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação. Lisboa: Lusodidacta.
- George, F. (2019). Prevenir Doenças e Conservar a Saúde. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Artes Gráficas, Lda.
- Guerra, N. (2021). Dotações seguras na Gestão de Cuidados a Pessoas com Doença Aguda. In C. Marques-Vieira, L. Sousa & C. Baixinho (Eds.), Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda (pp.225-232). Sabooks Lusodidacta
- Hoeman, S. P. (2011). Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados. 4ªed. Loures: Lusodidacta.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2021). Estatísticas demográficas 2020. Instituto Nacional de Estatística. Visto em: <file:///C:/Users/nidia/Downloads/PtNumeros2020.pdf>
- Instituto da Segurança Social, IP. (ISS) (2011). Manual do prestador – Recomendações para a Melhoria Contínua. 1ª Edição. Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI.pdf
- Instituto da Segurança Social, IP. (ISS) (2022). Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (N37 – v4.24). Disponível em: https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a
- Lourenço, M e Moreno, M. (2016). Terapêutica de Posição: Princípios e finalidades. In: Ferreira, O. e Baixinho, C., Terapêutica de Posição (pp. 83-98). Loures: Lusodidacta.
- Mansfield, A., Wong, J.S., Bryce, J., Knorr, S. & Patterson, K. (2015). O Treinamento de Equilíbrio Baseado em Perturbação Previne Quedas? Revisão Sistemática e Meta-Análise de Ensaios Controlados Randomizados Preliminares. Fisioterapia, Vol. 95, Edição 5, pp 700-709. Disponível em: <https://doi.org/10.2522/ptj.20140090>
- Marques, C., Vieira, C. e Caldas, A. (2016). A Relevância do Andar: Reabilitar a Pessoa com Andar Comprometido. In Cristina Marques-Vieira e Luís Sousa, Cuidados de

Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da Vida. (pp.547-557). Loures: Lusodidacta.

Marques, S. (2011). Discriminação da Terceira Idade. Fundação Francisco Manuel dos Santos e Sibila Marques. Guide Artes Gráficas, Lda.

Menoita, E. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC. Loures: Lusodidacta.

Miller, C. A. (2012). Nursing for wellness in older adults. (6ª Ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde (2017). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa. Disponível em: https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/10/DGS_PNDCCV_VF.pdf

Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2022). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Disponível em: <https://www.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>

Moreira, J. G. (2020). Como Envelhecem os Portugueses - envelhecimento, saúde, idadismo. Fundação Francisco Manuel dos Santos e Maria João Guardado Moreira. Lisboa. Regateles Consultadoria, Lda.

Monteiro, R. (2012) Atividade Física, Aptidão Física e Grau de Dependência nas ABVD'S e AIVD'S. Estudo Comparativo entre idosas Praticantes e Não-Praticantes. Journal of Aging and Innovation, 1(5): 45-54 Acessível em: <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/5-atividade-fisica.pdf>

OECD. (2019). Elderly population (indicator). Disponível em: DOI: 10.1787/8d805ea1

Ordem dos Enfermeiros (2011). CIPE Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lusodidacta. Acessível em: <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/guias-manuais/ORDEM%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf>

Ordem dos enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Obra disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2016). Enfermagem de Reabilitação, Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Acessível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 329/2019. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2003). Promovendo Qualidade de Vida Após Acidente Vascular Cerebral – Um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde. Artmed Editora.

Parry, S.M., & Puthuchear, Z.A. (2015). O impacto do repouso prolongado no leito no sistema musculoesquelético no ambiente de cuidados intensivos. Fisiologia e medicina extremas , 4 , 16. <https://doi.org/10.1186/s13728-015-0036-7>.

Pereira, H. J. A. R. (2011). Subitamente cuidadores informais! A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado. Tese de doutoramento. Disponível no RCAAP http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3916/1/ulsd61020_td_Helder_Pereira.pdf

Pereira, C., Rosado, H., Bravo J., Mendes, F. (2020). Manual de Avaliação Funcional para o Risco de Quedas em Pessoas Idosas. ESACA – Universidade de Évora. /Envelhecer em Segurança no Alentejo compreender para agir.

Pereira, J. & Guedes, N. (2011). Reabilitação precoce no doente com lesão cerebral aguda: Como eu, enfermeiro, faço reabilitação precoce no doente com lesão cerebral aguda. Revista Portuguesa de Medicina Intensiva, 18 (3), p.81-87.

