



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

“Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade”

Vânia Isabel Cid Carvalho

Orientação: Professora Doutora Eugénia Grilo

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: em Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

“Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade”

Vânia Isabel Cid Carvalho

Orientação: Professora Doutora Eugénia Grilo

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: em Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso na integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

“INTERVENÇÃO SISTEMATIZADA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PREVENÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS DA IMOBILIDADE: RISCO DE COMPROMISSO DA INTEGRIDADE CUTÂNEA E LIMITAÇÕES DA FUNCIONALIDADE”

Vânia Isabel Cid Carvalho

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

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ana Paula Gato Rodrigues Polido Rodrigues – Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde de Setúbal

Arguente: Professora Doutor César João Vicente da Fonseca, Professora Adjunto, da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus de Évora

Orientador: Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco

20 de Outubro de 2020

RESUMO

Objetivos: Este relatório apresenta o processo de desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, mestre em enfermagem e os resultados de um projeto de intervenção profissional. O seu objetivo é descrever esse processo no decorrer do qual foi desenvolvida uma intervenção sistematizada de enfermagem de reabilitação em doentes com risco de compromisso na integridade cutânea e limitações da funcionalidade presentes no contexto onde decorreu o estágio final.

Métodos: A partir da identificação das alterações a nível do desempenho no autocuidado, na força muscular, no equilíbrio corporal, e dor, com escalas próprias foram elaborados e implementados planos de cuidados de enfermagem de reabilitação dirigidos à reabilitação funcional dos doentes sujeitos à imobilidade de acordo com os défices identificados e avaliados os resultados das intervenções implementadas de acordo com a metodologia do processo de enfermagem.

Resultados: Dos cinco doentes que integraram o projeto de intervenção todos registaram uma melhoria na recuperação da funcionalidade e autonomia como resultado das intervenções de enfermagem de reabilitação. Foi verificado o aumento do desempenho a nível do autocuidado, da força muscular, do equilíbrio corporal e registada a diminuição da dor. Não houve desenvolvimento de nenhuma lesão cutânea e nem aparecimento de úlceras por pressão, apenas um doente que já apresentava uma úlcera de grau/categoria II no nariz e que manteve.

A reflexão crítica sobre a análise do contexto de estágio, o envolvimento no mesmo contexto, a identificação de uma problemática concreta e as atividades desenvolvidas com os doentes e os seus resultados permitiram a aquisição e desenvolvimento das competências preconizadas.

Palavras-chave: Imobilidade, Cuidados de enfermagem; Integridade Cutânea, Recuperação da Funcionalidade.

ABSTRACT

Objectives: This report presents the skills development process of a specialist nurse in rehabilitation nursing and a master's in nursing and the results of a professional intervention project. The objective is to describe this process during which a systematic rehabilitation nursing intervention was developed in patients at risk of compromised skin integrity and limitations of functionality present in the context where the final stage took place.

Methods: From the identification of changes in performance in self-care, muscle strength, body balance, and pain, with own scales, rehabilitation nursing care plans were designed and implemented aimed at the functional rehabilitation of patients subject to immobility of according to the identified deficits and evaluated the results of the interventions implemented according to the methodology of the nursing process.

Results: Of the five patients who were part of the intervention project, all registered an improvement in the recovery of functionality and autonomy as a result of rehabilitation nursing interventions. There was an increase in performance in terms of self-care, muscle strength, body balance and a decrease in pain. There was no development of any skin lesions or the appearance of pressure ulcers, only one patient who already had a grade / category II ulcer on his nose and maintained it.

The critical reflection on the analysis of the internship context, the involvement in the same context, the identification of a specific problem and the activities developed with the patients and their results allowed the acquisition and development of the recommended skills.

Keywords: Immobility, Nursing care; Skin Integrity, Recovering Functionality.

AGRADECIMENTOS



Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Agradeço à Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo pelo seu suporte e orientação nesta etapa do meu processo de formação enquanto estudante do Mestrado em Enfermagem.

Agradeço a todos os meus amigos, colegas e família pela compreensão e ajuda demonstrada sempre que precisei para a realização de todo o percurso académico.

Apêndice 1: Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.....	117
Apêndice 2: Resumo do artigo " Quais são os cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros, que permitem minimizar as consequências da imobilidade em pessoas com imobilidade prolongada"	121
Anexo 1: Evolução do doente A com a aplicação de Escalas	124
Anexo 2: Evolução do doente B com a aplicação de Escalas	127
Anexo 3: Evolução do doente C com a aplicação de Escalas	130
Anexo 4: Evolução do doente D com a aplicação de Escalas	133
Anexo 5: Evolução do doente E com a aplicação de Escalas	136
Anexo 6: Escala de Independência Funcional - MIF.....	139
Anexo 7: Escala de Equilíbrio de Berg	141
Anexo 8: Escala de Índice de Força de Lower	146
Anexo 9: Escala de Braden.....	148
Anexo 10: Escala Numérica da Dor	150
Anexo 11: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde.....	152
Anexo 12: Declaração do Orientador	155
Anexo 13: Comprovativo de Submissão da Revisão Integrativa da literatura à Revista Egítania Scientia	157
Anexo 14: Certificado de participação das 1 ^{as} Jornadas de Enfermagem de Reabilitação da ULS da Guarda.....	159
Anexo 15: Certificado de participação: 2 ^o Simpósio ELCOS "Um olhar sobre a Úlcera por Pressão"; Workshop: " Observação da Pele, Mobilização do Corpo Doente e Superfícies Especiais" e "Desbridamento em Tecido Real".....	161
Anexo 16: Certificado de participação nas II Jornadas Respiratórias do Norte Alentejano; Workshp: " Curso de Ventilação Não Invasiva"	163

INDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1 – Alterações da Imobilidade dos vários Sistemas	38
Quadro n.º 2 - Implementação dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação associados ao foco: Limitações da Funcionalidade comprometida - AVD's	56
Quadro n.º 3 - Implementação dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação associados ao foco: Risco de UPP	57
Quadro n.º 4 - Implementação dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação associados ao foco: Risco de Dor	58
Quadro n.º 5 - Implementação dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação associados ao foco: Força e Equilíbrio Comprometido	58
Quadro n.º 6 - Evolução Doente A	63
Quadro n.º 7 - Risco de Dor: Evolução da Dor do Doente A	125
Quadro n.º 8 - Risco de UPP: Evolução da Integridade Cutânea do doente A	125
Quadro n.º 9 - Risco de Diminuição da Força: Evolução da Força do Doente A	125
Quadro n.º 10 - Risco de Comprometimento do Equilíbrio: Evolução do Equilíbrio do Doente A	125
Quadro n.º 11 - Risco de Comprometimento da Funcionalidade: Evolução das AVD's do Doente A	125
Quadro n.º 12 - Sinais Vitais do Doente A: antes e após as sessões de ER	126
Quadro n.º 13 - Evolução do Doente B	66
Quadro n.º 14 - Risco de Dor: Evolução da Dor do Doente B	128
Quadro n.º 15 - Risco de UPP: Evolução da Integridade Cutânea do doente B	128
Quadro n.º 16 - Risco de Diminuição da Força: Evolução da Força do Doente B	128
Quadro n.º 17 - Risco de Comprometimento do Equilíbrio: Evolução do Equilíbrio do Doente B	128
Quadro n.º 18 - Risco de Comprometimento da Funcionalidade: Evolução das AVD's do Doente B	129
Quadro n.º 19 - Sinais Vitais do Doente B: antes e após as sessões de E	129
Quadro n.º 20 - Evolução do Doente C	70
Quadro n.º 21 - Risco de Dor: Evolução da Dor do Doente C	131
Quadro n.º 22 - Risco de UPP: Evolução da Integridade Cutânea do doente C	131
Quadro n.º 23 - Risco de Diminuição da Força: Evolução da Força do Doente C	131
Quadro n.º 24 - Risco de Comprometimento do Equilíbrio: Evolução do Equilíbrio do Doente C	131

Quadro n.º 25 - Risco de Comprometimento da Funcionalidade: Evolução das AVD's do Doente C.....	132
Quadro n.º 26 - Sinais Vitais do Doente C: antes e após as sessões de ER.....	132
Quadro n.º 27 - Evolução do Doente D	74
Quadro n.º 28 - Risco de Dor: Evolução da Dor do Doente D	134
Quadro n.º 29 - Risco de UPP: Evolução da Integridade Cutânea do doente D ...	134
Quadro n.º 30 - Risco de Diminuição da Força: Evolução da Força do Doente D	134
Quadro n.º 31 - Risco de Comprometimento do Equilíbrio: Evolução do Equilíbrio do Doente D	134
Quadro n.º 32 - Risco de Comprometimento da Funcionalidade: Evolução das AVD's do Doente D.....	135
Quadro n.º 33 - Sinais Vitais do Doente D: antes e após as sessões de ER.....	135
Quadro n.º 34 - Evolução do Doente E	76
Quadro n.º 35 - Risco de Dor: Evolução da Dor do Doente E	137
Quadro n.º 36 - Risco de UPP: Evolução da Integridade Cutânea do doente E ...	137
Quadro n.º 37 - Risco de Diminuição da Força: Evolução da Força do Doente E	137
Quadro n.º 38 - Risco de Comprometimento do Equilíbrio: Evolução do Equilíbrio do Doente E.....	137
Quadro n.º 39 - Risco de Comprometimento da Funcionalidade: Evolução das AVD's do Doente E.....	138
Quadro n.º 40 - Sinais Vitais do Doente E: antes e após as sessões de E.....	138

Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

APER - Associação de Profissionais de Enfermagem de Reabilitação

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

AVD – Atividades de Vida Diária

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EPUAP/NPIAP/PPPIA - European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance

ENAAPA – European Network for Action on Ageing and Physical Activity

ERS – European Respiratory Society

ESICM – European Society of Intensive Care Medicine

ENQS - Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

EEIH - Equipas de Emergência Intra-Hospitalares

MRC – Medical Research Council

MS - Ministério de Saúde

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

ON – Óculos nasais

OE – Ordem dos Enfermeiros

RCN – Royal College of Nursing

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

ULS - Unidade Local de Saúde

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. APRECIACÃO DOS CONTEXTOS ONDE DECORREU O ESTÁGIO	16
1.1. A Segurança do Doente	17
1.2. Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente	18
1.3. Caracterização do Serviço de Medicina Interna	20
2. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO	21
2.1. A População Alvo	21
2.2. Os Recursos Humanos onde foi desenvolvido o estágio	22
3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS	26
3.1 Problemática e Enquadramento Conceptual	28
3.1.2 Teoria do Autocuidado	30
3.2 Definição dos Objetivos	32
3.3 Procedimentos de Ordem Ética	34
4. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	35
4.1 Problemas específicos da população alvo	35
4.2. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	39
4.3. Plano de Intervenção	52
5. RESULTADOS DA IMPLMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	62
5.1. Descrição dos Casos	62
5.1.1. Caso do Doente A	62
5.1.2. Caso do Doente B	65
5.1.3. Caso do Doente C	69
5.1.4. Caso do Doente D	73
5.1.5. Caso do Doente E	76

Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	80
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	86
7.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	87
7.2 Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	90
7.3 Competências de Mestre	93
CONCLUSÃO.....	96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
APÊNDICES	116
ANEXOS	123

INTRODUÇÃO

O presente Relatório surge no âmbito da conclusão do ciclo de estudos do Mestrado em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde de Portalegre, em associação com quatro instituições do Ensino Superior, Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Setúbal e Instituto Politécnico de Castelo Branco.

O Estágio Final que o antecedeu está inserido no 2º ano do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação (ER) e decorreu numa unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP) e num serviço de medicina interna, de um hospital, da região centro do país e teve a duração de 17 semanas (12 na unidade de cuidados intensivos polivalente e 5 na unidade de internamento de medicina interna) com início a 17 de Setembro de 2019 e fim a 17 de Janeiro de 2020. A orientação pedagógica foi feita pela Profª. Dra. Eugénia Grilo.

Segundo o documento orientador da associação das escolas superiores de enfermagem e saúde, o regulamento do estágio final e relatório do mestrado em enfermagem, capítulo II, artigo 3, a Unidade Curricular Estágio Final é expectável que o mestrando mediante a participação ativa nos cuidados em situações e contextos reais que avalie a funcionalidade e diagnostique alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade, que implemente programas de treino motor, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida, que diagnostique, planeie execute e avalie intervenções de ER aos doentes com problemas neurológicos, traumáticos, ortopédicos e ortotraumatológicos entre outros e desenvolva habilidades capazes de capacitar os doentes com incapacidade, limitação e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. Para isso deverá desenvolver programas de treino de atividades da vida diária (AVD's) e utilizar ajudas técnicas, gerir os cuidados e projetos otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores em articulação na equipa multiprofissional, e produzir dados que demostrem resultados sensíveis aos cuidados de ER.

Segundo o mesmo documento orientador, o relatório é um trabalho de descrição e reflexão crítica pormenorizada e fundamentada, com recurso a métodos de recolha e tratamento de dados, das atividades desenvolvidas no âmbito do estágio efetuado numa instituição acolhedora, o qual será alvo de prova pública perante um júri.

Assim o presente relatório apresenta como objetivo geral descrever o processo de aquisição de competências inerentes ao enfermeiro especialista, ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e as competências de mestre.

De acordo com Zangão e Mendes (2015, p.288) “as competências são obtidas ou desenvolvidas durante o processo de aprendizagem do estudante e representam uma combinação dinâmica de conhecimentos, competências e habilidades desenvolvidas”. Neste processo para a aquisição de determinada competência é necessário mobilizar recursos individuais tais como os conhecimentos anteriormente adquiridos, o referencial de valores, atitudes e capacidades individuais, concretizando-as num determinado contexto, o que requer uma interação constante entre a pessoa e o contexto da prática.

Nos contextos onde desenvolvemos o estágio, a unidade de cuidados intensivos e serviço de medicina, os problemas relacionados com a restrição da mobilidade são uma constante nos doentes internados. Nas unidades de cuidados intensivos, especialmente quando os doentes estão ventilados a manutenção dos doentes em repouso no leito que é uma prática comum, faz-se acompanhar de várias consequências indesejáveis para os doentes. Contudo a mobilização precoce destes ajuda a melhorar a fisiologia e o bem-estar e ajuda a preservar os músculos através da melhoria do fluxo sanguíneo e da absorção e atividade da glicose (Hashem, Nelliot & Needham, 2016). Frequentemente e por imposição terapêutica os doentes estão sedados e como tal incapazes de se moverem e de se auto cuidarem o que também acontece numa percentagem significativa de doentes internados nos serviços de medicina, embora por outros motivos. Em doentes internados em cuidados intensivos pela situação crítica em que se encontram a mobilização precoce poderá ser uma intervenção complexa e que requer avaliação e gestão cuidadosa dos doentes (Hodgson, Capell & Tipping, 2018), mas os resultados da imobilidade são agravados por doenças críticas e os efeitos podem resultar numa morbidade mais elevada ou num nível de recuperação mais longo e mais baixo (Murty, 2015).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), a prevenção de complicações, com o intuito de evitar as incapacidades ou minimizar as mesmas é um dos aspetos chave de atuação da ER através do estabelecimento do diagnóstico precoce e de ações preventivas (OE, 2011). Os programas de reabilitação específicos, tão cedo quanto as condições clínicas dos doentes o permitam, as mobilizações e levante precoce preenchem um conjunto de intervenções específicas que decorrem de forma progressiva e que acompanham os doentes desde a fase crítica da sua doença até à sua recuperação para o domicílio (Pinheiro & Christofolletti, 2012). Contudo e tal como referem Azevedo e Gomes (2015) a eficácia das mobilizações pode estar condenada

senão tiver como princípio básico a construção de planos de reabilitação individualizados, estruturados e adaptados de acordo com as capacidades dos doentes.

Assim e no sentido de podermos minimizar complicações associadas à imobilidade nos doentes internados nas unidades onde decorreu o estágio mas também como forma de responder ao desafio de desenvolver competências de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e de mestre em enfermagem, foi desenhado e desenvolvido um projeto de intervenção que incidiu sobre doentes conscientes e colaborantes, internados na UCIP e serviço de medicina interna, que pela sua condição de imobilidade apresentavam risco de ver comprometida a sua integridade cutânea e a sua funcionalidade. Este projeto enquadra-se numa das linhas de investigação definidas para o mestrado, na área de enfermagem de reabilitação que é a linha “Necessidades em Cuidados de Enfermagem em Populações Específicas” e as intervenções foram dirigidas a pessoas com risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade associadas ao défice de mobilidade.

Os objetivos gerais da nossa intervenção nestes doentes como já referido foi minimizar as complicações associadas à imobilidade e de um modo particular relacionadas com o compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade e contribuir para uma recuperação mais rápida relativamente aos objetivos específicos definimos: identificar o risco de compromisso da integridade cutânea nos doentes internados nos serviços UCIP e Medicina; identificar o risco de perda funcional nos doentes internados nos serviços UCIP e Medicina; planear intervenções de enfermagem de reabilitação de acordo com o risco que os doentes apresentavam; implementar os planos de cuidados de enfermagem de reabilitação capazes de prevenir as complicações associadas à imobilidade e avaliar os resultados das intervenções nos doentes incluídos no projeto.

Estruturalmente, este relatório, encontra-se dividido em sete capítulos:

Depois da introdução, faz-se a apreciação do contexto e análise do envolvimento, onde foi realizado o estágio final. Segue-se a análise da produção de cuidados onde é apresentada a problemática a desenvolver, o enquadramento concetual dessa mesma problemática e os objetivos. O capítulo quatro é dedicado ao projeto de intervenção cujos resultados e respetiva discussão surgem nos dois capítulos seguintes. No capítulo sete e a partir de uma perspetiva reflexiva, descrevem-se as atividades desenvolvidas ao longo do estágio e o contributo das mesmas para o desenvolvimento das competências. Terminamos com a conclusão.



Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Adicionalmente em apêndices e anexos apresentam-se os documentos que contribuíram ou sustentaram a elaboração deste relatório.

Foi escolhido como modelo de referenciação bibliográfico as normas da *American Psychological Association*, 6ª edição, instituídas pela Escola Superior de Saúde de Portalegre.

1. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS ONDE DECORREU O ESTÁGIO

No presente capítulo pretende-se dar a conhecer, através da sua caracterização, os contextos onde decorreu o estágio final e onde foi implementado o projeto de intervenção de enfermagem de reabilitação. Tal como já foi referido o estágio final teve lugar em duas unidades distintas de um hospital da região centro, a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (12 semanas – 34 turnos) e Serviço de Medicina Interna (5 semanas – 14 turnos) integradas na Unidade Local de Saúde (ULS) da qual fazem parte para além do hospital dois agrupamentos de centro de saúde conforme descrito no Decreto-Lei da instituição onde decorreu o estágio final.

De acordo com o mesmo Decreto-Lei da presente instituição, refere que a presente instituição tem como missão e visão a “promoção da saúde, a prevenção da doença e a prestação de cuidados de saúde diferenciados e especializados, de forma abrangente, personalizada e integrada, com vista à excelência na prestação de cuidados de saúde”. E os objetivos definidos para este hospital são a prestação de cuidados de saúde diferenciados, eficientes e humanizados em tempo útil e que primam pela qualidade, a otimização dos recursos disponíveis, a promoção do ensino através da formação e da investigação nas áreas clínicas e de apoio clínico, que de acordo com o que está referido se constituem como uma condição para a prática de excelência e a melhoria contínua da qualidade no âmbito do modelo de governação clínica e ainda a promoção do desenvolvimento profissional dos seus funcionários através da formação contínua e da responsabilização por resultados. Estabelece uma política de incentivos à produtividade, ao desempenho e ao mérito e o desenvolvimento de programas de melhoria da eficiência operacional e da gestão clínica, que garantam o equilíbrio económico-financeiro. A mesma fonte refere ainda que esta unidade de saúde tem ainda como objetivo constituir-se como entidade de referência na elaboração de padrões para a prestação de cuidados de saúde diferenciados (Ministério da Saúde, 2016).

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) encontra-se integrada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio e por isso vê-se obrigada à divulgação trimestral de indicadores de qualidade das entidades do Serviço Nacional de Saúde conforme determina o Despacho n.º 5739/2015, de 29 de Maio.

Segundo o despacho n.º 5739/2015, de 29 de Maio, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 obriga ao reforço das seguintes ações no âmbito do sistema de saúde: melhoria da qualidade clínica e organizacional; aumento da adesão a normas de orientação clínica; reforço da segurança dos doentes; monitorização permanente da qualidade e segurança; reconhecimento da qualidade das unidades de saúde e por fim, informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.

1.1. A segurança do doente

A segurança do doente é uma das questões presentes associada à qualidade dos cuidados de saúde, que o hospital referente deve prosseguir, quer por via dos seus objetivos internos de qualidade, já referidos, quer pelo facto de que, enquanto instituição integrante do Sistema Nacional de Saúde (SNS), ser regulada pelas diretrizes emanadas do Ministério de Saúde, nomeadamente a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (ENQS – despacho n.º 5613/2015).

A melhoria da segurança do doente é favorecida pelo trabalho em equipa, pela eficiência da comunicação estabelecida entre os profissionais, doentes e pelo planeamento rigoroso dos processos de cuidados de forma a criar barreiras que impeçam os inevitáveis erros humanos de chegar até ao doente quer nos serviços de UCIP quer no serviço de medicina.

A própria ULS rege-se pelas metas de qualidade propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009) que foram transpostas para o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) estas metas são desenvolvidas em nove objetivos estratégicos que são os seguintes: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir ocorrências de quedas; prevenir a ocorrências de úlceras por pressão; assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de acidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos (DGS, 2015)

A instituição hospitalar e as unidades de internamento desenvolvem a sua estratégia de segurança dos doentes com base nestes pressupostos e iniciativas promovidas pela OMS (2009) e pela DGS (2015), implementando mecanismos que permitam avaliar o progresso de segurança do doente e trazer a evidência para a prática clínica.

A implementação destes mecanismos pressupõe o envolvimento de todos os profissionais, dos doentes e das famílias, centrada nos doentes e com liderança eficaz

na promoção da qualidade e segurança. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2006), na prática clínica, estes têm um papel ativo nas questões da qualidade, sobretudo na identificação, análise e controlo dos potenciais riscos à segurança do doente, com particular atenção para a proteção dos grupos de maior vulnerabilidade.

Como é referido na ENQS, a qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética, visto que permitem diminuir os riscos evitáveis, melhorar o acesso aos cuidados de saúde e promover as escolhas da inovação, a equidade e o respeito com que esses cuidados são prestados (ENQS, 2015-2020).

Da deontologia profissional destaca-se o artigo 97º, alínea a, segundo o qual é dever dos enfermeiros “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana, pela saúde e bem-estar da população adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de Enfermagem” (OE, 2015a, p.78). Para tal, os enfermeiros devem procurar “adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas das pessoas” (OE, 2015a, p.78).

No que se refere aos cuidados de enfermagem de reabilitação, estes são diferenciados não só pela sua prestação de cuidados, mas pela qualidade e segurança desses mesmos cuidados transformados em atos para com os doentes, pois é suposto que os EEER, “presem a sua prática profissional e ética, de acordo com o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação” como refere a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011, p. 9).

Segundo a OE (2011), o EEER tem a sua premissa assente numa procura cessante pelo rigor e excelência da sua prática de cuidados para com os doentes, família e restantes profissionais, procurando sempre prevenir complicações para os seus receptores de cuidados.

1.2 Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

De acordo com as recomendações para o desenvolvimento das unidades de cuidados intensivos da DGS (2003), a medicina intensiva representa uma percentagem cada vez mais importante das camas de cuidados agudos e um dos “pilares fundamentais da estrutura de avaliação e tratamento do doente agudo a grave, quer dentro dos seus espaços físicos quer através da colaboração com outro tipo de atividades, tais como, vias de acesso e apoio às salas de emergência dos serviços de urgência,” tem ainda, por indicação da DGS, um papel cada vez mais importante nas Equipas de Emergência Intra-Hospitalares (EEIH), (DGS, 2003, p. 81).

De acordo com a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, referida pela DGS (2003), as Unidades de Cuidados Intensivos podem ser classificadas em Nível I, Nível II ou Nível III, de acordo com as técnicas utilizadas e as valências disponíveis em cada unidade, podendo “coexistir diferentes níveis na mesma unidade hospitalar” (DGS, 2003, p.8).

Uma Unidade de nível I é uma Unidade de Cuidados Intermédios, que se destina a doentes em risco de desenvolverem falência orgânica e que necessitem de vigilância, monitorização permanente com um suporte básico de vida e cuidados diferenciados (Valentin & Ferdinande, 2011).

Conforme descrito pelo Ministério da Saúde, este tipo de unidade tem capacidade para assegurar as manobras de reanimação e articular-se com outras unidades de nível superior, nível II e Nível III (Ministério da Saúde, 2013). As Unidades de Nível II, destinam-se a doentes com necessidade de monitorização invasiva e suporte avançado de vida, com necessidade de equipa médica e de enfermagem especializada e permanente, para assegurar a vigilância constante desses doentes. Estas unidades têm de estar em articulação com unidades de nível superior para eventual necessidade de intervenção ou transferência. Pode-se referir que existe uma tendência para se articularem ou se integrarem as unidades superiores de nível III para trabalharem de forma conjunta (Ministério da Saúde, 2013). As unidades de nível III, recebem doentes em falência multiorgânica, que requerem monitorização de forma invasiva de todos os sinais vitais necessários à sobrevivência do doente (Valentin & Ferdinande, 2011). Estas unidades, pela sua diferenciação e exigência requerem pessoal altamente qualificado com diferentes especialidades, meios de diagnósticos e capacidade inovadora, havendo programas de ensino e treino de emergência e cuidados intensivos, implementado constantemente medidas de controlo contínuo de qualidade (Ministério da Saúde, 2013).

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente onde decorreu o estágio, tem capacidade para receber 8 doentes, sendo uma unidade diferenciada de um hospital distrital e dispondo das valências clínicas e serviços de apoio necessários, de acordo com os requisitos exigidos pela DGS, está categorizada como Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de Nível II, integrando algumas valências de Nível III, pois esta é uma “unidade que tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais e uma equipa funcionalmente dedicada (médica e de enfermagem), com assistência médica qualificada em presença física nas 24 horas” (DGS, 2003, p.8).

A UCIP recebe doentes com as mais diversas idades e patologias, quer do foro cardiovascular, respiratório, neurológico e outros (ex.: choque séptico, diabetes ‘mellitus’ descompensada, intoxicações medicamentosas e químicas, pós-operatórios

complicados ou provenientes de cirurgia de alto risco, e recentemente trauma abdominal, trauma torácico, trauma das extremidades, entre outros) quer dos restantes serviços do presente hospital quer de outros hospitais.

Tal como o recomendado pela DGS, uma UCIP deverá de dispor de programas de melhoria contínua de qualidade (DGS, 2003). Também a OE preconiza um envolvimento ativo dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, na investigação que integrem evidências e recomendações na prática clínica que proporcionem o desenvolvimento de programas organizacionais, sistemas e processos, incluindo a gestão e desenvolvimento de medidas que promovam a segurança dos cuidados (OE, 2006, b).

1.3 Caracterização do Serviço de Medicina Interna

A medicina interna centra a sua abordagem na avaliação e compreensão do doente como um todo, estudando as interações entre os vários órgãos e sistemas (Massaroli, Martini, Lazzari, Oliveira & Canever, 2015).

Trata-se de uma especialidade predominantemente hospitalar, dedicada ao diagnóstico e tratamento médico das diversas doenças do adulto, por isso tem um papel fulcral na definição, articulação e coordenação do papel das várias especialidades necessárias para a assistência a cada doente e funciona como pilar clínico das unidades hospitalares (Massaroli, Martini, Lazzari, Oliveira & Canever, 2015).

O serviço de Medicina Interna onde foi desenvolvido o estágio apresenta um total de 52 camas das quais 36 camas de cuidados agudos (neurologia, diabetes, medicina e isolamentos), 6 camas de cuidados de conforto e 10 camas entre a Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC) (4 camas) e pós AVC (6 camas).

Unidade de AVC, destina-se ao internamento de doentes com o diagnóstico clínico de AVC hemorrágico, AVC isquémico e AIT (acidente isquémico transitório). Conta com diversos equipamentos (monitores com os parâmetros vitais, bombas e seringas de infusão, aspiradores entre outros). É aqui que os doentes chegam após ativação da via verde do AVC e após a realização de fibrinólise ou não, realizada no serviço de urgência.

Das patologias clínicas que mais frequentemente originam o internamento das pessoas, são as infeções respiratórias (pneumonias), insuficiência respiratória (obstrutiva ou restritiva), insuficiência cardíaca descompensada, doenças cerebrovasculares com particular ênfase no AVC e as patologias neoplásicas e ainda pessoas com agudização de doença crónica.

2. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO

2.1 A População Alvo

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Na UCIP são admitidos diariamente doentes com necessidades de cuidados diferenciados, e que se encontram em situação de gravidade vital. De acordo com Dünser (2012) a medicina intensiva ou de cuidados intensivos referem-se à especialidade médica que se centra na gestão de pessoas gravemente doentes ou estado crítico. O estado crítico descreve um estado geral que pode decorrer de diversas patologias (por exemplo, traumatismos, infeções, doença coronária aguda, acidente vascular cerebral etc.) e que conduz à deficiência vital (estado de consciência, circulação ou respiração) ou à deficiente função de um único órgão, por exemplo o rim ou o fígado, podem incluir também o tratamento de doentes após uma grande cirurgia.

As pessoas em situação crítica têm a sua vida ameaçada por falência ou risco de falência de uma ou mais funções vitais, requerendo de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica para sobreviverem. Nestas unidades impera o princípio de que o equipamento e os recursos humanos devem ser centrados onde são mais necessários (Baker, Rylance & Konrad, 2012).

Os doentes internados na UCIP, onde foi desenvolvido o estágio são provenientes do mesmo hospital ou de outros hospitais, por insuficiência dos meios necessários ou por não lhes ser garantida a prestação de cuidados mais diferenciados.

No serviço de UCIP encontram-se internadas pessoas acima dos 18 anos de idade, com um predomínio para a faixa etária acima dos 65 anos de idade e igualmente do sexo feminino como do sexo masculino.

Segundo a informação fornecida pelo enfermeiro responsável desta unidade de cuidados durante o ano de 2017-2018, o número de doentes internados foi de 267 dos quais 130 eram do sexo feminino e 137 doentes do sexo masculino. As patologias mais evidenciadas neste serviço foram o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e as patologias respiratórias e situações de pós-operatório doentes vindos do bloco operatório para recobro de médias e grandes cirurgias. A média de internamento nesta unidade variou entre 6-10 dias.

Relativamente aos doentes a quem foram prestados cuidados de enfermagem de reabilitação durante o estágio a maioria apresentava patologias médicas essencialmente do foro respiratório e problemas motores, derivados de patologias agravadas por complicações decorrentes do internamento, com índices de gravidade elevados que justificam a criticidade destes doentes. As situações clínicas dos doentes internados na UCIP afetam na sua generalidade a capacidade funcional para os autocuidados devido ao necessário predomínio no leito.

Medicina Interna

No serviço de medicina interna, a prevalência de doentes foi mais variável, tendo-se verificado o predomínio de pessoas idosas (acima dos 70 anos de idade), de ambos os sexos. Nesta unidade de internamento as patologias eram mais vastas, apresentando alterações em todos os sistemas, como patologias a nível respiratórias, alterações cardiovasculares, alterações gastrointestinais, alterações urinárias, alterações metabólicas, alterações no sistema nervoso, alterações na pele e tegumentos/alterações cutâneas e alterações músculo-esqueléticas que justificam uma intervenção sistematizada em cuidados de enfermagem de reabilitação no sentido de promover a recuperação da sua independência.

2.2. Os Recursos Humanos onde foi desenvolvido o estágio

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

De acordo com a OE (2011) os cuidados prestados por unidades de cuidados intensivos, são cuidados diferenciados porque “a vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais” e sua sobrevivência dos doentes “depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” contínuas (OE, 2011, p.8656).

