

**OPERACIONALIZAÇÃO DE PLANOS DE
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO INTEGRANDO
A LINGUAGEM CIPE/SAPE**

Rogério Paulo Talhas Pires

Trabalho de projecto apresentada à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação.

Orientada por: André Filipe Morais Pinto Novo
Co orientada por: Carla Silva Neves da Nova Fernandes

Bragança, Setembro de 2012

**OPERACIONALIZAÇÃO DE PLANOS DE
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO INTEGRANDO
A LINGUAGEM CIPE/SAPE**

Rogério Paulo Talhas Pires

Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação.

Orientada por: André Filipe Morais Pinto Novo

Co orientada por: Carla Silva Neves da Nova Fernandes

Bragança, Setembro de 2012

RESUMO

Palavras Chave: Foco, Planificação, Monitorização

O presente estudo enquadra-se na área da prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. O desempenho actual dos profissionais deve acompanhar as exigências da sociedade, evolução da tecnologia, conhecimento científico e a necessidade de uma prática baseada na evidência com demonstração de resultados, o que obriga a repensar as formas de actuação. Os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação devem colocar em prática uma dinâmica de exercício voltado para os conhecimentos especializados adquiridos, criando ferramentas que permitam um desempenho estruturado dos cuidados, a promoção da sua continuidade, a sua avaliação e a produção de conhecimento científico baseado para melhor servir todo o indivíduo que destes cuidados necessite.

O estudo decorreu no serviço de medicina da Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros da Unidade Local de Saúde Nordeste, com uma amostra de 67 utentes internados neste serviço. Assim, inseridos no processo de enfermagem, foram criados planos de reabilitação para os focos de atenção: Consciência e Cognição; Edema; Equilíbrio Corporal; Mobilidade; Movimento Corporal e Respiração, e em cada um deles mecanismos de monitorização, entre eles, escalas, a fim de medir a evolução do estado do utente medindo a evolução da condição de cada foco de atenção.

Estas ferramentas terão o nome de planos de reabilitação padrão que integrados, no processo de enfermagem e adoptando a linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), estão organizados por foco de atenção, em que, para cada um deles, são incorporadas as intervenções de enfermagem de reabilitação compreendidas como as necessárias para o seu tratamento/recuperação ou manutenção. Servem estes planos para o registo diário das práticas realizadas, com transcrição para suporte informático SAPE (Sistema de apoio à prática de enfermagem) legalmente implementado, no local de recolha dos dados.

Os resultados obtidos são reflexo da condição do indivíduo atendido e da estratégia de reabilitação implementada, monitorizados através de escalas largamente utilizadas na instituição, permitindo concluir que é possível monitorizar cuidados de enfermagem de reabilitação, demonstrando a eficácia das intervenções e que se deverá alargar a outros focos de atenção que permitam intervenções diferenciadas de reabilitação.

ABSTRACT

Keywords: Focus, Planning, Monitoring

This study fits in the provision of specialist care in rehabilitation nursing. The current performance of the professionals should follow the demands of society, evolution of technology, scientific knowledge and the need for evidence-based practice with the income statement, which requires rethinking the forms of action. The nurse specialists in rehabilitation nursing should implement a dynamic exercise facing the expertise gained by creating tools that allow a performance of structured care, promoting continuity, their evaluation and the production of scientific knowledge based to better serve Anyone who needsuchcare.

The study took place in the service of medicine, Hospital of Macedo de Cavaleiros Northeast Local Health Unit, with a sample of 67 users admitted to this service. Thus, embedded in the nursing process, plans have been created for the rehabilitation focus of attention: Consciousness and Cognition; Edema, Body Balance, Mobility, Body Movement and Breathing, and each monitoring mechanisms, including, scales, to measure the evolution of the wearer measuring the evolution of the position of each focus.

These tools will have the name of rehabilitation plans that standard integrated in the nursing process and adopting the language ICNP (International Classification for Nursing Practice), are organized by focus of attention, in which, for each of them, are incorporated into the nursing interventions rehabilitation understood as necessary for your treatment / recovery or maintenance. Serve these plans for recording daily practices performed with computerized transcription SAPE (System to support nursing practice) legally implemented, on-site data collection.

The results are a reflection of the condition of the individual and attended a rehabilitation strategy implemented, monitored through scales widely used in the institution, allowing to conclude that it is possible to monitor nursing care rehabilitation, demonstrating the effectiveness of interventions and which should be extended to other foci of attention enabling differentiated rehabilitation interventions

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CIPE – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

SAPE – Sistema de apoio para a prática de Enfermagem

AVD – Atividade de vida diário

O₂ – Oxigénio

LVM – Lesão Vertebro Medular

CO₂ – Dióxido de Carbono

SaO₂ – Saturação de Oxigénio

ULS – Unidade Local de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
PARTE I – ESTADO DA ARTE.....	19
1 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO	21
2 – DO PROCESSO DE ENFERMAGEM À LINGUAGEM CLASSIFICADA.....	23
2.1 – O PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	23
2.2 – LINGUAGEM CIPE	24
2.3 – FOCOS DE ATENÇÃO COM INTERESSE PARA A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	25
2.3.1 – Intervenções parametrizados no aplicativo informático SAPE	26
PARTE II – METODOLOGIA	27
1 – TIPO DE ESTUDO	29
2 - ESCOLHA DA TEMÁTICA E OBJECTIVOS DO ESTUDO.....	30
3 – IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	31
4 – INTERVENIENTES NO ESTUDO.....	32
5 – INSTRUMENTO E RECOLHA DOS DADOS.....	32
5.1 – AVALIAÇÃO INICIAL (APÊNDICE I).....	34
5.2 – PLANO DE REABILITAÇÃO PARA O FOCO DE ATENÇÃO CONSCIÊNCIA E COGNIÇÃO (APÊNDICE II).....	35
5.3 – PLANO DE REABILITAÇÃO PARA O FOCO DE ATENÇÃO EDEMA	(APÊNDICE III) 37

5.4 – PLANO DE REABILITAÇÃO PARA FOCO DE ATENÇÃO EQUILÍBRIO CORPORAL (APÊNDICE IV)	39
5.5 – PLANO DE REABILITAÇÃO PARA O FOCO DE ATENÇÃO MOBILIDADE (APÊNDICE V).....	40
5.6 – PLANO DE REABILITAÇÃO PARA O FOCO DE ATENÇÃO MOVIMENTO CORPORAL (APÊNDICE VI)	42
5.7 – PLANO DE REABILITAÇÃO PARA O FOCO DE ATENÇÃO RESPIRAÇÃO (APÊNDICE VII)	44
6 – ASPECTOS ÉTICOS.....	46
PARTE III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	47
1 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	49
2 – DESCRIÇÃO DO TRABALHO DESENVOLVIDO.....	50
3 – ANÁLISE DE RESULTADOS.....	51
3.1. – RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DAS INTERVENÇÕES PARA O FOCO DE ATENÇÃO EDEMA.....	51
3.2 – RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DAS INTERVENÇÕES PARA O FOCO DE ATENÇÃO MOBILIDADE CORPORAL	52
3.3 – RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DAS INTERVENÇÕES PARA O FOCO DE ATENÇÃO CONSCIÊNCIA E COGNIÇÃO.	53
3.4 – RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DAS INTERVENÇÕES PARA O FOCO DE ATENÇÃO EQUILÍBRIO CORPORAL.....	54
3.5 – RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DAS INTERVENÇÕES PARA O FOCO DE ATENÇÃO MOVIMENTO CORPORAL.....	55
3.6 – RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DAS MONITORIZAÇÃO PARA O FOCO DE ATENÇÃO RESPIRAÇÃO	56
3.7 – RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DA AVALIAÇÃO DO ESTADO GLOBAL DO UTENTE ATRAVÉS DO ÍNDICE DE <i>BARTHEL</i>	57
CONCLUSÕES.....	59

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
APÊNDICES	69
APÊNDICE I – AVALIAÇÃO INICIAL GLOBAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	71
APÊNDICE II – PLANO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA O FOCO DE ATENÇÃO CONSCIÊNCIA E COGNIÇÃO	75
APÊNDICE IV – PLANO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA O FOCO DE ATENÇÃO EQUILIBRIO	83
APÊNDICE V – PLANO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA O FOCO DE ATENÇÃO MOBILIDADE	87
APÊNDICE VI – PLANO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA O FOCO DE ATENÇÃO MOVIMENTO CORPORAL.....	91
APÊNDICE VII – PLANO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA O FOCO DE ATENÇÃO RESPIRAÇÃO	95

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Resultados obtidos através da monitorização, em centímetros, do perímetro dos tornozelos.....	51
Quadro 2 – Resultados obtidos através da monitorização através do Índice de marcha de <i>Tinetti</i>	52
Quadro 3 – Resultados obtidos através da monitorização da Escala de coma de <i>Glasgow</i> .	53
Quadro 4 – Resultados obtidos através da monitorização do índice de equilíbrio de <i>Tinetti</i>	54
Quadro 5 – Resultados obtidos através da monitorização do índice de força muscular	55
Quadro 6 – Resultados obtidos através da monitorização da escala de tonicidade de <i>Ashword</i>	56
Quadro 7 – Resultados obtidos através da monitorização da eficácia respiratória da avaliação SaO ₂	57
Quadro 8 – Resultados obtidos através da monitorização do índice de <i>Barthel</i> :	58

INTRODUÇÃO

No paradigma socioprofissional da actualidade e de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, (2003) “a enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo vital”, considerando o enfermeiro como o profissional com reconhecida “competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade”.

Assim, os procedimentos da enfermagem moderna apoiam-se em mecanismos que lhe permite identificar necessidades, estruturar intervenções, manter um plano de intervenções adequado e avaliar resultados, permitindo uma constante readaptação dos cuidados ao nível exigido pela condição do utente, permitindo a execução de práticas adequadas e contínuas independentemente dos agentes de saúde integrantes da equipa que os realizem.

Um desses mecanismos é a linguagem CIPE (Classificação Internacional para a prática de Enfermagem) integrada no aplicativo informático SAPE (Sistema de Apoio a Prática de Enfermagem), linguagem esta que para além de introduzir uma nova filosofia relativamente aos cuidados de enfermagem, permite identificar necessidades de saúde dos utentes na forma de focos de atenção, estruturando os diagnósticos de enfermagem, implementação das intervenções de enfermagem, a cadência em que são realizadas e fornecer indicadores que permitam avaliar os resultados dessas mesmas intervenções. Tudo isto com o intuito de libertar o profissional de burocracias, permitindo canalizar a sua atenção para a prática.

Mantendo a linha de pensamento, este trabalho demonstra esta filosofia, uma vez que, ao longo da minha prática como aluno de enfermagem de reabilitação, nos vários campos de estágio, a falta de ferramentas de registo, a inexistência de organização de intervenções e continuidade das mesmas de forma sustentada, não me era possível realizar registos sistemáticos e diferenciados de enfermagem de reabilitação. Surgiu então a

necessidade de criar planos de reabilitação padrão, integrando a linguagem CIPE para cada foco de atenção alterado, com interesse para a enfermagem de reabilitação. Planos estes que, integrando o processo de enfermagem na sua globalidade, servem de guia condutor ao enfermeiro reabilitador no desempenho diário das intervenções implementadas.

Estes planos e as suas intervenções devem ter transcrição objectiva das intervenções no aplicativo informático SAPE, já largamente utilizado, permitindo registos objetivos no processo clínico electrónico, evidenciando a prática das intervenções implementadas, gerando informação que possa ser utilizada também como padrão de qualidade, bem como a utilização de escalas de avaliação da função, condição física ou cognitiva do utente, que de forma objetiva monitorizam toda a prática.