- Pinto, L. (2018). Enfermagem de Reabilitação – Reconstrução da Independência da Pessoa com Défice no Autocuidado. Dissertação de Mestrado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10174/23450>
- Pirker, W. e Katzenschlager, R. (2016). Reconstrução da Independência da Pessoa com Défice no Autocuidado. Dissertação de Mestrado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/13450>
- PORDATA (2015). População residente, estimativas a 15 de julho 2022. Disponível em <https://www.pordata.pt/Municipios/Continente/Popula%3%a7%3%a3o+residente++estimativas+a+31+de+Dezembro-12>
- Preto, L., Gomes, J., Novo, A., Mendes, M., Granero-Molina, J. (2016). Efeitos de um Programa de Enfermagem de Reabilitação na Aptidão Funcional dos Idosos Institucionalizados. Revista de Enfermagem Referencia, Série IV – nº8 – jan./fev./mar. 2016: pp.55-63. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1270/RIVI5019>
- Radwanski, M. (2011). Enfermagem de Reabilitação Gerontológica. In Shirley Hoeman, Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados (pp. 695-714). Loures: Lusodidacta.
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª Série, nº 26. Disponível em: [file:///A:/Download_net/_0474404750\(3\).pdf](file:///A:/Download_net/_0474404750(3).pdf)
- Regulamento nº 350/2015 de 22 de junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, nº 119/2015, série II. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf
- Reis, G., Bule, M.J. (2017). Capacitação e Atividade de Vida in Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (Eds.) Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida. (57-63). Loures, Lusodidactica.

- Rodrigues, T. (2018). *Envelhecimento e Políticas de Saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Artes Gráficas, Lda.
- Sarges, N.A., Santos, M.I.P.O., & Chaves, E.C. (2017). Avaliação da segurança do idoso hospitalizado quanto ao risco de quedas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70 (4), 896–903. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0098>
- Serviço Nacional de Saúde (2017). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Administração Regional de Saúde. ACES Algarve Central. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/5/50001/5081051/Pages/default.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde (2020). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Newsletter nº 1. Acessível em: https://ds3.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/06/Newsletter-RNCCI_1_junho20.pdf
- Serviço Nacional de Saúde (2020). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Newsletter nº 2. Acessível em: <https://ds3.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/07/Newsletter-RNCCI-2.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde (2022). Cuidados Continuados Integrados. Acessível em: <https://www.sns.gov.pt/cuidados-continuados-integrados-2/>
- Silva, L. A. G. P. & Mercês, N. N. A. (2018). Multiple case study applied in nursing research: a case report. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1194–1197. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0066>
- Sousa, L.M.M., Marques-Vieira, C., Branco, P.S. (2017). Prevenir a queda: um Indicador da qualidade dos Cuidados. In: Marques-Vieira, C., e Sousa, L. (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 559-570). Loures: Lusodidacta.
- Teasdale, G. e Jennett, B. (2014). Recording the Glasgow Coma Scale. Disponível em: <http://www.glasgowcomascale.org/recording-gcs/>

Vieira, C., & Caldas, A. (2017). A Relevância do Andar: Reabilitar a Pessoa com Andar Comprometido. In: C. Vieira, & L. Sousa (Eds.). Cuidados de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida (pp. 547-557). Loures: Lusodidacta.

Vilelas, J. (2017). Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento; 2ª Edição. Lisboa: Sílabo.

World Health Organization (2002). Active Ageing , A Policy Framework, A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid: WHO. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

ANEXOS

Anexo 1 – Instrumento de recolha de dados

Anexo 1 – Instrumento de Recolha de dados

Caracterização Sociodemográfica

GRELHA DE COLHEITA DE DADOS					
Nº		Diagnostico:			
Idade:		Antecedentes pessoais:			
Género:		Antecedentes de quedas:			
Profissão/Ocupação:		Admissão na ECCI:			
Estado civil:		Referenciado por:			
CARATERIZAÇÃO DO DOENTE NO MOMENTO DA COLHEITA DE DADOS					
DATA:					
Sinais vitais:	Temperatura				
	Frequência Cardíaca				
	Tensão Arterial				
	Frequência Respiratória				
	Dor				
Índice Massa Corporal					
Perímetro abdominal					