Os doentes internados nestes serviços, necessitam de uma intervenção rápida e eficaz dos profissionais de saúde, bem como de uma abordagem sistematizada sendo preponderante o papel do enfermeiro especialista, pois segundo a OE é ele que “possui competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (OE, 2015 a, p.95).

Segundo Silva, Maynard, e Cruz, (2010), os cuidados em UCI deverão ser altamente qualificados, tentando desta forma todos os profissionais que nela

trabalham, regerem-se por protocolos e normas, que todos tendem a seguir criteriosamente, para que a prestação dos cuidados seja distinta da prestação de cuidados noutros serviços, e que a ação dos enfermeiros seja sempre em prol da salvaguarda da vida humana. Ou seja, todos os procedimentos tendem a ser antecipados, segundo protocolos previamente estabelecidos, em que todos os profissionais saibam o que fazer.

A equipa multidisciplinar desta unidade é composta por uma equipa diferenciada e composta por, 4 médicos especialistas – internistas, 14 enfermeiros generalistas, e 7 enfermeiros especialistas, dos quais 2 são especialistas em enfermagem de reabilitação, 5 especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. Da equipa fazem ainda parte 7 assistentes operacionais e 1 secretária administrativa.

Para além destes existem ainda outros técnicos tais como fisioterapeutas, nutricionista, técnicos de diagnósticos, entre outros, que em estreita cooperação com os anteriores, prestam cuidados aos doentes desta unidade quando necessário.

A equipa de enfermagem é coordenada pelo enfermeiro chefe e pelo 2º elemento que é EEER em horário fixo.

O método de trabalho, é o método do enfermeiro responsável que de acordo com Silva, (2017), consiste na prestação de cuidados de enfermagem assente em quatro elementos fundamentais: a responsabilidade, a comunicação interpessoal direta, a designação de cuidados diários pelo método de casos e uma pessoa responsável pela qualidade da prestação de cuidados numa unidade, 24 horas por dia, 7 dias por semana. Este método de trabalho permite a atribuição individualizada da responsabilidade dos cuidados de enfermagem a prestar aos doentes, sendo responsabilidade do enfermeiro não só a decisão dos cuidados a prestar, mas também a própria prestação de cuidados.

Na UCIP o rácio médio enfermeiro/doente é de 1/1.6 – 1:2, como preconizado para uma unidade de nível II, segundo a Classificação da Unidade de Cuidados Intensivos.

A dotação adequada de enfermeiros e o nível de qualificação e competência dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para a própria organização, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população (Silva, 2017).

Segundo o definido nas orientações para as dotações seguras (OE, 2014) o rácio de enfermeiro/doente é adequado, mas para a prestação de cuidados diferenciados pelos enfermeiros especialistas presentes nesta UCIP, o rácio não está precavido,

pois, não existem, recursos humanos suficientes, para a prestação exclusiva de cuidados diferenciados.

Em todos os turnos está presente um enfermeiro responsável de turno, ao qual compete a coordenação da equipa de enfermagem, das assistentes operacionais, desempenhando assim funções na área da gestão, bem como na resolução dos diversos problemas que possam surgir. Habitualmente, durante a semana e no turno da manhã, essas funções são exercidas pelo enfermeiro responsável do serviço. Nos turnos da tarde e noite e aos fins-de-semana, são desempenhadas por um enfermeiro a definir, normalmente o que se encontra presente, com mais anos de serviço.

Serviço de Medicina Interna

O serviço de medicina interna, é o serviço com mais internamentos e mais funcionários do hospital, pois sendo um serviço com várias valências, é um serviço renovado onde se estão a implementar vários serviços adicionais, como o internamento domiciliário ao qual diariamente estão alocados um enfermeiro e um médico 5 dias por semana nos turnos da manhã e tarde.

Da equipa multidisciplinar, deste serviço fazem parte, 10 médicos especialistas em medicina Interna com respetivos 7 médicos internos. Existe um total de 32 enfermeiros, para 52 doentes dos quais 33 são enfermeiros generalistas, 15 são enfermeiros especialistas. Por área de especialização estão divididos da seguinte forma: 5 especialistas de enfermagem de reabilitação, 5 enfermeiros especialistas em enfermagem de médico-cirúrgica, 1 enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e 2 enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. A equipa integra 14 assistentes operacionais, 2 assistentes técnicos e administrativos e 2 assistentes sociais. Ainda vão ao serviço sempre que solicitados, fisioterapeutas, nutricionista e terapeuta da fala.

A equipa de enfermagem é coordenada pelo enfermeiro chefe do serviço. Cada ala tem um enfermeiro responsável e fixo no turno da manhã, que fica como 2º elemento substituindo o enf. chefe na sua ausência, os restantes enfermeiros apresentam-se em horário *roulement*.

No serviço de medicina interna os enfermeiros utilizam o método de trabalho por enfermeiro responsável e o rácio médio enfermeiro/doente é de 1/5 no turno da manhã e no turno da tarde e da noite é de 1/10.

Nos termos do n.º 2 do artigo 3.º, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril e republicado pelo Anexo II à Lei n.º 156/2015, de 16 de Setembro, a Ordem dos Enfermeiros, pode-se referir que

cumpra as normas das dotações seguras que a OE preconiza. Este rácio, segundo a OE, refere que, nos serviços de internamento, como o serviço de medicina, opta-se pelo sistema que permite determinar as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem traduzíveis em n.º de horas de cuidados, com recurso ao Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E), da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), (OE, 2015).

Pode-se referir que o EEER, não está presente apenas para prestação de cuidados de reabilitação, pois, não há capacidade humana apenas para a prestação de cuidados diferenciados, sendo muitas vezes necessário, os enfermeiros especialistas, prestarem cuidados gerais.

Em todos os turnos está presente um enfermeiro responsável de turno ao qual compete a coordenação da equipa de enfermagem e assistentes operacionais, funções na área da gestão, bem como a resolução dos diversos problemas que forem surgindo. Habitualmente, durante a semana, no turno da manhã, essas funções são exercidas pelo enfermeiro responsável do serviço. Nos turnos da tarde e noite e aos fins-de-semana, são desempenhadas por um enfermeiro a definir, normalmente o que se encontra presente, com mais anos de serviço.

No que se refere à segurança dos doentes, no serviço de medicina interna, tal como na UCIP, existem protocolos e políticas da própria instituição. Segundo o princípio instituído pelo Ministério da Saúde (2017), nestes contextos a qualidade e a segurança, são temas que exigem a maior atenção, pelo seu impacto socioeconómico, mas sobretudo porque algumas dimensões da qualidade acarretam nos doentes em situação de doença uma maior fragilidade e dependência de suporte de vida, uma margem de terapêutica mais rigorosa e uma acessibilidade, e eficiência limitada.

3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS

A reabilitação é definida por Hesbeen (2003) como a ciência e arte da gestão dos obstáculos potenciadores de desvantagem. Nas unidades de internamento onde se realizou o estágio, existem doentes com várias patologias que necessitam de cuidados diferenciados pois perderam a sua capacidade de se auto cuidarem sendo essa capacidade geradora de desvantagem.

A ER é uma área de intervenção da enfermagem que previne, recupera e reabilita as pessoas com doença súbita ou descompensação do processo crónico, que provoquem alterações funcionais ao nível motor, sensitivo, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, eliminação e da sexualidade, promovendo a maximização das capacidades funcionais das pessoas e potencializando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal (OE, 2011b).

Ouchi, Lupo, Alves, Andrade e Fogaça (2018), referem que os enfermeiros são responsáveis pelo acompanhamento constante dos doentes internados, tendo assim o compromisso de manter a sua sobrevivência. Por isso, pela sua visão holística dos doentes como um todo e não apenas a sua doença singular, a atenção reporta-se não apenas à estabilização das suas funções vitais, mas também à identificação de problemas reais e potenciais.

Depois da identificação dos problemas reais e potenciais é fundamental estabelecer diagnósticos e planificar intervenções individualizadas capazes de atingirem os resultados esperados e avaliar esses mesmos resultados.

Para Massaroli, Martini, Lazzari, Oliveira e Canever, (2015), a condição crítica das pessoas internadas, a utilização de inúmeras tecnologias e a própria dinâmica entre os profissionais implica que os enfermeiros que trabalham numa UCIP detenham conhecimentos muito variados e diferenciados.

A maioria dos doentes admitidos na UCIP são pessoas idosas, muitos deles já com um compromisso prévio que já por si, na sua capacidade física e motora está previamente comprometida, ao terem de ficar internados em serviços com determinadas características para a sua melhoria, existe a necessidade de contenção no leito, com consequências na deterioração das funções físicas e cognitivas dos doentes. Segundo Severino (2016), uma das finalidades da prestação de cuidados de ER a doentes internados em cuidados intensivos, consiste em evitar complicações respiratórias, motoras e funcionais.

O repouso no leito por tempo indeterminado está creditado como sendo a prescrição médica mais comum neste tipo de internamentos. A imprevisibilidade do desfecho do prognóstico do doente, o uso de variadas terapêuticas específicas e o extenso número de equipamentos e dispositivos médicos a que está ligado obrigam ao estabelecimento de imobilidade no leito (Topp, Ditmayer, King, Doherty & Hornyak, 2002).

A curto e médio prazo, as principais complicações dos doentes restritos ao leito documentadas pela literatura incluem, perturbações neuromusculares causada por uma perda contínua de massa muscular estimada em cerca de 1,5% por dia, com maior incidência ao nível dos membros inferiores e dos músculos da parede torácica osteoarticulares, pulmonares caracterizadas por lesões secundárias à via aérea artificial e síndrome ventilatório restritivo associado ao desmame ventilatório prolongado e a atelectasias de repetição (Topp, Ditmayer, King, Doherty & Hornyak, 2002). Assim, os problemas mais evidenciados durante o estágio final na UCIP, foram complicações derivadas de longos períodos no leito devido à imobilidade, que provocaram limitações da funcionalidade e autonomia dos doentes e complicações associadas ao risco de compromisso da integridade cutânea.

De acordo com Azevedo e Gomes (2015), nas UCIP a implementação de planos de intervenção na área da reabilitação, devem iniciar-se o mais precocemente possível. O mesmo autor sugere que se inicie logo após estabilização hemodinâmica do doente.

Nesse sentido a avaliação inicial dos doentes em termos de cuidados de enfermagem de reabilitação inclui a avaliação e a monitorização dos sinais vitais, dos doentes, a avaliação da ventilação, do equilíbrio, da força muscular, da dor, da integridade cutânea e da capacidade funcional, com o intuito de reconhecer se estão reunidas todas as condições de segurança para a prestação de cuidados.

Em contexto de estágio esta foi uma das atividades que realizamos com frequência sempre com supervisão clínica.

Relativamente aos registos de enfermagem, estes são efetuados em suporte eletrónico, através do programa Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), que utiliza como referencial de linguagem a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®, 2015), este instrumento informatizado garante a continuidade dos cuidados prestados e que confere suporte legal dos mesmos, apoiado no processo de enfermagem tal como referem Dutra, Jesus, Pinto e Farah, (2016).

Na UCIP utiliza-se um programa novo e que ainda está a ser implementado há cerca de 1 ano – “ICUcare”, o que tem obrigado a reuniões trimestrais para juntar diagnósticos de enfermagem adequados, assim os enfermeiros têm trabalhado no

sentido de juntar focos de cuidados de enfermagem referentes a diagnósticos pertinentes de cada área especializada, onde se adicionam as respectivas intervenções parametrizadas. Foi importante utilizar este programa pois contribuiu para a evolução do próprio sistema, principalmente da área da ER, onde se pode discutir quais os focos mais pertinentes que poderiam fazer parte do programa, pois ao desenvolvermos planos de cuidados com intervenções individualizadas e diferenciadas de ER, que contribuíssem para a melhoria contínua dos cuidados e por consequente do programa.

3.1 Problemática e enquadramento conceptual

Uma prática comum nas unidades de cuidados intensivos e nas unidades de cuidados de agudos em geral é o repouso terapêutico dos doentes no leito que, por vezes, ocorre por períodos demasiado longos (Winkelman, 2009). Sendo a curto prazo benéfico para os doentes, como o caso de tromboembolismo, quedas com perda de consciência, dificuldade respiratória exacerbada como edema agudo do pulmão, patologias cardíacas como enfarte agudo do miocárdio, pós-operatório de grandes cirurgias, entre outros, está comprovado que a longo prazo tem consequências devastadoras para a recuperação dos doentes, tanto a nível físico como psicológico (Azevedo & Gomes, 2015).

De acordo com Nascimento, Silva, Oliveira, Pereira e Cabral (2016), os efeitos deletérios da imobilidade podem ser mais graves do que a situação clínica geradora da mesma, transformando uma redução da capacidade funcional temporária em incapacidade. Igualmente importante são as consequências da imobilidade na qualidade de vida das pessoas.

Reconhecendo-se que a ER, foca a sua ação entre outros aspetos, na prevenção e minimização das complicações decorrentes da imobilidade no leito, na promoção da independência e recuperação da funcionalidade dos doentes (Santos, Oliveira & Silveira, 2010) e que o estabelecimento de programas de reabilitação direcionados para doentes com problemas de mobilidade são intervenções seguras, viáveis e valiosas para aliviar as consequências da imobilidade, como referem Hashem, Nelliot e Needham (2016), consideramos ser possível intervir mais diretamente nos doentes com esta problemática e centrar o nosso projeto de intervenção na recuperação das limitações da funcionalidade e na manutenção da integridade cutânea dos doentes sujeitos à imobilidade.

As úlceras por pressão, associadas ao compromisso da integridade cutânea representam um grave problema de saúde com repercussões na pessoa, ao nível da

mortalidade e morbidade. De acordo com as guiddilines do European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019), embora não exista número suficiente de estudos que suportem esta opinião, considerasse significativa para a prática, em doentes internados em unidades de cuidados críticos, doentes submetidos a ventilação mecânica e em doentes com agudização de doença crónica, por apresentarem um risco acrescido de desenvolver lesões por pressão o que deverá resultar em serem o alvo de atenção especial.

O estudo de Jenkins e O'Neal (2010), cujo objetivo foi identificar a incidência e prevalência de úlceras por pressão em doentes de cuidados agudos revelou uma prevalência de úlceras por pressão que variou entre 12% e 19,7% e as localizações mais comuns foram o calcanhar 26%, o cóccix 20% e a orelha 19%. Os mesmos autores concluíram também que os principais fatores que contribuíram para esta situação foram o risco acrescido (pontuação inferior a 18, na escala de Braden) presente 84% dos doentes. De acordo com a OE (2013) os valores de prevalência deste problema tendem a aumentar nas populações de risco, nomeadamente nas pessoas idosas e com problemas de mobilidade associados.

Estas são algumas das razões que justificam o investimento na prevenção das consequências da imobilidade, uma vez que esta acentua o declínio funcional, e é fundamental encontrar evidência e soluções que se revelem eficazes na prevenção e redução do problema (Azevedo & Gomes, 2015).

Tendo em conta o objetivo geral das nossas intervenções, contribuir para minimização das complicações associadas à imobilidade e as características dos contextos de estágio, definiu-se como estratégia incluir no projeto de intervenção todos os doentes com idade igual ou superior a 65 anos, de ambos os sexos, sujeitos a ventilação mecânica ou não, internados nas duas unidades de cuidados onde foi desenvolvido o estágio e que pela sua situação clínica tivessem indicação para repouso no leito. Foram excluídos do projeto de intervenção doentes instáveis do ponto de vista hemodinâmico (com grandes fraturas, grandes cirurgias, doentes com patologias cardíacas e com necessidade de transferência hospitalar) doentes que requeriam cuidados paliativos, doentes que expressassem desejo de não participar e doentes com desorientação espaço temporal e confusão.

Apresentando os objetivos específicos do presente relatório: identificar o risco de compromisso da integridade cutânea e identificar o risco de perda funcional nos doentes presentes nos locais de estágio; planejar intervenções de enfermagem de reabilitação de acordo com o risco que os doentes apresentam; implementar os planos

de cuidados de enfermagem de reabilitação capazes de prevenir as complicações associadas à imobilidade e por fim avaliar os resultados das intervenções nos doentes incluídos no projeto.

No contexto desta problemática, a teoria de enfermagem adequada para orientar o projeto de intervenção que integra os conceitos subjacentes aos efeitos prejudiciais da imobilidade com consequências ao nível do risco de compromisso da integridade cutânea e ao nível da limitação da funcionalidade ou seja défice nos autocuidados foi a teoria do autocuidado de Dorothea Orem.

3.1.2 Teoria do autocuidado

De acordo com vários autores (Vall, Lemos & Janebro, 2005, Queirós, Vidinha & Filho, 2014) a profissão de enfermagem tem sido alvo de várias mudanças de paradigma ao longo dos anos e tem-se desenvolvido com apoio de diferentes conhecimentos tanto teóricos como práticos tendo por base referências teóricas e metodológicas, que lhe dão credibilidade, científica, principalmente para não a limitar a uma parte exclusivamente técnica e aprofundar este lado da enfermagem que também é de extrema importância.

Ao longo do tempo, tanto a formação teórica da enfermagem, quanto a prática passaram a evidenciar conceitos, valores, crenças e conhecimentos próprios assim como outras diversas áreas do saber, desvelando modelos teóricos próprios (Winkelman, 2009).

Desenvolveram-se os conceitos do homem, ambiente e enfermagem que se consubstanciam a fim de serem usados na assistência. O caminho do conhecimento, que agrega o pensamento crítico e a criatividade profissional, permitiu o desenvolvimento das teorias de enfermagem. A sua relevância na evolução da profissão consistiu no afastamento do carácter empírico para a adoção da prática profissional baseada em conhecimento científico (Merino, Silva, Carvalho, Pelloso, Baldissera & Higarashi, 2018) que também evoluiu para áreas de especialização.

A especialidade de enfermagem de reabilitação, de acordo Hesbeen (2003) tem de estar associada à palavra autocuidado, termo que integra os cuidados de enfermagem enquanto modelo assistencial, pois quem necessita de cuidados de reabilitação é alguém que por algum motivo perdeu a sua capacidade funcional e autonomia, ou seja, alguém que perdeu a capacidade do seu próprio autocuidado e necessita de a recuperar.

Hesbeen (2003) defende que a reabilitação tem o propósito de tornar as pessoas atingidas por uma deficiência ou incapacidade, o mais independentes possível perante

situações do quotidiano. Para que o cuidado de enfermagem seja eficiente neste processo, o mesmo necessita de desenvolver a sua metodologia de trabalho fundamentada no método científico e baseado em teorias e modelos de enfermagem, no sentido de proporcionar uma assistência individualizada, planeada e qualificada.

Apesar da especificidade de cada uma das teorias de enfermagem, a verdade é que conceitos centrais, como: cuidados de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente, estão evidentes na maioria delas.

Relativamente aos vários modelos conhecidos, a maioria reconhece uma visão holística e humanista da pessoa com a sua singularidade e autodeterminação, na relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa cuidada (País Ribeiro, 2008).

O autocuidado é o motivo de desenvolvimento de uma teoria em que Dorothea Orem se destacou e por esse facto baseamos a nossa análise nela. No contexto acima referido e na prática da implementação das intervenções de enfermagem de reabilitação, bem como no plano de intervenção, o referencial teórico de Orem foi o que mais se adequou, indo ao encontro do objetivo primordial, deste projeto contribuir para minimização das complicações associadas à imobilidade e ao fazê-lo também estamos a contribuir para a maximização da independência das pessoas no seu autocuidado.

Para Dorothea Orem as necessidades das pessoas estão relacionadas aos défices do autocuidado e nesta perspetiva, os enfermeiros devem enfatizar os seus cuidados para o autocuidado, estimulando a prevenção, a cura e a reabilitação (Vall, Lemos, & Janebro, 2005).

Para melhor entender o autocuidado na visão de Orem, deve-se primeiro defini-lo. Para a teórica, autocuidado é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar (Tomey & Alligood, 2004).

Atualmente a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, define autocuidado a ação realizada pelo próprio com as características específicas como “tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária” (CIPE, 2016, p.42), indo ao encontro do definido por Orem.

A teoria geral do autocuidado, é composta por três outras teorias que se inter-relacionam, sendo elas: a Teoria do Autocuidado, que descreve de que forma os indivíduos se cuidam; a Teoria do Défice de Autocuidado, que explica a razão pela qual as pessoas necessitam dos cuidados de enfermagem; e a teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que devem ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

A Teoria do Autocuidado engloba o autocuidado universal, de desenvolvimento e de terapêutica (Tomey & Alligood, 2004). O autocuidado universal refere-se à prática de atividades da vida diária que a pessoa realiza em benefício próprio para manter a vida, a saúde e o bem-estar (Vall, Lemos & Janebro 2005). A teoria do desenvolvimento, encontra-se relacionada às etapas do desenvolvimento humano e o autocuidado de terapêutica realça as medidas terapêuticas necessárias para o diagnóstico e tratamento dos indivíduos com problemas de saúde ou com incapacidades físicas e psíquicas, que afetam o corpo como um todo.

A escolha desta teoria para fundamentar a nossa intervenção é justificada também no facto de que nos contextos onde foi desenvolvido o estágio as exigências de autocuidado dos doentes serem superiores às suas capacidades para as realizar, necessitando desta forma da intervenção de enfermagem. E esta ideia é central na teoria de Orem que identifica cinco métodos de intervenção para assistir o indivíduo no autocuidado, sendo eles: agir ou fazer para o utente; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio e ensinar (Vall, Lemos, & Janebro, 2005).

Na teoria de sistemas de enfermagem, Orem sugere a forma como as necessidades de autocuidado dos doentes podem ser satisfeitas e classifica esta última teoria em três sistemas: sistema totalmente compensatório, que surge quando o indivíduo é incapaz de se auto cuidar, necessitando do enfermeiro para compensar as suas atividades; sistema parcialmente compensatório, o indivíduo executa algumas ações de autocuidados e o enfermeiro compensa as limitações do doente, assistindo-o nas suas necessidades; por último, o sistema apoio educação, onde o indivíduo necessita da intervenção de enfermagem, para aquisição de conhecimento, educação e tomada de decisão para controlo das suas necessidades de autocuidado (Vall, Lemos & Janebro, 2005, Queirós, Vidinha & Filho, 2014)

3.2. Definição de objetivos

A definição dos objetivos é determinante para enquadrar as melhores estratégias na concretização dos mesmos. Os objetivos delineados possibilitam orientar a intervenção prática e, conseqüentemente, obter resultados. De acordo com Tavares e Dias (2012), os objetivos devem ser precisos, delimitados, praticáveis e fornecer informações úteis, normas e critérios às atividades posteriores.

De acordo com o Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem (2016), com o estágio final o estudante deverá atingir os seguintes

objetivos: aprofundar e desenvolver competências na área de especialização em enfermagem de reabilitação; Desenvolver um projeto de estágio e elaborar um relatório referente ao estágio final, sempre fundamentado através de termos técnicos científicos sempre com o intuito de desenvolver a sua capacidade profissional (Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem, 2016, p.3).

De modo a dar resposta às exigências do grau de mestre, espera-se que o mestrando possua conhecimento possível de ser desenvolvido e aprofundado, servindo de base ao desenvolvimento de aplicações originais. É igualmente suposto que saiba aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e resolução de problemas, dentro da sua área de atuação e que integre novos conhecimentos, que lhe permitam lidar com questões complexas traduzindo competência para a aprendizagem contínua (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro).

Tendo em conta a problemática identificada nos contextos de estágio, o projeto de intervenção foi centrado na *Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso na integridade cutânea e limitações da funcionalidade*. Atendendo aos longos períodos de imobilidade a que os doentes internados nestes contextos estão sujeitos e os riscos que decorrem dessa imobilidade consideramos esta como uma área problemática e equacionamos a possibilidade de intervir mais ativamente na capacitação para o autocuidado e desta forma poder contribuir para minimizar as complicações associadas à imobilidade e de um modo particular às relacionadas com o compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade dos doentes, sendo este considerado como o objetivo geral do projeto de intervenção.

Relativamente aos objetivos específicos, de acordo com Prodanov e Freitas (2013) estes apresentam caráter mais concreto e instrumental, ou seja, informam sobre o que deve ser feito para atingir o objetivo geral, pelo que se definiram como objetivos específicos do projeto de intervenção os seguintes:

- Identificar o risco de compromisso da integridade cutânea nos doentes internados nos serviços UCIP e Medicina;
- Identificar o risco de perda funcional nos doentes internados nos serviços: UCIP e Medicina;
- Planear intervenções de enfermagem de reabilitação de acordo com o risco que os doentes apresentam;
- Implementar os planos de cuidados de enfermagem de reabilitação capazes de prevenir as complicações associadas à imobilidade;
- Avaliar os resultados das intervenções nos doentes incluídos no projeto.

3.3. Procedimentos de Ordem Ética

A enfermagem tem a sua base de atuação e sustentação como sendo uma profissão baseada e auto-reguladora pelas de diretrizes descritas no Código Deontológico do Enfermeiro como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros encontrando-se definidos os princípios éticos, deontológicos e jurídicos que deverão estar presentes no exercício profissional e na pesquisa empírica ou experimental (Nunes, 2013).

Para a realização do relatório final, foram necessários vários procedimentos legais, éticos e burocráticos que foram realizados como:

- Pedida pela escola a autorização à instituição de acolhimento do estágio, onde iria ser implementado o programa de intervenção de ER entregue ao Conselho de Administração.

- Formulado um pedido dirigido ao presidente da Comissão de Ética para Saúde da Instituição onde se realizou o estágio final, requerendo apreciação e parecer (anexo. 11).

Para tal, foi reunida toda a documentação necessária (ofício dirigido ao a qual foi submetida a verificação e parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Instituição, tendo sido obtido parecer favorável da mesma (anexo. 11).

Para garantir a integridade da investigação, todas as fases do presente projeto apresentam-se fundadas nos princípios éticos defendidos pela enfermagem, respeitando e salvaguardando a confidencialidade e o anonimato, quer da instituição na qual decorreu o projeto quer dos participantes.

Deste modo, a identidade dos doentes que integraram o programa foi ocultada, tendo sido atribuído a cada participante uma letra. Além disso, foi elaborado um documento próprio para o consentimento informado e foram tomadas todas as medidas necessárias para se proceder a um consentimento informado, esclarecido e livre e o projeto de intervenção profissional apenas se realizou após autorização do Conselho de Administração e parecer favorável da Comissão de Ética do Hospital (anexo. 11) e do consentimento Informado, livre e esclarecido assinado pelo doente, ou perante a sua impossibilidade de assinar pela família ou convivente significativo (apêndice 1).

4. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O projeto de intervenção profissional de acordo com o documento orientador para os Estágios do Curso de Mestrado em Enfermagem deve recorrer a linhas de investigação pré-definidas, assim o nosso projeto de intervenção enquadrou-se na linha de investigação que reporta para a necessidade de cuidados de enfermagem em populações específicas, pois nos serviços onde decorreu o estágio final a maioria dos doentes internados eram idosos, como já foi referido e o problema da imobilidade, tal com referem Guedes, Oliveira e Carvalho (2018) associada ao repouso no leito prolongado é prejudicial para a saúde dos idosos, porque afeta vários sistemas, tais como o cardiovascular, pulmonar, gastrointestinal, músculo-esquelético e sistema urinário e pode levar ao aparecimento de doenças para além das que inicialmente causaram a necessidade de repouso.

O foco é por definição da CIPE® (2015) uma área de intervenção que é pertinente para a enfermagem (International Council of Nurses, 2016) e nos doentes cuidados os focos identificados como relevantes foram a: a dor, o equilíbrio e úlceras por pressão, associados às consequências do compromisso de integridade cutânea, a força e a limitação da funcionalidade, derivadas da imobilidade.

4.1. Problemas Específicos da População Alvo

São conhecidos os efeitos negativos da imobilidade (OE, 2013) e este aspeto torna-se particularmente importante nas pessoas idosas, como já foi referido uma vez que estas, devido ao seu estado fisiológico, têm maior tendência para desencadear todos os efeitos secundários da imobilidade de uma forma mais repentina.

O envelhecimento é um fenómeno que abrange a população a nível mundial, portanto, o aumento do número de idosos eleva consideravelmente a possibilidade de aparecimento de doenças crónicas/degenerativas o que os leva grande parte das vezes à permanência no leito. Sequeira (2007), caracteriza o idoso dependente alvo de cuidados como tendo uma idade avançada acima dos 65 anos de idade, tanto do sexo masculino como do sexo feminino, com baixa escolaridade e que apresenta uma dependência moderada a grave nas atividades básicas de vida diária (ABVD).

A capacidade de execução de atividades no dia-a-dia depende de um conjunto de variáveis como o estado de saúde a força física e as funções cognitivas das pessoas e

por isso as atividades da vida diária de acordo com Lobo, Alexandrina, Pereira e Adriana, (2007) podem-se dividir em três dimensões: as atividades básicas de vida diária, que avaliam funções de sobrevivência (alimentação, higiene, vestir, transferência, eliminação e posicionamentos) e que correspondem aos níveis mais graves de deficiência das aptidões físicas, as atividades instrumentais de Vida Diária (AIVD) que avaliam funções sociais (gerir dinheiro, fazer compras, entre outros) e as atividades que correspondem a problemas complexos da vida quotidiana designadas atividades avançadas de vida diária (AAVD) que correspondem a atividades sociais, ocupacionais e de recreação, cujas dificuldades em participar nestas atividades não indicam nenhuma perda funcional mas risco de perdas futuras.

A classificação do nível de dependência/independência nestas três dimensões permite diferenciar os idosos, em termos das suas capacidades funcionais, para que possam ser incentivados a realizar as atividades para as quais têm capacidade e se auxiliem ou substituam naquelas que já não conseguem desempenhar. Avaliação da dependência/independência permite assim uma melhor adequação dos cuidados prestados e uma maior potenciação das capacidades existentes (Brasil, 2006).

O processo de envelhecimento é inevitável e com ele a perda da capacidade funcional em maior ou menor grau está quase sempre presente (Brasil, 2006). De acordo com Lopes, Escoval, Pereira, Pereira, Carvalho e Fonseca (2013) o estado funcional, para além poder indicar o estado de saúde, é também um excelente indicador para prever a saúde e recursos dos cuidados. A funcionalidade de uma pessoa e a incapacidade são entendidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde e os fatores do contexto (Lopes, Escoval, Pereira, Pereira, Carvalho & Fonseca, 2013), por isso a necessidade de manutenção ou recuperação das funções perdidas devido ao processo de envelhecimento e a promoção da independência para a realização das atividades diárias instrumentais e básicas, nas pessoas idosas é fundamental (Brasil, 2006).

Segundo o mesmo autor, a dependência constitui um fator de risco significativo para a mortalidade na população idosa, mais relevante do que as próprias doenças que originam a sua morte (Brasil, 2006).

Entre os fatores pré-existentes ao declínio funcional em idosos, como as características dos doentes, a idade ou o desempenho funcional e cognitivo prévio, a própria doença e condições clínicas coexistentes, e as características dos cuidados prestados em meio hospitalar durante o período de hospitalização/internamento. Acrescenta-se muitos outros como refere Lipshutz e Gropper (2013): comprometimento funcional prévio à admissão, défice cognitivo, estado confusional agudo, gravidade da condição clínica, mobilidade reduzida incluindo repouso

prolongado no leito, diminuição da massa muscular e principalmente aumento do tempo de internamento hospitalar.

O termo mobilidade refere-se às atividades associadas a ficar de pé, caminhar, mudar de posição e mover-se na cama, componentes fundamentais para obter e manter a independência nas atividades da vida diária (Kneafsey, Clifford & Greenfield, 2014) ou seja manter a independência funcional. Para muitos doentes a restrição da mobilidade pode ser terapêutica, contudo a imobilidade relacionada com o repouso no leito por longos períodos é prejudicial e têm efeitos adversos no corpo humano e essas mudanças que ocorrem no corpo como resultado do repouso prolongado na cama precisam de ser melhor compreendidas para que possam ser desenvolvidas metas de cuidados capazes de reduzir as consequências adversas (Murty, 2015).