Este trabalho tem como objectivos a operacionalização de planos padrão de Enfermagem de reabilitação nos focos de atenção com interesse, sugerir intervenções de reabilitação para tratar as alterações identificadas em cada foco e demonstrar através de escalas resultados em saúde. Pretende-se com este trabalho sensibilizar para a estruturação das intervenções, para os registos que evidenciem a prática e da necessidade de demonstração de melhorias em saúde de forma quantificável, permitindo monitorizar os resultados, ajustar intervenções conforme as necessidades, produzindo informação que permita gerar conhecimento e basear a prática na evidência.

Relativamente à estrutura, este trabalho encontra-se organizado da seguinte forma:

- Alusão ao estado da arte;
- Exposição da metodologia;
- Análise e discussão dos resultados;
- Conclusão.

PARTE I – ESTADO DA ARTE

1 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO

Conforme publicado no Diário da República, 2.^a série – N.º 35 – 18 de Fevereiro de 2011 e no regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação n.º 125/2011, a reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objectivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto-estima.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação 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.

A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. Para tal, 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.

Assim, são unidades de competências do enfermeiro de reabilitação:

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

a)1 – Avaliando a funcionalidade e diagnosticando alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades.

a)2 – Conceber planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.

a)3 – Implementar as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cárdio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

a)4 – Avaliar os resultados das intervenções implementadas

b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

b)1 – Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

b)2 – Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social

c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

c)1 – Concebe e implementa programas de treino motor e cárdio-respiratório.

c)2 – Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados. (Lei nº 125 , 2011)

Uma vez que a enfermagem de reabilitação, detem competência legal para intervir de forma autónoma, devem estes profissionais, levar para o terreno todo o seu conhecimento científico, aplicá-lo de forma sólida, e ter a capacidade de demonstrar resultados em saúde, obtidos também devido às suas intervenções. Por esse motivo este trabalho surge, para o qual foram criados planos padrão de reabilitação, com parametrização de intervenções diferenciadas, uma vez que a pesquisa efetuada levou a

concluir que ocorre uma ausência de intervenções específicas nos aplicativos SAPE, nas várias instituições por onde passei ao longo da minha formação como enfermeiro especialista em reabilitação, o que para além de dificultar o desempenho diário, devido a uma ausência de planeamento adequado e personalizado, a ausência da demonstração dos resultados não permite evidenciar a mais valia da enfermagem de reabilitação.

2 – DO PROCESSO DE ENFERMAGEM À LINGUAGEM CLASSIFICADA

2.1 – O PROCESSO DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem é o instrumento da assistência de enfermagem. Proporciona uma abordagem para a resolução de problemas de forma ordenada, lógica e utilizando uma metodologia científica para a gestão de cuidados de enfermagem, de forma que as necessidades que os doentes têm desses cuidados sejam satisfeitas de maneira personalizada global e eficaz.

É um processo inter-relacional que favorece a consciencialização pelo enfermeiro do que está a fazer e a sua intervenção com o utente, envolvendo-o no processo, para que nele participe dentro das suas possibilidades e limitações.

Define-se o Processo de Enfermagem como um instrumental tecnológico ou um modelo metodológico para o cuidado profissional de enfermagem, constituído pelos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, processo este que se organiza por 5 fases distintas:

- 1 – Fase da Observação;
- 2 – Fase da Apreciação;
- 3 – Fase do planeamento;
- 4 – Fase da execução;
- 5 – Fase da avaliação.

Tem por objectivos: Constituir uma estrutura que vai possibilitar a individualização das necessidades do utente, família e comunidade; Manter ou melhorar o bem-estar do

indivíduo; Em caso de alteração bio-psico-social, o enfermeiro deve promover a acção que leve novamente ao equilíbrio e bem-estar; Promover a uniformização e continuidade dos trabalhos.

2.2 – LINGUAGEM CIPE

Mantendo presente os pressupostos atrás referidos relativo ao processo de enfermagem, surge a linguagem CIPE, que pretende uniformizar a linguagem técnica entre todos os profissionais de uma determinada área de conhecimento, neste caso da Enfermagem. (Conselho Internacional de Enfermeiras [CIE], 2002).

De uma forma geral, tem como objectivo descrever a prática de enfermagem, ou seja, descrever o que fazem os enfermeiros perante certas necessidades humanas, a fim de produzir determinados resultados em saúde.

Um diagnóstico de enfermagem é a designação atribuída à decisão sobre um fenómeno que representa o foco de intervenção. Para a CIPE um diagnóstico de enfermagem é composto por conceitos contidos nos eixos da classificação dos fenómenos de Enfermagem. Eixos esses: A – Foco da prática de Enfermagem; B – Juízo; C – Frequência; D – Duração; E – Topologia; F – Localização anatómica; G – Probabilidade; H – Portador.

Um diagnóstico em linguagem CIPE deve incluir um termo do eixo do foco da prática de enfermagem (eixo A) e um termo do eixo do juízo ou da probabilidade (eixo B ou G), sendo os restantes eixos utilizados de forma opcional de forma a reforçar o diagnóstico (CIE, 2002).

Na prática, permite a classificação de fenómenos/focos de atenção, (aspectos de saúde com relevância para a prática de enfermagem), instituir acções de enfermagem e observar os resultados obtidos.

Actualmente são utilizados aplicativos informáticos, que permitem, entre outras funções, aplicação sistemática do processo de cuidados de enfermagem, identificação de diagnósticos de enfermagem na forma de focos de atenção, formulação de juízos que traduzem graus de dependência que a pessoa manifesta, estruturação dos cuidados de enfermagem com implementação de intervenções de enfermagem, programar a cadência,

ou horário, em que estes devem ser realizados, permitindo a sua validação ou justificação da não execução, em teoria, permite libertar o profissional para cuidados directos, permitindo registos objectivos, com baixo consumo de tempo, evitando registos manuais muitas vezes repetitivos e com informação difícil de trabalhar para identificação de cuidados de qualidade.

As seguintes definições, serão os pontos de partida para a implementação das intervenções de enfermagem:

“Foco da Prática de Enfermagem (Foco de atenção): área de atenção, tal como foi descrito pelos mandatos sociais e pela matriz profissional e conceptual da prática profissional de enfermagem” (CIE, 2002, p 3).

“Fenómenos de Enfermagem: Aspectos da saúde com relevância para a prática de enfermagem” (CIE, 2002, p 16)

Para cada foco de atenção é feito um juízo, determinada a frequência de ocorrência, a duração, se indicado, a topologia (Região anatómica relativamente a um ponto mediano), localização anatómica (posição ou localização anatómica), a probabilidade (risco de) e o portador, constituindo estes parâmetros no seu somatório um diagnóstico de enfermagem. (CIE, 2002).

2.3 – FOCOS DE ATENÇÃO COM INTERESSE PARA A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Embora o enfermeiro de reabilitação olhe para o utente no seu todo, existem no entanto, focos de atenção com especial interesse pois permitem, para além de intervenções gerais de enfermagem, enquadrar intervenções diferenciadas de reabilitação.

No amplo campo de intervenção dos enfermeiros de reabilitação, foram analisadas as definições de alguns focos de atenção nos quais se enquadrem intervenções diferenciadas de reabilitação.

De referir que os focos de atenção com interesse para este trabalho, a partir dos quais foram desenvolvidos planos de reabilitação aplicáveis a todos os utentes que foram avaliados e intervencionados no Serviço de Medicina da Unidade Local de Saúde do Nordeste, Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros, por parte dos enfermeiros de reabilitação: Consciência e Cognição, Edema, Equilíbrio Corporal, Mobilidade, Movimento Corporal e Respiração.

O campo de atuação da reabilitação não se baliza apenas nos focos atrás referidos, pois outros foram alvo de análise e criação de planos de reabilitação, mas ao longo deste trabalho a incidência clínica observada apenas se reflete nos focos referidos.

2.3.1 – Intervenções parametrizados no aplicativo informático SAPE

Estes planos de reabilitação só terão cumprido a sua missão se for possível demonstrar a sua evidência/resultados. Assim, no aplicativo informático SAPE foram parametrizadas as intervenções que traduzam as praticas desenvolvidas, integrando o processo de enfermagem e clínico electrónico, permitindo através das monitorizações, na forma de escalas, recolher dados dos resultados obtidos.

Cada intervenção deve incluir um termo do eixo do foco, um do juízo e termos adicionais conforme necessário. De forma geral as intervenções dividem-se em acções do tipo:

- Do tipo atender: onde se inclui o assistir;
- Do tipo determinar: onde se incluem as monitorizações e avaliações;
- Do tipo informar: onde se incluem os ensinamentos;
- Do tipo gerir;
- Do tipo executar: onde se descrevem as técnicas realizadas.

PARTE II – METODOLOGIA

1 – TIPO DE ESTUDO

Segundo Neto (2003) “A metodologia consiste no caminho para atingir um objetivo e compreende um conjunto de atividades sistemáticas e racionais, que permitem economizar recursos humanos e materiais, dando ao mesmo tempo a orientação necessária para percorrer esse caminho e alcançar o objetivo pretendido”.

Optei por um tipo de pesquisa de natureza descritiva , transversal e não experimental pois não tem o objectivo de controlar fenómenos, mas sim recolher dados observáveis e quantificáveis, realizado num ponto de tempo.

Prevê-se uma abordagem metodológica quantitativa, porque é um processo sistemático de recolha de dados e com resultados quantificáveis.

Não experimental

Um estudo não-experimental “(...) serve para descrever, explorar ou explicar um fenómeno complexo ou para verificar proposições teóricas a partir de uma análise em profundidade dos diferentes elementos do fenómeno.” (Fortin, 1999)

Pretendo realizar um estudo não experimental. Com este estudo vou observar, principalmente, a recuperação funcional do foco de atenção, a manipulação não é desejada.

Descritivo

Segundo Fortin (1999) “O objectivo do estudo descritivo consiste em discriminar os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo”

A metodologia descritiva, justifica-se pelo facto de nos proporcionar a caracterização da sua ocorrência e sua natureza.

Pretende este estudo, realizar uma pesquisa descritiva, pois o objectivo é o de

observar e descrever os resultados obtidos através de escalas de avaliação, do foco de atenção.

Transversal

Segundo Fortin (1999) “É de natureza transversal porque é efectuado durante um período/ corte de tempo, num determinado período/momento.”

Porque se pretende estudar num determinado momento temporal, ou seja, no momento da aplicação do instrumento de colheita de dados, assim os planos foram implementados no período de 5/6/2011 a 22/11/2011.

2 - ESCOLHA DA TEMÁTICA E OBJECTIVOS DO ESTUDO

Os factores que levaram à realização deste trabalho foram as dificuldades sentidas por mim durante o curso de especialização em enfermagem de reabilitação, em organizar a minha actuação junto dos utentes, pois nos campos de estágio por onde passei não existiam suportes que permitissem um registo adequado das intervenções realizadas, que permitissem uma continuidade dos cuidados, no que se traduz na falta de evidência da prática realizada. Noutros campos de estágio, embora com utilização do sistema informático SAPE, não existiam intervenções diferenciadas de enfermagem de reabilitação parametrizadas, que permitissem esse mesmo registo.

Actualmente e em continuidade com o trabalho já desenvolvido por mim, na prática diária como enfermeiro especialista de reabilitação, no Serviço de Medicina, da Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros, da Unidade Local de Saúde do Nordeste, surgiu a vontade de transformar em estudo de investigação esta mesma prática, a fim de demonstrar as mais-valias do registo claro e diferenciado de enfermagem de reabilitação.