Estado de consciência (Escala Glasgow)				
Índice de Barthel				
Medical Research Council Muscle Scale				
Escala de equilíbrio de Berg				
Risco de Queda (Escala de Morse)				

Anexo 2 – Escala de Coma de Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

Anexo 3 – Índice de Barthel

Índice de Barthel

Caso nº: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

1. Alimentação	Independente ☒ 10 ☐ Precisa de alguma ajuda ☒ 5 Dependente ☐ 0
2. Transferências	Independente ☒ 15 ☐ Precisa de alguma ajuda ☐ 10 Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se ☒ 5 Dependente, não tem equilíbrio sentado ☐ 0
3. Toalete	Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes ☒ 5 Dependente, necessita de alguma ajuda ☐ 0
4. Utilização do WC	Independente ☒ 10 Precisa de alguma ajuda ☐ 5 Dependente ☐ 0
5. Banho	Toma banho so (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) ☒ 5 Dependente, necessita de alguma ajuda ☐ 0
6. Mobilidade	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortoses) ☒ 15 Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda ☐ 10 Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas ☐ 5 Imóvel ☐ 0
7. Subir e descer escadas	Independente, com ou sem ajudas técnicas ☐ 10 Precisa de ajuda ☐ 5 Dependente ☐ 0
8. Vestir	Independente ☐ 10 Com ajuda ☐ 5 Impossível ☐ 0
9. Controlo Intestinal	Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar ☐ 10 Acidente ocasional ☐ 5 Incontinente ou precisa do uso de clisteres ☐ 0
10. Controlo Urinário	Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho ☐ 10 Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) ☐ 5 Incontinente ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho ☐ 0
Total	<div></div> <div>0-20 pontos: Dependência total</div> <div>21-60 pontos: Grave dependência</div> <div>61-90 pontos: Moderada dependência</div> <div>91-99 pontos: Muito leve dependência</div> <div>100 pontos: Independência</div>

Anexo 4 – Escala Medical Research Council Muscle Scale

Escala Medical Research Council Muscle Scale

Caso nº:	
Data da Avaliação:	
5/5	Movimento normal contra gravidade e resistência
4/5	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força
3/5	Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência
2/5	Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade. A pessoa consegue mover o membro da base da cama
1/5	Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento
0/5	Sem contração muscular e sem movimento

Anexo 5 – Escala de Equilíbrio de Berg

Escala de Equilíbrio de Berg

Caso nº: _____

Data da Avaliação: _____

1. POSIÇÃO SENTADO PARA POSIÇÃO EM PÉ

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé. Tente não usar suas mãos como suporte.

() 4 capaz de permanecer em pé sem o auxílio das mãos e estabilizar de maneira independente

() 3 capaz de permanecer em pé independentemente usando as mãos () 2 capaz de permanecer em pé usando as mão após várias tentativas() 1 necessidade de ajuda mínima para ficar em pé ou estabilizar

() 0 necessidade de moderada ou máxima assistência para permanecer em pé

2. EM PÉ SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se segurar em nada.() 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos

() 3 capaz de permanecer em pé durante 2 minutos com supervisão() 2 capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem suporte

() 1 necessidade de várias tentativas para permanecer 30 segundos sem suporte() 0 incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem assistência

.

Se o sujeito for capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, marque pontuação máximo item 3 e siga diretamente para o item 4.

3. SENTADO SEM SUPORTE PARA AS COSTAS, MAS COM OS PÉS APOIADOS SOBRE OCHÃO OU SOBRE UM BANCO

INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.() 4 capaz de sentar com segurança por 2 minutos

() 3 capaz de sentar com por 2 minutos sob supervisão() 2 capaz de sentar durante 30 segundos

() 1 capaz de sentar durante 10 segundos

() 0 incapaz de sentar sem suporte durante 10 segundos

4. M PÉ PARA SENTADO

INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

() 4 senta com segurança com o mínimo uso das mãos() 3

controla descida utilizando as mãos

() 2 apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida() 1

senta independentemente mas apresenta descida descontrolada

() 0 necessita de ajuda para sentar

5. TRANSFERÊNCIAS

INSTRUÇÕES: Pedir ao sujeito para passar de uma cadeira com descanso de braços para outra sem descanso de braços (ou uma cama)