Pandulo, Spilman, Smith, Kingery, Pille, Rondinelli e Sahr, (2015) reforçam que a imobilidade no leito para além de ser prejudicial à sua recuperação da saúde, associada ao uso de restrições físicas ou à sedação pode aumentar o declínio funcional de forma irreversível.

A doença afeta o estado funcional de diferentes modos e segundo Pandulo, Spilman, Smith, Kingery, Pille, Rondinelli e Sahr, (2015), 40% a 65% dos doentes que sofrem de tratamento médico em situações de doença aguda mostraram declínio significativo das capacidades funcionais depois da hospitalização. Sendo várias as consequências da imobilidade prolongada, ao nível da pele são conhecidas as úlceras por pressão relacionadas com o excesso de pressão, hipoxia tecidual e nutrição desadequada e ao nível do sistema músculo-esquelético a perda de massa muscular, da memória muscular, do metabolismo e da força e ainda a perda da densidade óssea, de elasticidade no tecido conjuntivo e as contracturas (Murty, 2015).

Pandulo, Spilman, Smith, Kingery, Pille, Rondinelli e Sahr, (2015) defendem ainda que as intervenções de enfermagem que estimulem a independência funcional podem reduzir o risco de declínio funcional e Klein, Young, Feng, Lavezza, Hiser, Daley e Hoyer (2018) sustentam que um programa individualizado de mobilidade dos doentes, dirigido por enfermeiros, usado diariamente com objetivos de mobilidade demonstrou ser uma estratégia bem-sucedida para melhorar a mobilidade diária dos doentes no hospital.

O movimento pode ser definido como, a capacidade que a pessoa tem de interagir com o meio de uma maneira flexível e adaptável (Hoeman, 2011). Uma abordagem holística, o movimento tem parâmetros físicos, cognitivos, psicológicos, sociais, políticos, temporais e ambientais. A CIPE (2015), define movimento corporal como um processo no sistema músculo-esquelético caracterizado por movimento espontâneo,

voluntário ou involuntário, dos músculos e articulações, contudo um número significativo de portugueses não se move tanto como deveria.

A alternância permanente entre a atividade e o repouso é uma condição fundamental da vida humana e a atividade fisiológica normal do organismo é assegurada através da mobilidade, sendo esta dependente do bom funcionamento dos diversos sistemas. A mobilidade é, assim, crucial para o desempenho das atividades de vida diária e para garantir não somente as necessidades dos doentes mas também para obter o preenchimento das necessidades psicossociais mais elevadas que envolvem a qualidade de vida (Fricke, 2010)

As alterações da mobilidade podem resultar de doenças neurológicas, desnutrição, problemas ortotraumatológicos, dor intensa, envelhecimento, doenças cardíacas, alterações do foro psicológico, doenças respiratórias e ou défices neuro sensoriais. A OE (2013) alerta todos os profissionais para a importância e atenção que deve ser dada aos doentes quando estes estão incapazes de mover uma parte do corpo, ou a totalidade, em consequência de uma doença crónica, deficiência ou tratamento no sentido de poderem ser prevenidas as consequências de que são descritas no quadro a seguir.

Alterações nos Sistemas	Consequências da Imobilidade
Alterações Respiratórias	<Amplitude dos movimentos torácicos → Respiração + superficial com > da FR: Acumulo de secreções o que leva a infecções (Pneumonia de estase ou hipostática) e Atelectasias.
Alterações Cardiovasculares	< Do volume sistólico, < do débito cardíaco e < do oxigénio; > FC o que provoca estase venosa > da viscosidade o que provoca hipotensão ortostática, > da sobrecarga cardíaca e formação de trombos
Alterações Gastrointestinais	Diminuição da motilidade intestinal: Ingestão (edemas e anorexia); Digestão (distensão gástrica); Eliminação (obstipação);
Alterações Urinárias	Aumento do fluxo renal → Aumento da diurese → Dificuldade na drenagem da urina → Relaxamento incompleto dos músculos → Retenção urinária → Esvaziamento incompleto da bexiga → Estase urinária → Formação de litíase → Hematúria e Infecção;
Alterações Metabólicas	Desequilíbrio → anabolismo/catabolismo Diminuição das necessidades energéticas origina: Hipercaleiémia, Hiponatremia e Hipocaliémia
Alterações no Sistema nervoso	A imobilidade pode conduzir a uma grande variedade de alterações no sistema nervoso devido à privação sensorial e psicossocial: confusão, desorientação, ansiedade, depressão e alteração do padrão de sono.
Alterações na pele e tegumentos /Alterações cutâneas	Cisalhamento → Fricção → Pressão → Oclusão do fluxo sanguíneo → Lesão isquémica → Úlcera por Pressão; (Categoria I) - Eritema não branqueável (Categoria II) - Flictena, escoriação, solução de continuidade (epiderme/derme); (Categoria III) - Necrose e/ou infecção;

	(Categoria IV) - Envolvimento do tecido adiposo muscular e ósseo;
Alterações Músculo-esqueléticas.	O sistema músculo-esquelético é, habitualmente, o mais afectado com as alterações da mobilidade, ocorrendo uma diminuição da contracção muscular, perda de força e da massa muscular, atrofia, contracturas e osteoporose.

Quadro n.º 1 Alterações da imobilidade dos vários sistemas.

Fonte: Guia Orientador de Boa Prática, cadernos OE, Serie 1, número 7, 2013

4.2 Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

De acordo com Associação de Profissionais de Enfermagem de Reabilitação (APER) a prática dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação é determinante na prevenção de complicações e no desenvolvimento da independência funcional e consequentemente na qualidade de vida dos doentes. A sua intervenção ao nível das disfunções do foro neurológico, respiratório, cardíaco, ortopédico, traumatológico é fundamental (APER, 2010).

Também Hoeman (2011) reforça essa importância ao sublinhar que os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação para além de cuidarem de pessoas ao longo da vida, gerem situações e cuidam das pessoas com o intuito e objetivo de prevenir doenças crónicas, incapacitantes ou do desenvolvimento e ainda podem prevenir complicações e o seu aumento. E ao fazê-lo procuram promover a liberdade e independência dos doentes. O contributo dos enfermeiros para a prevenção destas complicações passa obrigatoriamente pelo planeamento adequado de cuidados de ER, que inclua intervenções que promovam a mobilidade e posterior o autocuidado (OE, 2013).

Mejía, Martínez, Nieto, Camacho, Tomas, e Martínez, (2018), reforçam a importância dos programas de reabilitação e mobilização, direccionados para os doentes em situação de imobilidade no leito logo que seja possível intervir, ou seja, imediatamente após a estabilização das funções vitais, normalmente nos primeiros dois a cinco dias de internamento dos doentes nas UCIP e nos internamentos logo à chegada mediante a situação clínica dos mesmos.

Faro (2006), defende que nas unidades de cuidados intensivos e de internamento hospitalar, logo que o doente dê entrada, os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação devem atuar na prevenção de úlceras por pressão, na prevenção de posturas incorretas, iniciar mobilizações passivas, ativas assistidas e ativas de todos os membros, iniciar treinos vesicais e intestinais e fazer despiste das alterações da deglutição, entre os outros cuidados.

Yosef-Brauner, Adi, Shahar, Yehezkel e Carmeli (2015), referem que nas unidades de cuidados intensivos devem ser iniciados os cuidados especializados de

ER, ou seja, inicialmente, devem ser realizadas mobilizações passivas de todos os segmentos, não descurando a mobilização também ao nível do segmento cervical, seguindo-se séries de mobilizações passivas e iniciando-se também séries de mobilizações ativas-assistidas, de forma a realizar um aumento progressivo da resistência nas mobilizações.

Imobilidade versus mobilidade

A imobilidade com já foi referido é uma situação complexa que acarreta implicações a todos os níveis na vida da pessoa, por isso minimizar os seus efeitos implica o diagnóstico precoce e o planeamento das intervenções orientadas para a prevenção das complicações e manutenção ou recuperação da independência funcional, o que se traduzirá em ganhos importantes para a qualidade de vida das pessoas e eventual redução dos dias de internamento (OE, 2013), como também evidenciaram outros autores (van der Schaaf et al, 2009; Denehy et al, 2013).

Para cada uma das complicações, causadas pela imobilidade, a intervenção apropriada é o movimento, ou seja, o movimento irá redistribuir a pressão, para que numa área a pele não comece a ceder “ (...) irá encorajar ou facilitar a respiração profunda e uma higiene pulmonar adequada, para prevenir acumulação de líquidos e o desenvolvimento de pneumonia (...) irá ajudar a manter as fibras musculares e a prevenir a atrofia do músculo (...) irá promover uma sensação de independência e aptidão” (Huber, Frances, Wells & Chris, 2009, p. 5).

A mobilização refere-se a qualquer atividade física que produza efeitos fisiológicos no organismo, melhorando a ventilação, a perfusão, a circulação e o metabolismo muscular (Pathmanathan, Beaumont & Gratrix, 2015). Como referem Gosselink, Bott, Johnson, Dean, Nava, Norrenberg e Vincent, (2008) os programas de mobilização realizados pelos EEER, abrangem um conjunto de atividades hierarquizadas de acordo com o seu grau de intensidade e incluem as mobilizações passivas, ativo-assistidas, ativas e ativo-resistidas, exercícios no leito, passando pela posição de sentado na beira do leito, colocação em posição ortostática ou verticalização, andar no mesmo ponto, transferência para o cadeirão/cadeira, exercícios terapêuticos no cadeirão/cadeira e posteriormente marcha.

Para além das mobilizações/atividades referidas, Koukourikos, Tsaloglidou e Kourkouta (2014) consideram que o posicionamento no leito também é uma intervenção integrante de um programa de mobilizações. No que se refere à frequência, Rodrigues, Gonzaga, Modesto, Santos, Silva, e Bastos, (2017), referem que a mobilização deve ser realizada diariamente a todos os doentes internados,

desde que estejam hemodinamicamente estáveis, independentemente do nível de consciência e assistência ventilatória ou não. Quanto à duração das mobilizações é fundamental as situações em que os doentes se encontram e a condição de estável ou não. No início das mobilizações está padronizado que tenham uma duração máxima de 30 minutos que poderá ir aumentando até cerca de 60 minutos em fases já avançadas e estáveis do doente, com início de 1 vez dia até 3 vezes dia. Os mesmos autores sublinham que a eficácia das mobilizações não está na duração mas sim na frequência das mesmas, ou seja, os resultados são mais satisfatórios se forem realizadas várias vezes ao dia por curtos períodos do que uma vez ao dia durante muito tempo (Rodrigues, Gonzaga, Modesto, Santos, Silva, & Bastos, 2017). Independentemente do número de repetições, de acordo com Borgman-Gainer, (2000), nos casos de imobilidade as mobilizações passivas deverão ser efetuadas em todos os segmentos corporais, contemplando os movimentos no plano sagital, frontal, horizontal.

Numa revisão sistemática conduzida por Azevedo e Gomes (2015) sobre doentes internados em cuidados intensivos, foi observado que as mobilizações facilitaram a reabilitação funcional dos doentes, promovendo ganhos na força muscular e maior participação nas atividades da vida diária.

Também em contexto de internamento em medicina numa unidade de AVC, estudos de Kutlubaev e Akhmadeeva (2015) confirmaram o efeito positivo das mobilizações. Num estudo de controlo randomizado, em que o objetivo foi observar as consequências da mobilização entre o terceiro e o sétimo dia após o AVC, os autores verificaram que a mobilização está associada a menos complicações e não exerce efeito negativo sobre a hemodinâmica cerebral, concluindo que as mobilizações iniciadas no segundo dia pós AVC podem ser benéficas (Kutlubaev & Akhmadeeva, 2015). A longo prazo a mobilização influencia de uma forma positiva a capacidade de autocuidado e o retorno mais rápido à independência e à condição física e diminuiu a readmissão hospitalar e a mortalidade conforme defendem Hopkins, Mitchell, Thomsen, Schafer, Link e Brown (2016).

Para que os benefícios das mobilizações sejam alcançados estas devem ser desenvolvidas em segurança, com minimização dos riscos adversos o que pressupõe uma avaliação criteriosa do doente, de modo a avaliar se todas as condições de segurança estão reunidas (Hodgson, Stiller, Needham, Tipping, Harrold, Baldwin & Webb, 2014).

Nas *mobilizações articulares passivas*, o movimento dentro da amplitude de movimento livre, é produzido inteiramente por uma força externa, não há contração muscular voluntária (Kisner & Colby, 2016).

A mobilização passiva controlada é usada para diminuir as complicações da imobilização de modo a manter a integridade da articulação ou tecidos moles; minimizar os efeitos da formação de contraturas; manter a flexibilidade mecânica do músculo; promover circulação vascular; manter líquido sinovial para nutrição das cartilagens e difusão de substâncias dentro da articulação; diminuir ou inibir dor; auxiliar o processo de cicatrização após uma lesão ou cirurgia; ajudar a manter a consciência de movimento da pessoa. Este tipo de mobilizações também é utilizado para determinar a flexibilidade do músculo e outros tecidos moles, para determinar limitações de movimento e estabilidade articular (Gosselink, Bott, Johnson, Dean, Nava, Norrenberg, Vincent, 2008; Kisner & Colby, 2016).

No estudo de Stockley, Hughes, Morrison, e Rooney (2010), constatou-se que as mobilizações passivas são úteis para a monitorização da dor e do conforto dos doentes.

A realização destes exercícios obedece a um conjunto de princípios gerais, cabendo aos EER a responsabilidade de os assegurar, pois a sua execução inadequada pode provocar lesões articulares, dores, desconforto e outros compromissos músculo-esqueléticos (Hoeman, Liszner & Alverzo, 2011).

As *mobilizações articulares ativas*, são movimentos dentro da amplitude articular livre, que é produzida por uma contração ativa dos músculos que cruzam aquela articulação.

Estas mobilizações, são indicadas quando o doente está apto para contrair ativamente os seus músculos e mover um segmento, e quando não existe contra-indicações, a mobilização ativa é utilizada para: alcançar os mesmos objetivos da mobilização passiva com os benefícios adicionais de resultar em contração muscular; manter elasticidade e contratilidade fisiológicas dos músculos participantes; dar feedback sensorial dos músculos em contração; promover estímulos para integridade óssea e articular; aumentar a circulação e evitar a formação de trombos ou coágulos e por fim desenvolver a coordenação e habilidades motoras para atividades funcionais.

São contra-indicações para mobilizações passivas e ativas onde a circunstância para o movimento de um segmento possa ser prejudicial; imediatamente após ruturas agudas, fraturas e cirurgias; movimentos onde ocorre aumento da dor e inflamação; processos inflamatórios agudos; dor articular ou muscular severa e dor muscular imediata ou tardia (Gosselink, Bott, Johnson, Dean, Nava, Norrenberg, Vincent, 2008; Kisner & Colby, 2016).

Mobilização articular ativa-assistida, consiste no exercício que é executado quando o doente é orientado e incentivado a realizar a contração muscular e mobilizar uma articulação,

Segundo a OE (2009), nos casos em que se verifique diminuição da força ou sensibilidade em determinados segmentos corporais, cabe ao enfermeiro ensinar e incentivar a pessoa a iniciar e executar o movimento que é capaz, auxiliando-a a completá-lo até alcançar a amplitude desejada e adequada à sua situação clínica.

As *mobilizações articulares ativas-resistidas*, são um tipo de exercício ativo em que a contração muscular é resistida por uma força externa, que pode ser aplicada manualmente, neste caso pelos EEER, ou mecanicamente quando se recorre a equipamentos ou aparelhos mecânicos para produzirem a resistência (Kisner & Colby, 2016). Esta forma de exercício é precedida pelos exercícios ativo-assistidos e ativos, e têm como principal objetivo melhorar ou restaurar a força muscular e a resistência muscular à fadiga (Kisner & Colby, 2016).

Outros exercícios de terapêuticos que se revestem de importância para a recuperação funcional dos doentes como o rolar/levantar, ponte, transferências, exercícios de equilíbrio são também reconhecidos como de grande importância para a independência dos doentes (Menoita, 2014; Marques-Vieira, & Sousa, 2017).

Atividades da Vida Diária e Capacidade Funcional

De acordo com Carpenito-Moyet (2012, p. 537), o autocuidado engloba as “atividades essenciais para a satisfação das necessidades diárias, conhecidas comumente como atividades da vida diária, que são aprendidas ao longo do tempo e se tornam hábitos de vida” e nas quais os enfermeiros têm um papel fundamental na avaliação e identificação do nível de participação dos doentes.

Para Orem, o autocuidado define-se como as atividades que a pessoa realiza por si mesma para manter a vida, saúde e bem-estar, prolongando-se ao conceito de cuidado dependente, quando a pessoa por si só não consegue satisfazer as suas necessidades e necessita que outra desempenhe as suas funções de autocuidado (Orem 1995). Para Orem, o autocuidado possui assim um propósito que tem uma sequência que contribui para a integridade estrutural, de desenvolvimento e de funcionamento da pessoa. A falta de conhecimentos relacionados com o autocuidado, os transtornos e disfunções de saúde, a falta de habilidades e os hábitos inadequados podem limitar as pessoas no seu próprio autocuidado, ou na ajuda de outras pessoas (Gilbert, Hagerty, Taggert, 2012; Orem, 1993).

A OE, define as atividades da vida diária (AVD) como o conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma no seu dia-a-dia (OE, 2011a).

Para Akbari, Lyden, Kamali e Fahimi (2013) as atividades do dia-a-dia são as áreas de desempenho mais importantes, onde as pessoas podem alcançar a sua independência, sendo por isso a sua avaliação e treino um dos componentes dos programas de reabilitação

O termo AVD refere-se no contexto da reabilitação ao conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia. Estas atividades podem ser subdivididas em dois grupos: Atividades Básicas da Vida Diárias (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (Akbari, Lyden, Kamali & Fahimi, 2013). Podemos considerar 6 ABVD que se referem tanto às funções e estruturas do corpo envolvidas como às atividades e participação para a sua execução: higiene, eliminação, vestuário, alimentação, mobilidade e transferência. As AIVD reportam-nos para a capacidade da pessoa para gerir o ambiente em que vive onde se inclui: preparar refeições, realizar tarefas domésticas como lavar roupa, gerir dinheiro e tomar a terapêutica.

Cardoso e Eusébio (2011) referem ainda que, a capacidade funcional e independência máxima podem ser atingidas, se o doente for capacitado a desenvolver as atividades de forma correta, ou seja, através do uso de estratégias adaptativas ou de dispositivos ou produtos de apoio.

Para o treino do autocuidado e das AVD's, em doentes com limitações da mobilidade, as atividades como higiene e vestir/despir, devem ser realizadas assim que possível e os doentes devem estimulados e incentivados a desenvolverem essas atividades da forma mais autónoma possível (Menoita, 2012).

Os exercícios de treino de despir e vestir, o treino desta AVD irão sempre depender dos compromissos motores e sensitivos presentes, nos doentes bem como das capacidades cognitivas de cada um (DGS, 2010). Sendo uma atividade com elevado grau de exigência e esforço, pode por vezes provocar alguma frustração e desmotivação por parte dos doentes (Menoita, 2012).

Os doentes com limitações da mobilidade apresentam com frequência alteração nas suas capacidades funcionais e no desempenho das AVD, comprometendo a sua independência e levando à necessidade constante de prestadores de cuidados ou até mesmo na própria institucionalização (AHA/ASA, 2016 & Menoita, 2012).

De acordo com Lobo, Santos e Gomes (2014) entende-se como capacidade funcional a condição do indivíduo para a realização de tarefas que envolvem o cuidado pessoal como tomar banho, vestir-se, utilizar casa de banho e pentear-se e as tarefas instrumentais de vida diárias como cuidar da casa, usar o telefone, prepara refeições, andar de autocarro e realizar atividades sociais. Os mesmos autores referem que ao termo capacidade funcional associa-se frequentemente a atividade ocupacional, ou

seja a mobilidade suficiente para realizar a marcha de forma eficiente e sem utilizar nenhum tipo de suporte (Lobo, Santos & Gomes, 2014).

Associado ao termo capacidade funcional surge com frequência outro, que é a independência funcional, que segundo Oliveira (2008), se caracteriza pela autonomia dos doentes para a realização de tarefas que fazem parte do seu dia-a-dia assegurando desta forma a possibilidade da pessoa viver sozinha no seu domicílio.

Por oposição à independência funcional a dependência salienta a perda de capacidades físicas e mentais sendo portanto extremamente importante a valorização da independência de cada um, uma vez que a sua perda acarreta consequências a vários níveis da vida da pessoa e da sociedade (Rodriguez, 2008).

Andrade (2010), afirma que é imprescindível avaliar os diferentes níveis de independência funcional nas pessoas. Para estes autores a avaliação da independência funcional é mesmo um dos objetivos fundamentais para a planificação adequada dos cuidados de saúde. Tal como acrescenta a OE, os cuidados de enfermagem são caracterizados por englobarem, de acordo com o grau de dependência dos doentes, as seguintes formas de atuação: fazer por substituir a competência funcional em que o doente esteja totalmente incapacitado; ajudar a completar a competência funcional em que o doente esteja parcialmente incapacitado; orientar e supervisionar, transmitindo informação ao doente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias; encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro; e finalmente avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efetuados (OE, 2012).

Segundo, Scaaf [et al.] (2008) as alterações funcionais manifestadas na primeira semana após a alta da UCI são significativas, no que diz respeito ao desempenho das AVD's, sendo a marcha uma das limitações mais frequentes pois 73% dos doentes não conseguia andar sem ajuda.

De acordo com Mendes e Chaves (2012) quanto maior o comprometimento da força muscular, maior é o grau de dependência dos doentes. Num estudo que realizaram e que teve como objetivo conhecer as alterações da mobilidade que afetam os doentes com alta da UCI, os autores concluíram que cerca de 90% dos doentes da amostra, desenvolveu alterações da força muscular, podendo estas alterações serem consideradas desde situações ligeiras a quadros graves de fraqueza generalizada (Mendes & Chaves 2012).

Outro estudo (Januário, 2013) realizado com doentes internados no serviço de medicina, o autor constatou que o internamento por si só promove alterações no estado de saúde dos indivíduos e o episódio de internamento por si só trouxe dependência às pessoas, independentemente da causa que motivou o internamento.

Atualmente reconhece-se que a educação, o conhecimento e o autocuidado desempenham uma grande importância para as pessoas e para a sociedade, não só para a promoção e proteção da saúde individual como também para a efetividade e eficiência da prestação de cuidados de saúde (Despacho nº 3618-A/2016, de 10 de Março), talvez por isso Lessmann, Fernanda, Ramos, Borenstein, e Meirelles (2011), sublinhem que a reabilitação funcional é um processo dinâmico, onde a compreensão do potencial individual e a melhoria do autocuidado das pessoas, através da realização das AVD e AIVD, adquirem um papel fundamental.

Dor enquanto 5º sinal vital

A Direcção-Geral da Saúde instituiu a “Dor como o 5º sinal vital” através da circular normativa nº 09/DGCG de 14 de Junho de 2003. De acordo com o referido documento considera-se como norma de boa prática, o registo sistemático da intensidade da dor; a utilização de escalas validadas para mensuração da intensidade da dor e a sua aplicação informaticamente em todos os programas e aplicações informáticas em serviços hospitalares. Assim, Portugal tornou-se no primeiro país da União Europeia a equiparar a dor a quinto sinal vital em todo o Serviço Nacional de Saúde (DGS, 2003).

Qualquer pessoa em algum momento da sua vida vai padecer deste sintoma, por mais variadas razões para a sua origem.

De acordo com Deodato (2013, p. 29), cerca de “47% dos doentes, ao permanecerem no leito, recusam qualquer atividade física devido à dor presente”. Assim o autor conclui que dor pode condicionar a aceitação dos planos de exercícios que seriam realizados o que leva ao fracasso da recuperação do doente e à ineficácia da prática de cuidados dos enfermeiros.

Lameiras (2009), refere que o principal responsável pela fracasso ou sucesso da recuperação do doente são os enfermeiros, pois, cabe aos enfermeiros, avaliar, diagnosticar e decidir qual a melhor intervenção para alívio dos sintomas referentes à dor, quer sejam eles farmacológicos ou não farmacológicos, para que os cuidados prestados sejam eficazes e que os doentes consigam recuperar a sua capacidade de autonomia sem qualquer sinal ou sintoma de dor.

Refere-se que a dor é o 5º sinal vital, sendo de extrema importância a sua avaliação em muitas ações que os enfermeiros realizam. Neste projeto, foi de extrema importância, pois reporta-nos para a possibilidade de continuar ou não os exercícios propostos. A caracterização qualitativa e quantitativa da dor não se revela um processo simples, uma vez que, inerente a este sinal vital encontram-se anteriores experiências que podem desencadear estímulos e sentimentos redutores da realização dos autocuidados e AVDs.

A valorização da dor dos doentes e adequação do tratamento, através de ensino de estratégias não farmacológicas de alívio e da administração de fármacos irão permitir o controlo da sintomatologia e um melhor desempenho dos participantes.

Força e Equilíbrio

A força muscular refere-se à habilidade do tecido contrátil de produzir tensão e força resultante das demandas impostas sobre o músculo. Também pode ser definida como a maior força mensurável que pode ser exercida por um músculo ou grupo muscular para vencer a resistência durante um esforço máximo único (Kisner & Colby, 2016).

Quando os doentes permanecem no leito por longos períodos, a diminuição da força muscular pode estar relacionada com a síndrome de desuso, inatividade atrofia muscular inerente à osteoartrose e à dor (Hoeman, 2011), por isso e como referem Kisner e Colby (2016) é fundamental manter e recuperar a mobilidade ativa e o controlo funcional do corpo dos doentes, para prevenir ou diminuir a rigidez articular, através de um programa de exercícios dentro da amplitude permitida e tolerada por cada doente.

O controlo postural caracteriza-se pela manutenção do equilíbrio (dinâmico e estático), mecanismo pilar para a concretização dos movimentos voluntários, normais específicos. O controlo muscular depende de um trabalho muscular contínuo, com a finalidade de vencer a gravidade, manter o tónus postural normal e assegurar a capacidade de realização de movimentos seletivos (Bennett, Vera, Sena, Lemos, Lucchese & Silva, 2018).

Enquanto processo dinâmico através do qual o corpo mantém a sua estabilidade, em repouso ou em movimento, o equilíbrio, é uma tarefa complexa que engloba a incorporação de informações sensoriais que avaliam a posição e movimento do corpo, a par da realização das respostas musculoesqueléticas adequadas (Marques-Vieira, & Sousa, 2017).

Associado ao equilíbrio comprometido e ao elevado risco de queda, o treino de vestir/despir deve ser realizado ou com a pessoa deitada na cama ou sentada, ou até mesmo sentada numa cadeira com os pés bem assentes no chão (Menoita, 2014).

Ficar em pé requer treino, desde manter a posição ortostática com apoio de uma superfície estável até ser capaz de manter o equilíbrio do tronco enquanto mobiliza os membros e os doentes que realizam os exercícios de treino mantendo o equilíbrio, reúnem condições para iniciar treino de marcha (Marques-Vieira, & Sousa, 2017).

Auto cuidado pôr-se de pé e Transferências

O treino de pôr-se de pé melhora o controlo da cabeça e pescoço, do tronco e os membros inferiores, permitem a sustentação do peso pelos membros inferiores, melhora o equilíbrio e permite a aquisição de uma postura funcional (O'Sullivan, & Schmitz, 2004). A partir da posição de pé, é realizada a instrução e treino do rodar-se e sentar-se na cadeira-de-rodas, ou seja, transferir-se. Tendo em conta a situação clínica dos doentes, o levantar e as transferências requerem especificações, nomeadamente no caso dos doentes em que já existe um compromisso da mobilidade (Marques-Vieira, & Sousa, 2017).

O autocuidado transferir-se consiste na forma como os doentes se movimentam de uma superfície para outra. Tendo como meta a alcançar a promoção da mobilidade e a prevenção de complicações causadas pela imobilidade, a promoção do autocuidado transferir-se, possibilita a deslocação e realização de AVD's, facilita as relações interpessoais com o meio ambiente na promoção do conforto e bem-estar. Ao atingirem estes objetivos com os doentes, os EEER para além de prevenirem complicações decorrentes da imobilidade, capacitam maximizando a funcionalidade dos doentes (Veiga, Henriques, Barata, Santos, Santos, Martins & Silva, 2011).

Em suma e com vista à maximização do potencial dos doentes em situação de imobilidade, as intervenções direcionam-se para: atividades em que o doente suporte o seu corpo em posições anatomicamente adequadas e funcionais, ensino de programas de exercícios terapêuticos com a finalidade de manter a mobilidade articular e o tónus, ensino de transferências, ensinos de programas preparatórios para a marcha, entre outros (Hoeman, 2000).

Reeducação da funcionalidade motora

A implementação de um plano de cuidados estruturado e individualizado implica identificar previamente os problemas dos doentes no âmbito da reabilitação (NICE, 2009).

Todos os programas de reabilitação devem iniciar-se com uma avaliação holística dos doentes, que contenha uma avaliação clínica geral ou seja, diagnóstico, patologias associadas, terapêutica do domicílio e do internamento (Koukourikos, Tsaloglidou & Kourkouta, 2014), sinais vitais (Green, Marzano, Leditschke, Mitchell & Bissett, 2016) e uma avaliação dos doentes em termos funcionais motores (Borgman-Gainer, 2000).

Tendo em conta que o estado de saúde dos doentes se pode alterar ao longo do dia, é imprescindível, ter isso em consideração, ou seja, quando elaboramos um plano de cuidados com o intuito de prevenir complicações derivadas da imobilidade, é necessário que o EEER tenha a capacidade para se auto instruir e adaptar às novas realidades que possam surgir mediante a situação clínica do doente.

Como justificam Green, Marzano, Leditschke, Mitchell e Bissett, (2016), a administração de sedação, sessões intermitentes de hemodiálise e avaliações e preparações para o desmame da ventilação mecânica podem condicionar a realização dos exercícios terapêuticos, pelo que é imprescindível adaptar o plano de cuidados à situação atual do doente.

Uma das formas que se utilizam para a avaliação da funcionalidade motora, é a avaliação das articulações, pela sua amplitude articular ou através da dor. Avaliando a sua estabilidade, dor no movimento e sinais ou sintomas de processos inflamatórios, como dor, calor, rubor e edema (Borgman-Gainer, 2000).

No presente relatório utilizou-se a dor como indicador para iniciar, continuar ou terminar os exercícios planeados.

Mediante a observação/avaliação que fazíamos dos doentes, o plano de cuidados era selecionado e adequado a cada situação adaptando as atividades terapêuticas às necessidades individuais de cada doente ou seja, selecionando os exercícios terapêuticos de mobilização articular, também designados por exercícios de amplitude do movimento, nos quais se incluem os exercícios de mobilização passiva, os exercícios de mobilização ativa, os exercícios de mobilização ativa-assistida e os exercícios de mobilização ativo-resistidos como anteriormente foram explanados.

Ao longo dos exercícios de mobilizações e tal como sugerem Green, Marzano, Leditschke, Mitchell e Bissett (2016) a resposta dos doentes aos exercícios, era monitorizada no sentido de detetar eventuais reações indesejáveis como a dor e

desconforto, alterações do nível de consciência ou alterações dos sinais vitais a nível hemodinâmico e respiratório suscetíveis de comprometer a continuação da atividade ou até mesmo parar para garantir que a intervenção para além de terapêutica era segura.

Alterações da integridade cutânea e a sua prevenção

A imobilidade provoca um aumento do tempo de contacto direto dos doentes com as superfícies de apoio (cama, almofada, cadeiras, entre outras), provocando um aumento da pressão direta não aliviada sobre os tecidos moles, forças de fricção e deslizamento, o que pode condicionar o aparecimento de úlceras por pressão (UPP). De acordo com o European Pressure Ulcer Advisory Panel e o National Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP\NPUAP, 2009) uma úlcera por pressão “é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção”. Às úlceras por pressão também estão associados fatores contribuintes e de confusão, cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido.

Segundo a CIPE (ICN, 2011), úlcera por pressão define-se como dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidular e perfusão inadequada.