Não se pretende, com este estudo, demonstrar a efectividade de uma técnica de reabilitação específica, mas sim da necessidade de registar de forma clara e objectiva as intervenções realizadas.

Tenho consciência dos limites, pois terminei a formação especializada e iniciei

funções como enfermeiro especialista recentemente, havendo um longo caminho pela frente de aprendizagem. A falta de tempo para aprofundar a problemática e a diversidade e frequência casuística dos casos também balizou a investigação.

A falta de pesquisas nesta área tornaram o caminho a seguir um pouco incerto e a pesquisa realizada não revelou a existência de estudos semelhantes. Apesar de tudo, existem alguns estudos da efectividade de técnicas de reabilitação relativas a uma patologia específica.

Desta forma são objectivos deste trabalho:

- Identificar quais os focos de atenção, integrados na linguagem CIPE, com interesse para a enfermagem de reabilitação, na sua diferenciação;
- Realizar uma revisão bibliográfica, a fim de identificar técnicas de reabilitação, que possibilitem dirigir a intervenção para um foco de atenção específico.
- Dinamizar, uma vez que já estão parametrizadas, escalas de avaliação para cada foco de atenção a fim de medir a eficácia das intervenções implementadas;
- Identificar actividades de enfermagem de reabilitação, passíveis de serem parametrizadas no processo clínico electrónico;
- Demonstrar a operacionalização de planos de reabilitação padrão, produzindo evidência da prática, e que permitam demonstrar a eficácia das intervenções realizadas.

3 – IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A motivação deste trabalho foi, integrado nos processos de enfermagem, a criação de planos de reabilitação padrão, adequados à linguagem CIPE, em que para cada foco de atenção com especial interesse para a enfermagem de reabilitação, se compilem as intervenções de reabilitação necessárias e ajustadas ao foco alterado, a fim de promover a recuperação da pessoa. Planos estes que servem como suporte do registo diário, das intervenções neles contempladas e realizadas junto dos utentes.

Assim surgem duas questões:

Questão 1: É possível monitorizar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação?

Questão 2: Na prática diária é possível a utilização de planos de intervenção padrão de forma a dar consistência, continuidade e visibilidade às intervenções de enfermagem de reabilitação?

4 – INTERVENIENTES NO ESTUDO

Um estudo tem obrigatoriamente de definir a população à qual se destina o estudo, sendo que Fortin (1999) menciona que “além de escolher sujeitos de uma população definida, o investigador considera o método de amostragem apropriado e o tamanho da amostra”.

Este estudo foi desenvolvido no serviço de Medicina da Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros, onde exerço funções como enfermeiro especialista de reabilitação, juntamente com uma outra colega. A nossa prática diária é desenvolvida junto de todos os utentes internados no serviço, onde são avaliados na ótica da enfermagem de reabilitação e implementados planos conforme as necessidades.

Assim, são intervenientes do estudo os dois enfermeiros de reabilitação, que utilizam na prática diária os planos de reabilitação padrão e todos os utentes do serviço de Medicina que recebem os cuidados diferenciados de reabilitação. Para este estudo foi determinada uma amostra de 67 utentes, com intervenções de reabilitação aplicadas num período igual ou superior a 4 dias.

5 – INSTRUMENTO E RECOLHA DOS DADOS

A recolha de dados fornece a informação para dar resposta à pergunta de partida com o intuito de alcançar os objectivos formulados. Segundo Bogdan e Biken (1994), uma base de dados corresponde aos materiais não trabalhados, colhidos pelo investigador do universo

que se encontra a estudar, constituindo a base de análise.

Assim sendo, foi criado um documento, onde se realiza a avaliação inicial da enfermagem de reabilitação, identificando diagnósticos clínicos, anamnese do episódio, avaliação da condição física e cognitiva do indivíduo, identificação dos focos de atenção alterados com especial interesse para a enfermagem de reabilitação e uma avaliação da capacidade funcional global do indivíduo através do índice de *Barthel*, funcionando como ponto de partida para a estruturação das intervenções a realizar.

Foram também criados planos de reabilitação padrão, para os focos de atenção: consciência, deglutição, edema, eliminação urinária, equilíbrio corporal, fala, mobilidade, movimento corporal, respiração e sensação, com intervenções de reabilitação agrupadas após pesquisa bibliográfica, aquelas que achadas mais indicadas, com o objectivos de reverter ou atenuar o quadro de incapacidade manifestada pelo utente.

.Estas intervenções estão adequadas à linguagem CIPE e foram todas elas também parametrizadas no aplicativo informático SAPE a fim de ser demonstrada a evidência da prática e se poder observar a evolução atingida ao longo do internamento por parte dos utentes.

Neste trabalho os resultados demonstrados são o reflexo da incidência casuística, no período da recolha de dados tendo entretanto já sido criados planos padrão para uma abrangência maior de focos de atenção bem como dos autocuidados e ensinamentos terapêuticos, estando neste momento em aplicação no serviço onde desempenha funções.

Para além de intervenções diferenciadas de reabilitação, foram integrados em cada plano, escalas que permitam, de forma objectiva, monitorizar os resultados obtidos após as intervenções de reabilitação.

Neste sentido, e nos pontos seguintes, descrevo quais os focos de atenção que foram objecto de intervenção bem como quais as intervenções integradas em cada um deles e as escalas de avaliação utilizadas para monitorizar a evolução obtida.

A informação foi compilada de forma quantitativa, uma vez que a forma de medida foram escalas numéricas aplicáveis à população portuguesa.

Os Instrumentos de recolha da informação baseou-se nos planos de trabalho demonstrados em anexo.

5.1 – AVALIAÇÃO INICIAL (APÊNDICE I)

Em boa prática, a avaliação inicial é uma prática reconhecidamente importante num processo terapêutico, pois deverá ser o ponto de partida para qualquer intervenção em saúde, ocorrendo nesta fase a recolha das informações pertinentes e só após uma análise cuidada da condição do utente, é possível desenvolver todo o processo terapêutico de enfermagem.

A avaliação inicial foi estruturada de forma a que fosse possível verificar alterações nos focos de atenção com interesse para os enfermeiros de reabilitação.

Para além de informação pertinente tal como diagnósticos e exames complementares de diagnóstico, permite desenvolver uma observação objectiva ao nível da Respiração, Cognição, Edema, Movimento Corporal, Equilíbrio Corporal e Mobilidade. É nesta fase que se identificam quais destes focos de atenção se encontram com alterações.

De forma global foi integrado o índice de *Barthel* quer no momento da primeira avaliação quer ao longo do internamento ou em períodos específicos de avaliação. O índice de *Barthel* avalia o potencial funcional do indivíduo. Este teste mede o grau de assistência exigido, em dez atividades, ou seja, o nível de independência nas atividades de auto cuidado, como: alimentação, higiene pessoal, vestir-se, controle da bexiga, do intestino, deambulação, subir escadas e transferência. A pontuação é de zero, cinco, dez e quinze; a nota é proporcional à independência, quanto maior for a nota mais independente é a pessoa. A pontuação máxima é 100 e, abaixo de 50 significa dependência.

5.2 – PLANO DE REABILITAÇÃO PARA O FOCO DE ATENÇÃO CONSCIÊNCIA E COGNIÇÃO (APÊNDICE II)

“Consciência é um tipo de Sensação com as características específicas: capacidade de o pensamento responder a impressões e que resulta de uma combinação dos sentidos em ordem a manter o pensamento alerta, acordado e sensível ao ambiente exterior” (CIE, 2002, p 40).

“Cognição é um processo psicológico com as características específicas: Disposição para manter e abandonar acções tendo em conta o conhecimento da pessoa; processo intelectual envolvendo todos os aspectos da percepção, pensamento, raciocínio e memória” (CIE, 2002, p 44).

A avaliação do nível de consciência é o aspecto mais importante da avaliação neurológica, da qual também faz parte a avaliação dos movimentos, dos sinais pupilares e oculares, dos padrões respiratórios e dos sinais vitais. O nível de consciência pode apresentar-se sob um estado de consciência total, de alerta e cooperação, ou numa ausência total de reacção a qualquer forma de estímulo externo. Existem duas componentes fundamentais da consciência:

- Estado de Vigília - corresponde ao nível mais elementar da consciência, onde o doente reage de maneira apropriada a estímulos verbais ou dolorosos.

- Conhecimento da Consciência - diz respeito a avaliação da orientação do doente em relação a si próprio, ao tempo e ao espaço que o rodeia. Nesta avaliação do conhecimento da consciência e através das respostas do doente são determinados os graus crescentes de confusão e desorientação (Baptista, 2003).

O nível de consciência pode ser alterado por diversos factores: pela hipertermia, pela dor e por distúrbios de outros sistemas orgânicos, como sejam o coma diabético e a insuficiência hepática ou hemorrágica (Baptista, 2003).

Uma vez que estes focos de atenção se complementam foi achado pertinente associar as intervenções para estes mesmos focos.

O plano de reabilitação criado engloba as seguintes intervenções:

Do tipo monitorizar/vigiar:

- Monitorizar estado de consciência através escala de coma de *Glasgow*;

Esta escala baseia-se na observação de três parâmetros (abertura dos olhos, a melhor resposta motora e a melhor resposta verbal) e implica a aplicação de estímulos padronizados de forma a avaliação ser uniforme e independente do avaliador.

- Vigiar estado mental \ memória \ funções cognitivas;

Esta avaliação baliza as funções cerebrais superiores, a fim de revelar a capacidade de aprendizagem de habilidades, técnicas ou competências bem como a pertinência dos ensinamentos.

- Monitorizar estado intelectual através do exame *mini mental*.

Apesar de estar parametrizada esta intervenção não foi utilizada.

Do tipo executar:

- Executar treino cognitivo - Exemplo de técnicas descritas em (Nunes et al. 2008).
- Executar treino de memória - Exemplo de técnicas descritas em (Nunes et al. 2008).

5.3 – PLANO DE REABILITAÇÃO PARA O FOCO DE ATENÇÃO EDEMA (APÊNDICE III)

“Edema é um tipo de retenção de líquidos com as características específicas: excessiva acumulação de líquidos orgânicos nos espaços tecidulares ou retenção de líquidos nas zonas de declive, tais como: tumefacção dos tecidos periféricos dos membros inferiores na posição de pé, tumefacção da região lombar na posição supina, edema central acompanhado de respiração superficial, alteração do padrão respiratório ou sons respiratórios anormais” (CIE, 2002, p 24).

Assim torna-se necessário a eliminação o mais precoce possível do acumular de líquido existindo o risco de comprometimento neurológico, cutâneo, e alterações ao nível do padrão respiratório e cardíaco. Para além do edema provocado por acumulação de líquido nos espaços tecidulares, também ocorre como reacção inflamatória traumática ou patológica.

Além da farmacologia o enfermeiro de reabilitação possui conhecimento técnico para acelerar a drenagem do líquido excessivo extracelular, como por exemplo, a drenagem postural, técnicas de terapia compressiva e a massagem terapêutica.

Com o objectivo de reverter o quadro de edema foram compiladas as intervenções de reabilitação que, após pesquisa bibliográfica, foram achadas pertinentes.

O plano de reabilitação criado engloba as seguintes intervenções:

Do tipo vigiar/monitorizar:

- Monitorizar diâmetro do tornozelo direito \ esquerdo;
- Monitorizar diâmetro gêmeo direito \ esquerdo;
- Monitorizar diâmetro poplíteo direito \ esquerdo;

Estas intervenções serviram de referência para a efectividade das intervenções pois seria o principal objectivo a diminuição do perímetro dos membros.