() 4 capaz de passar com segurança com o mínimo uso das mãos() 3

capaz de passar com segurança com uso das mãos evidente () 2 capaz

de passar com pistas verbais e/ou supervisão

() 1 necessidade de assistência de uma pessoa

() 0 necessidade de assistência de duas pessoas ou supervisão para segurança

6. EM PÉ SEM SUPORTE COM OLHOS FECHADOS

INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e permaneça parado por 10 segundos() 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos

() 3 capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos com supervisão() 2

capaz de permanecer em pé durante 3 segundos

() 1 incapaz de manter os olhos fechados por 3 segundos mas permanecer em pé() 0

necessidade de ajuda para evitar queda

7. EM PÉ SEM SUPORTE COM OS PÉS JUNTOS

INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se segurar

() 4 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto

() 3 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto, com supervisão

() 2 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente e se manter por 30 segundos

() 1 necessidade de ajuda para manter a posição mas capaz de ficar em pé por 15 segundos com os pés juntos

() 0 necessidade de ajuda para manter a posição mas incapaz de se manter por 15 segundos

8. ALCANCE A FRENTE COM OS BRAÇOS EXTENDIDOS PERMANECENDO EM PÉ INSTRUÇÕES: Mantenha os braços estendidos a 90 graus. Estenda os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (o examinador coloca uma régua no final dos dedos quando os braços

estão a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação para frente possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar rotação do tronco.)

() 4 capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm () 3 capaz de alcançar acima de 12,5cm

() 2 capaz de alcançar acima de 5cm

() 1 capaz de alcançar mas com necessidade de supervisão

() 0 perda de equilíbrio durante as tentativas / necessidade de suporte externo

9. APANHAR UM OBJETO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO EM PÉ INSTRU-

ÇÕES: Pegar um sapato/chinelo localizado a frente de seus pés () 4 capaz de apanhar o chinelo facilmente e com segurança

() 3 capaz de apanhar o chinelo mas necessita supervisão

() 2 incapaz de apanhar o chinelo mas alcança 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e manter o equilíbrio de maneira independente

() 1 incapaz de apanhar e necessita supervisão enquanto tenta

() 0 incapaz de tentar / necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda

10. EM PÉ, VIRAR E OLHAR PARA TRÁS SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO INSTRUÇÕES: Virar e olhar para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o direito. O examinador pode pegar um objeto para olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a virar-se.

() 4 olha para trás por ambos os lados com mudança de peso adequada

() 3 olha para trás por ambos por apenas um dos lados, o outro lado mostra menor mudança de peso

() 2 apenas vira para os dois lados mas mantém o equilíbrio () 1 necessita de supervisão ao virar

() 0 necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda

11. VIRAR 360 GRAUS

INSTRUÇÕES: Virar completamente fazendo um círculo completo. Pausa. Fazer o mesmo na outra direção

() 4 capaz de virar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos

() 3 capaz de virar 360 graus com segurança para apenas um lado em 4 segundos ou menos () 2 capaz de virar 360 graus com segurança mas lentamente

() 1 necessita de supervisão ou orientação verbal () 0
necessita de assistência enquanto vira

12. COLOCAR PÉS ALTERNADOS SOBRE DEGRAU OU BANCO PERMANECENDO EM PÉ SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Colocar cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.

() 4 capaz de ficar em pé independentemente e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos

() 3 capaz de ficar em pé independentemente e completar 8 passos em mais de 20 segundos () 2 capaz de completar 4 passos sem ajuda mas com supervisão

() 1 capaz de completar mais de 2 passos necessitando de mínima assistência () 0
necessita de assistência para prevenir queda / incapaz de tentar

13. PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OUTRO PÉ À FRENTE

INSTRUÇÕES: (DEMOSTRAR PARA O SUJEITO) Colocar um pé diretamente em frente do outro. Se você perceber que não pode colocar o pé diretamente na frente, tente dar um passo largo o suficiente para que o calcanhar de seu pé permaneça à frente do dedo de seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento do passo poderá exceder o comprimento do outro pé e a largura da base de apoio pode se aproximar da posição normal de passo do sujeito).