As localizações mais frequentes são a região isquiática com 24%, a sacrococcígea com 23%, a região trocantérica com 15% e a calcânea com 8%, entre outras (Rocha, Miranda, & Andrade, 2006).

As úlceras por pressão são um grave problema de saúde por causarem enorme sofrimento às pessoas, pelas repercussões a nível da mortalidade e morbilidade, e ainda pelos significativos encargos financeiros nos sistemas de saúde. Um estudo do EPUAP\NPUAP (2009), identificou que a prevalência das úlceras por pressão na Europa era de 18%, dependendo do grupo de doentes e tipo de cuidados.

O EPUAP\NPUAP (2009), estima que a prevalência e incidência de UPP nos Estados Unidos seja de 15% a 17%. Em Portugal, os serviços hospitalares nacionais apontam para uma incidência de UPP de 11,5% e em Portugal de acordo com Ferreira, Miguéns, Gouveia e Furtado (2007), nos serviços de medicina, existe uma prevalência de 17,2% de doentes institucionalizados com uma média de 2,07 úlceras por pressão.

A etiologia das UPP é uma realidade complexa que agrega fatores extrínsecos e fatores intrínsecos, os quais contribuem para o seu aparecimento.

Nos fatores extrínsecos, muito dependentes dos cuidados de enfermagem, salientam-se a pressão, as forças de deslizamento, a fricção e a humidade. Nos fatores intrínsecos, a imobilidade, a incontinência, a idade, o estado nutricional, a má perfusão/oxigenação dos tecidos, efeitos de medicamentos e as doenças crónicas (EPUAP\NPUAP, 2009; EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019).

As orientações emanadas pelas EPUAP/NPIAP/PPPIA (2019) para a prevenção de UPP incluem várias recomendações, entre as quais está a avaliação do grau de risco de desenvolvimento de UPP, mediante a aplicação de escalas de avaliação e a elaboração de planos de cuidados que contemplem as mudanças de decúbito, as mobilizações e o alinhamento corporal, de acordo com o grau de risco avaliado e o estado global do doente.

Da prevenção das UPP faz parte como já foi referido a avaliação do risco do seu desenvolvimento nos doentes, sendo esta intervenção considerada a primeira a ser implementada (Menoita, 2016). De acordo com a DGS (2011) o período recomendado para a reavaliação do risco numa UCIP é a cada 24h e no serviço de internamento como em medicina é a cada 48h.

Posicionamento terapêutico – prevenção de úlceras por pressão

O posicionamento como intervenção terapêutica assume um papel fundamental na prevenção das complicações associadas à imobilidade, para além de proporcionar conforto e promover a autonomia dos doentes com restrição da mobilidade (OE, 2013). Estão ainda atribuídos ao posicionamento terapêutico outros benefícios como o relaxamento muscular e a redução da tensão psíquica, contribuindo para um maior controlo respiratório e decréscimo da sobrecarga muscular, facilitando a respiração diafragmática (Severino, 2016).

No que se refere à prevenção das úlceras por pressão (UPP), são atividades consideradas de boa prática e recomendadas com um nível de evidência B o reposicionamento de todos os doentes com ou em risco de lesões por pressão num horário individualizado e a implementação de estratégias de reposicionamento o levante precoce e para o cadeirão ou cadeira de rodas por períodos limitados de tempo e de nível de evidência C a implementação de um programa de mobilização precoce que aumente a atividade dos doentes e a mobilidade tão rapidamente quanto tolerada EPUAP/NPIAP/PPPIA (2019). O posicionamento terapêutico um dos aspetos fundamentais na prevenção das UPP, uma vez que através da alternância de decúbitos frequentes o peso corporal é redistribuído (Menoita, Sousa, Alvo & Vieira,

2012; Menoita, 2016.), minimizando a duração e a magnitude da pressão exercida sobre as regiões vulneráveis do corpo EPUAP/NPIAP/PPPIA (2019).

Os principais objetivos do posicionamento terapêutico, são deste modo mobilizar o doente, prevenir posições viciosas, manter a integridade cutânea e promover conforto.

Não há consenso na literatura sobre a frequência da mudança de posição, nesta área, o importante é o planeamento e execução, a frequência em função da gravidade da situação clínica de cada doente, dadas as diferenças individuais e de fatores extrínsecos que contribuem para o desenvolvimento de UPP (Menoita 2016).

Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão é um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional de Segurança para o doente 2015-2020, o que por si é motivo suficiente para desenvolver trabalhos científicos relacionados com este problema tentando encontrar soluções para a sua prevenção ou tratamento, desenvolvendo estratégias que assegurem a melhoria contínua da prática de enfermagem.

A DGS na orientação nº 017/2011 de 9/5/11, refere que “as úlceras por pressão, são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados”, estima-se que cerca de 95% das úlceras por pressão possam ser evitadas através da identificação precoce do grau de risco.

4.3. Plano de Intervenção

Metodologia

Tendo em conta aos objetivos de aprendizagem do estágio final, a metodologia deste projeto de intervenção insere-se num contexto de investigação-ação, uma vez que parte da avaliação de uma problemática, realiza um diagnóstico e introduz medidas para a modificação da situação (Koerich, Backes, Sousa, Erdmann, & Albuquerque, 2009). Esta metodologia teve origem nos trabalhos desenvolvidos por Kurt Lewin em 1946, que procurou aproximar o conhecimento teórico do conhecimento da prática.

Vilelas (2009) refere que é uma metodologia que orienta a melhoria da prática consoante a mudança e a aprendizagem a partir das consequências dessa mudança.

A escolha desta metodologia prendeu-se com o facto de ser participativa, na medida em que permitiu interagir com os sujeitos, mas também com o facto de ser ativa ao nível da capacitação da informação, podendo ser facilitadora nas mudanças de comportamentos (Pereira, 2018).

Segundo os mesmos autores, este tipo de metodologia é adequado à enfermagem, pois viabiliza o saber escutar, o dar atenção, o ser sensível aos

problemas e aos sentimentos, permitindo visualizar os sujeitos de uma forma holística, incluindo a família e comunidade.

O presente plano de Intervenção é de natureza transversal, uma vez que decorre num determinado período de tempo (Fortin, 1999).

Assim o período de implementação do respetivo projeto ficou definido de 17 de Setembro de 2019 a 17 de Janeiro de 2020. Sendo que de 17 de Setembro a 20 de Novembro de 2019, decorreu na UCIP e o restante período na Medicina Interna.

Apresenta uma perspetiva descritiva, uma vez que assenta em estratégias de pesquisa para “descrever comportamentos, incluindo a identificação de fatores que possam estar relacionados com um fenómeno em particular “ (Freixo, 2009, p.106).

Por isso o plano de intervenção baseou-se na metodologia do processo de enfermagem, contemplando a avaliação inicial, a formulação de diagnósticos de enfermagem, a concretização das intervenções de enfermagem e avaliação de resultados. Ao longo da sua implementação o supervisor clínico, validou e supervisionou cada etapa do mesmo.

Processo de enfermagem

O projeto de intervenção, por ser constituído por etapas similares às do processo de enfermagem (avaliação inicial, construção de diagnósticos de enfermagem, planeamento de intervenções e avaliação dos cuidados), permitiu-nos organizar, planear e implementar de forma sistemática os cuidados de enfermagem de reabilitação

Avaliação inicial

Com base nos focos de enfermagem *risco de compromisso da integridade cutânea e de limitações da funcionalidade* nos critérios sustentados no padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de ER (OE, 2015) e outros considerados relevantes e descritos na literatura, da avaliação inicial dos doentes participantes do estudo constou:

– A avaliação dos parâmetros vitais: respiração, saturação periférica de oxigénio (SpO2), frequência cardíaca (FA), tensão arterial (TA), temperatura corporal timpânica (TT) e dor. A avaliação e monitorização dos sinais vitais é essencial ao longo da

intervenção de ER para inferir sobre os contributos positivos imediatos para os doentes ou se a intervenção deveria ser interrompida;

- Avaliação da condição da integridade cutânea dos doentes, realizada através da observação, de modo a verificar a presença de qualquer ferida ou evidência de uma possível lesão cutânea;

- Avaliação do risco de desenvolvimento de UPP, com a Escala de Braden (anexo. 9), no sentido de determinar se os doentes apresentavam alto ou baixo risco de desenvolver UPP consoante a pontuação obtida;

- Avaliação do equilíbrio dos doentes através da Escala de Berg (anexo. 7), que se prende com a avaliação do equilíbrio funcional, estático e dinâmico dos doentes, ao mesmo tempo que prediz o risco de queda;

- Avaliação do grau de dependência funcional dos doentes, utilizando a escala de independência funcional – MIF (anexo. 6), verificando a dependência nas AVD's dos doentes para delimitar as intervenções necessárias a esses problemas específicos;

- Avaliação do grau de força dos doentes, utilizando a escala numérica de Lower (anexo. 8);

- Avaliação do nível de dor dos doentes, utilizando a escala numérica da dor (anexo.10).

No âmbito dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (CEER), quer os EEER quer as organizações de saúde têm vindo a manifestar a necessidade premanente da utilização de instrumentos de medida que permitam quantificar e evidenciar os resultados obtidos pela intervenção dos EEER (OE, 2016). O que esses instrumentos têm em comum, tal como referem Gardona e Barbosa (2018) é capacidade de gerar, de modo coeso, dados sobre o provável estado de saúde de alguém ou de uma situação.

A Medida de Independência Funcional (MIF) tem como objetivos diagnosticar o grau de capacidade/incapacidade funcional. Com este instrumento pretendemos avaliar o desempenho do individuo na realização de dezoito itens, das quais seis se referem ao autocuidado (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir metade superior do corpo, vestir metade inferior do corpo e utilização do sanitário), dois ao controlo de esfíncteres, dois à mobilidade /transferências (leito, cadeira de rodas, sanitário, banheira, chuveiro), dois itens à locomoção (marcha/ cadeira de rodas, escadas), dois à comunicação e por último três itens relacionados à cognição social. (OE, 2016);

Com a Escala de Equilíbrio de Berg pretendemos avaliar o equilíbrio funcional, estático e dinâmico do indivíduo. Esta escala é composta por catorze tarefas funcionais em que o indivíduo é avaliado em atividades de coordenação, equilíbrio, capacidade de

mudança de decúbito, avaliação de transferências em diferentes situações de disposição da base de sustentação (OE, 2016). O desempenho de cada tarefa é classificado através de uma escala ordinal de 5 alternativas que recebem a pontuação de 0 a 4 em função do desempenho do utente, (0 - incapaz de executar, 4 - capaz de executar de forma independente) obtendo um score total de 56 pontos. Assim, quanto maior for o score, maior o equilíbrio. Pontuações que variam entre 0 a 20 representam a diminuição do equilíbrio, entre 21 a 40 representam equilíbrio aceitável, e entre 41 a 56 representam um bom equilíbrio (OE, 2016).

Com o Índice de Lower, pretendemos avaliar a força muscular, que pode variar entre 1 e 5. Sendo o 1/5 a ausência de contração da força muscular e o 5/5 a força muscular mantida ou normal. Assim 5/5 significa que num determinado segmento ou em todos os doentes não tem alteração; - 4/5 significa que a alteração da força é em grau reduzido, uma força de 3/5 ou 2/5 significa perda de força em grau moderado; 1/5 em grau elevado e 0/5 em grau muito elevado (DGS, 2011).

Com a Escala de Braden pretendemos avaliar o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão nos doentes. Esta escala é constituída por seis dimensões, percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento que contribuem para o desenvolvimento de UPP. As dimensões estão pontuadas de 1 a 4, excepto a última que se encontra ponderada de 1 a 3. O score pode variar entre 6 (valor de mais alto risco) e 23 (valor de mais baixo risco), pelo que quanto maior for a pontuação menor o risco, e vice-versa. De acordo com DGS (2011) são considerados de alto risco de os indivíduos que obtiverem uma pontuação de 16 ou inferior e de baixo risco os que apresentarem uma pontuação igual ou superior a 17.

A Escala Numérica da Dor pontua a dor sentida pelos doentes numa escala 0 a 10, que 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável). (DGS, 2003).

Em termos do projeto de intervenção os doentes foram avaliados com estes instrumentos no primeiro contacto, ao 3º dia e no último momento de contacto ou alta do doente, tanto na UCIP como no serviço de medicina.

Diagnósticos de Enfermagem

A partir dos problemas evidentes e potenciais dos doentes, identificados na avaliação inicial, formularam-se os diagnósticos de enfermagem de reabilitação, com relação aos focos de enfermagem, recorrendo sempre a linguagem CIPE® (2015), e elaboraram-se as intervenções baseadas na evidência científica e ilustradas no padrão

documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação.

Os diagnósticos de enfermagem mais evidenciados nos locais de estágio foram: Limitações da Funcionalidade – AVD's: Autocuidado Higiene e Vestuário comprometido; Autocuidado eliminação comprometido; Autocuidados transferir-se comprometido (Quadro n.º2); Risco de UPP (Quadro n.º3); Risco de Dor (Quadro n.º4); Défice de conhecimento, relacionado com exercícios a realizar e atividades terapêuticas; Risco de Queda; Défice de conhecimento, relacionado com transferências; Movimento muscular comprometido; Equilíbrio corporal comprometido; Intolerância à atividade (pequenos/médios esforços) (Quadro n.º5).

Implementação dos Cuidados

Mediante os diagnósticos mais observados nos locais de estágio foram implementados cuidados de enfermagem de reabilitação de acordo com as limitações dos doentes de forma a promover a sua recuperação e independência.

Quadro n.º 2 – Cuidados de Enfermagem de Reabilitação associados ao foco: Limitações da funcionalidade comprometida AVD's

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados
Autocuidado Higiene e Vestuário comprometido	<ul style="list-style-type: none">- Avaliação e ensinamentos para a capacidade para o autocuidado higiene e vestuário comprometido;- Ensinou-se, instruiu-se, exemplificou-se e supervisionou-se o uso dos recursos para banho, como o usar assentos e bancos adaptativos, cabos grossos para colocar nas escovas, giletes, pentes.- Assistiu-se os doentes no autocuidado higiene no chuveiro;- Monitorizou-se a tolerância ao esforço dos doentes durante estas atividades – higiene e vestir – através da observação, avaliação dos sinais vitais e sempre que os doentes referiam.- Ensinou-se a prevenir possíveis acidentes, através de exemplificação e cuidados a ter durante estas atividades, como, aconselhar a executar estas atividades sempre quando alguém estiver presente, preparar as coisas para a higiene e roupas a estarem sempre perto para não voltar e ir busca-las, colocar suportes em partes estratégicas para facilitar a sua mobilização e suporte do corpo, se necessário colocar tapetes anti derrapantes no chuveiro, ou	<ul style="list-style-type: none">- Promover a independência do doente nas AVD's;- Melhorar a conservação de energia;

	<p>bancos ou assentos adaptativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistiu-se e supervisionou-se o autocuidado vestir-se; - Assistiu-se nos posicionamentos e assistência do doente no vestir-se, ensinou-se estratégias para facilitar os doentes a vestirem-se, como sentarem-se primeiro, sempre com os pés bem assentes no chão, roupa sempre previamente arranjada, arranjar roupa e sapatos de fácil utilização, ou se possível estar sempre alguém presente durante a sua realização – familiar. 	
Autocuidado eliminação comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Instruiu-se e exemplificou-se aos doentes para os autocuidados ir ao sanitário, como sempre que tenham necessidade de ir ao sanitário, dizerem se não forem capaz de ir sozinhos, para se colocar a arrastadeira ou bacio, e a utilização de fraldas para eventual descuido; - Assistiu-se no autocuidado ir ao sanitário, ensinou-se o uso de canadianas ou cadeira de rodas aos doentes que não tenham a capacidade de andar de forma autónoma e segura; - Ensinou-se os posicionamentos aos doentes e assistiu-se a ida ao sanitário; - Incentivou-se e exemplificou-se o uso de estratégias adaptativas, como assentos altos nas sanitas e suportes nas paredes laterais para ajuda ao sentar e levantar; 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a independência do doente nas AVD's; - Melhorar a conservação de energia;
Autocuidados transferir-se comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinou-se e orientou-se os doentes quanto aos riscos e prevenção de quedas, como nunca se levantarem sozinhos, pedirem sempre ajuda para a execução dessas atividades, mesmo que seja só para supervisionar; - Orientou-se e explicou-se a distribuição adequada do mobiliário no domicílio, pois é necessário que haja espaço para a sua locomoção segura; - Executou-se e instruiu-se técnicas de transferência cama – cadeirão e cadeirão – cama, ensinou-se e exemplificou-se várias vezes, a correta transferência dos doentes para a sua realização segura, ensinou-se a sentarem-se na cama com os pés bem firmes no chão, aguardar uns minutos até se sentirem seguros e terem equilíbrio mantido, elevarem-se, se necessário terem suportes para a sua elevação, terem o cadeirão próximo, ou mesmo se necessário terem canadianas para a sua facilitação de suporte e segurança, o mesmo para a transferência do cadeirão para a cama, realizaram-se várias vezes para os doentes saberem e sentirem-se sempre seguros do que estavam a realizar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar técnica de transferência

Fonte: elaboração própria

Quadro n.º 3 - Cuidados de Enfermagem de Reabilitação associados ao foco: Risco de UPP

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados
	Vigilância da integridade cutânea;	

Risco de UPP	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizou-se e avaliou-se o risco de UPP através da aplicação da escala de Braden; - Manteve-se a pele seca, evitando humidade desnecessária, ensinou-se os benefícios de manter a pele seca e hidratada, através da aplicação de cremes e loções hidratantes ideais para cada doente; - Explicou-se a existência de materiais de prevenção de UPP, nomeadamente almofadas de gel quer para a cama, cadeiras e cadeirões e espumas de poliuretano para proteção específica de alguma zona do corpo; - Explicou-se a importância de otimizar os lençóis da cama, ou seja, eliminar vincos que possam ser pontos de pressão pois podem originar macerações na pele e originar lesões mais graves, pois muitos dos doentes não tinham essa noção; - Orientou-se e exemplificou-se os doentes, que sempre que tenham alguma zona de pressão, é necessário aliviar essa zona, ou seja, sempre que possível evitar estarem sentados ou deitados para esse lado ou zona específica – como posicionar de forma correta (terapêutica de posição). 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter a integridade cutânea; - Prevenir o aparecimento de UPP
---------------------	--	---

Fonte: elaboração própria

Quadro n.º 4 - Cuidados de Enfermagem de Reabilitação associados ao foco: Risco de Dor

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados
Risco de Dor	<p>Vigiar sinais de dor;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizou-se a avaliação do risco de dor através da escala numérica da dor; - Explicou-se aos doentes tudo o que se ia realizar; - Avaliaram-se os sinais vitais sempre que executamos os planos de cuidados pois, alterações podem ser indicativos de dor; - Pediu-se aos doentes sempre que sintam desconforto ou dor que façam sinal ou verbalizem para terminar com os exercícios e se necessário administrar alguma terapêutica de suporte; - Ensinou-se e executaram-se técnicas de relaxamento para acalmar os doentes antes e após os exercícios realizados, como controlo da respiração e terapêutica de posição; 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter o doente sem desconforto ou dor; - Prevenir o aparecimento de dor.

Fonte: elaboração própria

Quadro n.º 5 - Cuidados de Enfermagem de Reabilitação associados ao foco: Força e Equilíbrio comprometido

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados
Défice de	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliou-se, exemplificou-se e estimulou-se a percepção da sensibilidade (sensibilidade tátil fina e térmica), como os doentes decidim se a água do banho estava fria ou quente e 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir complicações;

<p>conhecimento, relacionado com exercícios a realizar e actividades terapêuticas</p>	<p>eram os doentes que regulavam, escolhiam o tipo de espuma para se lavarem, havia um tecido mole e outro mais áspero, executando assim a estimulação sensitiva dos doentes;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivou-se o fortalecer dos músculos motores finos, realizando exercícios com molas, cubos de esponja e jogos em velcro; - Treinou-se a coordenação de movimentos dos olhos e mãos, com bola pequena ou garrafa com água pequena, executando a facilitação cruzada, incorporando assim a percepção táctil para reforçar a praxia fina; 	<p>Integração/e nvolvimento do doente na sua própria reabilitação;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sucesso da recuperação funcional;
<p>Risco de Queda</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explicou-se e incentivou-se para o uso de calçado adequado e ambiente seguro, como sapatos com sola antiderrapante e com atacadores de velcro para facilitação; - Ensinou-se e exemplificou-se os vários auxiliares de marcha existentes para a facilitação na deambulação, como canadianas, tripés, quadripés, bengalas, andarilhos e cadeira de rodas, o mais adoptado foi a canadiana e bengala; - Orientou-se e explicou-se aos doentes para o ambiente seguro e prevenção de quedas, quer no domicílio quer no serviço, procurar sempre um ambiente amplo sem objetos que possam favorecer a queda dos doentes, utilizar sempre sapatos adequados e auxiliares de marcha para a sua segurança; 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir possíveis quedas;
<p>Défice de conhecimento, relacionado com transferências</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explicou-se qual a importância dos programas de reabilitação que iriamos executar, pois a maioria dos doentes não percebia o porquê de tantas actividades e exercícios realizados; - Ensinou-se e exemplificou-se actividades terapêuticas como rolar, ponte, carga no cotovelo e facilitação cruzada; - Ensinou-se e exemplificou-se sobre técnicas respiratórias, como, controlo e dissociação dos tempos respiratórios; - Ensinou-se e exemplificou-se os posicionamentos e transferências cama/cadeira/sanitário, técnicas de levantar e treino de equilíbrio, ensino e exemplificação dos exercícios isotónicos e isométricos, marcha controlada e correta postura corporal e principalmente o ensino de todos os exercícios a manter no domicílio (continuação da reabilitação domiciliária). 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir complicações; Integração/e nvolvimento do doente na sua própria reabilitação; - Sucesso da recuperação funcional;
<p>Movimento muscular comprometido</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorização da força muscular através da escala de Lower; - Incentivou-se e demonstrou-se aos doentes a execução dos exercícios musculares e articulares ativos (Auto mobilizações); - Ensinou-se e exemplificou-se técnicas de exercícios muscular, como, técnica de exercício muscular e articular: exercício isotónico (mobilizações ativas, mobilizações ativas resistidas com haltere e caneleiras), exercícios de agachamento, exercícios isométricos; - Ensinou-se e exemplificou-se técnicas de exercícios musculares e articulares passivos e ativos-assistidos, polissegmentares, em série de 5 repetições, progredindo o número de repetições conforme tolerância dos doentes; 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir perda de mobilidade e tônus muscular; - Manter o fortalecimento muscular dos 4 membros;

	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivou-se e supervisionou-se exercícios musculares e articulares ativos; - Ensinou-se e exemplificou-se técnicas de exercícios musculares e articulares ativo-resistidos ao nível dos membros superiores e inferiores, com recurso a bandas elásticas, em série de 5 repetições, sendo possível aumentar número de repetições de acordo com tolerância dos doentes; - Ensinou-se e exemplificou-se técnicas de posicionamentos, promovendo a posição funcional e o alinhamento corporal dos doentes; - Monitorizou-se a frequência cardíaca, tensão arterial, frequência respiratória, spO₂ e dor antes, durante e após realização das técnicas de exercícios musculares e articulares; 	
Equilíbrio corporal comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizou-se o equilíbrio corporal através da Escala de Berg e força muscular através da escala de Lower; - Ensinou-se e exemplificou-se a manter equilíbrio corporal e facilitação cruzada, como, os doentes sentavam-se na cama e com uma garrafa de água pequena tentavam agarrar a garrafa com a mão oposta e vice-versa. Executou-se e instruiu-se técnica de treino de equilíbrio (equilíbrio estático sentado e ortostático/ dinâmico sentado e ortostático): sentado, com o pé no chão e olhar dirigido para frente, provocar pequenos desequilíbrios de modo a perceber a resposta (se o doente tolerar poderá ser feito com os olhos fechados), treino de posição ortostática, alternância de carga nos MI's, apoio unipodal, controlo de obstáculos, exercícios de coordenação de movimento, facilitação cruzada. - Ensinou-se e exemplificou-se a correção postural: correção em frente a espelho durante o treino de equilíbrio; 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar equilíbrio estático e dinâmico; - Prevenir e corrigir defeitos posturais; - Manter alinhamento tronco e membros; - Promover segurança para a marcha;
Intolerância à atividade (pequenos/médios esforços)	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar intolerância à atividade através da escala de Berg; - Ensinou-se e exemplificou-se aos doentes, formas de gerir a atividade física, ou seja, planeou-se as atividades previamente e mediante a capacidade de cada doente, realizados ensinamentos de técnicas de conservação de energias, como cada vez que se sentir cansado e não esteja em casa ou até mesmo no hospital, dizer que está cansado e para, se não está em casa, sentar-se ou encostar-se e controlar a respiração, levar sempre consigo algum auxiliar de marcha para a sua segurança e facilitador de conservação de energia; - Avaliada a frequência respiratória e saturação periférica de O₂ durante as atividades no leito antes durante e após a realização dos exercícios; - Ensino e treino da consciencialização e controlo da respiração, e ensino e treino de posições de descanso relaxamento, bem como a gestão do esforço, executando apenas o que consegue fazer não excedendo em demasia as atividades; 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar tolerância à atividade física; - Melhorar a conservação de energia; - Reeducar no esforço;

Fonte: elaboração própria

Avaliação de resultados

A avaliação dos resultados foi conseguida a partir da obtenção de dados em três momentos: na avaliação inicial de cada doente com recurso às escalas descritas aplicadas no primeiro contato, reavaliação ao 3º dia de contato e por fim avaliação no último momento de contato com o doente e possível alta clínica.

Diariamente realizou-se também a observação direta dos doentes, avaliação dos sinais vitais, que determinaram algumas alterações do plano de cuidados mediante a condição de cada doente, alterando sempre que haja essa necessidade.

5. RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

A informação obtida foi sujeita a procedimentos de análise de natureza descritiva, que possibilitam descrever as características dos casos estudados e os valores obtidos pela medida das variáveis (Fortin, 1999).

5.1. Descrição dos Casos

5.1.1. Caso do doente A

Doente do sexo masculino de 88 anos de idade, viúvo, admitido na UCIP com os diagnósticos clínicos de dificuldade respiratória global e massa/edema/tumor no pescoço. Pela sua situação aguda foi entubado endotraquealmente e ventilado evasivamente. Apresentava como antecedentes pessoais: Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus tipo II, DPOC, gota e Dislipidemia.

O doente já era previamente dependente na totalidade das AVD's – “vida de cadeirão – cama”. O repouso prolongado no leito durante o internamento na UCIP agravou o seu estado físico, contudo logo no 1º momento de contacto com o doente, percebemos que tinha grande potencial de evolução, quer de mobilidade, força, equilíbrio e possivelmente recuperação de alguma funcionalidade.

Durante o internamento apresentou vários problemas associados à sua situação clínica, como febre, pneumonia, impossibilidade de ventilação espontânea e de retirar do ventilador por incapacidade pulmonar foi submetido a traqueostomia definitiva e colocado oxigénio (O₂) a 2l/min por cânula com peça em T, do que resultaram atelectasias de repetição devido ao acumulo de secreções e predisposição para posição de conforto impossibilitando a expansão torácica correta.

Doente que permaneceu na UCIP 20º dias, 9º dos quais no leito, iniciando os cuidados de ER ao 8º dia de internamento devido a sua condição clínica instável.

Quadro nº.6 Evolução do doente A

Diagnóstico de Enfermagem	Estado de Consciência do doente	Doente calmo, consciente e orientado nas 3 identidades, comunicação não-verbal assegurada.
Diagnóstico 1 - Risco de UPP em grau elevado	Integridade Cutânea: Risco de UPP (pontuação da escala de Braden)	Ausente Maceração nos calcâneos, cotovelos e trocânter esquerdo – posição viciosa e tempo prolongado no leito; Risco elevado de UPP (11 - 12 e 18 pontos) nos 3 momentos de avaliação;
Diagnóstico 2 - Dor presente no hemicorpo esquerdo	Dor presente (pontuação da escala numérica da Dor)	Escala Numérica: 4/10 – 4/10 – 1/10 nos 3 momentos de avaliação;
Diagnóstico 3 - Força e Equilíbrio em grau elevado	Força (pontuação da escala de Lower)	Força comprometida 2/5 – 2/5 – 4/5 nos 3 momentos de avaliação
	Equilíbrio (pontuação da escala de Berg)	Equilíbrio Comprometido 10/56 – 10/56 – 20/56 – Mau equilíbrio nos 3 momentos de avaliação;
Diagnóstico 4 – Autocuidados em grau elevado	Autocuidados (pontuação da Escala de MIF)	Comprometidos 16/80 – 16/80 – 35/80 - Grave MIF<40 nos 3 momentos de avaliação;

Fonte: elaboração própria.

Desde o início do programa de cuidados de ER, o doente A, manteve-se consciente e orientado até ao momento da alta, por vezes encontrava-se desmotivado devido à sua situação clínica, mas nunca se recusou a participar nas atividades propostas.

Foram iniciadas as atividades com o doente um dia após a colocação da traqueostomia, manteve-se sempre hemodinamicamente estável e com melhoria dos sinais vitais a partir do início do programa de reabilitação.

Realizamos 10 sessões de RFM com mobilizações ativas assistidas de todos os segmentos corporais (5 mobilizações de cada segmento corporal inicialmente, passando até às 15 mobilizações por segmento no final do programa de ER). O doente referiu dor no ombro e trocânter esquerdo devido à posição viciosa que sempre teve, mesmo, antes do internamento, assim foi sempre tendência de contrariar essa posição durante o programa de cuidados de ER.

No final das sessões o doente já não referia dor. Embora referia sempre que preferia estar virado em decúbito lateral esquerdo, embora tivesse aderido ao esquema de rotatividade dos diversos decúbitos e perguntando sempre quando podia mudar de posição.

Encontra-se no índice de quadros - quadro nº. 7 – Risco de Dor: Evolução da Dor no doente A, nos 3 momentos de avaliação (anexo. 1).

Relativamente à integridade cutânea, o doente apresentava alto alto risco de desenvolver UPP e comprometimento da integridade cutânea. Na 3ª sessão apresentam valores elevados de alto risco de desenvolver UPP (11 e 12 pontos), assim, foram definidos os cuidados a ter com o doente de forma a prevenir o aparecimento dessas lesões. Elaborou-se um esquema de alimentação com a nutricionista, rico em proteínas, lípidos e hidratos de carbono, com suplementos proteicos adicionais para ganhar massa muscular e peso.

Diariamente foi feita a plicação de óleos essenciais e híper-oxigenados nas zonas mais maceradas e com grande risco de desenvolverem lesões. O doente sempre teve uma diminuição da perceção sensorial devido à idade avança e aos antecedentes pessoais que são vastos e com grande gravidade.

Doente que apresentou sempre a pele húmida, devido à sudorese intensa diária, o que requeria a troca de resguardo e pijama 2 vezes por turno.

Na avaliação final, o doente apresenta 18 pontos na escala de Braden, ou seja, baixo risco de desenvolver UPP.

A mobilidade e atividade muito comprometida nos 3 primeiros dias de exercícios, passou a ser mais fácil pela aceitação e compreensão do que lhe era pedido: mudança de posição de 2/2h, auto mobilizações ensinadas e auto posicionar no leito.

O doente conseguiu um ganho de peso de + 3kg (50kg → 53kg em 20 dias de internamento) houve uma melhoria essencial da mobilidade, pois diariamente se realizavam exercícios de fortalecimento muscular, mobilizações ativas assistidas e ativas resistidas, e verificou-se também a melhoria da integridade cutânea.

Encontra-se no quadro nº. 8 - Risco de UPP: Evolução da Integridade Cutânea do doente A, nos 3 momentos de avaliação (anexo. 1).

À 6ª sessão iniciou-se o levante do leito para cadeirão, de início com ajuda total e com boa capacidade de verticalização, permanência até 4 horas no cadeirão sem intercorrências. No cadeirão realizava pedaleira entre 5 a 10 minutos (não seguidos) quer dos membros superiores (MS) quer dos membros inferiores (MI). Foram também realizados exercícios para fortalecimento, coordenação e motricidade dos MS, (no leito e no cadeirão). O doente demonstrou boa capacidade de realizar os exercícios, apenas apresentava alguma dificuldade na apreensão da bola apenas com uma mão. Encontra-se no quadro nº. 9 - Risco de diminuição da Força: Evolução da força do doente A, nos 3 momentos de avaliação (anexo. 1).