- Monitorizar pulso periférico femoral direito \ esquerdo;
- Monitorizar pulso periférico poplíteo direito \ esquerdo;

- Monitorizar pulso periférico tibial posterior direito \ esquerdo;
- Monitorizar pulso periférico tibial anterior direito \ esquerdo;
- Monitorizar pulso periférico pedioso direito esquerdo;
- Monitorizar coloração da pele;

Estas intervenções servem de despiste de complicações neurocirculatórias pois o próprio edema ou a compressão terapêutica podem ter efeitos adversos.

Do tipo executar:

- Executar massagem terapêutica; - Exemplo de técnicas descritas por (Cassar, 2001)
- Executar terapia compressiva; - Exemplo de técnicas descritas por (Oliveira, Lasnor, & Gomes, 2007)
- Executar drenagem postural através de técnica;
- Supervisionar posicionamento.

Do tipo ensinar/instruir/treinar:

- Instruir técnica de posicionamento corporal.

O conhecimento dos utentes e sua colaboração relativamente a posições corporais terapêuticas potenciam os resultados esperados. Assim, torna-se uma mais valia ministrar ensinamentos neste sentido.

Do tipo avaliar:

- Avaliar aprendizagem de habilidades sobre técnica de posicionamento corporal.

5.4 – PLANO DE REABILITAÇÃO PARA FOCO DE ATENÇÃO EQUILÍBRIO CORPORAL (APÊNDICE IV)

“Equilíbrio Corporal é um tipo de Mobilidade com as características específicas: estabilidade do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para o estabilizar como um todo ou parte, no sentido de o movimentar; inclui manter a cabeça erecta, estar em pé, sentar-se numa posição correcta; até certo ponto, a capacidade do equilíbrio corporal depende da idade” (CIE, 2002, p 34).

Quando se refere a equilíbrio, especifica-se a situação na qual o corpo adopta uma determinada posição em relação ao espaço, o qual a cabeça é dirigida para cima e a face para frente com erecção do corpo todo com o intuito de posicionar a cabeça na parte alta, essa posição em pé é a posição ortostática ou erecta (Douglas, 2002). Sendo assim, mesmo um comportamento quotidiano como a manutenção da posição erecta, ao contrário do que parece, é uma tarefa complexa que envolve um complexo relacionamento entre informação sensorial e actividade motora (Barela, 2000).

Só com o equilíbrio corporal conservado, se consegue atingir a posição erecta e movimentar o corpo de forma global no espaço. É necessário avaliar o equilíbrio nos utentes para no caso de se identificar uma qualquer alteração traçar quais as intervenções de reabilitação a desenvolver com o intuito de recuperar o mais possível a função.

O plano de reabilitação criado engloba as seguintes intervenções:

Do tipo executar:

- Treinar equilíbrio sentado; Exemplo de técnicas descritas em (Ordem dos Enfermeiros|OE|, 2009)
- Treinar equilíbrio em pé; Exemplo de técnicas descritas em (Sousa, 2009)

Do tipo monitorizar:

- Monitorizar o equilíbrio através o índice de *Tinetti*.

A escala de *Tinetti* é uma escala de equilíbrio e mobilidade desenvolvida por *Tinetti*

em 1986. Neste trabalho foi aplicada de forma independente para cada plano de reabilitação correspondente ao equilíbrio e marcha. Para definir o equilíbrio e a marcha, o Índice de *Tinetti* detecta alterações na locomoção, diagnostica e quantifica a gravidade do comprometimento e prediz o risco de quedas.

Do tipo avaliar:

- Avaliar o equilíbrio.

5.5 – PLANO DE REABILITAÇÃO PARA O FOCO DE ATENÇÃO MOBILIDADE (APÊNDICE V)

“Mobilidade é um tipo de actividade motora com as características específicas: movimento voluntário e psicomotor do corpo, incluindo a coordenação dos movimentos musculares e articulares, bem como o desempenho do equilíbrio, o posicionamento corporal e a deambulação.” (CIE, 2002, p 34)

A actividade física é indispensável para o funcionamento normal do corpo humano, sendo a actividade neuromuscular restrita, devido a paralisia, um tipo de inactividade que pode levar a situações de imobilidade. A imobilidade conduz a uma consequente redução da actividade muscular com a redução da capacidade funcional do sistema músculo-esquelético (OE, 2009).

Todos os estudos efectuados até hoje têm um denominador comum e salientam os benefícios da actividade física por melhorar a circulação sanguínea, linfática e as trocas celulares. As articulações, músculos, ossos e esqueleto são estruturas atingidas pelas alterações provocadas pela imobilidade. As articulações que permanecem imóveis durante longos períodos perdem amplitude articular, contraturas articulares e musculares devido a fibrose, ficam rígidas e os músculos encurtam. A força muscular diminui até 15% por semana aquando da imobilidade. A redução de actividade muscular compromete a irrigação sanguínea e a actividade metabólica, com diminuição do débito de O₂ e atrofia muscular. (OE, 2009)

O plano de reabilitação criado engloba as seguintes intervenções:

Do tipo executar:

- Assistir no auto cuidado deambulação;
- Assistir no auto cuidado transferência;

Do tipo instruir \ treinar:

- Instruir técnica de marcha;
- Instruir técnica de marcha com ajudas técnicas;
- Treinar técnica de marcha com ajudas técnicas;
- Treinar técnica de marcha;
- Instruir técnica de transferência;
- Treinar técnica de transferência;
- Instruir técnica de transposição de obstáculos;
- Treinar técnica de transposição de obstáculos;
- Instruir técnica de utilização de cadeira de rodas;
- Treinar técnica de utilização de cadeira de rodas.

Todas estas intervenções pretendem atingir o maior grau possível de independência, tornando-se necessário antes de treinar, ensinar como se faz de forma mais eficaz para o utente, potenciando assim os resultados.

Do tipo avaliar:

- Avaliar aprendizagem de habilidades técnica de marcha;
- Avaliar aprendizagem de habilidades transferência de obstáculos
- Avaliar aprendizagem de habilidades técnica de transferência
- Avaliar técnica de habilidades utilização de cadeira de rodas;

No sistema CIPE\SAPE para cada intervenção do tipo instruir, é obrigatório avaliar a efetividade dos ensinamentos.

Do tipo monitorizar:

- Monitorizar capacidade de marcha através do índice de marcha de *Tinetti*.

Mobilidade, é a capacidade, de a pessoa locomover num ambiente, sendo uma função composta de múltiplas manobras, que dependem de uma interação de múltiplas características: físicas, cognitivas e psicológicas.

5.6 – PLANO DE REABILITAÇÃO PARA O FOCO DE ATENÇÃO MOVIMENTO CORPORAL (APÊNDICE VI)

“Movimento corporal é um tipo de actividade motora com as características específicas: movimento espontâneo, inconsciente ou involuntário dos músculos, articulações e ossos, bem como as funções motoras.” (CIE, 2003, p 32)

A pessoa, ao interagir com o meio de um modo flexível e adaptável, produz o movimento normal, inicia um padrão de movimento coordenado, adaptando a força e velocidade de forma a contrariar a resistência e condições sensoriais com que se depara para executar cada tarefa, mantendo o equilíbrio corporal (OE, 2009).

O movimento consiste na acção dos músculos sobre os ossos e articulações em planos de referência, podendo envolver uma acção involuntária e reflexa ou uma escolha consciente e voluntária. Mover as articulações implica, estímulo sensitivo e mover os músculos (OE, 2009).

Do tipo monitorizar:

- Monitorizar força muscular através índice de força muscular de *Council*;
Serve este índice o fim de monitorizar ganhos de força muscular.

- Monitorizar tonicidade através da escala de tonicidade de *Ashworth*;
A espasticidade é um distúrbio motor que compromete e incapacita o indivíduo, pois dificulta o seu posicionamento confortável, prejudica as tarefas da vida diária como: alimentação, locomoção, transferência e os cuidados de higiene. Quando não tratada

causa contraturas, rigidez, luxações, dor e deformidades. Esta escala é usada na avaliação da gravidade da espasticidade e varia de 0 a 4.

- Monitorizar amplitude articular;

Do tipo instruir \ treinar:

- Instruir técnica de exercícios isométricos;
- Treinar exercícios isométricos;
- Instruir técnica de exercícios isotónicos;
- Treinar exercícios isotónicos.
- Instruir exercícios musculares articulares activos assistidos; Exemplo de técnicas descritas em (OE, 2009)
- Treinar exercícios músculo articulares activos assistidos
- Instruir técnica de exercícios músculo articulares activos resistidos; Exemplo de técnicas descritas em (OE, 2009)
- Treinar técnica de exercícios músculo articulares activos resistidos

Todas as intervenções anteriores pretendem a manutenção do tónus ou melhoria da força muscular tornando a pessoa mais autónoma e capaz nas AVD. Sendo aplicadas conforme a situação clínica e capacidade do utente.

Do tipo avaliar:

- Avaliar aprendizagem de habilidades técnica de exercícios músculo articulares activos

No sistema CIPE\SAPÉ para cada intervenção do tipo instruir, é obrigatório avaliar a efetividade dos ensinamentos.

Do tipo executar:

- Executar técnica de exercícios músculo articulares passivos; Exemplo de técnicas descritas em (OE, 2009)

5.7 – PLANO DE REABILITAÇÃO PARA O FOCO DE ATENÇÃO RESPIRAÇÃO (APÊNDICE VII)

“Respiração é um tipo de Função com as características específicas: processo contínuo de troca molecular de oxigénio e dióxido de carbono dos pulmões para oxidação celular, regulada pelos centros cerebrais da respiração, receptores brônquicos e aórticos, bem como por um mecanismo de difusão.” (CIE, 2003, p 17)

A respiração é uma necessidade vital e um processo complexo que se divide em ventilação pulmonar, difusão e transporte de gases, controlo da respiração. Qualquer situação que altere uma destas etapas vai afectar a função respiratória. Nas pessoas com LVM, outras situações clínicas, em que há paralisia de músculos respiratórios (consoante o nível da lesão), ineficácia do reflexo de tosse ou até mesmo alterações cognitivas, surge a estase e a acumulação de secreções por ineficácia dos mecanismos de limpeza (drenagem muco ciliar e tosse) (OE, 2009).

Os movimentos respiratórios pouco amplos ou ausentes, com conseqüente diminuição da ventilação e baixa hidratação, tornam as secreções espessas e estas acumulam-se, constituindo um meio ideal para o desenvolvimento de bactérias (OE, 2009).

A diminuição dos movimentos respiratórios e a ineficácia do movimento das secreções leva a uma ventilação ineficaz e à alteração da difusão de O₂ e de CO₂. Com o aumento do CO₂ no sangue, pode surgir a hipoxia e, se não houver intervenção eficaz, pode ocorrer paragem respiratória e até morte (OE, 2009).

Do tipo monitorizar \ vigiar:

- Monitorizar sinais vitais;

As intervenções de cinesiterapia respiratória devem ser precedidas de uma avaliação dos sinais vitais a fim de despistar variações significativas tensionais e de frequência cardíaca.

- Monitorizar SaO₂;
- Vigiar expectoração.

Do tipo Instruir \ ensinar \ treinar:

- Instruir exercícios de reeducação funcional respiratória;

Exemplo de técnica descrita em (OE, 2009)

- Treinar exercícios de reeducação funcional respiratória;
- Instruir incentivadores respiratórios;

Exemplo de técnica descrita em (OE, 2009)

- Treinar incentivadores respiratórios;
- Instruir técnica respiratória;

Exemplo de técnica descrita em (OE, 2009)

- Treinar técnica respiratória;
- Instruir técnica da tosse;

Exemplo de técnica descrita em (OE, 2009)

- Instruir técnica de relaxamento;
- Instruir hábitos de vida exercício físico.