() 4 capaz de posicionar o pé independentemente e manter por 30 segundos

() 3 capaz de posicionar o pé para frente do outro independentemente e manter por 30 segundos

() 2 capaz de dar um pequeno passo independentemente e manter por 30 segundos () 1
necessidade de ajuda para dar o passo mas pode manter por 15 segundos

() 0 perda de equilíbrio enquanto dá o passo ou enquanto fica de pé

14. PERMANECER EM PÉ APOIADO EM UMA PERNA

INSTRUÇÕES: Permaneça apoiado em uma perna o quanto você puder sem se apoiar () 4 capaz de levantar a perna independentemente e manter por mais de 10 segundos () 3 capaz de levantar a perna independentemente e manter entre 5 e 10 segundos

() 2 capaz de levantar a perna independentemente e manter por 3 segundos ou mais

() 1 tenta levantar a perna e é incapaz de manter 3 segundos, mas permanece em pé independentemente

() 0 incapaz de tentar ou precisa de assistência para evitar queda

PONTUAÇÃO TOTAL _____ (máximo = 56)

41-56 = baixo risco de queda / equilíbrio bom 21-40

= risco de queda médio/ equilíbrio médio

0 – 20 = elevado risco de queda / equilíbrio diminuído

Anexo 6 – Escala Morse

<i>Morse Fall Scale - Versão original¹²</i>	<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	<i>Pontos</i>
1. History of falling	1. Histórico de quedas	
No	Não	0
Yes	Sim	25
2. Secondary diagnosis	2. Diagnósticos Secundários	
No	Não	0
Yes	Sim	15
3. Ambulatory aid	3. Auxílio na deambulação	
None/Not used/None assist	Nenhuma/Auxiliada/Auxiliada por Profissional da Saúde	0
Crutches/Cane/Walker	Muletas/Bengala/Auxiliar	15
Footstool	Mobilidade/Puede	30
4. Endurance of Therapy/Exhaustion level	4. Terapia Endurance/dispositivo endurance salutaridade ou hospitalização	
No	Não	0
Yes	Sim	20
5. Gait	5. Marcha	
Normal/Walkers/Wheelchair	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Wired	Fraca	10
Impaired	Comprometida/Cambaleando	20
6. Mental status	6. Estado Mental	
Oriented to own ability	Orientado/capar quanto a sua capacidade/limitação	0
Overestimates/forgets limitations	Superestima capacidade/Esquece limitações	15

Anexo 7 – Consentimento informado, livre e esclarecido

Declaração de Consentimento Informado

Programa de reabilitação a idosos com o andar comprometido

Caro utente,

Eu, Nídia Rita da Palma Mansinho Cardoso, Enfermeira generalista a exercer funções na Unidade de Saúde Familiar Baesuris de Castro Marim, encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado de Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação a decorrer no Instituto Politécnico de Beja.

No âmbito deste curso, estou a desenvolver um projeto de Intervenção intitulado de “Enfermagem de Reabilitação a pessoas com o andar comprometido”. Este projeto tem como objetivo capacitar a pessoa a atingir a máxima independência na AVD's. Pretende-se que a pessoa consiga realizar o plano de treino de forma autónoma para que realize as suas atividades de vida diária com a máxima plenitude. Será feita uma avaliação e posteriormente a implementação de um plano de treino individualizado às capacidades da pessoa.

A evolução da pessoa será avaliada e registada através do uso de escalas validadas para a população portuguesa.

A participação consiste na sua aceitação dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados com supervisão para ensino e treino de capacidades com vista a melhorar a sua capacidade para andar.

Num estudo de investigação o participante tem direito em manter o seu anonimato, a sua identificação apenas será reconhecida pelo investigador e os dados pessoais são confidenciais e não serão divulgados, serão apenas avaliados para a adequada realização do plano de reabilitação.

A colheita de dados para o estudo irá decorrer até outubro de 2021, e os dados serão tratados até final de 2021.

Esta participação será voluntária e pode ser interrompida se assim o desejar.

Muito obrigado pela atenção dispensada

Enfermeira Nídia Cardoso

Tel. Móvel: 96545977

nidiacardoso@arsalgarve.min-saude.pt

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

Nome: _____ Data: _____

Assinatura

Se não for o próprio a assinar por incapacidade:

Nome: _____ Data: _____

Assinatura

Grau de Parentesco: _____

Anexo 8 – Escala das caras para avaliação de dor

Escala de Faces (EF) – convertida em escala numérica para efeitos de registo



0



1



2



3



4



5