À 8ª sessão de intervenção iniciamos a marcha com boa capacidade de recuperação. No último dia de intervenção o doente conseguiu percorrer 5 metros com andarilho e ajuda de 3.ª pessoa, conseguiu sentar-se na cadeira de rodas e elevar-se com ajuda 5 vezes, conseguiu permanecer em pé durante 3 minutos sem ajuda de 3.ªs apenas apoiando-se na janela. Mesmo com estes ganhos, manteve um valor de 20/56 - Mau Equilíbrio.

Encontra-se no quadro nº. 10 - Risco de comprometimento do Equilíbrio: Evolução do equilíbrio do doente A, nos 3 momentos de avaliação (anexo. 1).

Relativamente à recuperação do autocuidado, como o doente já era previamente dependente nas AVD's, a expectativa de recuperação ou melhoria esperada era reduzida. O doente no início era dependente total em todas as AVD's, ainda assim o doente conseguiu recuperar e melhorar a sua capacidade para o auto cuidado higiene e conforto, pois o doente conseguia vestir e despir a parte de cima do corpo de forma mais autónoma. Adquiriu controlo de esfíncteres e pedia a arrastadeira em vez de evacuar na fralda.

Em termos de mobilidade evoluiu de dependente total no leito para no final apresentar capacidade de se auto posicionar, realizar levante e marcha com ajuda, apesar de no final manter uma dependência grave (35 pontos na MIF o que corresponde à necessidade de ajuda Máxima (indivíduo > 25%). Encontra-se no quadro nº. 11 - Risco de comprometimento da funcionalidade: Evolução das AVD's do doente A, nos 3 momentos de avaliação (anexo.1)

Há que referir que o plano de cuidados e as sessões realizadas cumpriram todos os requisitos de higiene e segurança.

Avaliados os sinais vitais durante todos os exercícios realizados, pois o doente encontra-se monitorizado o que facilita a sua observação se alguma coisa ocorrer e que impeça a continuação da sessão de reabilitação.

Há a referir que antes dos exercícios de reeducação funcional motora, realizaram-se exercícios de readução funcional respiratória, o que permitiu uma melhoria evidente das saturações periféricas de oxigénio do doente e nunca houve a necessidade de aumento do aporte de oxigénio, pois no início das sessões o doente apresenta uma SpO2 que rondava os 88%-90% e no final das sessões rondava os 95% de saturações, como se pode confirmar no quadro nº. 12 - Evolução dos Sinais vitais do doente A, antes e após as sessões de ER (anexo.1).

5.1.2. Caso do doente B

Doente do sexo masculino de 67 anos de idade, casado, previamente independente nas AVD's, admitido na UCIP com os diagnósticos de tromboembolismo pulmonar (TEP) maciço bilateral. Apresentava como antecedentes pessoais: hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, lesão antiga do ombro esquerdo (operado), fratura recente do baço após queda.

Apresentava como terapêutica e indicação de cuidados: terapêutica anticoagulante e indicação de repouso no leito até estabilização para possível trombectomia ou medidas conservadoras mediante a resposta do doente. Doente que cumpre O2 por ON a 6l/min, com SpO2 88%. Apresentou 40 dias de internamento em UCIP, 25 dos quais no leito devido à instabilidade hemodinâmica.

Realizada tentativa de levante ao 15º dia, sem sucesso devido a alterações hemodinâmicas: hipotensão, náuseas, tonturas, sudorese intensa e dificuldade respiratória, voltando novamente ao leito e estabilizando.

Inícios das sessões de ER iniciaram-se ao 20º dia de internamento. Houve um total de 10 sessões de ER. Realizou-se 5 sessões de reabilitação no leito, sendo elas: mobilizações ativas assistidas e ativas resistidas, com bastão, pedaleira, espirómetro, técnicas de relaxamento, ensino de auto mobilizações.

Ao 5º dia de exercícios (30º dia de internamento), foi realizado levante sem intercorrências, 4 horas no cadeirão. Após o 6º dia de intervenção, marcha com 1 canadiana para apoio e segurança do doente e com supervisão. No último dia de intervenção, o doente realizou marcha, conseguindo percorrer mais de 10 metros com apoio de canadiana e supervisão.

Quadro nº.13 Evolução do doente B

Diagnóstico de Enfermagem	Estado de Consciência do doente	
Diagnóstico 1 - Risco de UPP em grau elevado	Integridade Cutânea: Risco de UPP (pontuação da escala de Braden)	Doente calmo, consciente e orientado nas 3 identidades, comunicação e compreensão sem comprometimento. Ausente Maceração nos ombros, cotovelos, sacro e calcâneos – repouso no leito; Risco elevado de UPP (11 - 12 e 18 pontos) nos 3 momentos de avaliação;
Diagnóstico 2 - Dor presente torax e abdomem	Dor presente (Pontuação da Escala Numérica da Dor)	Escala Numérica: 5/10 – 5/10 – 1/10 nos 3 momentos de avaliação;
Diagnóstico 3 - Força e Equilíbrio em grau moderado	Força (pontuação da Escala de Lower)	Força comprometida 3/5 – 3/5 – 5/5 nos 3 momentos de avaliação
	Equilíbrio (pontuação da Escala de	Equilíbrio Comprometido

	Berg)	0/56 – 0/56 – 28/56 – 47/56 – Mau equilíbrio nos 4 momentos de avaliação passando a bom equilíbrio no final;
Diagnóstico 4 – Autocuidados em grau elevado	Autocuidados (pontuação da Escala de MIF)	Comprometidos 51/80 – 51/80 – 80/80 – Moderado MIF > 80 nos 3 momentos de avaliação;

Fonte: elaboração própria.

Desde o início do programa de cuidados de ER, o doente B, manteve-se consciente e orientado até ao momento da alta, foi uma situação muito complicada para o doente e família, o que levou à necessidade de permanência no leito durante quase todo o internamento sem qualquer atividade ou grandes posicionamentos, até ao momento que iniciamos o plano de cuidados de ER.

O doente tinha apenas feito uma tentativa de levantar que não correu bem e por isso a nova tentativa foi sucessivamente adiada.

Podemos referir que esses 15/20 dias de repouso absoluto sem qualquer esforço ou atividade realizada pelo doente ou pelos enfermeiros da UCIP, levou à instabilidade hemodinâmica do doente. Quando iniciámos os exercícios diários o doente começou a recuperar a força, mobilidade e estabilização dos sinais vitais para valores normais e aceitáveis, quer de SpO₂, FC, TA, valores gasométricos, esforço, dor e motivação, pois o doente no início das sessões refere que nunca pensou que iria sobreviver e voltar a levantar-se ou andar novamente.

Iniciaram-se os cuidados de ER ao 20º dia de internamento, inicialmente com mobilizações ativas assistidas de todos os segmentos corporais (5 mobilizações de início e até 15 no final), ensino de se auto mobilizar no leito que até então era com ajuda total e a partir desse dia foi de forma mais autónoma.

O doente por vezes referia dor torácica e dor abdominal relacionada com o diagnóstico clínico. Foi feito ensino da tosse eficaz (pressionar com uma almofada pequena essa zona sempre que tossia para evitar a dor). Encontra-se no quadro nº. 14 – Risco de Dor a evolução da dor no doente B, nos 3 momentos de avaliação (anexo. 2).

→ **Intercorrências:** Num dos dias o doente referiu dor abdominal mais que o normal e nesse dia não realizamos os exercícios, ficou em repouso no leito e a situação não se repetiu.

Relativamente à integridade cutânea, podemos referir que o doente apresentava alto risco de desenvolver UPP (11 pontos na escala de Braden) e comprometimento da integridade cutânea, assim, foram avaliadas os possíveis cuidados a ter com o doente de forma a prevenir o aparecimento de lesões.

O doente no início do internamento tinha um peso de 110kg e media 1,80cm, no final do internamento apresentava um peso de 90kg. Foi elaborado um esquema de alimentação com a nutricionista, para perda de gordura e ganho de massa muscular se possível.

Após a higiene diária, aplicação de óleos essenciais e hiper-oxigenados nas zonas mais maceradas e com grande risco de desenvolverem lesões.

A pele apresentou-se sempre seca e hidratada, com roupa de cama sempre esticada e pijamas adequados ao porte do doente evitando qualquer vinco que pudesse comprometer a integridade cutânea. Sempre que realizou levante foram-lhe vestidas meias compressivas.

Desde o primeiro dia de cuidados de ER, realizaram-se ensinamentos sobre os benefícios da mobilidade com aumento da capacidade do doente para se mobilizar, ganhando força e motivação face aos resultados imediatos mostrou sempre disposição para realizar tudo o que lhe era pedido e ensinado.

No quadro nº. 15 (anexo. 2) encontra-se o - Risco de UPP: Evolução da Integridade Cutânea do doente B, nos 3 momentos de avaliação.

Houve melhoria a todos os níveis da integridade cutânea: mudança de posição de 2/2h, embora quando lhe foram ensinadas auto mobilizações, essa alternância passou a ser de forma mais autónoma.

Foram realizadas diariamente auto mobilizações, técnicas de relaxamento, mobilizações ativas assistidas e ativas resistidas com bastão, bola, realizada pedaleira inicialmente dos MS quando ainda permanecia no leito e posteriormente dos MI quando se iniciou o levante para o cadeirão.

Houve uma melhoria evidente nas primeiras sessões de exercícios, ganhando força muscular, destreza, equilíbrio, capacidade de recuperação e consciência de quando estava cansado e tinha necessidade de parar. Encontra-se no quadro nº. 16 - Risco de diminuição da Força: Evolução da força do doente B, nos 3 momentos de avaliação (anexo. 2).

Ao 4º dia realizou levante no leito com as pernas para fora da cama. Apesar de receoso devido ao sucedido anteriormente, o levante decorreu sem intercorrências. Testamos o equilíbrio estático e dinâmico, rotação do tronco, braços, cabeça, mobilizações com o bastão, tudo sentado no leito para testar a sua resistência – sem intercorrências.

Ao 5º dia de exercícios realizou levante (30º dia de internamento), com os pés no chão e verticalizado sem intercorrências, deu passos até ao cadeirão onde permaneceu 4 horas sem qualquer intercorrência. Foram também realizados exercícios com o espirómetro e pedaleira.

A partir desse dia, realizaram-se sempre os exercícios no leito antes de realizarmos o levante, doente bastante motivado e com grande vontade de voltar a poder andar.

Após o 6º dia de intervenção, realizava marcha com marcha com 1 canadiana para apoio e segurança do doente e supervisão. No último dia de intervenção, conseguiu percorrer mais de 10 metros com apoio de canadiana e supervisão.

Aquando da alta saiu com um resultado de “Bom equilíbrio” num total de 47/56 pontos. Encontra-se no quadro nº. 17 - Risco de comprometimento do Equilíbrio: Evolução do equilíbrio do doente B, nos 3 momentos de avaliação (anexo. 2).

Em termos do autocuidado, fizemos ensinamentos para se auto posicionar, incentivou-se realizar o autocuidado de higiene.

No autocuidado alimentação, ele próprio arranjava a comida e comia sozinho – sem intercorrências.

No autocuidado eliminação manteve-se algaliado e pedia a arrastadeira sempre que precisasse.

Foram-lhe ensinadas técnicas seguras de se sentar, levantar e andar, que aprendeu sem dificuldades e que cumpriu de forma segura e eficaz.

No momento da alta para o serviço de medicina, o doente apresentava um grau de dependência moderado. Em 10 sessões de ER, o doente recuperou a autonomia e independência perdida durante 20 dias no leito e 40 dias de internamento. Encontra-se no quadro nº. 18 - Risco de comprometimento da funcionalidade: Evolução das AVD's do doente B, nos 3 momentos de avaliação (anexo. 2).

Os sinais vitais mantiveram-se sempre estáveis (quadro nº. 19, sinais vitais do doente B, que se encontram no anexo.2) e com tendência de melhorar em todos os parâmetros vitais. Antes de quaisquer exercícios de reeducação funcional motora foram realizados exercícios de reeducação funcional respiratória, o doente cumpria oxigénio a 6l/min por ON, no final das sessões conseguiu-se ir reduzindo e chegou a ficar sem qualquer aporte de oxigénio, com SpO2 no final do plano de cuidados de SpO2 - 96%. Encontra-se no quadro nº. 19 – Evolução dos Sinais vitais do doente B, antes e após as sessões de ER (anexo. 2).

5.1.3. Caso do doente C

Doente do sexo feminino de 70 anos de idade viúva, apresentando uma dependência em grau moderado nas AVD's. Admitida na UCIP com os diagnósticos de Insuficiência Respiratória tipo II com necessidade de ventilação não invasiva (VNI) contínua.

Apresentava como antecedentes pessoais: HTA, ansiedade, doença renal crónica, doença pulmonar obstrutiva crónica, fibrose pulmonar com incapacidade de realizar esforços moderados – andava pequenas distâncias com apoio de canadiana por intolerância ao esforço e cumpria oxigénio de longa duração - 16h a 2l/min por ON.

Antes do internamento a doente era quase independente no domicílio, necessitando apenas de apoio de auxiliar de marcha, canadiana devido ao cansaço.

Doente que permaneceu no leito durante 8 dias devido a alteração do seu estado hemodinâmico internada na UCIP durante 15 dias, - edema agudo do pulmão, edemas generalizados, necessitou de ventilação não invasiva durante todo o internamento. Manteve VNI contínua dessaturação grave, ao 4º dia já se conseguiu retirar a VNI durante 15 minutos para alimentação.

Iniciaram-se as sessões de ER, ao 5º dia de internamento, a doente apresentava grande potencial de recuperação de mobilidade e funcionalidade. Realizaram-se 10 sessões de ER, das quais, 4 sessões no leito com, mobilizações ativas assistidas e ativas resistidas, com bastão, pedaleira, espirómetro, técnicas e ensinamentos de relaxamento com consciencialização e controlo da respiração, ensino de auto mobilizações.

Realizou-se o 1º levante ao 10º dia de internamento, com verticalização e seguimento de exercícios de flexão das pernas, subir e descer degraus, marcha para tolerância ao esforço com auxílio de canadiana e supervisão do enfermeiro, recuperação da funcionalidade – AVD's: alimentação, higiene, eliminação e mobilidade.

Quadro nº.20 Evolução do doente C

Diagnóstico de Enfermagem	Estado de Consciência do doente	Doente calma, consciente e orientado nas 3 identidades, comunicação e compreensão sem comprometimento.
Diagnóstico 1 - Risco de UPP em grau elevado	Integridade Cutânea: Risco de UPP (pontuação da escala de Braden)	Ausente Maceração: sacro e calcâneos – repouso no leito; Risco elevado de UPP (11 - 12 e 18 pontos) nos 3 momentos de avaliação;

Diagnóstico 2 - Dor presente no tórax	Dor presente (Pontuação da Escala Numérica da Dor)	Escala Numérica: 5/10 – 5/10 – 1/10 nos 3 momentos de avaliação;
Diagnóstico 3 - Força e Equilíbrio em grau moderado	Força (pontuação da Escala de Lower)	Força comprometida 3/5 – 3/5 – 5/5 nos 3 momentos de avaliação
	Equilíbrio (pontuação da Escala de Berg)	Equilíbrio Comprometido 0/56 – 0/56 – 28/56 – 47/56 – Mau equilíbrio nos 4 momentos de avaliação passando a bom equilíbrio no final;
Diagnóstico 4 – Autocuidados em grau elevado	Autocuidados (pontuação da Escala de MIF)	Comprometidos 50/80 – 50/80 – 80/80 – Moderado MIF > 80 nos 3 momentos de avaliação;

Fonte: elaboração própria

Desde o início do programa de cuidados de ER, a doente C, manteve-se consciente e orientada até ao momento da alta, apesar de doente muito apreensiva.

Foram realizadas 4 sessões de ER no leito com duração de +/- 30 min, com mobilizações ativas assistidas de todos os segmentos corporais, 5 mobilizações cada com evolução até 15.

Relativamente à integridade cutânea, a doente apresentava alto risco de desenvolver UPP e comprometimento da integridade cutânea, foram avaliadas os possíveis cuidados a ter com o doente de forma a prevenir o aparecimento de lesões.

Doente que permaneceu no leito durante 10 dias, de início sem capacidade de se automobilizar e devido à sua instabilidade hemodinâmica com necessidade de permanência em decúbito dorsal, por melhoria da ventilação, e diminuição do esforço respiratório com a cabeceira elevada +45°. Foi-lhe feita a aplicação de óleos essenciais e hiperoxigenados no sacro e nos calcâneos, e como não tolerava a mudança de posição agravou e desenvolveu a maceração nessas zonas. Foi mantida a pele seca e hidratada, lençóis esticados e sem rugas.

Após a possibilidade de mudança de posição e início da mobilização essas zonas recuperaram a integridade.

Devido à máscara da VNI, resultou uma UPP no nariz, de grau II

Encontra-se no quadro nº. 21 - Risco de UPP: Evolução da Integridade Cutânea do doente C, nos 3 momentos de avaliação (anexo. 3).

A doente referia dor no tórax e desconforto, associado ao esforço respiratório. No final das intervenções o desconforto respiratório ainda permaneceu mas já não era

impeditivo de realizar as suas atividades diárias. Encontra-se no quadro nº. 22 – Risco de Dor: Evolução da Dor no doente C, nos 3 momentos de avaliação (anexo. 3)

Foram também realizadas técnicas de relaxamento, ensinamentos de consciencialização da respiração com a VNI, colaboração da doente com a simetria da ventilação, de início a doente não conseguia colaborar e a descoordenação era evidente, foi feito ensino e técnica de respirar com a VNI, sensação de estímulo com o impulso da ventilação e inspirar e expirar com a VNI, a partir do momento que percebeu como funcionava a ventilação (modo cpap – pressão positiva contínua nas vias aéreas), a doente começou a apresentar melhoras evidentes, quer no menor esforço respiratório quer no tempo sem a VNI.

Com mobilizações ativas resistidas com bastão e abertura costal global, ao 4º dia de exercícios, a doente estava bastante melhorada e colaborante, realizava os exercícios de forma quase autónoma e com menor esforço respiratório.

Encontra-se no quadro nº. 23 - Risco de diminuição da Força: Evolução da força do doente C, nos 3 momentos de avaliação (anexo. 3).

Ao 5º dia de sessões, iniciaram-se exercícios com pedaleira dos membros superiores e aumentou a tolerância ao esforço. Foi realizado levante ao 10º dia de internamento 6ª sessão de cuidados de ER. A doente revelou boa capacidade, força e equilíbrio em pé, apenas com ligeira ajuda, conseguiu transferir-se da cama para a posição de pé e sentar-se no cadeirão. Permanência no cadeirão durante 4h sem intercorrências. Iniciou pedaleira no cadeirão dos membros inferiores, boa tolerância ao esforço +/- 5 minutos de pedaleira intermitente.

À 8ª sessão de cuidados de ER, a doente levantou-se da cama de forma autónoma e saiu do leito com ajuda mínima. Fez treino de AVD's exercícios de levantar e sentar da cama, exercícios de vestir e despir o pijama, transferência para o cadeirão apenas com supervisão. Iniciou marcha com a VNI, à 9ª sessão de cuidados de ER, conseguiu andar 5 metros com VNI e ajuda. À 10ª sessão de cuidados de ER, a doente permaneceu 30 minutos sem a VNI, alimentava-se de forma autónoma, conseguia elevar-se do cadeirão e sentar-se de forma segura, apresentando uma melhoria evidente ao esforço respiratório, equilíbrio, capacidade de se transferir. Em termos de autocuidados colaborava na sua higiene, lavando e secando partes do corpo de forma autónoma, alimenta-se de forma independente, automobilizava-se no leito, levanta-se do leito com supervisão e conseguia percorrer mais de 5 metros com a VNI e supervisão.

Encontra-se no quadro nº. 24 - Risco de comprometimento do Equilíbrio: Evolução do equilíbrio do doente C, nos 3 momentos de avaliação (anexo. 3).

Em termos de eliminação vesical manteve-se – algaliada e para a eliminação intestinal pedia a arrastadeira. Foram-lhe ensinadas maneiras seguras de se sentar, levantar e andar, das quais cumpriu sempre de forma segura e eficaz. No momento da alta para o serviço de Pneumologia, a doente apresentava grau de dependência moderado.

Encontra-se no quadro nº. 25 - Risco de comprometimento da funcionalidade: Evolução das AVD's do doente C nos 3 momentos de avaliação (anexo.3)

Pode-se verificar que os sinais vitais mantiveram-se sempre estáveis e com tendência de melhorar todos os parâmetros vitais. Há a referir que antes de quaisquer exercícios de reeducação funcional motora foram realizados exercícios de reeducação funcional respiratória, onde houve uma melhoria do esforço respiratório evidente, compensado com os exercícios e a VNI. A doente cumpria O2 por ON a 8l/min desde o primeiro dia de internamento com a VNI contínua e pausa para alimentação (15 min máximo), e quando começamos os exercícios, podemos referir que começou a melhorar a parte ventilatória e a capacidade de esforço respiratório, começando as SpO2 a aumentarem de dia para dia, conseguindo-se reduzir o O2 gradualmente para 2l/min no final do plano de cuidados, conseguindo-se SpO2 90%-94%, igual ao que a doente cumpria no domicílio, embora com a agravante da necessidade de VNI nocturno.

Encontra-se o quadro nº. 26 – Evolução dos Sinais vitais do doente C, antes e após as sessões de ER (anexo. 3).

5.1.4. Caso do doente D

Doente do sexo masculino de 80 anos de idade, viúvo, previamente independente nas AVD's, admitido na UCIP com os diagnósticos de queda da própria altura da qual resultou uma ferida na região frontal com perda massiva de sangue – coma 3 dias – necessidade de entubação endotraquel e ventilação invasiva.

Apresenta como antecedentes pessoais: Epilepsia desde os 8 anos (medicado), HTA, Diabetes, dislipidemia, acidente com 20 anos – acidente de trabalho – fratura das duas pernas – sem défices.

Doente que cumpria O2 por ON a 2l/min. Permaneceu na UCIP 12 dias. Iniciaram-se os cuidados de ER ao 5º dia de internamento, com um total de 7 sessões de ER. Cuidados de ER iniciaram-se através de mobilizações ativas assistidas e ativas resistidas, com bastão, pedaleira, verticalização, transferências, marcha, recuperação da funcionalidade com treino de AVD's.

Apresentava várias escoriações pela superfície corporal devido à queda. Realizou-se o 1º levante ao 4º dia de intervenção de ER (7º dia de internamento), ao 5º dia de intervenção de ER iniciou-se a marcha com andarilho, ao 6º dia de intervenção de ER iniciou-se marcha com 1 canadiana e ao 7º dia de intervenção de ER a doente foi transferida para o para o serviço de medicina interna para continuidade de cuidados.

Quadro n.º 27 - Evolução do doente D

Diagnóstico de Enfermagem	Estado de Consciência do doente	Doente calmo, consciente e orientado nas 3 identidades, comunicação e compreensão sem comprometimento.
Diagnóstico 1 - Risco de UPP em grau elevado	Integridade Cutânea: Risco de UPP (pontuação da escala de Braden)	Ausente Maceração nos ombros, cotovelos, sacro e calcâneos – repouso no leito; Risco elevado de UPP (11 - 12 e 18 pontos) nos 3 momentos de avaliação;
Diagnóstico 2 - Dor presente braço e perna esquerda - queda	Dor presente (Pontuação da Escala Numérica da Dor)	Escala Numérica: 5/10 – 5/10 – 1/10 nos 3 momentos de avaliação;
Diagnóstico 3 - Força e Equilíbrio em grau elevado	Força (pontuação da Escala de Lower)	Força comprometida 1/5 – 3/5 – 4/5 nos 3 momentos de avaliação
	Equilíbrio (pontuação da Escala de Berg)	Equilíbrio Comprometido 0/56 – 0/56 – 28/56 – 47/56 – Mau equilíbrio nos 4 momentos de avaliação passando a bom equilíbrio no final;
Diagnóstico 4 – Autocuidados em grau elevado	Autocuidados (pontuação da Escala de MIF)	Comprometidos 18/80 – 43/80 – 74/80 – Grave MIF < 80 nos 3 momentos de avaliação;

Fonte: elaboração própria

Desde o início do programa de cuidados de ER, o doente D, manteve-se consciente e orientado até ao momento da alta.

Os cuidados de ER iniciaram-se com mobilizações ativas assistidas e mobilizações ativas resistidas de todos os segmentos corporais (5 mobilizações de início e até 15 no final do plano de cuidados), ensinados de se auto mobilizar no leito que até então era com ajuda total e a partir desse momento foi de forma mais autónoma.

O doente por vezes referia dor do lado esquerdo, braço e perna devido à queda que sofreu caindo para esse lado. Encontra-se no quadro n.º. 28 – Risco de Dor: Evolução da Dor no doente D, nos 3 momentos de avaliação (anexo. 4).

Relativamente à integridade cutânea, o doente apresenta alto risco de desenvolver UPP e comprometimento da integridade cutânea, assim, foram avaliadas os possíveis cuidados a ter com o doente de forma a prevenir o aparecimento de lesões.

O doente permaneceu em repouso no leito durante 7 dias e ao 5º dia de internamento implementaram-se medidas concretas para prevenir lesões cutâneas ou seja, hidratação e aplicação de cremes, cuidados com a roupa da cama, esticada e pijamas adequados evitando qualquer vinco que pudesse comprometer a integridade cutânea.

Encontra-se no quadro nº. 29 - Risco de UPP: Evolução da Integridade Cutânea do doente D, nos 3 momentos de avaliação (anexo. 4).

Apresentava o comprometimento da mobilidade devido ao longo período no leito, desde o primeiro dia de cuidados de ER, houve um aumento da capacidade de se auto mobilizar, realizaram-se ensinamentos, ganhando força e motivação.

Realizadas diariamente auto mobilizações, técnicas de relaxamento, mobilizações ativas assistidas e mobilizações ativas resistidas com bastão, bola, realizada pedaleira inicialmente dos membros superiores quando ainda permanecia no leito e posteriormente dos membros inferiores quando se iniciou o levantar para o cadeirão.

Houve uma melhoria evidente logo nas primeiras sessões de exercícios, ganhando força muscular, destreza, equilíbrio, capacidade de recuperação e consciência de quando estava cansado. Parava ou referia desejo de parar.

Encontra-se no quadro nº. 30 - Risco de diminuição da Força: Evolução da força do doente E, nos 3 momentos de avaliação (anexo 4).

Ao 4º dia de intervenção realizou-se levantar do leito com as pernas para fora da cama, realizados exercícios de equilíbrio estático e dinâmico, sem intercorrências e mantido, realizada verticalização, pés no chão e transferência para cadeirão, deu passos até ao cadeirão onde permaneceu 4 horas sem qualquer intercorrência.

Após o 5º dia de intervenção, iniciou marcha com andarilho e supervisão, conseguindo percorrer uma distância de mais de 5 metros.

A partir do 6º dia de intervenção, iniciou marcha com canadiana para segurança do doente e com supervisão, no dia da alta o doente conseguiu percorrer mais de 10 metros de forma correta e segura. Encontra-se em anexo o quadro nº. 31 - Risco de comprometimento do Equilíbrio: Evolução do equilíbrio do doente D, nos 3 momentos de avaliação (anexo 4).

Na alimentação, o doente conseguia alimentar-se de forma autónoma, arranjado a sua própria comida – sem intercorrências. Eliminação vesical – algaliado, a eliminação intestinal pedia a arrastadeira sempre que precisasse. Mobilidade, ou seja, quando se

realizou o levante, foram ensinadas maneiras seguradas de se sentar, levantar e andar, das quais cumpriu sempre.

No final do plano de cuidados de ER e no momento da alta para o serviço de medicina, o doente passou de um grau de dependência total para um grau de dependência moderado.

Encontra-se no quadro nº. 32 - Risco de comprometimento da funcionalidade: Evolução das AVD's do doente D, nos 3 momentos de avaliação (anexo. 4).

Os sinais vitais se mantiveram sempre estáveis e com tendência de melhoria. Antes de quaisquer exercícios de reeducação funcional motora foram realizados exercícios de reeducação funcional respiratória, o doente cumpria oxigénio a 2l/min por óculos nasais, no final das atividades conseguia-se reduzir ficando sem qualquer aporte de oxigénio, com SpO2 de 96%/97%.

Encontra-se no quadro nº. 33 – Evolução dos Sinais vitais do doente D, antes e após as sessões de ER (anexo 4).

5.1.5. Caso do doente E

Doente do sexo feminino de 70 anos de idade, viúva, previamente independente nas AVD's, admitida no serviço de Medicina com os diagnósticos de Convulsão + Pneumonia de aspiração e desordem metabólica, doença renal crónica agudizada com necessidade de hemodiálise.

Apresenta como antecedentes pessoais: doença pulmonar obstrutiva crónica sob oxigénio de longa duração (OLD) durante 12h/dia – 2l/min, artrite reumatóide desde os 35 anos, insuficiência cardíaca e doença renal crónica.

Apresentou 12 dias de internamento no serviço de Medicina, sem complicações ou intercorrências. Iniciámos as intervenções de ER ao 4º dia de internamento num total de 8 sessões, 4 sessões no leito, que incluíram de mobilizações ativas assistidas e ativas resistidas, com bastão, pedaleira, técnicas de relaxamento, ensino de auto mobilizações. Ao 5º dia de intervenção de ER, realizamos levante - sem intercorrências, a doente permaneceu 4 horas no cadeirão. Após o 6º dia de intervenção iniciamos marcha com 1 canadiana para apoio e segurança do doente e supervisão. No último dia de intervenção, percorreu mais de 10 metros com apoio de canadiana e supervisão.

Quadro n.º 34 – Evolução do Doente E

Diagnóstico de Enfermagem	Estado de Consciência do doente	Doente calma, consciente e orientado nas 3 identidades, comunicação e compreensão
----------------------------------	--	---

		sem comprometimento.
Diagnóstico 1 - Risco de UPP em grau elevado	Integridade Cutânea: Risco de UPP (pontuação da escala de Braden)	Ausente Maceração na região sacro e calcâneos – repouso no leito; Risco elevado de UPP (11 - 12 e 18 pontos) nos 3 momentos de avaliação;
Diagnóstico 2 - Dor presente braço e pernas – refere ter sempre	Dor presente (Pontuação da Escala Numérica da Dor)	Escala Numérica: 4/10 – 3/10 – 1/10 nos 3 momentos de avaliação;
Diagnóstico 3 - Força e Equilíbrio em grau elevado	Força (pontuação da Escala de Lower)	Força comprometida 3/5 – 3/5 – 4/5 nos 3 momentos de avaliação
	Equilíbrio (pontuação da Escala de Berg)	Equilíbrio Comprometido 0/56 – 0/56 – 47/56 – Mau equilíbrio nos 3 momentos de avaliação passando a bom equilíbrio no final;
Diagnóstico 4 – Autocuidados em grau elevado	Autocuidados (pontuação da Escala de MIF)	Comprometidos 18/80 – 45/80 – 73/80 – Grave MIF < 80 nos 3 momentos de avaliação;

Fonte: elaboração própria

Desde o início do programa de cuidados de ER, o doente E, manteve-se consciente e orientada até ao momento da alta. A situação da doente “obrigou” a permanência no leito durante 5 dias, devido à desordem analítica da doente que a impossibilitou a realização de levante.

O plano de cuidados de ER, iniciou-se ao 4º dia de internamento, inicialmente com mobilizações ativas assistidas e ativas resistidas de todos os segmentos corporais (5 mobilizações de início e até 15 no final) e ensino de se auto mobilizar no leito que até então era com ajuda total e a partir desse dia foi de forma autónoma.

A doente por vezes referia dor generalizada mais prevalente dos membros superiores e inferiores, constante, embora durante o internamento segundo referia a intensidade se aumentado.