Do tipo executar:

- Executar drenagem postural respiratória;

Exemplo de técnica descrita em (OE, 2009)

- Executar manobras acessórias respiratórias;

Exemplo de técnica descrita em (OE, 2009)

- Executar auscultação pulmonar;
- Executar prova de treino de marcha de 6 minutos;
- Executar hidratação oral;
- Executar fluidificação de secreções;
- Executar aspiração de secreções.

Do tipo avaliar:

- Avaliar aprendizagem de habilidades técnica respiratória;
- Avalia aprendizagem de habilidades exercícios de reeducação funcional respiratória;
- Avaliar aprendizagem de habilidades utilização de incentivadores

respiratórios;

- Avaliar aprendizagem de habilidades técnica de tosse.

No sistema CIPE\SAPE para cada intervenção do tipo instruir, é obrigatório avaliar a efetividade dos ensinamentos

6 – ASPECTOS ÉTICOS

Fortin (1999) diz que a ética “ é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. É o conjunto de permissões e interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”. Sendo assim, o investigador deve tomar as precauções necessárias, para que tais valores estejam protegidos.

Não se deve negligenciar as expectativas dos utentes, sobrepondo aos seus interesses ao interesse do trabalho.(Gonzaga, 1998).

Em todos os procedimentos foram tidos em conta os aspetos éticos, preservando sempre o anonimato e segurança dos utentes e sendo estes, esclarecidos sempre que necessário, relativamente aos procedimentos.

Não foi utilizado o consentimento informado porque a aplicação dos instrumentos de recolha de dados, foi em contexto laboral no desempenho das funções habituais como enfermeiro de reabilitação, no âmbito do estudo apenas foram compilados os dados, mantendo o sigilo dos mesmos e identificação dos utentes.

PARTE III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

A população alvo do estudo foram todos os utentes internados no serviço de Medicina da Unidade Hospitalar de Macedo de cavaleiros, ULS Nordeste. Este estudo foi realizado com a recolha de dados de 5/6/2011 a 22/11/2011 com uma amostra de 67 utentes com plano de reabilitação implementado.

As idades dos utentes perfazem uma média de 79,6 anos. Quanto ao sexo, 47,76% eram do sexo Masculino e 50,74% do sexo Feminino. Relativamente à sua distribuição geográfica 86,57% dos utentes são do concelho de Macedo de Cavaleiros, 8,96% do concelho de Alfandega da Fé e em igualdade com 1,49% dos concelhos de Bragança, Mogadouro e Vinhais.

Incidência de diagnósticos

Relativamente aos diagnósticos médicos identificados, foram contabilizados os diagnósticos major e diagnóstico associado, ficando aqui descritos por afecção por sistemas: respiratório 35 utentes, circulatório 5 utentes, cardíaco 15 utentes, neurológico 6 utentes, génito-urinário 4 utentes, hepático 1 utente e osteoarticular 2 utentes.

Da mesma forma descrevendo os diagnósticos de enfermagem de reabilitação por focos de atenção levantados: equilíbrio 16 utentes, mobilidade 23 utentes, movimento corporal 13 utentes, respiração 51 utentes, consciência 2 utentes, edema 5 utentes, autocuidados 1 utente.

Dos 67 utentes, 49 tiveram intervenções de reabilitação directamente relacionados com o diagnóstico médico, embora em 8 destes utentes tenham sido instituídas outras intervenções sem relação. Nos restantes 18 utentes, as intervenções de reabilitação não tiveram qualquer relação com o diagnóstico médico. Ou seja 26,9% dos utentes atendidos eram portadores de necessidades físicas, cognitivas ou neurológicas, identificadas pelos enfermeiros de reabilitação.

2 – DESCRIÇÃO DO TRABALHO DESENVOLVIDO

Todos os utentes que deram entrada no serviço, foram avaliados por enfermeiro de reabilitação nas primeiras 24 horas, num total de 210 utentes. Após essa avaliação, os utentes com alteração foram identificados quais os focos de atenção com necessidades, e implementadas as intervenções de reabilitação padronizadas que melhor se adequavam à situação clínica. Desta população, foi escolhida uma amostra de 67 utentes, com o critério de terem recebido 4 ou mais sessões de reabilitação. A título informativo no total 108 utentes receberam intervenções de reabilitação mas 41 receberam menos de 4 sessões.

Como já referi, número mínimo de sessões de reabilitação por utente foi de 4 e o máximo de 24 sessões de sessões de reabilitação num total 588 sessões de reabilitação ao longo do estudo.

A seguir descrevo o tempo médio de intervenção em utentes com plano de reabilitação implementado e aos quais a alta clínica ocorre na data do termo das intervenções de enfermagem de reabilitação ou nas 24 horas seguintes:

Em 56 utentes com plano de reabilitação o tempo médio de internamento foi de 7,8 dias sendo no mínimo de 4 e máximo de 20 dias.

Outros 3 utentes foram transferidos para continuidade de cuidados com 15 dias de intervenção em média, dois para unidades de cuidados continuados e um para outra unidade hospitalar.

A 2 utentes, após termo das intervenções de enfermagem de reabilitação por melhoria, em média com 9 dias de intervenção, foi-lhes mantido o internamento por questões médicas.

Temos a lamentar o registo de 4 óbitos de utentes com plano de reabilitação implementado, com diagnóstico de AVC – média de 11 dias de intervenção. Em 1 utente, o plano de reabilitação foi interrompido por agravamento hemodinâmico.

Sendo as intervenções realizadas por dois enfermeiros de reabilitação, os planos de reabilitação padrão instituídos permitiram 100% de continuidade dos tratamentos implementados. Sendo que todas as alterações efetuadas foram por reajuste das

intervenções às necessidades dos utentes atendidos, revelando-se assim uma ferramenta essencial para os cuidados fossem estruturados e ajustados em tempo útil, produzindo informação que permita a avaliação das intervenções realizadas.

3 – ANÁLISE DE RESULTADOS

Neste ponto refere-se à descrição do conteúdo dos planos de reabilitação padrão criados e aos resultados obtidos com o objectivo de analisar a efectividade das intervenções realizadas. Foi atribuída uma letra a cada utente a fim de manter o anonimato.

De forma individual, continuada e, em alguns casos, sobreposta foram realizadas as seguintes intervenções de reabilitação por foco de atenção ao longo de cada internamento:

3.1. – RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DAS INTERVENÇÕES PARA O FOCO DE ATENÇÃO EDEMA.

Os utentes atendidos apresentaram edemas apenas ao nível dos membros inferiores. Foram executadas técnicas para controlo e diminuição do edema tais como: drenagem por técnica a 5 utentes, massagem linfática a 5 utentes, terapia compressiva a edema a 4 utentes

Assim foi necessário implementar a monitorização dos pulsos poplíteo, tibial posterior, tibial anterior e pedioso. Foi também realizada a monitorização do perímetro dos tornozelos o que para além do exame objectivo e descritivo, permitiu o registo quantitativo.

Quadro 1 – Resultados obtidos através da monitorização, em centímetros, do perímetro dos tornozelos

N\ 5	Avaliação inicial	Avaliação Final
Perimetria média em (cm)	24.2	22.1
Desvio padrão	4.73	4.39

Observou-se em todos os utentes uma diminuição média do diâmetro do tornozelo, o que identifica a eficácia das intervenções, apresentando os utentes no momento do termo

das intervenções membros inferiores sem edemas, com sinal de *godet* negativo, sem flictenas ou lesões cutâneas, pois as intervenções para além da prevenção do comprometimento neurológico permitiram também a preservação da integridade dos tecidos.

3.2 – RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DAS INTERVENÇÕES PARA O FOCO DE ATENÇÃO MOBILIDADE CORPORAL

Foram implementados ensinamentos e treino de técnica de transferência a 10 utentes, técnica de marcha a 22 utentes, conforme a situação clínica do utente e a sua evolução, a 4 utentes treino de transposição de obstáculos. A monitorização da eficácia das intervenções foi medida pelo índice de marcha de *Tinetti*.

Quadro 2 – Resultados obtidos através da monitorização através do Índice de marcha de *Tinetti*

N\ 22	Avaliação inicial	Avaliação Final
Avaliação média	4.14	6.60
Desvio padrão	2.12	2.50

O índice de marcha de *Tinetti* reflecte aspectos da marcha tais como: características do início da marcha, comprimentos dos passos, simetria dos passos, direcção, posicionamento do tronco do utente e a distância dos tornozelos, com um score entre 0 e 11 pontos.

Dos 22 dos utentes, a escala de avaliação utilizada permitiu revelar que 8 desses utentes não apresentaram evolução por falta de potencial, quer físico quer cognitivo, apresentando em média um valor de 4,25 pontos inicial e final no índice de marcha de *Tinetti*, reflectindo que tinham capacidade para deambular embora com apoio e com limitações físicas.

Outros 14 utentes apresentaram evolução da capacidade de marcha. O índice inicial era 4,06 pontos na escala de *Tinetti*, com uma avaliação média no final dos tratamentos de 7,92 pontos.

Mas de forma geral, como se observa, as intervenções realizadas tiveram um reflexo positivo nos utentes. Foi possível a manutenção e potênciação das capacidades, pois em utentes com uma média de idades elevada e já com limitações físicas e ou cognitivas marcadas, o facto de aumentarem as suas capacidades de mobilidade traduz ganhos em saúde, independência e melhoria da qualidade de vida.

3.3 – RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DAS INTERVENÇÕES PARA O FOCO DE ATENÇÃO CONSCIÊNCIA E COGNIÇÃO.

Foi aplicada a escala de coma de *Glasgow* a utentes com alteração do nível de consciência o que permitiu aplicar uma avaliação quantitativa da sua evolução. Após melhoria deste parâmetro a avaliação aplicada foi qualitativa e periódica do estado mental dos utentes sendo descritiva ao nível da vigilância, atenção, memória e funções cognitivas. As intervenções realizadas foram ao nível do treino cognitivo/memória.

Quadro 3 – Resultados obtidos através da monitorização da Escala de coma de *Glasgow*

N\ 2	Avaliação inicial	Avaliação Final
Utente 1	9	6
Utente 2	9	14

Foram monitorizados 2 utentes: Verificou-se um agravamento do estado de consciência do utente 1, tendo acabado por falecer. O utente 2 apresentou uma evolução de 5 pontos na escala de coma com um valor inicial de 9 e final de 14.

A avaliação do estado mental demonstrou uma melhoria ao nível da orientação espaço e tempo, bem como relativamente à pessoa. Apresentou no final das intervenções um discurso coerente com memória conservada.

3.4 – RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DAS INTERVENÇÕES PARA O FOCO DE ATENÇÃO EQUILÍBRIO CORPORAL

Efectuado treino de equilíbrio sentado a 10 utentes, com intervenções ao nível de sentado com apoio de mãos e pés, sentado com apoio de pés, provocando desequilíbrio lateral, provocando desequilíbrio frontal e dorsal, auto mobilização do tronco (avião), auto mobilização do tronco (inclinação frontal), treino de equilíbrio em pé a 13 utentes, flexão plantar com apoio, equilíbrio em um pé com apoio, flexão joelho e coxofemoral, extensão da coxofemoral, abdução dos membros inferiores, levante sem mãos, erecto com apoio em um pé, sendo todas estas intervenções ajustadas à condição clínica e fase de evolução do utente. Esta diferença entre treinos de equilíbrio sentado e em pé reflecte que desde de início 3 utentes já apresentavam equilíbrio sentado.