O início dos exercícios foi complicado devido aos antecedentes da doente, contudo os 3 dias de mobilizações no leito foram muito importantes para a sua capacidade de se automobilizar e posteriormente realizar o levante e o início da marcha. Encontra-se no quadro nº. 35 – Risco de Dor: Evolução da Dor no doente E, nos 3 momentos de avaliação (anexo. 5).

Relativamente à integridade cutânea, a doente apresenta alto risco de desenvolver UPP e comprometimento da integridade cutânea, assim, foram avaliados os possíveis cuidados a ter com a doente de forma a prevenir o aparecimento de

lesões. Apresentava a pele bastante seca e descamativa e muito fina ao ponto de se realizarem descolamentos de pele com muita facilidade. Apresentava lesões em várias partes do corpo, braços e pernas, realizados pensos quando da alta as lesões na pele estavam cicatrizadas, embora a pele se mantivesse seca.

Do repouso prolongado no leito desenvolveram-se macerações nas proeminências ósseas, região sacro e calcâneos, mas que não evoluíram para UPP. A partir do início do plano de cuidados e com os exercícios e ensinamentos de auto mobilizações, essas macerações desapareceram, a pele manteve-se seca até ao momento da alta.

Os cuidados para evitar o aparecimento de lesões, como a manutenção da roupa de cama sempre esticada e sem vincos e pijamas adequados à doente contribuíram para manter a integridade cutânea.

Em relação ao compromisso da mobilidade devido ao período no leito, com os ensinamentos, realizados e as auto mobilizações, técnicas de relaxamento, mobilizações ativas assistidas e ativas resistidas, com bastão, bola, e pedaleira realizados diariamente, proporcionaram um aumento da capacidade de se auto mobilizar.

Encontra-se no quadro nº. 36 - Risco de UPP: Evolução da Integridade Cutânea do doente E, nos 3 momentos de avaliação (anexo. 5).

Houve uma melhoria evidente nas primeiras sessões de exercícios, ganhando força muscular, destreza, equilíbrio, capacidade de recuperação tendo a consciência de quando estava cansada parava ou referia para parar. Encontra-se no quadro nº. 37, Risco de diminuição da Força: Evolução da força do doente E, nos 3 momentos de avaliação (anexo 5).

Ao 5º dia realizou-se levantar do leito com as pernas para fora da cama, colocados os pés no chão e levantar verticalizado sem intercorrências, deu passos até ao cadeirão onde permaneceu 4 horas sem qualquer intercorrência, aproveitou-se para testar e treinar o equilíbrio estático e dinâmico, rotação do tronco, braços, cabeça, mobilizações com o bastão, tudo sentado no leito para testar a sua resistência – sem intercorrências.

Após o 6º dia de intervenção, iniciou marcha com 1 canadiana para apoio e segurança da doente e supervisão. No último dia de intervenção a doente percorreu mais de 10 metros com apoio de canadiana e supervisão.

Encontra-se no quadro nº. 38 - Risco de comprometimento do Equilíbrio: Evolução do equilíbrio do doente E, nos 3 momentos de avaliação (anexo. 5).

A doente E era previamente autónoma no domicílio, os ensinamentos sobre o auto posicionamento, mobilidade, maneiras seguras de se sentar, levantar e andar,

cumprindo de forma segura e eficaz e higiene ajudaram na recuperação da sua funcionalidade. Em relação à eliminação vesical, permaneceu algaliada, e para a eliminação intestinal pedia a arrastadeira. No momento da alta para o domicílio, a doente apresentava dependência em grau moderado. Encontra-se no quadro nº. 39 - Risco de comprometimento da funcionalidade: Evolução das AVD's do doente E, nos 3 momentos de avaliação (anexo. 5).

Os sinais vitais mantiveram-se sempre estáveis e com tendência a melhorar em todos os parâmetros vitais. Antes dos exercícios de reeducação funcional motora foram realizados exercícios de reeducação funcional respiratória, o doente cumpria oxigénio a 2l/min por ON, no final das sessões conseguiu-se reduzir ficando sem qualquer aporte de oxigénio e com saturações normais (SpO2 - 98%).

Encontra-se no quadro nº. 40 – Evolução dos Sinais vitais do doente E, antes e após as sessões de ER (anexo. 5).

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Depois da avaliação inicial dos cinco doentes participantes no projeto foram formulados os diagnósticos de ER, e realizadas as intervenções que melhor se adaptaram às situações de cada doente, tendo em conta a revisão da literatura efetuada. Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes nestes doentes foram risco elevado de UPP, risco elevado de dor, força e equilíbrio comprometido e autocuidados comprometidos, e os resultados esperados das intervenções de enfermagem de reabilitação eram manter a integridade cutânea, prevenir o aparecimento de novas lesões e UPP; manter os doentes sem desconforto ou dor e prevenir o aparecimento da mesma; envolver o doente na sua própria reabilitação, prevenir quedas, prevenir perda de mobilidade e tónus muscular, manter o fortalecimento muscular dos 4 membros, prevenir e corrigir defeitos posturais, melhorar ou manter o equilíbrio estático e dinâmico e promover a segurança na marcha e aumentar a tolerância ao esforço; promover a independência nas AVD's e melhorar a conservação de energia.

No total foram realizadas 46 sessões de cuidados de ER, referentes à recuperação da funcionalidade dos doentes e à prevenção de complicações derivadas da imobilidade como resultado da identificação dos riscos

Todos os doentes selecionados para este projeto, foram pessoas orientadas e com capacidade de compreensão e colaboração para assimilarem as orientações fornecidas e os ensinamentos realizados só assim, se conseguiram atingir os resultados esperados.

Tomey e Alligood (2004), referem que o enfermeiro cuida dos doentes, integrados num contexto sociocultural (ambiente), que está em fase de transição (ou antecipando-a), com a intenção (processo de enfermagem) de promover a sua saúde e/ou bem-estar através de um conjunto de ações (intervenções terapêuticas de enfermagem). Ou seja, mediante um problema identificado, o enfermeiro tem o dever de encontrar meios para o solucionar, o que vai ao encontro de todas as ações desenvolvidas neste projeto, pois após a formulação dos diagnósticos foram desenvolvidas formas de os resolver e promover a independência dos doentes intervenientes.

A capacidade dos doentes para aceitarem e apreenderem o que lhes foi ensinado e explicado, foi uma mais-valia no seu processo de evolução. Como refere Orem (2001), o funcionamento humano integrado inclui aspetos físicos, psicológicos,

interpessoais e sociais, acreditando que o ser humano se distingue dos outros pelo seu potencial para a aprendizagem e desenvolvimento pessoal.

Os doentes participantes deste projeto apresentaram alto risco de desenvolverem lesões da integridade cutânea como UPP (avaliado pela escala de Braden), como consequência da imobilidade no leito devido à sua situação clínica.

O doente A, permaneceu no leito durante 9 dias, e os cuidados de ER iniciaram-se ao 8º dia de internamento, ainda assim desenvolveu macerações do lado esquerdo no corpo relacionadas com a posição viciosa que assumia.

O Doente B, permaneceu no leito durante 20 dias sem intervenções específicas de ER por grande instabilidade hemodinâmica verificando-se um agravamento das lesões na pele, como macerações nos ombros, cotovelos, região sagrada e calcâneos.

O doente C, permaneceu no leito durante 8 dias devido à sua situação clínica e à necessidade de VNI. Os cuidados de ER iniciados ao 4º dia não conseguiram evitar uma UPP de grau/categoria II no nariz devido a máscara da VNI e maceração na região sagrada e calcâneos.

O doente D, permaneceu no leito durante 5 dias devido à sua situação clínica e iniciou os cuidados de ER ao 4º dia de internamento, desenvolvendo macerações nos ombros, região sagrada e calcâneos.

O doente E, permaneceu no leito durante 5 dias devido à sua situação clínica, iniciando-se os cuidados de ER ao 4º dia de internamento, desenvolveu macerações nos ombros, região sagrada e calcâneos.

Pode-se afirmar que devido à sua condição clínica, os doentes que integraram o projeto permaneceram no leito mais de 5 dias sem intervenções específicas de ER, e que uma das consequências foram macerações da pele em locais específicos do corpo, os mais evidenciados nos ombros, região sagrada e calcâneos, no trocânter apenas o doente A e no nariz apenas o doente C.

A prevalência de lesões e alteração da integridade cutânea devido à imobilidade nestes doentes vai de encontro ao evidenciado no estudo de Karen (2013) em que participaram cerca de 300 doentes de vários hospitais, internados em UCI's sendo estes doentes os que mais desenvolvem lesões, nomeadamente UPP. Os locais anatómicos que mais se destacam, são: a região sagrada com 60% dos casos, a região dos cotovelos, com 40% de ocorrência e a região dos calcâneos – 50% de ocorrência.

Todos os doentes realizaram levante, em média após 4 a 5 sessões de ER, independentemente do tempo de internamento, todos os doentes realizaram 4 a 5 sessões de ER no leito, realizando todos os exercícios planeados, como mobilizações ativas assistidas, ativas resistidas de todos os segmentos corporais, realizaram

exercícios de fortalecimento articular e muscular, realizaram previamente levantar no leito, treino de equilíbrio e quando adquiriam as condições necessárias foi realizado o levantar para cadeirão, todos os levantes decorreram sem intercorrências, permanecendo 4 horas no cadeirão e posteriormente regressando ao leito, cumprindo todos os requisitos do controlo de higiene e segurança e sempre monitorizados para avaliação de qualquer intercorrência.

Karen (2013) afirma que muitos dos dispositivos colocados nos doentes, tendem a desenvolver lesões, como tubos da ventilação invasiva, sondas nasogástricas, cateteres, algalias entre outros, todos estes dispositivos externos introduzidos no corpo do doente, tendem a originar lesões na pele se não forem devidamente manipulados. Refere que 30% dos doentes com ventilação não invasiva, desenvolvem lesões na testa, nariz, face e queixo, e que não existe forma de evitar por completo estas lesões, a forma de evitar o agravamento, é alterar os tamanhos das máscaras ventilatórias, colocar proteções na pele, hidratação e alimentação equilibrada a fim de favorecer a cicatrização da pele.

Após o início dos cuidados de enfermagem de reabilitação a maioria dessas lesões acabaram por desaparecer.

Foram desenvolvidos planos de cuidados específicos para cada doente, no caso da integridade cutânea como todos apresentaram complicações na pele, os cuidados basearam-se em, avaliação sistemática da integridade cutânea e avaliação do risco, aplicação de óleos essenciais e hiperoxigenados, posicionamentos adequados de 2 em 2 horas, mobilizações de todos os segmentos corporais, realização de levantar, transferências e treinos de marcha, temperatura adequada do serviço, pele seca e hidratada. A par destes cuidados houve a preocupação de manter a roupa da cama sempre limpa, seca e sem rugas, a roupa dos doentes sempre adequada à sua estatura e porte, para evitar a fricção e cisalhamento da pele (Karen, 2013), e ainda a alimentação e hidratação rigorosa.

Estes resultados vão de encontro a outros já descritos, num estudo da Universidade de Melbourne, Austrália, que reporta para a necessidade de existência de planos de cuidados e protocolos internos em cada UCI. Num estudo com 47 doentes internados em UCI, houve uma diminuição da presença de lesões na pele, associado a um programa de cuidados da integridade da pele, para doentes sujeitos a imobilidade nesses serviços.

Assim, como referem Carol, Hodgson, Elizabeth Capell, Claire e Tipping, (2018) para a prevenção de complicações da imobilidade referentes à integridade cutânea, a aplicação de óleos, cremes e pomadas é fundamental nos doentes que pela sua condição clínica tem de permanecer imóveis.

Pode-se referir ainda que a observação e avaliação sistematizada através de escalas para o efeito, deve ser altamente recomendada em todos os serviços com doentes com estas características, confirmando tal como recomendado pelas *NPUAPP/EPUAP/PPPIA* (2019).

A presença de dor foi transversal a todos os doentes incluídos no projeto de intervenção, pois todos referiram dor em algum momento, sobretudo no início da intervenção. As posições viciosas e o desuso das articulações eram as causas aparentes que à medida que o plano de intervenção de mobilização progredia a dor teve tendência a diminuir.

Sousa (2002), justifica que a dor é considerada o 5º sinal vital como está padronizado pela DGS (normativa nº 9/DGCG,2003), é tão importante quanto os outros sinais e por isso em qualquer ambiente clínico e antes de se executar qualquer tratamento ou uma conduta terapêutica deve sempre ser avaliada.

No decorrer no nosso projeto as medidas implementadas para diminuição da dor resultaram de técnicas de relaxamento como controlo dos tempos respiratórios, administração de terapêutica analgésica sempre que se justificasse. No início alguns doentes mostraram-se renitentes aos exercícios devido ao desconhecido e ao receio de estes desencadarem ainda mais dor. Tudo foi desmistificado com o contínuo das sessões e a adesão foi grande.

No que se refere à força, estava diminuída em todos os intervenientes do projeto, no início, e equilíbrio estava comprometido mas progressivamente todos os doentes foram melhorando a sua capacidade de equilíbrio e recuperam a força muscular e articular graças as intervenções desenvolvidas, tal como aconteceu no estudo de Brito (2017), em que a realização de um programa de cuidados de ER com exercícios de treino funcional diários com duração média de 30 minutos, permitiu nos doentes um aumento da funcionalidade, com ganho real na força muscular.

O equilíbrio é um conceito de grande destaque na funcionalidade das pessoas em geral, uma vez que, este se encontra associado a outras variáveis utilizadas em múltiplos estudos de melhoria da qualidade dos cuidados.

Curiosamente o doente que mais rapidamente melhorou a sua condição clínica, capacidade de equilíbrio e força, foi o doente que mais tempo de internamento teve e mais tempo de repouso no leito cumpriu o que certamente contribuiu foi devido à sua idade e antecedentes pessoais, pois era o doente mais novo (67 anos) dos 5 doentes que integraram o projeto.

Todos os doentes participantes deste projeto perderam a sua capacidade de autonomia e independência nas AVD's, como se comprovaram os resultados da avaliação funcional que no primeiro contacto apresentavam dependência total devido à

sua imobilidade no leito mas que progressivamente recuperaram evoluindo de dependência total para parcialmente dependentes.

No autocuidado que melhor e mais evoluíram, foi na alimentação, apenas um doente não recuperou a autonomia na alimentação e manteve sonda nasogástrica para alimentação e hidratação devido à via aérea artificial.

Referente ao autocuidado vestuário – todos os doentes recuperaram a capacidade para vestir e despir a parte superior do corpo de forma autónoma.

No que se refere ao autocuidado eliminação intestinal foi o que registou maior evolução, todos os doentes solicitavam a arrastadeira passando de incontinentes para continentes. Relativamente à eliminação vesical – todos os intervenientes encontravam-se algaliados e mantiveram-se assim.

Monteiro (2012) e Duca, Silva e Hallal (2009) também demonstraram que existe uma elevada percentagem de doentes com maior grau de dependência no autocuidado eliminação vesical, mas independentes nas atividades de vida alimentação, marcha e controlo da eliminação intestinal. E no estudo de Amendola, Alvarenga e Oliveira (2010), a alimentação foi o autocuidado em que os doentes eram mais independentes e a maior dependência foi verificada no autocuidado controlo na eliminação vesical e higiene – banho.

O estudo de Gonçalves et al. (2010) demonstrou que a maior independência dos doentes na execução das atividades de vida diária está relacionada com a capacidade de coordenação e equilíbrio dinâmico. Nos doentes que integraram este projeto a melhoria da capacidade funcional teve por base as intervenções implementadas que produziram efeitos benéficos nos doentes com ganhos na independência e funcionalidade. Foi no autocuidado mobilidade que se verificou a maior evolução pois todos os doentes estavam imóveis no leito sem qualquer atividade, e logo desde a primeira intervenção passaram a auto mobilizar-se e o resultado final foi evoluírem de dependência total para parcialmente dependentes, realizando levante, marcha com auxiliares de marcha em distâncias consideráveis tendo em conta a prévia situação clínica. No final da intervenção todos os doentes percorreram uma distância de aproximadamente 5 a 10 metros com auxiliar de marcha e supervisão.

Embora a segurança dos doentes seja uma das barreiras mais frequentemente referidas para não se realizar a mobilização precoce nos doentes críticos, esta intervenção complexa requer uma avaliação e gestão cuidadosa dos doentes, bem como cooperação e formação de equipas interdisciplinares (Hodgson, Capell, & Tipping, 2018) para produzir resultados.

Face aos resultados obtidos podemos dizer que para estes doentes os resultados esperados foram alcançados e foram de encontro ao defendido por Hashem, Parker, e



Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Needham (2016) que a mobilização precoce nos doentes críticos tem benefícios tanto a curto prazo como a longo prazo e, ajudaram a comprovar o que defende a Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros, (2011) ou seja, para que os doentes atinjam a independência ou o máximo grau de autonomia na execução das atividades de vida diária deve ser instituído um treino das habilidades restantes, recorrendo a técnicas e dispositivos auxiliares.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

De acordo com o regulamento do estágio final do curso de mestrado em enfermagem em associação, para além da descrição fundamentada das suas intervenções, é suposto que o estudante avalie e descreva como é que essas intervenções contribuíram para o desenvolvimento de competências. Assim neste capítulo do relatório será refletido como foram desenvolvidas e aperfeiçoadas as competências que se encontram inseridas no Regulamento das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas (OE, 2010a), Regulamento das Competências Específicas do EEER (OE, 2010b) e no Regulamento de Competências de Mestre (Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de Agosto do Ministério da Educação e Ciência, 2013) com base nas atividades desenvolvidas.

O percurso iniciou-se durante o Estágio em Enfermagem de Reabilitação, que decorreu numa unidade de cuidados continuados e reabilitação, mais direcionada a doentes do foro ortopédico. A segunda parte, foi desenvolvida durante o Estágio Final, onde começámos por delinear um projeto de estágio e no decurso deste, concretizar os objetivos previamente traçados. O Estágio Final decorreu em dois serviços de internamento da mesma ULS – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e num serviço de Medicina Interna.

No decorrer dos estágios foi possível intervir em pessoas com doenças ortopédicas e/ ou orto traumatológicas; doenças neurológicas, incluindo as de origem traumática; doenças cardíacas e respiratórias e em doentes com risco de desenvolverem alterações da funcionalidade e também participar na gestão de cuidados de enfermagem de reabilitação.

As atividades desenvolvidas ao longo do estágio final, debateram-se com o percurso vital dos doentes em fases agudas e sub-agudas da doença, incluindo os recursos sociais dos doentes e os contextos dos cuidados de ER. Sendo os estágios uma componente essencialmente prática foi necessária uma componente formativa que foi fundamental para a aquisição de conhecimentos científicos, técnicos, humanos e culturais, para se conseguir desenvolver as competências e aptidões profissionais, processo também facilitado pela atitude reflexiva sobre a prática. Foi um processo essencial para a execução dos cuidados de enfermagem de reabilitação, estando

sempre presente a necessária formação teórica e prática para desenvolver mais e melhor as competências preconizadas

7.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro e o Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro, os enfermeiros especialistas possuem conhecimento aprofundado num determinado domínio da enfermagem, atendendo às respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e devem demonstrar elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, o que se traduz num conjunto de competências específicas, referentes a um campo de intervenção.

Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, tem de estar subjacente em toda a prática desenvolvida por qualquer enfermeiro, ou seja, deve basear-se numa prática profissional, ética e legal, tanto na prestação de cuidados diretos como indiretos, que respeite o doente, família e todos os profissionais envolventes nessas ações (OE, 2010a). Neste domínio, na implementação do projeto de intervenção garantimos que a participação dos doentes fosse livre e esclarecida (através do consentimento informado - apêndice n.º1), e mantendo o anonimato dos participantes e da instituição onde foi implementado o projeto de intervenção e garantida a confidencialidade da informação obtida (apêndice n.º1).

Podemos afirmar que no percurso do estágio final, seguimos uma linha que respeitasse todos os princípios éticos, legais e deontológicos presentes na profissão de enfermagem de reabilitação, respeitando sempre os direitos, a segurança e o conforto de cada doente, assegurando sempre a sua dignidade individual.

A responsabilidade profissional tem de estar presente em todos os aspetos da profissão de enfermagem, enquanto formanda, os princípios da beneficência e da não maleficência foram sempre respeitados. Procurando orientar as nossas práticas com rigor e profissionalismo discutindo com os outros profissionais presentes nos locais de estágio, sobre as melhores práticas e condutas no sentido de proporcionar aos doentes e cuidadores os melhores cuidados e os mais benéficos para cada doente em função da sua situação. Todos os doentes assistidos eram orientados nestes princípios sendo capazes de tomar decisões de aceitarem ou não a prestação de cuidados de ER, respeitando sempre a sua aceitação ou recusa, o respeito pelos seus

direitos e evitando intervenções que pudessem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade dos doentes, visando permanentemente o direito à vida.

Competências no domínio da melhoria contínua da qualidade

O Regulamento n.º 140/2019 da OE, (2010a, p.3), alusivo às competências comuns do enfermeiro especialista refere que para se adquirirem competências neste domínio é exigido que os enfermeiros desempenhem um “papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, inicie e participe em projetos institucionais na área da qualidade; adquira capacidade para conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade”.

No contexto em que se desenvolveu o estágio final, um dos problemas identificado nos doentes foi o relacionado com as consequências da imobilidade. Sendo a prevenção da ocorrência de úlceras por pressão um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional de Segurança para o doente 2015-2020, as intervenções desenvolvidas neste domínio, como a avaliação do risco, a implementação de medidas ou cuidados em função desse risco e a monitorização dos resultados no sentido de encontrar soluções para a sua prevenção, não só contribuíram para a maior segurança dos doentes como para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Ou seja, nenhuns dos doentes que integrou projeto desenvolveu lesões após os cuidados de ER, mantiveram e recuperaram a integridade cutânea.

Assim o presente projeto de intervenção que a partir da análise e produção de cuidados e da identificação da problemática nos doentes internados elaborou-se um projeto de intervenção profissional, sustentado com evidência científica que contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, assegurando assim a segurança e diminuição dos riscos que pudessem ocorrer em ambos os serviços. Bem como a elaboração de planos de cuidados diferenciados para cada doente, proporcionou cuidados especializados tendo sempre em atenção as necessidades de cada doente, assegurando sempre a sua vontade, segurança e proporcionando estratégias essenciais à sua evolução funcional.

Competências no domínio de gestão dos cuidados

Nas competências no domínio de gestão de cuidados, de acordo com o definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE,2010a, p.4) o enfermeiro especialista “gere os

cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem, os seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; adapta a liderança e a gestão dos recursos, às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.”

Durante o estágio final não podemos ser gestores principais dos cuidados de todos os doentes, ainda assim e embora as práticas de cuidados diferenciados tenham sido sempre discutidas e supervisionadas pelos enfermeiros presentes nos locais de estágio, após a avaliação dos doentes a quem prestamos cuidados sugeríamos as intervenções necessárias e participávamos na gestão das mesmas.

Participamos em reuniões interdisciplinares na UCIP, reforçamos a importância da mobilização e levante precoce, colaborámos com os supervisores clínicos na orientação e supervisão das tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados pela equipa.

Participamos também na colaboração com outros profissionais presentes nestes serviços, para realizar um plano de alimentação para dois doentes que foram incluídos neste projeto, nomeadamente o doente A e o doente B, devido à sua condição física, houve a necessidade de colaborar com a nutricionista da instituição e implementar uma dieta específica com resultados muito benéficos para estes doentes.

Na perspectiva da OE (2010a) cabe aos enfermeiros especialistas, o papel de líderes de equipa, reconhecendo e compreendendo os distintos e interdependentes papéis e funções dos outros elementos e nessa qualidade, devem garantir um ambiente positivo e favorável à prática promovendo uma comunicação mais efetiva (OE, 2010^a) tal como nos esforçamos por conseguir.

Competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Para o desenvolvimento desta competência contribuíram todas as aprendizagens da parte teórica do curso e que depois conseguimos transferir para a prática de cuidados.

Também contribuiu a reflexão sobre as nossas dificuldades que foi necessário ultrapassar adquirindo mais conhecimentos para podermos ser capazes de realizar as tarefas e atividades que nos eram propostas. Assim diariamente, houve a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre técnicas, procedimentos e sobre equipamentos que surgiam no local de estágio na perspectiva de desenvolver o autoconhecimento e realizar uma prática clínica especializada baseada em padrões de conhecimento e de excelência como é espectral da prática de enfermagem especializada.

Foram realizadas pesquisas bibliográficas, para compreender, suportar e fundamentar as atividades desenvolvidas nos contextos da prática clínica, e a partir do

apoio documental fornecido pelos enfermeiros da UCIP adquirimos e aprofundamos conhecimentos noutras áreas. Foi de grande ajuda, motivação e interesse a informação e conteúdos partilhados, como são exemplo, as escalas a selecionar mediante a população alvo do projeto, bem como a sua correta utilização nos doentes.

Participamos em formações internas dos serviços dos diversos contextos clínicos pertinentes à nossa formação, como temas sobre inaloterapia, oxigenioterapia e os diversos dispositivos existentes e a sua utilização, técnica hemodialisante SLED – dialise diária mantida de baixa eficiência, ISBAR – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde (Situação – Antecedentes – Avaliação e Recomendação), ventilação invasiva e ventilação não invasiva, desmame ventilatório, posicionamentos no doente com AVC, alta hospitalar e internamento domiciliário, entre outras, que contribuíram para o desenvolvimento desta competência.

A participação nas 1.ªs Jornadas de Enfermagem de Reabilitação da Unidade Local de Saúde da Guarda, Reabilitação em Neurologia, Orto traumatologia, Cardiorrespiratória e na Comunidade (anexo. 14), foi fundamental pela partilha de experiências entre vários profissionais de saúde sobre as complicações da imobilidade em doentes internados, como as complicações da integridade cutânea, as limitações da funcionalidade e entre outros problemas.

7.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Segundo a OE, no regulamento n.º 392/2019, 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 objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto-estima. De acordo com o mesmo regulamento espera-se que o EEER seja capaz de cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

Ou seja, espera-se que o EEER avalie a funcionalidade e diagnostique alterações que determinem limitações das atividades e incapacidades, como o caso dos doentes presentes neste projeto, foram avaliados os riscos que estes doentes pudessem vir a sofrer, como limitações da funcionalidade causados pela imobilidade e a situação clínica de cada um. Dito de outro modo, em doentes com limitações a nível motor, cardio-respiratório, da alimentação e eliminação, foram recolhidas informações através

da aplicação de instrumentos de medida para avaliar determinadas funções e determinar, se os doentes conseguiam de forma independente realizar as AVD's ou não. A escala da dor que permitiu continuar com os planos de cuidados e os exercícios propostos, entre outras.

Foram identificados os fatores facilitadores para a realização das AVD's como o caso da concepção de planos de cuidados de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e ao autocuidados nos processos de transição saúde/doença ou incapacidade, assim foram realizados planos de cuidados diferenciados mediante a necessidade e os problemas identificados de cada doente. A capacidade cognitiva de cada um e a aplicação correta dos exercícios e a sua execução permitiram alcançar os resultados esperados. Ao conceber os planos de cuidados e as limitações de cada doente, foram selecionados alguns produtos de apoio como andarilho para a doente A e C, canadianas e bengala para o doente B, D e E.

O EEER implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, gastrointestinal e eliminatório, assim todas as ações desenvolvidas para recuperar a funcionalidade, como, exercícios para os autocuidados higiene, vestir, alimentação e eliminação: incentivamos os doentes a realizarem as atividades de forma mais autónoma possível pois eram doentes com grande capacidade de recuperação; dessas ações, treinamos e incentivamos todos os doentes ao autocuidado com o intuito de promover a autonomia e independência para o domicílio, sempre de forma segura.

Outra das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é que seja capaz de capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; assim foram elaborados planos de cuidados diferenciados de forma a serem implementados programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida, promovendo a mobilidade, e deste modo a acessibilidade e a participação social. Assim foram desenvolvidos os programas de exercícios mediante as necessidades apresentadas pelas limitações dos doentes, nomeadamente a nível motor, cardio-respiratório e cognitivo, de forma a capacitar os doentes para a sua correta execução promovendo assim a sua independência com o intuito de quando regressarem ao domicílio, estejam seguros e preparados para voltar ao seu dia a dia. Foram desenvolvidos treinos de auto mobilizações, posicionamentos, equilíbrio, exercícios musculares e articulares, técnicas de adaptação para os auto cuidados, bem como a maneira de tossir de um

modo eficaz, sobre prevenção de quedas e acidentes e criação de um ambiente seguro, na adaptação do domicílio. Ao melhorarmos o conhecimento dos doentes sobre o sentido do seu autocuidado estamos a capacitá-los para a reinserção social e exercício da cidadania e desenvolver assim esta competência específica dos EEER.

Para o desenvolvimento desta competência específica do EEER, também contribuiu a passagem pelo Departamento de Atividades de Vida Diárias no Centro de Medicina Física e Reabilitação de Alcoitão, durante dois dias. Neste Departamento a observação de dispositivos auxiliares para o autocuidado, o ensino de técnicas de adaptação para os autocuidados, tal como projetos de adaptação do domicílio para os autocuidados possibilitou a consolidação dos conhecimentos teóricos aprendidos ao longo do Mestrado em Enfermagem e permitiu a mobilização desses mesmos conhecimentos para o contexto da nossa prática clínica, de modo a podermos capacitar os doentes.

A última competência específica é que os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação sejam capazes de maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. A qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, que se interligam e dão sentido à prática de cuidados. A pessoa, alvo dos cuidados de enfermagem vista como “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria”. Toda a pessoa interage com o ambiente: modifica-o e sofre a influência dele durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e da harmonia (OE, 2001. p.8).

A enfermagem de reabilitação foca o seu princípio em capacitar as pessoas para a aquisição de funções perdidas devido a algum evento adverso na sua vida, como o caso da doença súbita, ficando com limitações ou deficiências funcionais que impossibilitem o doente de voltar à sua capacidade funcional normal. Assim o EEER tem a sua ação com o objetivo de garantir que os doentes recuperem as limitações adquiridas durante o processo de doença.

Foram implementados programas de reabilitação física motora e reabilitação física respiratória em todos os doentes intervencionados neste projeto, com o objetivo de capacitar e maximizar os doentes para a sua recuperação funcional e respiratória.

O desenvolvimento desta competência foi facilitado pela frequente monitorização das intervenções, pela utilização de várias escalas, como Escola da Dor, Escala de Lower, Escala de Berg, Escala de Braden e Escala da MIF, que possibilitou uma avaliação pormenorizada dos resultados obtidos assim como a reformulação dos planos de cuidados, procurando potenciar o rendimento e desenvolvimento dos doentes.

Uma das ações desenvolvidas neste estágio foi com o doente A, pois era um doente previamente dependente total nas AVD's, e a sua situação aguda de doença passou a ser crônica, pensando de início que não recuperaria qualquer autocuidado ou funcionalidade. Pelo contrário, identificaram-se as limitações e as possíveis intervenções para esse doente, como, ensinamentos de auto posicionamento, posicionamentos, transferências, levantar e marcha. O doente fazia vida de cama cadeirão no domicílio e com as intervenções implementadas conseguiu-se que o doente recuperasse a funcionalidade sendo capaz de ajudar na sua higiene diária a lavar e limpar a parte superior do corpo, vestir e despir a blusa do pijama, sendo capaz de se sentar no leito de forma independente e conseguir realizar levantar apenas com ajuda, ser capaz de realizar marcha com andarilho, passando de dependente total em todas as AVD's para parcialmente dependente nas AVD's higiene, vestir, transferência, levantar e marcha.

Para o desenvolvimento desta competência contribuíram todos os programas de intervenção de ER em todos os doentes que integraram o projeto e nos quais foi possível a maximização das suas capacidades funcionais.

7.3 Competências de Mestre

Para obter o grau de mestre, o mestrando deve possuir conhecimentos e capacidade de compreensão, que serão desenvolvidos e aprofundados, tornando-se a base para o desenvolvimento de aplicações originais, em contexto de investigação (Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior). O desenvolvimento desta primeira competência implicou que nos contextos clínicos mobilizássemos os conhecimentos teóricos apreendidos no período letivo, e também que os mesmos fossem aprofundados, pelo que realizámos pesquisas bibliográficas na procura da melhor e mais recente evidência científica que sustentasse a nossa tomada de decisão e prestação de cuidados de ER. Além disso, o planeamento dos nossos cuidados, baseada na metodologia científica que é o processo de enfermagem, contribuiu para a aquisição desta competência.

O desenvolvimento do projeto de intervenção, já descrito e os resultados que se obtiveram da sua implementação no contexto da prática de cuidados, possibilitaram a aquisição desta primeira competência de mestre, pois contribuíram para o desenvolvimento de conhecimentos relacionados com a problemática em estudo (a prevenção das consequências da imobilidade relativamente ao risco de compromisso da integridade cutânea e limitação da funcionalidade).

Realizámos uma revisão integrativa de literatura, com o título: *“Quais são os cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros, que permitem minimizar as consequências da imobilidade em pessoas com imobilidade prolongada”*, com os objetivos de melhorar o conhecimento sobre os cuidados de enfermagem ao doente sujeito a imobilidade no leito com compromisso da integridade cutânea e funcionalidade e identificar os cuidados de enfermagem prestados a estes doentes em diferentes contextos de cuidados. Essa revisão integrativa foi proposta para publicação, e foi aceite a sua submissão para a revista *Egitania Scientia* (anexo. 13).

A segunda competência de mestre refere-se à aplicação dos conhecimentos e a capacidade de compreensão na resolução de problemas, em situações novas e em contextos multidisciplinares relacionados com sua a área de estudo (Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior).

O percurso do estágio inserido no mestrado em enfermagem, que ocorreu em contexto distintos (num centro de Reabilitação; uma UCIP e um serviço de internamento em medicina interna) incitaram a que tivéssemos que nos adaptar à prestação de cuidados especializada aos doentes internados nos diferentes serviços, e também adequássemos os nossos conhecimentos de forma a dar resposta às novas situações que surgiam diariamente. O nosso envolvimento proativo nos projetos implementados nos serviços e o desenvolvimento do nosso projeto de intervenção confirmam a demonstração da “Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” como refere o Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (p. 3174), demonstrando também capacidade para comunicar as suas conclusões, os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes a indivíduos com diferentes níveis de conhecimento, de forma clara e sem ambiguidades (Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior), o que foi concretizado com a elaboração deste relatório, uma vez que, se encontra exposta a análise dos resultados e as principais conclusões resultantes do projeto de intervenção implementado, visando fortalecer o conhecimento em enfermagem. O processo da aquisição das competências de mestre em enfermagem, terminará com a prova pública, momento apropriado para evidenciarmos que estas competências foram adquiridas e desenvolvidas.

Como última competência de mestre, o mestrando deve desenvolver competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de

setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior). Durante o estágio final, foi-nos possível ir adquirindo conhecimentos através das pesquisas bibliográficas que realizamos de forma autónoma e ir atualizando esses mesmos conhecimentos baseados na melhor e mais recente evidência científica disponível.

Estas competências reportam-nos para a consciência que o processo de aprendizagem que aqui se iniciou, não está concluído, e que na atividade profissional como enfermeira especialista temos que certamente recorrer a pesquisas para de um modo mais eficiente e seguro desempenhar as atividades diferenciadas garantindo sempre uma prestação de cuidados segura e que evidencie a qualidade da mesma.

Contribuíram também para o desenvolvimento desta competência a participação em atividades extracurriculares como no 2º Simpósio ELCOS “Um Olhar Sobre a Úlcera por Pressão” (anexo. 15); no Workshop: “Desbridamento em Tecido Real” (anexo. 15); no Workshop: “Observação da Pele, Mobilização do Corpo Doente e Superfícies Especiais” (anexo. 15); II Jornadas Respiratórias do Norte Alentejano (anexo. 16 e Workshop – Curso de Ventilação Não Invasiva (anexo. 16).

CONCLUSÃO

Este capítulo presente no relatório, desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final permitiu-nos analisar e refletir sobre as aprendizagens efetuadas e a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e competências de mestre desenvolvidas e que decorreram no percurso formativo.

O presente relatório teve por base o projeto de intervenção profissional na área da ER, com o objetivo de contribuir para a minimização das complicações associadas à imobilidade. No entanto, os objetivos deste projeto passaram também por identificar o risco de compromisso da integridade cutânea e identificar o risco da perda funcional nos doentes presentes nos locais de estágio; planejar intervenções de ER de acordo com o risco que os doentes apresentem; implementar os planos de cuidados de ER capazes de prevenir complicações associadas à imobilidade e por fim avaliar os resultados das intervenções nos doentes incluídos no projeto.

Tendo presente o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista e de mestre, ao longo do Estágio Final procurámos nortear a nossa intervenção na qualidade da prática especializada de ER, promovendo assim uma maior satisfação dos doentes cuidados. Nesse sentido, a nossa prestação de cuidados de ER foi suportada na melhor evidência científica disponível, tendo sido necessário aprofundar os conhecimentos teóricos de uma forma auto-orientada.

O aprofundamento dos conhecimentos, ao longo do nosso percurso formativo, também permitiu desenvolvermos um pensamento crítico que sustentou a nossa tomada de decisão, tendo sempre em consideração os princípios, valores e normas éticas e deontológicas. Os cuidados de ER prestados centraram-se na avaliação da integridade cutânea, funcionalidade e no diagnóstico de alterações que determinaram limitações da mobilidade, no planeamento personalizado e holístico dos cuidados visando as limitações presentes dos doentes e promovendo sempre a maximização da autonomia e da qualidade de vida de cada doente intervencionado.

Assim foram avaliados de forma sistematizada os doentes integrados neste projeto de forma a identificar os défices que apresentavam, como o risco de dor, diminuição da força e comprometimento do equilíbrio, risco de desenvolvimento de UPP, e comprometimento da funcionalidade e com as nossas intervenções contribuímos para melhorar a integridade cutânea, a dor, a força muscular, o equilíbrio

corporal, a marcha e a realização dos autocuidados dos doentes com limitações da mobilidade. Através da utilização de instrumentos de avaliação mais específicos, foi possível no final do projeto verificar a eficácia do plano de intervenção implementado.

Assim através da implementação deste projeto de intervenção de enfermagem em função dos défices de autocuidado, dos défices de conhecimento, centrado num plano de intervenções com vista à promoção da mobilidade e treino das atividades de autocuidado, houve um ganho da independência funcional na maioria dos doentes, refletido no aumento da pontuação da escala de MIF, bem como o não desenvolvimento de lesões na pele como UPP.

Através da implementação de programas de reeducação funcional, que incluíram treino de AVD's, transferências, levante e marcha, com recursos a auxiliares de marcha, foi possível contribuir para a capacitação dos doentes com incapacidades e limitações.

Os doentes deste projeto conseguiram obter ganhos em saúde. No início dos planos de cuidados apresentavam compromisso da força e do equilíbrio que recuperaram com a ajuda dos exercícios de ER, recuperando a capacidade de se auto mobilizar, realizar levante e realizar marcha tornando-os assim parcialmente mais independentes do ponto de vista funcional.

A implementação do projeto de intervenção, também permitiu a aquisição das competências comuns e específicas do EEER, uma vez que, estas intervenções permitiram cuidar de pessoas com necessidades especiais, permitindo a maximização das suas funções, capacidades e autonomia, prevenindo complicações, respeitando sempre os seus direitos e vontades.

Concluído o relatório sobre o percurso desenvolvido salientamos que este apresentou algumas limitações, como a limitação do tempo para a implementação deste projeto e o número de participantes, reduzido bem como o tempo de intervenção em cada doente que poderá ter sido um fator que interferiu com os resultados obtidos.

Da revisão da literatura realizada constatamos que a maioria dos estudos desenvolvidos na área, da prevenção das consequências da imobilidade, eram desenvolvidos por outros profissionais, embora conscientes de que o fato de não estar publicado não significa que não foi realizado, acreditamos que a realização deste projeto de intervenção, apesar das suas limitações, pode ser um contributo para que sejam desenvolvidos outros estudos que permitam gerar evidência sobre os benefícios dos cuidados de enfermagem de reabilitação em doentes com compromisso da mobilidade.

Assim podemos afirmar que os objetivos de aprendizagem propostos da UC de Estágio Final e relatório, foram atingidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akbari, S., Lyden, P., Kamali, M., & Fahimi, M. (2013). *Correlations among impairment, daily activities and thinking operations after stroke*. *Neuro Rehabilitation*, 33, pp. 153-160. [Consultado em 15 de Maio de 2020] Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/255958166_Correlations_among_impairment_daily_activities_and_thinking_operations_after_stroke
- Andrade, L. [et al.] (2010). *Papel da Enfermagem na reabilitação física*. Brasília. [Consultado em 15 Maio de 2020]. Disponível em [www: <URL:http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/29.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/29.pdf)
- Azevedo, P., & Gomes, B. (2015). *Efeitos da mobilização precoce na reabilitação funcional em doentes críticos: uma revisão sistemática*. *Revista de Enfermagem Referência*, ser IV (5), 129-138. [Consultado em 15 Maio de 2020]. Disponível em doi: <https://dx.doi.org/10.12707/RIV14035>
- Baker T, Rylance J.& Konrad D. (2012). *Identifying critically ill patients: Triage, Early Warning Scores and Rapid Response Teams*. Pp 22-26. [Consultado em 15 Maio de 2020]. Disponível em [Disponível em: https://www.wfsahq.org/images/wfsadocuments/updates_in_english/Update_028_2012.pdf](https://www.wfsahq.org/images/wfsadocuments/updates_in_english/Update_028_2012.pdf)
- Bennett, J., Vera, I., Sena, K., Lemos, M., Lucchese, R., & Silva, G. (2018). *Evaluation and intervention of equilibrium in the elderly*. *Journal of Nursing UFPE on line* - ISSN: 1981-8963, [S.l.], v. 12, n. 9, p. 2479-2499. ISSN 1981-8963. [Consultado em 16 Maio de 2020]. Disponível em doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a234724p2479-2499-2018>
- Borgman - Gainer, M. (2000). *Função Independente: Movimento e Mobilidade* In Hoeman, S. (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo* (pp. 251-297). Loures, Portugal: Lusociência.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Caderno de Atenção Básica n. 19, Brasília, DF, 2006. 192p

Brito, T, T,. (2017), *Fatores de risco e incidência de lesão por pressão em pacientes internados em unidade de terapia intensiva*. Ministério da Saúde do Brasil – Boa Vista – Revista de Saúde de Brasília.

Carol L. Hodgson, Elizabeth Capell and Claire J. Tipping, (2018) “*Early Mobilization of Patients in Intensive Care: Organization, Communication and Safety Factors that Influence Translation into Clinical Practice*” BioMed Central - Hodgson et al [Consultado em 15 Nov. de 2019]. Disponível em - <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-018-1998-9>

Cardoso, R, Eusebio, A. P, (2011). *Atividades da Vida Diária. Re(habilitar)* Janeiro de 2011.

Carpenito-Moyet, L. (2012). *Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica*. 13ª Ed. Porto Alegre: Artmed.

Carinhas M.,J., A., Eusébio A., P., Carvalho L., N., M., Lopes T., M., C., Braga R., J., V., A., (2013) *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Cadernos OE, Serie 1, número 7. [Consultado em 20 Nov. de 2019]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf

Conselho Internacional de Enfermeiras (2001). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP – Versão β 2*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016) – *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP): versão 2015*. Ed. Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros

Deodato S. (2013) – *Cuidar do doente com dor: uma breve reflexão*. Dor, vol 11 (4) p. 29.

Decreto-Lei n.º 115/2013 - Diário da República, 1.ª série — N.º 151 — 7 de agosto de 2013. Lisboa: Ministério da Educação e Ciência. [Consultado em 11 Maio de 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/498487/details/maximized>

Despacho nº 3618-A/2016 de 10 de março. (2016). Diário da República 2ª Série - Nº 49. Lisboa: Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. [Consultado em 12 de Maio de 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/73833508/details/maximized?serie=II&drelid=73833504>

Despacho n.º 5613/2015 – Diário da Republica n.º 102/2015, série II de 2015-05-27 Ministério da Saúde – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. [Consultado em 1 de Maio de 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/67318639>

Despacho n.º 5739/2015 – Diário da Republica n.º 104/2015, serie II de 2015-05-29 Ministério da Saúde - Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde – indicadores de qualidade das entidades do Serviço Nacional de Saúde 2015-2020. [Consultado em 1 Maio de 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/67332769>

Direção Geral da Saúde (2003). A dor como 5º sinal vital - Registo sistemático da intensidade da Dor - Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14/06/2003 Lisboa. [Consultado em 10 Maio de 2020]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2003). Cuidados Intensivos: Recomendação para o seu desenvolvimento; Lisboa. [Consultado em 1 Maio de 2020]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>;

Direção Geral da Saúde, O./.. (2004). Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa: DGS.

Direção Geral da Saúde, D.-G. d. (2008). Guia de orientação para prevenção das lesões músculo-esqueléticas e relacionadas com o trabalho: programa nacional contra as doenças reumáticas. Lisboa: DGS.

Direção Geral da Saúde, (2011) - Escala de Braden: Úlceras por Pressão. Departamento da Qualidade em Saúde - número: 017/2011 data: 19/05/2011. Lisboa. [Consultado em 7 Maio de 2020]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172011-de-19052011-jpg.aspx>

Direção Geral da Saúde, (2015) - Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, criado pelo Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015 – [Consultado em 8 de Maio de 2020]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes.aspx>

Diário da República, 1.ª série — N.º 181 — 16 de Setembro de 2015, Lei n.º 156/2015, - Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de Janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. [Consultado em 18 de Maio de 2020]. Disponível em: https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p_auth=eVlwl6Va

Duca, G., Silva, M., Hallal, P. (2009). Incapacidade Funcional para Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária em Idosos. Revista de Saúde Pública, 43 (5). Pelotas. [Consultado em 16 Maio de 2020]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000057>

Dutra, H., S., Pinto, L., M., Campos, Farah, B., F., Jesus, M., C., P., (2016). *Utilização do processo de enfermagem em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura*. HU Revista, Juiz de Fora, MG, Brasil. e-ISSN: 1982-8047. [Consultado em 12 Junho de 2020]. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2413>

EPUAP\NPUAP. (2009). *Guidelines Internacionais Úlceras de Pressão - Guia de referência rápida – Prevenção* [Consultado em 11 Maio de 2020]. Disponível em: www.epuap.org

European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance [EPUAP/NPIAP/PPPIA] (2019). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide*. Emily Haesler (Ed.).

Faro, A. (2006). *Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber*. Rev Esc Enferm USP. 40(1):128-33. [Consultado em 14 Maio de 2020]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a18v40n1.pdf>

Fátima de Sousa, (2002) “ *Dor como o quinto Sinal Vital*, Revista Latino-Americana de Enfermagem, *On-line version* ISSN 1518-8345, <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000300020>. [Consultado em 10 Maio de 2020]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000300020

Fortin, Marie-Fabienne. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta

Freixo, M.J.V. (2009). *Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Fricke, J. (2010). *Activities of daily Living*. Center for international rehabilitation research information and exchange (CIRRIE). [Consultado em 14 Maio de 2020]. Disponível em: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/37/>

Gardona, R., Barbosa, D. (2018). *The importance of clinical practice supported by health assessment tools*. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 71(4):1815-6. [Consultado em 9 Maio de 2020]. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018710401>

Gilbert, C. Hagerty, D & Taggert, H. (2012). *Exploring Factors Related to Healthy Ageing*. Self-Care, Dependent-Care & Nursing. Vols. 19, Nº 1

Gonçalves, L., Silva, A. et al (2010). O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. Cadernos de Saúde Pública. Volume 26, n.º

9. Rio de Janeiro. [Consultado em 10 Maio de 2020]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000900007>

Gosselink, R., Bott, J., Johnson, M., Dean, E., Nava, S., Norrenberg, Vincent, J. (2008). *Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients. Intensive Care Medicine*, 34 (7), 1188-99. [Consultado em 11 Maio de 2020]. Disponível em: doi: 10.1007/s00134-008-1026-7.

Guedes L., P., C., M., Oliveira M., L., Carvalho G., A., (2018) *Efeitos deletérios do tempo prolongado no leito nos sistemas corporais dos idosos - uma revisão*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. versão impressa ISSN 1809-9823 versão On-line ISSN 1981-2256. Rev. bras. geriatr. gerontol. vol. 21 no.4 Rio de Janeiro. [Consultado em 1 Maio de 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170167>

Green, M., Marzano, V., Leditschke, I., Mitchell, I., & Bissett, B. (2016). *Mobilization of intensive care patients: a multidisciplinary practical guide for clinicians. Journal of multidisciplinary healthcare*, 9, 247-56. [Consultado em 10 Maio de 2020]. Disponível em: doi:10.2147/JMDH.S99811

Hashem, M., Parker, A., & Needham, D. (2016). *Early mobilization and rehabilitation of patients who are critically ill. Chest*, 150(3), 722-731. [Consultado em 11 Maio de 2020]. Disponível em: doi: 10.1016/j.chest.03.003

Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. 1ª.ed. Loures: Lusociência.

Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação – Processo e aplicação* (2ª ed.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Hoeman, S. (2011). *História, Controvérsias e Tendências*. In Hoeman S. (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (pp. 1-14). Loures, Portugal: Lusodidacta

- Hoeman, S., Liszner, K., & Alverzo, J. (2011). *Mobilidade Funcional nas Atividades de Vida Diária*. In Hoeman S. (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (pp. 295-317). Loures, Portugal: Lusodidacta
- Hodgson, C., Stiller, K., Needham, D., Tipping, C., Harrold, M., Baldwin, Webb, S. (2014). *Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults*. *Critical Care*. 18(658), 1-9. [Consultado em 3 Maio de 2020]. Disponível em: doi: 10.1186/s13054-014-0658-y.
- Hodgson, C., Capell, E., & Tipping, C. (2018). *Early mobilization of patients in intensive care: organization, communication and safety factors that influence translation into clinical practice*. *Critical Care*, 22 (77), 1-7. [Consultado em 10 Maio de 2020]. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1186/s13054-018-1998-9>
- Hopkins, R. O., Mitchell, L., Thomsen, G. E., Schafer, M., Link, M. & Brown, S. M. (2016). *Implementing a Mobility Program to Minimize Post-Intensive Care Syndrome*. *AACN Advanced Critical Care*, 27(2), 187-203. [Consultado em 10 Maio de 2020]. Disponível em: doi:10.4037/aacnacc2016244
- Huber, Frances; Wells, Chris (2009). *Exercícios Terapêuticos – Planeamento do tratamento para Progressão*. Loures: Lusoditacta. ISBN 978-989-8075-11-6
- ICN. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® Versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ICN. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Januário, José (2013) – *Resultados das intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa no Serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. Coimbra. [Consultado em 17 Maio. 2020]. Disponível na www: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/23246/1/Jos%C3%A9%20Carlos%20Janu%C3%A1rio_Disserta%C3%A7%C3%A3o%20_%5BMGES%5D-%5B2013%5D.pdf

- Jenkins ML, O'Neal E. (2010) *Pressure ulcer prevalence and incidence in acute care*. Adv Skin Wound Care. 23 (12): 556-559. [Consultado em 1 Maio de 2020]. Disponível em: doi: 10.1097/01.ASW.0000391184.43845.c1
- Karen L. Cooper, Rn, Msn, Ccrn, Cns, Wocn, (2013) “ *Evidence-Based Prevention of Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit*”, CriticalCareNurse Vol 33, No. 6, December. [Consultado em 11 Maio de 2020]. Disponível em:- https://www.researchgate.net/publication/259111254_EvidenceBased_Prevention_of_Pressure_Ulcers_in_the_Intensive_Care_Unit
- Kisner, C. & Colby, L. (2016). *Exercícios Terapêuticos- Fundamentos e Técnicas*. (6.^a ed). São Paulo, Brasil: Manole.
- Koerich, M., Backes, D., Sousa, F., Erdmann, A. & Albuquerque, G. (2009). *Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa*. Revista Eletrônica de Enfermagem, 11(3): 717-723.
- Koukourikos, K., Tsaloglidou, A. & Kourkouta, L. (2014). *Muscle Atrophy in Intensive Care Unit Patients*. ACTA INFORM MED. 22(6): 406-410. [Consultado em 10 Maio de 2020]. Disponível em: doi: 10.5455/aim.2014.22.406-410
- Kutlubaev, M. A. & Akhmadeeva, L. R. (2015). *The early post-stroke mobilization*. *Voprosy Kurortologii, Fizioterapii, I Lechebnoi Fizicheskoi Kultury*, 92(1), 46-50. [Consultado em 1 Maio de 2020]. Disponível em: doi:10.17116/kurort2015146-5
- Klein, L., M., Young, D., Feng, D., Lavezza, A., Hiser, S., Daley, K., N., Hoyer, E., H., (2018). *Increasing Patient Mobility Through an Individualized Goal-Centered Hospital Mobility Program: A Quasi-Experimental Quality Improvement Project*. PMID: 29705382 [Consultado em 15 Maio de 2020]. Disponível em: DOI: 10.1016/j.outlook.2018.02.006
- Kneafsey, R.; Clifford, C. & Greenfield, S. (2013). *What is the nursing team involvement in maintaining and promoting the mobility of older adults in hospital*. International Journal of Nursing studies. 1618-1629
- Lameiras M. (2009), *As atitudes dos enfermeiros face a avaliação da dor crónica em doentes internados*, Faculdade de Medicina de Lisboa.

- Lessmann, J., Fernanda, C., Ramos, G., Borenstein, M., & Meirelles, B. (jan.-fev. de 2011). *Actuação da Enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico*. Revista Brasileira de Enfermagem, 64 (1), pp. 198-202.
- Lipshutz, A. & Gropper, M. (2013). *Acquired neuromuscular weakness and early mobilization in the intensive care unit*. Anesthesiology; 118: 202-154
- Lobo, Alexandrina; Pereira, Adriana (2007) – *Idoso institucionalizado: funcionalidade e aptidão física*. Referência. Coimbra. ISSN 0874-0283. Série II, n.º4, p.61-68.
- Lobo, A., Santos, L., & Gomes, S. (2014). *Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa*. Revista Brasileira de Enfermagem, 67 (6), 913 –918. [Consultado em 1 Jun. de 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670608>
- Lopes, M., J., Escoval, A., Pereira, D., G., Pereira, C., S., Carvalho, C., Fonseca, C., (2013). *Evaluation of elderly persons' functionality and care needs*. Revista Latino-Americana De Enfermagem. Jan-Feb 2013;21 Spec No:52-60. [Consultado em 1 Jun. de 2020]. Disponível em: DOI: 10.1590/s0104-11692013000700008
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidata
- Massaroli, R., Martini, J., Massaroli, A., Lazzari, D., Oliveira, S., & Canever, B. (2015). *Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência*. Escola Anna Nery, 19(2), 252-258, [Consultado em 1 Jun. de 2020]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0252.pdf>
- Mejía, A., Martínez, N., Nieto, O., Camacho, M., Tomas, E., & Martínez, B. (2018). *Movilización temprana como prevención y tratamiento para la debilidad adquirida en la unidad de cuidados intensivos en pacientes en ventilación mecánica*. Experiencia en un hospital de segundo nivel. European Scientific Journal, 21(14), 19-30. [Consultado em 1 Jun. de 2020]. Disponível em: doi: 10.19044/esj.2018.v14n21p19

Merino, M., Silva, P., Carvalho, M., Pelloso, S., Baldissera, V., Higarashi, I. (2018). *Teorias de enfermagem na formação e na prática profissional: percepção de pós-graduandos de enfermagem* Rev Rene. 19:e3363. [Consultado em 1 Jun. de 2020]. Disponível em: DOI: 10.15253/2175-6783.2018193363

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures, Portugal: Lusociência.

Menoita, E. (2014). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. 1ª Reimpressão. Loures: Lusociência.

Menoita, E. (2016). *Prevenção das Úlceras por Pressão*. Loures: Lusociência.

Mendes, R.; Chaves, C. (2012) – *Alterações da mobilidade após internamento prolongado em cuidados intensivos: A situação no Hospital Amato Lusitano*. Castelo Branco. [Consultado em 21 Maio de 2020]. Disponível na www: http://www.ulscb.min-saude.pt/media/6459/artigo_original_1.pdf

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2011). Parecer n.º12 – Parecer sobre Atividades de Vida Diária. Lisboa [Consultado em 1 Jun. de 2020]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MC_E_ER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf

Minosso, J., Amendola, F., Alvarenga, M., Oliveira, M. (2010). Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatório. *Acta Paulista Enfermagem* 23(2) 218-23. [Consultado em 1 Jun. de 2020]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011>

Ministério da Saúde - Decreto-Lei n.º 312/2009, Diário da República n.º 212/2009, Série I de 2009-11-02 - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E. P. E, [Consultado em 1 Nov. de 2019]. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/483378/details/maximized>

Ministério da Saúde. (2013). *Avaliação da situação nacional das Unidades de Cuidados Intensivos*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. [Consultado em 1 Nov. de 2019]. Disponível em:

<https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-dasitua%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016). Decreto-Lei N.º 63/2016 de 13 de Setembro. Diário da República, 1ª Série, nº 176, 3159-3191. [Consultado em 1 Nov. de 2019]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

Ministério da Saúde. (2016). *Centro Hospitalar Universitário Lisboa In Portal do Sistema Nacional de Saúde*. [Consultado em 1 Nov. de 2019]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-lisboa-central-epe/>

Ministério da Saúde. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência: Medicina Intensiva*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. [Consultado em 1 Nov. de 2019]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>

Monteiro, R., (2012). Physical Activity, Physical Fitness and Degree of Dependence on BAVD's and IADL's: Comparative Study of elderly women practitioners and non practitioners. *Journal of Aging and Innovation*. [Consultado em 1 Nov. de 2019]. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/tag/physical-fitness/>

Murty, M. (2015). *Increasing patient mobility in intensive care units*. *Journal of the National Back Exchange*, 27, 24-28. [Consultado em 1 Maio de 2020]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/286724560_Increasing_patient_mobility_in_intensive_care_units

Nascimento, G., Silva, E., Oliveira, Y., Pereira, T., & Cabral, R. (2016, Novembro). *Atuação da fisioterapia na síndrome do imobilismo no idoso: uma revisão de literatura*. Trabalho apresentado no 1º Congresso Nacional do Envelhecimento Humano, Natal, Brasil. [Consultado em 1 Maio de 2020]. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cneh/trabalhos/trabalho_ev054_md4_sa5_id1824_07102016203957.pdf

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal, Portugal: Instituto Politécnico de Setúbal,

Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem. Recuperado de:
<http://hdl.handle.net/10400.26/4547>

Oliveira, M. [et al.], (2008) *Independência funcional e satisfação em pacientes com amputação transfemoral*. Assis Gurgacz. [Consultado em 19 Maio. 2020]. Disponível em [www:
http://www.fag.edu.br/tcc/2008/Fisioterapia/independencia_funcional_e_satisfacao_em_pacientes_com_amputacao_transfemural.pdf](http://www.fag.edu.br/tcc/2008/Fisioterapia/independencia_funcional_e_satisfacao_em_pacientes_com_amputacao_transfemural.pdf);

Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: World Health Organization. ISBN: 972-675-082-2;

Organização Mundial de Saúde. (2009). *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1*. [Consultado em 1 Maio de 2020]. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf

Orem, D. (1993). *Modelo de Orem - Conceitos de enfermagem em la práctica*. Barcelona : Masson - Salvat Enfermeria. 0-8016-6064-5. 67

Orem, D. (1995). *Nursing : concepts of practice*. New York : McGraw-Hill Book. 0-07-047525-3.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice (6th ed.)*. St. Louis, MO: Mosby.

Ordem dos Enfermeiros (1998). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Comissão Instaladora da Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros, (2005). *CIPE – VERSÃO 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN:92-95040-36-8.

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Tomada de posição sobre segurança do cliente*. [Consultado em 1 Maio de 2020]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular*. Série I. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros, (2011) - CIPE – VERSÃO 2.0. Santa Maria da Feira: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-92-95094-35-2.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa. [Consultado em 20 Maio. 2020]. Disponível na [www: file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/PQCEEReabilitacao%20\(2\).pdf](http://www.file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/PQCEEReabilitacao%20(2).pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade – Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação*. Lisboa. [Consultado em 20 Maio. 2020]. Disponível na [www: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf).

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf Ordem dos Enfermeiros.

Ouchi, J., Lupo, A., Alves, B., Andrade, R., & Fogaça, M. (2018). *O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde*. Revista Saúde em Foco, 10, 412-428. [Consultado em 1 Maio de 2020]. Disponível em: http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2018/054_O_PAPEL_DO_ENFERMEIRO_NA_UNIDADE_DE_TERAPIA_INTENSIVA.pdf

O'Sullivan, S., & Schmitz, T. (2004). *Fisioterapia: avaliação e tratamento*. Barueri: Editora Manole Ltda.

Pathmanathan, N., Beaumont, N., & Gratrix, A. (2015). *Respiratory physiotherapy in the critical care unit*. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*, 15 (1), 20–25. [Consultado em 1 Maio de 2020]. Disponível em: [doi: https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mku005](https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mku005)

País Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. 2ª ed. Porto: Legis Editora.

Pandullo S. M.; Spilman S. K.; Smith J. A.; Kingery L. K.; Pille S. M.; Rondinelli R. D.; Sahr S. M. (2015). *Time for critically ill patients to regain mobility after early mobilization in the intensive care unit and transition to a general inpatient floor*. Journal of Critical Care. Volume 30, Issue 6, December 2015, Pages 1238-1242. [Consultado em 1 Maio de 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.08.007>

Pereira, P. (2018). *Défice de Mobilidade – Reabilitar, uma oportunidade para a funcionalidade*. Relatório de Estágio. Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. Évora

Pinheiro, R. (2018). *Delirium no doente em unidade de cuidados intensivos: da previsão à prevenção*. Relatório de Estágio. Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. Évora

Pinheiro, A. R. & Christofolletti, G. (2012). *Fisioterapia motora em pacientes internados na unidade de terapia intensiva: uma revisão sistemática*. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 24 (2), 188-196

Prodanov C. C., Freitas, E. C. (2013) *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*, 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale [recurso eletrónico], pdf. [Consultado em 1 Maio de 2020]. Disponível em: www.feevale.br/edidora

Queirós, Vidinha, T., S., S., e Filho, A., J., A. (2014). *Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem*. Rev. Enf. Ref. [online]. vol. Ser IV, n.3, pp.157-164. ISSN 0874-0283. [Consultado em 1 Maio de 2020]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>.

Regulamento (n.º 122/2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro: 8648-8653. [Consultado em 1 Maio de 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/3477011/details/maximized>

Regulamento (n.º 124/2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro: 8656- 8657. Regulamento n.º 125/2011. [Consultado em 10 Maio de 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/3477013/details/maximized>

Regulamento (n.º 125/2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. [Consultado em 10 Maio de 2020]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CometenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf

Regulamento (n.º 140/2019) - Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06 - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros*. [Consultado em 10 Maio de 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

Regulamento (n.º35/2011) - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011: 8658- 8659.

Regulamento (n.º 190/2015). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Diário da República, 2.ª série — N.º 79 — 23 de Abril:10087 - 10090.

Regulamento (n.º 392/2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>

Regulamento (n.º 350/2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República, 2.ª série — N.º 119 — 22 de Junho:16655- 16660. [Consultado em 10 Maio de 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/67552234/details/maximized>

Rodrigues, R. [et al]. (2008). *Morbilidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos*. São Paulo. [Consultado em 20 Maio. 2020]. [Consultado em 10 Maio de 2020]. Disponível em: [www: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000400017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000400017)

Rodrigues, G., Gonzaga, D., Modesto, E., Santos, F., Silva, B., & Bastos, V. (2017). *Mobilização precoce para pacientes internados em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa*. *Revista Inspirar Movimento e Saúde*, 13(2), 27-31. [Consultado em 11 Maio de 2020]. Disponível em: <https://www.inspirar.com.br/revista/mobilizacao-precoce-para-pacientes-internados-emunidade-de-terapia-intensiva-revisao-integrativa/>

Rocha, A. J., Miranda, M. J., & Andrade, M. J. (2006). *Abordagem terapêutica das úlceras por pressão: Intervenções baseadas nas evidências*. *Acta Médica Portuguesa*, 19: 29-38

Sequeira, Carlos (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto. 310 p. ISBN 978-989-558-092-7

Severino, S. (2016). *Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Submetida a Ventilação Mecânica*. In Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 365-380). Loures, Portugal: Lusodidacta.