Os resultados obtidos foram monitorizados através do Índice de equilíbrio de *Tinetti*: Esta ferramenta avalia aspectos do equilíbrio tais como: sentando, levantando, tentativas de levante, em pé primeiros 5 segundos, equilíbrio em pé, teste dos 3 tempos, olhos fechados, girando 360°, sentando, com um score máximo de 16 pontos.

Quadro 4 – Resultados obtidos através da monitorização do índice de equilíbrio de *Tinetti*

N\ 13	Avaliação inicial	Avaliação Final
Avaliação média	4.15	6.48
Desvio padrão	3.16	3.90

Mais uma vez, é possível monitorizar uma evolução global da capacidade de equilíbrio o que traduz efectividade das intervenções com ganhos em saúde para os utentes. Há a referir que 4 utentes não tiveram evolução, traduzindo um índice médio inicial e final de 3 pontos da escala de equilíbrio de *Tinetti*, o que demonstra incapacidade grave.

Outros 9 utentes apresentaram evolução apresentando no início uma pontuação de 4,88 pontos, e após as intervenções apresentaram um valor médio final de 7,88 pontos.

Dos 13 utentes, apenas um manteve a incapacidade completa de equilíbrio com um score de 0 pontos pois a sua condição cognitiva e física não permitiu melhorias.

Como se verifica, com uma pontuação final média de 6,48 pontos, os utentes

evoluíram para uma condição de alguma autonomia embora com necessidade de apoios na deambulação.

3.5 – RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DAS INTERVENÇÕES PARA O FOCO DE ATENÇÃO MOVIMENTO CORPORAL

A fim de manter funções ou potenciar as capacidades físicas dos utentes foram realizados exercícios músculo articulares a 9 utentes, aos grupos músculo articulares com mobilidade alterada, entre elas técnicas de mobilização passiva, técnica de mobilização assistida, técnicas de mobilização resistida, conforme a situação clínica, evolução demonstrada e o potencial de recuperação apresentado. Por exemplo exercícios de mobilização resistidos apenas foram aplicados a 2 utentes, pois os restantes não apresentavam capacidade muscular para as realizar.

A ferramenta utilizada para monitorizar a evolução obtida com as intervenções foi a escala de força muscular, que permite avaliar e acompanhar a função motora de pacientes com idades acima de seis anos e portadores de diferentes formas de doenças neuromusculares. O score máximo é de 5 pontos.

Quadro 5 – Resultados obtidos através da monitorização do índice de força muscular

N\ 10	Avaliação inicial	Avaliação Final
Avaliação média	2.6	3.2
Desvio padrão	1.65	1.32

Apenas num utente não se observou evolução motora, o que se deveu à sua condição cognitiva que também se encontrava alterada e não apresentou evolução; em 2 utentes a evolução não permite um grau de autonomia física mas permitiu a manutenção de amplitudes e prevenção de complicação musculares, articulares e cutânea decorrentes de imobilidade. Nos restantes 7 utentes quer a evolução atingida quer o grau de força mantida (4) permite um nível de capacidade motora para uma vida auto-suficiente.

Quadro 6 – Resultados obtidos através da monitorização da escala de tonicidade de *Ashword*

N\ 1	Avaliação inicial	Avaliação Final
Avaliação média em	3	1

Também neste foco de atenção foi monitorizado num utente o grau de tonicidade através da escala de *Ashword*, pois apresentava no início do internamento um padrão espástico grau 3, tendo evoluído com as intervenções realizadas para um grau 1. O que demonstra que se reverteu de um padrão espástico para um quadro de capacidade de mobilização articular normal.

3.6 – RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DAS MONITORIZAÇÃO PARA O FOCO DE ATENÇÃO RESPIRAÇÃO

Foram identificados em 49 utentes alterações da função respiratória. Foram implementadas as seguintes intervenções de reabilitação: ensinamentos de reeducação respiratória a 41 utentes, manobras acessórias respiratórias a 18 utentes, drenagem postural a 9 utentes, exercícios de tosse a 23 utentes, exercícios de amplitude respiratória a 10 utentes, prova de marcha 6 minutos a 1 utente, exercícios de correcção posturais a 1 utente.

Infelizmente, por falta do equipamento, não foi possível realizar uma monitorização da função respiratória destes utentes através de espirometria, o que permitiria uma avaliação fidedigna e potenciar a identificar alterações respiratórias mais objectivas e proporcionar o correcto encaminhamento. Assim, foi realizada uma avaliação diária dos sinais vitais e da capacidade de captação de gases (SaO_2) sem aporte de oxigénio. Foi este último parâmetro que serviu como ferramenta de avaliação da efectividade das intervenções realizadas. Também foi realizado diariamente o exame objectivo da função respiratória, tal como as características da respiração, tosse, expectoração e auscultação pulmonar.

Quadro 7 – Resultados obtidos através da monitorização da eficácia respiratória da avaliação SaO₂

N\ 46	Avaliação inicial	Avaliação Final
Avaliação média em (%)	90.5	95.5
Desvio padrão	4.48	2.70

Conforme demonstrado todos os utentes apresentaram um evolução no valor do SaO₂. De referir que apenas 1 utente ficou abaixo dos 90% de SaO₂ ,(85%), na avaliação final; este caso deveu-se a um utente com alterações cognitivas, que não colaborando em exercícios activos respiratórios potenciadores da função, viu direccionada a intervenção para drenagem pulmonar, por apresentar roncos expiratórios e expectoração, com necessidade de aspiração.

De forma geral, as intervenções de reabilitação foram efectivas com ganhos na capacidade respiratória dos utentes. Uma saturação de O₂ em média de 96% revela uma boa capacidade ventilatória, permitindo actividades de vida normais.

3.7 – RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DA AVALIAÇÃO DO ESTADO GLOBAL DO UTENTE ATRAVÉS DO ÍNDICE DE *BARTHEL*

Todos os utentes foram avaliados de forma global através do índice de *Barthel*, ferramenta esta que permite avaliar a capacidade funcional do indivíduo para a realização de actividades de vida essenciais. Esta avaliação foi efectuada no momento da avaliação inicial, sempre que fosse identificada uma evolução significativa e no momento do termo das intervenções de enfermagem de reabilitação.

Quadro 8 – Resultados obtidos através da monitorização do índice de *Barthel*:

N\ 67	Avaliação inicial	Avaliação Final
Avaliação média	45.52	53.43
Desvio padrão	36.07	37.01

Há que ter presente a tipologia de utentes atendidos no serviço onde decorreu a recolha de informação, uma população envelhecida e grande parte já com limitações físicas ou cognitivas instaladas. A referir que 6 utentes apresentaram um índice de 0 inicial e final, o que demonstra a sua debilidade e que as intervenções implementadas apenas foram no sentido de prevenir complicações resultantes da sua incapacidade, Todos os restantes 61 utentes manifestaram manutenção ou evolução das suas capacidades globais, independentemente do grau que apresentaram e das capacidades demonstradas, reflectindo também com esta monitorização ganhos com as intervenções realizadas.

CONCLUSÕES

Chegado este ponto, é possível realizar uma análise global a todo este trabalho.

Relativamente às questões de partida colocadas no capítulo da metodologia:

- Referindo-me à questão 1: “É possível monitorizar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação?”

Em todos os utentes foi possível avaliar, através de escalas, a evolução do seu estado de saúde relativa a um foco específico de atenção

De uma forma geral fica demonstrada a sua concretização, uma vez que a utilização das mesmas referidas ao longo do trabalho traduzem de forma objectiva a efectividade de intervenções especializadas. Demonstram de forma clara a evolução, estagnação ou involução da condição física, cognitiva ou neurológica do utente ao longo do período de intervenção, traduzem o nível das capacidades readquiridas de um utente. Neste caso as utilizadas foram as implementadas na instituição.

Noutros focos de atenção também poderão, com certeza, ser padronizadas intervenções e utilizados instrumentos que meçam a evolução de um indivíduo com uma qualquer alteração seja ela motora, neurológica ou cognitiva. Por este motivo fica em aberto uma continuidade deste estudo, de forma a integrar intervenções de reabilitação e escalas de avaliação ao maior número possível de focos de atenção.

De referir que outros parâmetros poderão ser também monitorizados utilizando escalas como por exemplo a avaliação estado mental, memória, funções cognitivas que neste estudo foram avaliados de forma descritiva, o que dificulta a exposição de resultados, não tendo por isso demonstrado a sua evolução.

De forma geral fica demonstrada a possibilidade de monitorizar objectivamente as intervenções de enfermagem de reabilitação, o que permite de forma sistemática avaliar a efectividade das intervenções implementadas e otimizá-las em tempo útil.

É possível criar padrões de qualidade a partir de metodologias semelhantes a esta pois os cuidados de enfermagem devem ser cada vez mais virados para dinâmicas e áreas cientificamente visíveis aos olhos das comunidades e daqueles que detêm o poder de decisão.

- Relativamente à Questão 2: “Na prática diária é possível a utilização de planos de intervenção padrão de forma a dar consistência, continuidade e visibilidade às intervenções de enfermagem de reabilitação?”

Os suportes de registo da prática desenvolvida foram o factor preponderante para os resultados obtidos, pois permitem que as intervenções sejam realizadas por mais do que um profissional de forma isolada, permitindo o seguimento do que já estava planeado, ajustando e permitindo a optimização das estratégias de forma estruturada e, em tempo útil, permitem também uma análise diária da evolução do utente. Com certeza, podem e devem ser constantemente, ajustadas à prática, tanto no seu conteúdo teórico como prático, produzindo informação cada vez mais actualizada da prática baseada na evidência.

Outros focos de atenção podem da mesma forma ser parametrizados, o que neste momento já é uma realidade no serviço onde decorreu a recolha de informação para este trabalho, embora para aqui serem demonstrados não foi possível, por uma questão de *timing* e falta de evidência suficiente.

Também os autocuidados merecem uma forma de registo semelhante, pois traduzem ganhos em saúde, a promoção da autonomia física e social, com ganhos significativos no bem-estar dos utentes.

Em suma, pretendo que outros planos de cuidados sejam padronizados para outros focos de atenção aqui não trabalhados, com interesse para a enfermagem de reabilitação, que permitam a sua parametrização no aplicativo informático, produzindo informação relativa aos actos de enfermagem de reabilitação, traduzindo toda a prática realizada. Penso que esta estratégia será com certeza uma mais-valia para a demonstração dos cuidados que os enfermeiros de reabilitação prestam, dando visibilidade aos mesmos, junto da sociedade, inculcando também junto dos profissionais uma maior responsabilização e motivação para evoluir pessoal e profissionalmente.

Há que lembrar que só com demonstração prática da mais-valia da enfermagem de reabilitação junto das administrações hospitalares, será possível implementar de forma cimentada estes profissionais, e só com a evidência da prática será possível.

Quanto às dificuldades sentidas foram várias: a não existência de enfermeiros de

reabilitação com dinâmicas implementadas, servindo como modelo e apoio, a dificuldade em implementar a figura do enfermeiro de reabilitação no serviço, a falta de material de reabilitação, sendo necessário algumas vezes recorrer ao imprevisto e a falta de bases teóricas no âmbito do estudo, foram barreiras que penso terem sido ultrapassadas, da forma possível.

Infelizmente no presente, a enfermagem de reabilitação ainda se mantém tímida no desempenhar as suas tão válidas funções, que por diversos factores, principalmente devido a dinâmicas institucionais atuais, que no meu entender devem ser repensadas, também na área da enfermagem generalista, libertando estes profissionais de algumas tarefas, permitindo que direcionem a sua atenção para uma actuação de funções diferenciadas e válidas para o reconhecimento da profissão.

O trabalho prático realizado pode ser com certeza otimizado, pois pretende ser o ponto de partida para que outros profissionais se possam aperceber de novas práticas, baseadas na evidência, otimizando os cuidados prestados e produzindo informação científica a vários níveis.

Em forma de conclusão, penso ter atingido os objectivos propostos com este trabalho. Fica demonstrada a vantagem de criar/parametrizar intervenções diferenciadas de reabilitação possibilitando o registo no processo clínico, das vantagens da monitorização dos resultados obtidos e das possibilidades que os suportes de registo permitem dar ao nível da continuidade dos cuidados e acompanhamento da evolução.

Espero portanto que este seja o primeiro de muitos trabalhos que potenciem a prática de enfermagem de reabilitação, bem como a enfermagem no geral e espero também que os utente recebam cada vez mais e melhores cuidados de enfermagem pois essa será sempre a nossa missão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baptista, R.C.N. (2003). *Avaliação do Doente com alteração do estado de Consciência – Escala de Glasgow*. Revista Referência, nº10.

Barela, J. A. (2000). *Estratégias de controle em movimentos complexos: ciclo percepção-acção no controle postural*. Revista paulista de Educação Física. supl. 3.

Bogdan, R. C., & Biken, S. K. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria dos metodos*. Porto Editora.

Cassar, M.P. (2001). *Manual de Massagem Terapêutica*. 1ª Edição, Manole.

Código Deontológico dos Enfermeiros. (2003).

Conselho internacional de Enfermeiras. (2002). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*. Beta 2. 2ª edição, Associação Portuguesa de Enfermeiros, Lisboa

Douglas, C. R. (2002). *Tratado de Fisiologia aplicada à Saúde*. 5ª edição. São Paulo. Robe Editorial

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Gonzaga, R. (1998). *Regras básicas de investigação clínica*. 1ª Edição, Instituto Piaget, Lisboa.

Lei nº 125, Publicada na 2.ª série n.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011. (2011). Dispõe sobre as Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Assembleia da Republica. Portugal. 2011

Neto, A. J. S. (2003). *Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no serviço de urgência*. “Servir”, Vol. 51, n.º 5, Lisboa;

Nunes, B., Castro, L.C., Oliveira, L.G., Pais, J., Santos J.R., Roriz J.M., Cruz V.T. (2008). *Memoria - Funcionamento, Perturbações e Treino*. Lidel. Lisboa – Porto, Pág 287 – 317.

Oliveira, A. A. R., Lasnor, J.B., Gomes, M.S. (2007). *A Inelastoterapia nos Distúrbios Hemodinâmicos dos Membros Inferiores*. Anais do Encontro De Iniciação Científica da Universidade Severino Sombra. Vasouras.

Ordem dos Enfermeiros.(2009). *Guia de boa prática e cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com traumatismo vértebro medular*. Série I. Número 2.1ª página – última página.

Sousa, D. (2009). II CPLEER, Viana do Castelo, Fonte: http://pequi.incubadora.fapesp.br/portal/atividade/Exerc_c3_adciosParaTreinarOEquil_c3_adbri

APÊNDICES

**APÊNDICE I – AVALIAÇÃO INICIAL GLOBAL DE ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO**

AVALIAÇÃO INICIAL					
Tensão arterial	Pulso	Spo2	Ciclos respiratórios	Tipo de respiração	Auscultação Pulmonar
Diagnostico Médico:					
Anamnese:					
Exames complementares:					
Cognição	Estado mental				
	vigília	Comatoso			
		Letárgico			
		Sonolento			
		Alerta			
	Atenção	Desatento			
		Coerente			
		Distraído			
		incoerente			
	Memoria				
	Tempo	Orientado			
		Desorientado			
	espaço	Orientado			
		Desorientado			
	pessoa	Orientado			
Desorientado					
Funções cognitivas					
Linguagem	Disartria				
	Disfonia				
	Dislalia				
Função linguística	Afasia de expressão				
	Afasia de compreensão				
	Afasia mista				
Gnosía	Sem déficit				
	Anasognosía				
	Somatognosía				
Edema	Ausente				
	Presente	Membro superiores			
Membros inferiores					
Outro					
Tegumento	Sem alteração				
	Ferida traumática				
	Maceração				
	Ponto de pressão				
	Úlcera de pressão				
Sensação	Sensibilidade superficial	Presente			
		Alterada			
	Avaliação óptica	Sem alterações			
		Hemianopsia			
	Anopsia				
Deglutição	Função presente				
	Função alterada	Líquidos			
		Sólidos			
Total					
Movimento Corporal	Índice de força muscular	Sup. Dtº			
		Sup. Esqº			
		Inf. Dtº			
		Inf. Esqº			
	Escala de tonicidade	Sup. Dtº			
		Sup. Esqº			
		Inf Dtº			
Amplitude articular	Normal				
	Alterada (local anatómico)				
	-				
	-				
Equilíbrio Corporal	Presente				
	Sentado	Presente			
		Alterado			
Em pé	Presente				
	Alterado				
Mobilidade	Avaliação da marcha	Sem alteração			
		Miopatica			
		Paretica			
		Paretica-espastica			
		Paretica hemiplegica			
		Ataxica			
	Parkinsonica				
Transferencia	Capaz				
	Incapaz				

		DATA				
		HORA				
AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO (INDICE DE BARTHEL)						
ACTIVIDADES						
CONTROLO DO INTESTINO	0= Incontinente					
	5= Ocasionalmente incontinente/necessita de ajuda para colocar supositório					
	10= Contigente					
CONTROLO DA BEXIGA	0= Incontinente/Algaliado/incapaz de urinar sem ajuda					
	5= Ocasionalmente incontinente					
	10= Contigente					
HIGIENE PESSOAL	0= Necessita de ajuda nos cuidados pessoais					
	5= Independente para lavar a cara/Barbear/Pentear/Lavar os dentes					
USAR A SANITA	0= Dependente					
	5= Necessita de alguma ajuda, mas pode fazer alguma coisa sozinho					
	10= Independente (vestir/limpar)					
ALIMENTAR-SE	0= Incapaz					
	5= Necessita de ajuda para cortar os alimentos, espalhar manteiga, etc., e necessita adaptação da dieta					
	10= Independente					
TRANFERENCIA	0= Incapaz de se manter sentado					
	5= Necessita de ajuda (física) de 1 ou 2 pessoas; pode sentar-se.					
	10= Necessita de alguma ajuda (física ou verbal)					
	15= Independente (em todas as fases)					
CAMINHAR NUMA SUPERFICIE NIVELADA	0= Imóvel ou mobiliza-se <50 metros					
	5= Independente numa cadeira de rodas> 50 metros					
	10= Caminha com ajuda (verbal ou física) de uma pessoa> 50 metros					
	15= Independente (mas pode utilizar qualquer ajuda por ex.: bengala) > 50m					
VESTIR-SE E DESPIR-SE	0= Dependente					
	5= Necessita de ajuda mas pode fazer metade das coisas sem ajuda					
	10= Independente					
SUBIR E DESCER ESCADAS	0= Incapaz					
	5= Necessita de ajuda (verbal/física)					
	10= Independente					
TOMAR BANHO	0= Dependente					
	5= Independente (na banheira ou no chuveiro); não necessita de ajuda					
		SCORE				
NIVEL DE DEPENDÊNCIA	DEPENDENCIA TOTAL - 0-20					
	DEPENDENCIA GRAVE 21-60					
	DEPENDENCIA MODERADA 61-90					
	DEPENDENCIA LIGEIRA 91-99					
	INDEPENDENTE 100					
ANTECEDENTES/ALERTAS		FOCOS DE ATENÇÃO ALTERADOS				
ANEURISMA CEREBRAL/AORTA		CONSCIÊNCIA E COGNIÇÃO				
EDEMA CEREBRAL		DEGLUTIÇÃO				
EMBOLIA PULMONAR		EDEMA				
HEMOPTISES		ELIMINAÇÃO URINARIA				
HIPOCOAGULAÇÃO		EQUILIBRIO CORPORAL				
METÁSTESSES OSSEAS		FALA				
OSTEOPOROSE GRAVE		MOBILIDADE				
TUBERCULOSE ACTIVA		MOVIMENTO CORPORAL				
TRAUMATISMO TORÁCICO		RESPIRAÇÃO				
TAQUICARDIA VENTRICULAR		SENSAÇÃO				
OUTRO		AUTO CUIDADOS ALTERADOS				
		HIGIENE PESSOAL				
		USAR WC				
		ALIMENTAR-SE				
		VESTIR-SE E DESPIR-SE				
		Assinatura				

**APÊNDICE II – PLANO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA O FOCO
DE ATENÇÃO CONSCIÊNCIA E COGNIÇÃO**

FOCO DE ATENÇÃO		CONSCIENCIA E COGNIÇÃO														
		DATA														
		HORA														
ESCALA DE COMA DE GLASGOW – MONITORIZAR 4\4 DIAS		AVAL													AVAL	
Abertura ocular	Espntânea (4)															
	Ao comando verbal (3)															
	So com estímulo doloroso (2)															
	Não abre (1)															
Resposta verbal	Fala coerente (5)															
	Desorientado e conversando (4)															
	Resposta inapropriada (3)															
	Inarticulado (2)															
Sem Resposta																
Resposta motora	Obedece a comandos (6)															
	Localização a dor (5)															
	Flexão inespecífica (retirada) (4)															
	Flexão Hipertonica (decortica) (3)															
	Extensão hipertonica (decerebra) (2)															
Sem resposta																
		Score														
		Minimental														
		Score														
ESTADO MENTAL - AVALIAR 4\4 DIAS																
Vigília	Letárgico,															
	Comatoso,															
	Sonolento,															
	Alerta															
Atenção	Desatento,															
	Coerente,															
	Distraído,															
	Incoerente															
MEMORIA: ORIENTAÇÃO QUANTO AO: - AVALIAR 4\4 DIAS																
Tempo	Orientado															
	Desorientado															
Espaço	Orientado															
	Desorientado															
Pessoa	Orientado															
	Desorientado															
FUNÇÕES COGNITIVAS - AVALIAR 4\4 DIAS																
Função Linguística	Afasia de Expressão(Brocca)															
	Afasia de Compreensão (Wernick)															
	Afasia mista															
Gnosia	Sem déficit															
	Anasognosia(não reconhece déficit)															
	Somatognosia(não reconhece membro)															
INTERVENÇÕES DE REABILITAÇÃO																
Executar treino cognitivo \ memória	Estratégias de memória compensatórias	Internas	mnemónicas													
			Acrónimos													
		Externas	Acrósticos													
			Activas													
			Não activas													
	Estratégias de domínio específico															
	Método de desvanecimento de estímulos															
	Procedimento de aprendizagem sem erros															
	Processo mnésico afetado															
	Reforço das compensações sensoriais															
Reforço das compensações verbais																
Reforço compensações visuais																
		Assinatura														

APÊNDICE III – Plano de enfermagem de reabilitação para o foco de atenção Edema

FOCO DE ATENÇÃO		EDEMA											
DATA													
HORA													
MONITORIZAR DIAMETRO - 4\4 dias		AVAL				AVAL					AVAL		AVAL
Tornozelo	Direito												
	Esquerdo												
Gêmeo	Direito												
	Esquerdo												
Poplíteo	Direito												
	Esquerdo												
Coxa	Direito												
	Esquerdo												
MONITORIZAR PULSOS - assinalar S ou N													
Femoral	Direito												
	Esquerdo												
Popliteo	Direito												
	Esquerdo												
Tibial posterior	Direito												
	Esquerdo												
Tibial anterior	Direito												
	Esquerdo												
Podioso	Direito												
	Esquerdo												
MONITORIZAR COLORAÇÃO DA PELE													
Normal													
Ruborizada													
Cianosada													
INTERVENÇÕES DE REABILITAÇÃO													
Massagem terapêutica	Técnicas de <i>effleurage</i> ou deslizamento												
	Técnicas de compressão												
	Técnicas de massagem linfática												
	Técnicas de percussão												
	Técnicas de fricção												
	Técnicas de vibração e agitação												
	Técnicas de trabalho corporal												
OUTRAS TERAPIAS													
Executar terapia compressiva (ligaduras elásticas)													
Executar drenagem postural através de técnica													
INTERVENÇÕES DO TIPO ENSINAR / AVALIAR													
Instruir técnica de posicionamento													
Avaliar aprendizagem de habilidades sobre técnica de posicionamento	Conhecimento demonstrado												
	Necessita de reforço												
	Conhecimento não demonstrado												
Supervisionar posicionamento													
Assinatura													

**APÊNDICE IV – PLANO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA O FOCO
DE ATENÇÃO EQUILIBRIO**

FOCO DE ATENÇÃO		EQUILÍBRIO CORPORAL												
		DATA												
		HORA												
INTERVENÇÕES DE REABILITAÇÃO														
Treino de equilíbrio Sentado	Sentado com apoio de mãos e pés													
	Sentado com apoio de pés													
	Provocando desequilíbrio lateral													
	Provocando desequilíbrio frontal e dorsal													
	Auto mobilização do tronco (avião)													
	Auto mobilização do tronco (inclinação frontal)													
Treino equilíbrio em pé	Flexão plantar com apoio													
	Equilíbrio em um pé com apoio													
	Flexão joelho e coxofemural													
	Extensão da coxofemural													
	Abdução dos membros inferiores													
	Levante sem mãos													
	Recto com apoio em um pé													
MONITORIZAR EQUILÍBRIO (ÍNDICE DE TINETTI) – MONITORIZAR 4\4 DIAS														
Sentado	Escorrega (0)													
	Equilibrado (1)													
Levantando	Incapaz (0)													
	Usa os braços (1)													
	Sem os braços (2)													
Tentativas de levante	Incapaz (0)													
	Mais de uma tentativa (1)													
	Única tentativa (2)													
Em pé primeiros 5 segundos	Desequilibrado (0)													
	Estável com suporte (1)													
	Estável sem suporte (2)													
Equilíbrio em pé	Desequilibrado (0)													
	Suporte ou base de sustentação 12 cm (1)													
	Sem suporte e base estreita (2)													
Teste dos 3 tempos	Começa a cair (0)													
	Agarra ou balança (1)													
	Equilibrado (2)													
Olhos fechados	Desequilibrado, instável (0)													
	Equilibrado (1)													
Girando 360º	Passos descontinuados (0)													
	Passos contínuos (1)													
	Instável (0)													
	Estável (1)													
Sentado	Inseguro, erra distancia (0)													
	Usa braços ou movimentos bruscos (1)													
	Seguro (2)													
		SCORE DE 16												
INTERVENÇÃO DO TIPO AVALIAR NO APLICATIVO CIPE \ SAPE														
Avaliar o equilíbrio	Presente													
	Desequilíbrio na marcha													
	Desequilíbrio em posição ortostática													
		Assinatura												

**APÊNDICE V – PLANO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA O FOCO
DE ATENÇÃO MOBILIDADE**

FOCO DE ATENÇÃO		MOBILIDADE											
		DATA											
		HORA											
INTERVENÇÕES DE REABILITAÇÃO													
Executar treino de marcha	Com apoio de 2 pessoas												
	Com apoio de 1 pessoa												
	Com andarilho												
	Com canadianas												
	Com tripé												
	Com bengala												
	Deambula sem apoio												
		AVALIAÇÃO DA MARCHA (ÍNDICE DE TINETTI) – MONITORIZAR 4\4 DIAS	AVAL		AVAL		AVAL		AVAL		AVAL		AVAL
Início da marcha	Com hesitação (0)												
	Sem hesitação (1)												
Comprimento dos passos	<i>Pé dtº</i>												
	Não ultrapassa pé esquerdo (0)												
	Ultrapassa pé esquerdo (1)												
	Não sai completamente do chão(0)												
	Sai completamente do chão (1)												
	<i>Pé Esq.º</i>												
	Não ultrapassa pé direito (0)												
	Ultrapassa pé direito (1)												
Simetria dos passos	Não sai completamente do chão (0)												
	Sai completamente do chão (1)												
Direcção	Assimétricos (0)												
	Simétricos (1)												
	Desvio nítido (0)												
Tronco	Desvio leve ou moderado ou uso de apoio (1)												
	Linha recta sem apoio (2)												
	Balanço grave ou uso de apoio (0)												
Distancia dos tornozelos	Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços (1)												
	Sem flexão, balanço, não usa os braços ou apoio (2)												
	Tornozelos separados (0)												
	Tornozelos quase se tocam enquanto anda (1)												
		Score de 11											
TREINO DE TRANSPOSIÇÃO DE OBSTÁCULOS (ESCADAS)													
		Capaz											
		Incapaz											
TREINO TRANSFERÊNCIA													
		Com tábua											
		Sem tábua											
TREINO UTILIZAÇÃO CADEIRA DE RODAS													
		Capaz											
		Incapaz											
INTERVENÇÕES DO TIPO INSTRUIR / AVALIAR													
		Instruir técnica de marcha											
Avaliar aprendizagem de habilidades técnica de marcha	Conhecimento demonstrado												
	Necessita de reforço												
	Conhecimento não demonstrado												
		Assistir a deambulação											
		Assinatura											

**APÊNDICE VI – PLANO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA O FOCO
DE ATENÇÃO MOVIMENTO CORPORAL**

FOCO DE ATENÇÃO		MOVIMENTO CORPORAL											
		DATA											
		HORA											
ÍNDICE FORÇA MUSCULAR (ÍNDICE DE COUNCIL) - Avaliar 4\4 dias		AVAL											AVAL
Membro superior	Mão - Dir \ Esq												
	Cotovelo - Dir \ Esq												
	Ombro - Dir \ Esq												
Membro inferior	Tibiotársica - Dir \ Esq												
	Joelho - Dir \ Esq												
	Coxofemural - Dir \ Esq												
Cervical													
ESCALA DE TONICIDADE (ESCALA DE ASHWORTH) - Avaliar 4\4 dias													
Membro superior	Pulso - Dir \ Esq												
	Cotovelo - Dir \ Esq												
	Ombro - Dir \ Esq												
Membro inferior	Tibiotársica - Dir \ Esq												
	Joelho - Dir \ Esq												
	Coxofemural - Dir \ Esq												
AMPLITUDE ARTICULAR - Avaliar 4\4 dias													
Joelho	Extensão												
	Flexão												
Coxofemural	Extensão												
	Flexão												
	Adução												
	Abdução												
	Rotação Interna												
Outro local anatómico:	Rotação Externa												
EXERCÍCIOS ISOMÉTRICOS													
Local anatómico													
TÉCNICAS DE MOBILIZAÇÃO													
Executar técnica de excitação muscular articular passiva (1)													
Executar técnica de excitação muscular articular Activo assistido (2)													
Executar técnica de excitação muscular articular Activo Resistido (3)													
	Ombro												
	Cotovelo												
	Antebraço												
	Funho												
	Dedos da mão												
	Polegar												
	Coxofemoral												
	Joelho												
	Tíbio-társica												
	Dedos do pé												
	Pelve												
	Rolamento												
	Escapulo-humeral												
	Cervical												
AUTO MOBILIZAÇÕES (ISOTONICOS)													
Local anatómico:	Sem carga												
(1)													
(2)	Com carga _____ kg												
(3)													
INTERVENÇÕES DO TIPO INSTRUIR / AVALIAR													
Instruir técnica exercício muscular articular													
Treinar exercício muscular articular													
Avaliar aprendizagem de habilidades exercício muscular articular	Conhecimento demonstrado												
	Necessita de reforço												
Conhecimento não demonstrado													
Instruir técnica de exercícios isométricos													
Treinar técnica de exercícios isométricos													
Avaliar aprendizagem de habilidades exercício isométrico													
Instruir técnica de exercícios isotônicos													
Treinar técnica de exercícios isotônicos													
Avaliar aprendizagem de habilidades exercício isotônicos													
Assinatura													

**APÊNDICE VII – PLANO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA O FOCO
DE ATENÇÃO RESPIRAÇÃO**

FUNÇÃO		RESPIRAÇÃO												
		DATA												
		HORA												
Sinais Vitais	Tensão Arterial													
	Frequência Cardíaca													
Transporte de Gases Sat O2	Antes (Sem O2)													
	Após (Sem O2)													
Estudo Funcional Respiratório	Capacidade Vital Forçada													
	VEMS													
	Índice de Tiffneau (VEMS/CVF)													
	Fluidificação de secreções													
EXERCÍCIOS DE REEDUCAÇÃO RESPIRATÓRIA														
Exercícios de reeducação respiratória	Dissociação dos tempos respiratórios													
	Diafragma - porção posterior													
	Diafragma - hemicúpula direita													
	Diafragma - hemicúpula esquerda													
	Diafragma - porção anterior													
	Reforço abdominal - diafragmático													
	Exercícios costais globais													
	Exercícios costais selectivos													
	Exercícios com faixa													
Drenagem Postural	Lobos superiores	Segmentos apicais												
		Segmentos posteriores												
		Segmentos anteriores												
	Língua													
	Lobo médio													
	Lobos inferiores	Segmentos apicais												
		Segmentos anteriores												
		Segmento basal externo												
		Segmento basal interno												
		Segmentos posteriores												
Manobras Acessórias	Vibrações													
	Compressões													
	Percussões													
	Inspirómetro													
Incentivadores Respiratórios	Expirómetro													
Tosse	Tipo de Tosse	Assistida												
		Dirigida												
	Produtiva	Não produtiva												
		Espessa												
		Viscosa (Gelatinosa)												
		Tenaz (Pegajosa)												
	Cor	Espumosa												
		Mucoide												
		Mucopurulenta												
		Purulenta												
	Odor	Hemoptoica												
		Hemática												
		Inodora												
	Periodo	Adocicada (Aponta infecção resp.)												
Fétida (decomposicao dos tecidos)														
Aguda														
Crónica														
Paroxística														
Aspiração de Secreções														
Hidratação Oral														
PROVA DE TREINO DE MARCHA 6 MINUTOS														
TA (final)														
Pulso (final)														
Ciclos respiratórios														
AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA PÓS EXERCÍCIOS														
Auscultação Pulmonar	Limpa													
	Roncos													
	Sibilos													
	Creptitações													
INTERVENÇÕES DO TIPO INSTRUIR / AVALIAR														
Instruir técnicas respiratórias														
Avaliar aprendizagem de habilidades técnica respiratórias	Conhecimento demonstrado													
	Necessita de reforço													
	Conhecimento não demonstrado													
Instruir técnica de tosse														
Avaliar aprendizagem de habilidades técnica de tosse	Conhecimento demonstrado													
	Necessita de reforço													
	Conhecimento não demonstrado													
		Assinatura												