Silva, A., Maynard, K., & Cruz, M. (2010) *Efeitos da fisioterapia motora em pacientes críticos: revisão de literatura*. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 22(1), 85-91. [Consultado em 19 Maio de 2020]. Disponível em: doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2010000100014>

Silva, M. (2017). *Método de Trabalho de Enfermeiro Responsável – Melhoria da Qualidade*. Trabalho apresentado com vista à atribuição do Grau de Mestre em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. [Consultado em 1 Maio de 2020]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20881/1/DISSERTAC%CC%A7A%CC%83O%20Vers%C3%A3o%20final%20Teresa%20Costa%20MDCSE.pdf>

Stockley R., Hughes, J., Morrison, J., & Rooney, J. (2010). *An investigation of the use of passive movements in intensive care by UK physiotherapists. Physiotherapy*, 96(3), 228-233. [Consultado em 1 Maio de 2020]. Disponível em: doi: 10.1016/j.physio.2009.11.014.

Scaaf, V. [et al.]. (2008), *Poor functional status immediately after discharge from an intensive care unit*. Amsterdão. [Consultado em 25 Jan. 2020]. Disponível na www: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19031208>

Tavares, D. & Dias, F. (2012). *Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos*. Texto & Contexto - Enfermagem, 21(1), 112-120. [Consultado em 13 Maio de 2020]. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100013>

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. 5.^a ed. Loures: Lusociência

Topp, R.; Ditmayer, M.; King, K.; Doherty, K. & Hornyak, J. (Maio de 2002). *The effect of bed rest and potential of prehabilitation on patients in the intensive care unit*. *Advanced Critical Care Clinical Issues*, 13 (2), 263-276.

Tsaloglidou, A.; Kourkouta, L. & Koukourikos, K. (2014). *Muscle atrophy in intensive care unit patients*. *Acta Inform Med.*, 22 (6), 406-410. DOI: 10.5455/aim.2014.22.406-410.

Unidade Local de Saúde, Castelo Branco, EPE. (2020). Serviço Nacional de Saúde, Hospital Amato Lusitano, E.P.E. Consultado em 20 de maio de 2020. Disponível em: <http://www.ulscb.min-saude.pt/>

Winkelman, C. (2009). *Bed rest in health and critical illness: A body systems approach*. *AACN Advanced Critical Care*, 20 (3), 254-266. [Consultado em 1 Maio de 2020]. Disponível em: doi: 10.1097/NCI.0b013e3181ac838d

Yosef-Brauner, O., Adi, N., Shahar, T., Yehezkel, E. e Carmeli, E. (2015). *Effect of Physical Therapy on Muscle Strength, Respiratory Muscles and Functional Parameters in Patients with Intensive Care Unit-Acquired Weakness*. *The Clinical*

Respiratory Journal, 9(1), 1-6. [Consultado em 11 Maio de 2020]. Disponível em:
Doi: 10.1111/crj.12091.

Van der Schaaf, M.; Beelen, A.; Dongelmans, D. A.; Vroom, M. B. & Nollet, F. (novembro de 2009). *Poor functional recovery after a critical illness: a longitudinal study*. Journal of Rehabilitation, 41 (13), 1041-1048. [Consultado em 11 Maio de 2020]. Disponível em: DOI: 10.2340/16501977-0443.

Valentin, A., & Ferdinande, P. (2011). *Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects*. Intensive Care Medicine, 37(10), 1575-1587. [Consultado em 6 Maio de 2020]. Disponível em: doi: 10.1007/s00134-011-2300-7

Vall, J., Lemos, K., & Janebro, A. (2005). *O processo de reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular baseado nas teorias de enfermagem de Wanda Horta, Dorothea Orem e Callista Roy: um estudo teórico*. Cogitare Enfermagem. 10 (3): 63-70. [Consultado em 12 Maio de 2020]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v10i3.5395>

Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo

Veiga, B., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I., Martins, M., “...” & Silva, P. (2011). *Manual de Normas de Enfermagem. Procedimentos Técnicos (2a)*. Lisboa.

Zangão, O; Mendes, F. (2015). *Variáveis preditoras do desenvolvimento das competências relacionais na preservação da intimidade do utente*. RIASE. 1(3). 287-302. [Consultado em 1 Maio de 2020]. Disponível em: http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/72



Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

APÊNDICES



Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Apêndice 1: Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Caro Utente,

Assunto: Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Eu, Vânia Isabel Cid Carvalho, a frequentar o Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem de Reabilitação, promovido pela Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde, designadamente, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco, e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final, a decorrer entre 17 de Setembro a 17 de 2019 a 17 de Janeiro de 2020, pretendo desenvolver um projeto de intervenção, sob orientação da Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo, intitulado “ Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso na integridade cutânea e limitações da funcionalidade.”

Este projeto de investigação - ação tem como objetivo geral prevenir as consequências da imobilidade: risco de compromisso na integridade cutânea e limitações da funcionalidade, nos doentes internados na Unidade Cuidados Intensivos Polivalente e serviço de Medicina Interna do Hospital Amato Lusitano em Castelo Branco.

Para tal, realizar-se-á uma avaliação inicial dos doentes para identificação dos riscos que apresentam, sendo colhidos dados do âmbito da enfermagem de reabilitação, nomeadamente a necessidade de permanência no leito com as consequências da limitação da funcionalidade, condição da integridade cutânea e risco de desenvolvimento de úlceras por pressão.

Posteriormente será implementado um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação, em função desses mesmos riscos, supervisionado pelo enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação. Ao longo da realização do programa de intervenção haverá um momento de avaliação intermédia dos doentes. No final as complicações da imobilidade, as limitações da funcionalidade e compromisso da integridade dos doentes serão reavaliadas, sendo posteriormente descritos os contributos do programa de intervenção e os eventuais benefícios para os doentes.

Solicito autorização para a recolha de dados do âmbito da enfermagem de reabilitação, sua divulgação e apresentação de resultados, sendo que apenas serão utilizados para fins académicos.

Os dados obtidos serão estritamente confidenciais e serão codificados, não havendo identificação de nenhum participante. O resultado do presente projeto de intervenção será submetido a aprovação pela Escola Superior de Saúde de Portalegre e divulgado no seu repositório.

A participação neste projeto é voluntária e livre, podendo recusar participar ou revogar o consentimento e abandonar a participação no estudo a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos para si.

Disponibilizo-me para prestar qualquer esclarecimento que entenda necessário.

Agradeço desde já a sua disponibilidade e a sua colaboração.

Autora do projeto de intervenção: Vânia Isabel Cid Carvalho

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

Declaro ter sido informado(a), por Vânia Isabel Cid Carvalho sobre o projeto de intervenção: "*Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso na integridade cutânea e limitações da funcionalidade*" que está a realizar no âmbito do Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem de Reabilitação, promovido pela Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde, designadamente, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco, e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, com orientação da Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo.

Fui informado(a) que este projeto de investigação-ação tem como objetivo geral prevenir as consequências da imobilidade. Compreendi que na avaliação inicial os dados recolhidos, através da observação direta e da aplicação de instrumentos de avaliação adaptados ao doentes internados, são do âmbito da enfermagem de reabilitação, contemplando a orientação e colaboração do doente bem como os seus sinais vitais; integridade cutânea e o risco de úlcera por pressão e comprometimento da funcionalidade.

Foi-me explicado que após a avaliação inicial será instituído um programa de intervenção específico e individual, supervisionado pelo enfermeiro especialista em

Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

enfermagem de reabilitação. Haverá mais dois períodos avaliativos – intermédio ao 3º dia e final ou último dia de contacto – alta - onde serão reavaliados e aplicados todos os instrumentos de avaliação previamente definidos.

Compreendi as garantias de confidencialidade e proteção dos dados que me dizem respeito e que me foram asseguradas. Fui também informado(a) de ter total liberdade para, em qualquer momento, desistir sem que seja necessário justificar a decisão e sem penalizações. Considerando-me esclarecido(a), declaro participar de livre vontade.

Assinatura _____

-----, ____ de _____ de 2019

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



Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Apêndice 2: Resumo da revisão integrativa da literatura: “Quais são os cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros, que permitem minimizar as consequências da imobilidade em pessoas com imobilidade prolongada”

TÍTULO

- Quais são os cuidados especiais causados por enfermeiros, que minimizam as consequências de imobilidade em pessoas com imobilidade prolongada?
- What are the special cares caused by nurses, which minimize the consequences of immobility in people with prolonged immobility?
- Cuáles son los cuidados especiales causados por los enfermeros, que minimizan las consecuencias de la inmovilidad en personas con inmovilidad prolongada?

AUTORES

Vânia Carvalho, Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde de Portalegre; Enfermeira no Serviço de Medicina Ala Direita do Hospital de Portalegre – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE

Eugénia Grilo, RN, PhD, Professora coordenadora, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias - Instituto Politécnico de Castelo Branco

RESUMO

Os Enfermeiros dirigem a sua intervenção ao conforto dos doentes, tentando minimizar as complicações derivadas de longos períodos de imobilidade no leito.

Objetivo: Este estudo tem por objetivo identificar quais as complicações que os doentes mais estão sujeitos, derivadas de longos períodos restritos ao leito e quais as medidas que os enfermeiros possam ter para prevenir essas mesmas complicações.

Métodos: Revisão integrativa da literatura, através de pesquisa em bases de dados MEDLINE, Cochrane Plus Collection e MedicLatina, através do motor de busca: EBSCO-host e b-on, utilizando os descritores, “Nursing care”, “Bed rest”, “Prevention”, “Elderly” e “Critical Patient”, auxiliando o operador booleano “AND” e “NOT”.

Resultados: Seleccionados 5 artigos, 2 dos E.U.A, 1 da Universidade da Austrália e Nova Zelândia, 1 do Brasil, 1 de Inglaterra.

Conclusões: As estratégias para prevenção de complicações derivadas da imobilidade, não se devem cingir à formação dos profissionais, mas sim basear-se numa abordagem sistemática, baseada na evidência científica, tendo em conta o contexto de prestação de cuidados. Todos os estudos evidenciados neste trabalho, reportam-nos para a importância do trabalho do enfermeiro como prestador principal de cuidados de enfermagem, cabe ao enfermeiro saber quando e como atuar, mediante a situação presente, cabe ao enfermeiro ser o mediador no serviço para uma prestação dos cuidados diferenciada em prol da recuperação ou manutenção da funcionalidade e autonomia do doente.

Descritores: Nursing care”, “Bed rest”, “Prevention”, “Elderly” e “Critical Patient.



Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

ANEXOS



Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Anexo 1. Evolução do doente A com a aplicação de Escalas

Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

→ Evolução do Doente A:

Quadro n.º 7 – Risco de Dor: Evolução da Dor do doente A

Escala Numérica da Dor	Admissão	3º Dia	Alta
	4/10	4/10	1/10

Fonte: elaboração própria.

Quadro n.º 8 – Risco de UPP: Evolução da Integridade Cutânea do doente A

Escala de Braden	Admissão	3º dia	Alta
Percepção Sensorial	2	2	3
Humidade	3	3	3
Atividade	1	1	3
Mobilidade	2	2	3
Nutrição	2	3	4
Fricção e Forças	1	1	2
Total	11 Alto risco de UPP	12 Alto risco de UPP	18 Baixo risco de UPP

Fonte: elaboração própria.

Quadro n.º 9 – Risco de diminuição da Força: Evolução força do doente A

Escala de Força de Lower	Admissão	3º Dia	Alta
Total	2/5	2/5	3/5 – Grau moderado

Fonte: elaboração própria.

Quadro n.º 10 – Risco de comprometimento do Equilíbrio: Evolução do equilíbrio do doente A

Escala de Berg - Equilíbrio	Admissão	3º Dia	Alta
1. Da posição de sentado para a posição de pé	0	0	2
2. Ficar em pé sem apoio	2	2	3
3. Sentado sem apoio	2	2	3
4. Da posição de pé para a posição de sentado	0	0	1
5. Transferências	0	0	1
6. Ficar em pé com os olhos fechados	2	2	3
7. Ficar em pé com os pés juntos	1	1	2
8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado	0	0	1
9. Apanhar um objecto do chão	0	0	0
10. Virar-se para olhar para trás	0	0	0
11. Dar uma volta de 360 graus	1	1	1
12. Colocar os pés alternadamente num degrau	0	0	1
13. Ficar em pé com um pé à frente do outro	2	2	2
14. Ficar em pé sobre uma perna	0	0	1
TOTAL	10/56	10/56	20/56 Mau equilíbrio

Fonte: elaboração própria.

Quadro n.º 11 – Risco de comprometimento da funcionalidade: Evolução das AVD's do doente A

MIF - Autocuidados	Admissão	3ºDia	Alta (20 dias)
A - Alimentação	1 - SNG	1 - SNG	1 - SNG
B – Higiene Pessoal	1	1	2
C – Banho (Lavar o corpo)	1	1	2
D - Vestir metade Superior	1	1	3

Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

E – Vestir metade Inferior	1	1	1
F – Utilização da sanita	1	1	2
CONTROLO DE ESFINCTERES			
G – Bexiga	1	1	1
H – Intestino	1	1	3
MOBILIDADE			
I – Leito, cadeira	1	1	3
J – Sanita	1	1	3
K - Banheira	1	1	1
LOCOMOÇÃO			
L – Marcha/cadeira de rodas	1	1	3
M – Escadas	1	1	3
COMUNICAÇÃO			
N – Compreensão	2	2	4
O – Expressão	1 Comunicação não-verbal	1 Comunicação não-verbal	2 Comunicação não-verbal
COGNIÇÃO SOCIAL			
P – Interacção Social	1	1	3
Q – Resolução de Problemas	1	1	1
R – Memória	2	2	3
TOTAL	16/80	16/80	35/80 Grave

Fonte: elaboração própria.

Quadro n.º 12: Sinais vitais do doente A, antes e após as sessões de ER:

Nº de Sessões de ER	Sinais Vitais	
1ª Sessão	Antes	TA. 144/79mmHg FC. 88bpm SpO2. 90% TT. 36,9°C
	Após	TA. 140/70mmHg FC. 80bpm SpO2. 94% TT. 37°C
2ª Sessão	Antes	TA. 133/69mmHg FC. 74bpm SpO2. 89% TT. 36,2°C
	Após	TA. 144/79mmHg FC. 81bpm SpO2. 94% TT. 36,5°C
3ª Sessão	Antes	TA. 141/66mmHg FC. 84bpm SpO2. 90% TT. 36,2°C
	Após	TA. 144/69mmHg FC. 87bpm SpO2. 95% TT. 36,5°C
4ª Sessão	Antes	TA. 124/88mmHg FC. 77bpm SpO2. 90% TT. 36,5°C
	Após	TA. 130/84mmHg FC. 80bpm SpO2. 94% TT. 36,5°C
5ª Sessão	Antes	TA. 133/63mmHg FC. 90bpm SpO2. 90% TT. 36°C
	Após	TA. 140/70mmHg FC. 80bpm SpO2. 94% TT. 37°C
6ª Sessão	Antes	TA. 144/77mmHg FC. 88bpm SpO2. 88% TT. 36,2°C
	Após	TA. 142/74mmHg FC. 87bpm SpO2. 95% TT. 36,8°C
7ª Sessão	Antes	TA. 145/71mmHg FC. 86bpm SpO2. 90% TT. 36,4°C
	Após	TA. 136/81mmHg FC. 77bpm SpO2. 94% TT. 36,5°C
8ª Sessão	Antes	TA. 141/71mmHg FC. 75bpm SpO2. 90% TT. 36,7°C
	Após	TA. 144/70mmHg FC. 77bpm SpO2. 94% TT. 37°C
9ª Sessão	Antes	TA. 139/69mmHg FC. 84bpm SpO2. 90% TT. 36,1°C
	Após	TA. 143/70mmHg FC. 86bpm SpO2. 94% TT. 36,5°C
10ª Sessão	Antes	TA. 126/84mmHg FC. 92bpm SpO2. 88% TT. 36,7°C
	Após	TA. 137/66mmHg FC. 93bpm SpO2. 94% TT. 36,9°C

Fonte: elaboração própria.



Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Anexo 2. Evolução do doente B com a aplicação de Escalas

→ Evolução do Doente B

Quadro n.º 14 – Risco de Dor: Evolução da Dor do doente B

Escala Numérica da Dor	Admissão	3º Dia	Alta
	5/10	5/10	1/10

Fonte: elaboração própria.

Quadro n.º 15 – Risco de UPP: Evolução da Integridade Cutânea do doente B

Escala de Braden	Admissão	3º Dia	Alta
Percepção sensorial	2	2	3
Humidade	3	3	3
Atividade	1	1	3
Mobilidade	2	2	3
Nutrição	2	3	4
Fricção e forças	1	1	2
Total	11 Alto risco de UPP	12 Alto risco de UPP	18 Baixo risco de UPP

Fonte: elaboração própria.

Quadro n.º 16 – Risco de diminuição da Força: Avaliação força do doente B

Escala de Força de Lower	Admissão	3 Dia	Alta
TOTAL	3/5	3/5	5/5

Fonte: elaboração própria.

Quadro n.º 17 – Risco de comprometimento do Equilíbrio: Evolução do equilíbrio do doente B

Escala de Berg	Admissão	3º Dia	1º Levante 15º Dia	Alta
1. Da posição de sentado para a posição de pé	0	0	2	3
2. Ficar em pé sem apoio	0	0	3	4
3. Sentado sem apoio	0	0	3	4
4. Da posição de pé para a posição de sentado	0	0	2	4
5. Transferências	0	0	1	3
6. Ficar em pé com os olhos fechados	0	0	3	4
7. Ficar em pé com os pés juntos	0	0	3	4
8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado	0	0	1	3
9. Apanhar um objecto do chão	0	0	2	3
10. Virar-se para olhar para trás	0	0	1	3
11. Dar uma volta de 360 graus	0	0	1	2
12. Colocar os pés alternadamente num degrau	0	0	1	2
13. Ficar em pé com um pé à frente do outro	0	0	2	4
14. Ficar em pé sobre uma perna	0	0	2	3
TOTAL	0/56 Repouso absoluto	0/56 Repouso absoluto	28/56 MAU	47/56 BOM

Fonte: elaboração própria.

Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Quadro n.º 18 – Risco de comprometimento da funcionalidade: Evolução das AVD's do doente B

MIF - AUTOCUIDADOS	Admissão	3º Dia	Alta (20 dias)
A - Alimentação	3	3	6
B - Higiene Pessoal	2	2	4
C - Banho (Lavar o corpo)	2	2	4
D - Vestir metade Superior	2	2	6
E - Vestir metade Inferior	2	2	6
F - Utilização da sanita	2	2	4
CONTROLO DE ESFINCTERES			
G - Bexiga	1 Algaliado	1 Algaliado	1 Algaliado
H - Intestino	1	1	4
MOBILIDADE			
I - Leito, cadeira	2	2	4
J - Sanita	1	1	4
K - Banheira	1	1	4
LOCOMOÇÃO			
L - Marcha/cadeira de rodas	1	1	4
M - Escadas	1	1	4
COMUNICAÇÃO			
N - Compreensão	7	7	7
O - Expressão	7	7	7
COGNICÃO SOCIAL			
P - Interação Social	7	7	7
Q - Resolução de Problemas	2	2	5
R - Memória	7	7	7
TOTAL	51/80	51/80	71/80 Moderado 80> 40

Fonte: elaboração própria.

Quadro n.º 19: Sinais vitais do doente B, antes e após as sessões de ER:

Nº de Sessões de ER	Sinais Vitais	
1ª Sessão	Antes	TA. 166/70mmHg FC. 99bpm SpO2. 88% TT. 36°C
	Após	TA. 160/77mmHg FC. 98bpm SpO2. 90% TT. 36,1°C
2ª Sessão	Antes	TA. 156/66mmHg FC. 91bpm SpO2. 89% TT. 36,2°C
	Após	TA. 154/69mmHg FC. 96bpm SpO2. 90% TT. 36,5°C
3ª Sessão	Antes	TA. 155/61mmHg FC. 90bpm SpO2. 90% TT. 36,5°C
	Após	TA. 150/64mmHg FC. 95bpm SpO2. 92% TT. 36,4°C
4ª Sessão	Antes	TA. 148/70mmHg FC. 90bpm SpO2. 91% TT. 36,6°C
	Após	TA. 149/80mmHg FC. 92bpm SpO2. 94% TT. 36,5°C
5ª Sessão	Antes	TA. 148/79mmHg FC. 88bpm SpO2. 93% TT. 36°C
	Após	TA. 140/71mmHg FC. 84bpm SpO2. 96% TT. 36,1°C
6ª Sessão	Antes	TA. 144/70mmHg FC. 88bpm SpO2. 94% TT. 36,2°C
	Após	TA. 142/74mmHg FC. 81bpm SpO2. 95% TT. 36,8°C
7ª Sessão	Antes	TA. 140/66mmHg FC. 78bpm SpO2. 96% TT. 36,7°C
	Após	TA. 136/63mmHg FC. 77bpm SpO2. 96% TT. 36,5°C
8ª Sessão	Antes	TA. 134/71mmHg FC. 75bpm SpO2. 96% TT. 36,6°C
	Após	TA. 133/74mmHg FC. 77bpm SpO2. 97% TT. 37°C
9ª Sessão	Antes	TA. 139/69mmHg FC. 79bpm SpO2. 96% TT. 36,1°C
	Após	TA. 139/63mmHg FC. 77bpm SpO2. 96% TT. 36,2°C
10ª Sessão	Antes	TA. 130/70mmHg FC. 74bpm SpO2. 96% TT. 36,7°C
	Após	TA. 131/69mmHg FC. 75bpm SpO2. 97% TT. 36,3°C

Fonte: elaboração própria.



Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Anexo 3. Evolução do doente C com a aplicação de Escalas

Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

→ Evolução do Doente C

Quadro n.º 21 – Risco de UPP: Evolução da Integridade Cutânea do doente C

Escala de Braden	Admissão	3º Dia	Alta
Percepção sensorial	2	2	3
Humidade	3	3	3
Atividade	1	1	3
Mobilidade	2	2	3
Nutrição	2	3	4
Fricção e forças	1	1	2
TOTAL	11 Alto risco de UPP	12 Alto risco de UPP	18 Baixo risco de UPP
Nº. UPP	1 UPP grau II	1 UPP grau II	1 UPP grau II

Fonte: elaboração própria.

Quadro n.º 22 – Risco de Dor: Evolução da Dor do doente C

Escala Numérica da Dor	Admissão	3º Dia	Alta
	5/10	5/10	1/10

Fonte: elaboração própria.

Quadro n.º 23 – Risco de diminuição da Força: Evolução força do doente B

Escala de Força de Lower	Admissão	3º DIA	Alta
Total	3/5	3/5	4/5

Fonte: elaboração própria.

Quadro n.º 24 – Risco de comprometimento do Equilíbrio: Evolução do equilíbrio do doente C

Escala de Berg	Admissão	3º Dia	1º Levante 8ºDia	Alta
1. Da posição de sentado para a posição de pé	0	0	2	3
2. Ficar em pé sem apoio	0	0	3	4
3. Sentado sem apoio	0	0	3	4
4. Da posição de pé para a posição de sentado	0	0	2	4
5. Transferências	0	0	1	3
6. Ficar em pé com os olhos fechados	0	0	3	4
7. Ficar em pé com os pés juntos	0	0	3	4
8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado	0	0	1	3
9. Apanhar um objecto do chão	0	0	2	3
10. Virar-se para olhar para trás	0	0	1	3
11. Dar uma volta de 360 graus	0	0	1	2
12. Colocar os pés alternadamente num degrau	0	0	1	2
13. Ficar em pé com um pé à frente do outro	0	0	2	4
14. Ficar em pé sobre uma perna	0	0	2	3
TOTAL	0/56 Repouso absoluto	0/56 Repouso absoluto	28/56 Mau Equilíbrio	47/56 Bom Equilíbrio

Fonte: elaboração própria.

Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Quadro n.º 25 – Risco de comprometimento da funcionalidade: Evolução das AVD´s do doente C

MIF - Autocuidados	Admissão	3º Dia	Alta (15 dias)
A - Alimentação	2	2	6
B - Higiene Pessoal	2	2	4
C - Banho (Lavar o corpo)	2	2	4
D - Vestir metade Superior	2	2	6
E - Vestir metade Inferior	2	2	6
F - Utilização da sanita	2	2	4
CONTROLO DE ESFINCTERES			
G - Bexiga	1 Algaliada	1 Algaliada	1 Algaliada
H - Intestino	1	1	4
MOBILIDADE			
I - Leito, cadeira	2	2	4
J - Sanita	1	1	4
K - Banheira	1	1	4
LOCOMOÇÃO			
L - Marcha/cadeira de rodas	1	1	4
M - Escadas	1	1	4
COMUNICAÇÃO			
N - Compreensão	7	7	7
O - Expressão	7	7	7
COGNIÇÃO SOCIAL			
P - Interação Social	7	7	7
Q - Resolução de Problemas	2	2	5
R - Memória	7	7	7
TOTAL	50/80	50/80	71/80 Moderado 80> 40

Fonte: elaboração própria.

Quadro n.º 26: Sinais vitais do doente C, antes e após as sessões de ER:

Nº de Sessões de ER	Sinais Vitais
1ª Sessão	Antes TA. 155/66mmHg FC. 90bpm SpO2. 87% TT.36,3°C
	Após TA. 150/66mmHg FC. 90bpm SpO2. 90% TT.36,2°C
2ª Sessão	Antes TA. 149/67mmHg FC. 90bpm SpO2. 88% TT. 36°C
	Após TA. 148/69mmHg FC. 88bpm SpO2. 90% TT. 36°C
3ª Sessão	Antes TA. 150/60mmHg FC. 90bpm SpO2. 90% TT.36,1°C
	Após TA. 149/60mmHg FC. 88bpm SpO2. 91% TT.36,3°C
4ª Sessão	Antes TA. 147/70mmHg FC. 88bpm SpO2. 89% TT. 36°C
	Após TA. 141/71mmHg FC. 81bpm SpO2. 92% TT.36,2°C
5ª Sessão	Antes TA. 140/70mmHg FC. 86bpm SpO2. 92% TT.36,1°C
	Após TA. 139/66mmHg FC. 85bpm SpO2. 93% TT.36,3°C
6ª Sessão	Antes TA. 140/66mmHg FC. 88bpm SpO2. 92% TT.36,1°C
	Após TA. 136/70mmHg FC. 82bpm SpO2. 93% TT.36,3°C
7ª Sessão	Antes TA. 137/71mmHg FC. 81bpm SpO2. 93% TT.36,2°C
	Após TA. 136/70mmHg FC. 80bpm SpO2. 94% TT.36,1°C
8ª Sessão	Antes TA. 130/70mmHg FC. 84bpm SpO2. 92% TT.36,3°C
	Após TA. 133/74mmHg FC. 80bpm SpO2. 93% TT.36,3°C
9ª Sessão	Antes TA. 132/60mmHg FC. 82bpm SpO2. 93% TT.36,2°C
	Após TA. 133/61mmHg FC. 80bpm SpO2. 93% TT.36,1°C
10ª Sessão	Antes TA. 131/71mmHg FC. 82bpm SpO2. 93% TT.36,1°C
	Após TA. 131/70mmHg FC. 80bpm SpO2. 94% TT.36,2°C

Fonte: elaboração própria.



Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Anexo 4. Evolução do doente D com a aplicação de Escalas

→ Evolução do Doente D

Quadro n.º 28 – Risco de Dor: Evolução da Dor do doente D

Escala numérica da dor	Admissão	3º Dia	Alta
	5/10	5/10	1/10

Fonte: elaboração própria.

Quadro n.º 29 – Risco de UPP: Evolução da Integridade Cutânea do doente D

Escala de Braden	Admissão	3º dia	Alta
Percepção sensorial	2	3	3
Humidade	3	3	3
Atividade	1	1	3
Mobilidade	2	2	3
Nutrição	2	3	4
Fricção e forças	1	1	2
Total	11 Alto risco de UPP	12 Alto risco de UPP	18 Baixo risco de UPP

Fonte: elaboração própria.

Quadro n.º 30 – Risco de diminuição da Força: Evolução força do doente D

Escala de força de Lower	Admissão	3 Dia	Alta
TOTAL	2/5	3/5	4/5

Fonte: elaboração própria

Quadro n.º 31 – Risco de comprometimento do Equilíbrio: Evolução do equilíbrio do doente D

Escala de Berg	Admissão	3º Dia	1º levante 7ºdia	Alta
1. Da posição de sentado para a posição de pé	0	0	2	3
2. Ficar em pé sem apoio	0	0	3	4
3. Sentado sem apoio	0	0	3	4
4. Da posição de pé para a posição de sentado	0	0	2	4
5. Transferências	0	0	1	3
6. Ficar em pé com os olhos fechados	0	0	3	4
7. Ficar em pé com os pés juntos	0	0	3	4
8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado	0	0	1	3
9. Apanhar um objecto do chão	0	0	2	3
10. Virar-se para olhar para trás	0	0	1	3
11. Dar uma volta de 360 graus	0	0	1	2
12. Colocar os pés alternadamente num degrau	0	0	1	2
13. Ficar em pé com um pé à frente do outro	0	0	2	4
14. Ficar em pé sobre uma perna	0	0	2	3
TOTAL	0/56 Repouso absoluto	0/56 Repouso absoluto	28/56 MAU	47/56 BOM

Fonte: elaboração própria

Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Quadro n.º 32 – Risco de comprometimento da funcionalidade: Evolução das AVD´s do doente D

MIF - AUTOCUIDADOS	Admissão	3º Dia	Alta (12 dias)
A - Alimentação	1 SNG	1 SNG	4
B – Higiene Pessoal	1	2	4
C – Banho (Lavar o corpo)	1	2	4
D - Vestir metade Superior	1	3	4
E – Vestir metade Inferior	1	2	4
F – Utilização da sanita	1	2	4
CONTROLO DE ESFINCTERES			
G – Bexiga	1 Algaliada	1 Algaliada	1 Algaliada
H – Intestino	1	3	4
MOBILIDADE			
I – Leito, cadeira	1	2	4
J – Sanita	1	3	4
K - Banheira	1	2	4
LOCOMOÇÃO			
L – Marcha/cadeira de rodas	1	1	4
M – Escadas	1	1	4
COMUNICAÇÃO			
N – Compreensão	1	4	5
O – Expressão	1	4	5
COGNIÇÃO SOCIAL			
P – Interação Social	1	4	5
Q – Resolução de Problemas	1	2	4
R – Memória	1	4	5
TOTAL	18/80	43/80	73/80 Moderado 80 > 40

Fonte: elaboração própria

Quadro n.º 33: Sinais vitais do doente C, antes e após as sessões de ER:

Nº de Sessões de ER	Sinais Vitais	
1ª Sessão	Antes	TA. 133/66mmHg FC. 66bpm SpO2. 95% TT. 36,1°C
	Após	TA. 132/65mmHg FC. 65bpm SpO2. 95% TT. 36,2°C
2ª Sessão	Antes	TA. 136/60mmHg FC. 70bpm SpO2. 95% TT. 36,2°C
	Após	TA. 134/69mmHg FC. 69bpm SpO2. 96% TT. 36°C
3ª Sessão	Antes	TA. 130/61mmHg FC. 68bpm SpO2. 96% TT. 36,2°C
	Após	TA. 131/64mmHg FC. 63bpm SpO2. 97% TT. 36,3°C
4ª Sessão	Antes	TA. 130/70mmHg FC. 70bpm SpO2. 97% TT. 36,1°C
	Após	TA. 126/80mmHg FC. 69bpm SpO2. 96% TT. 36,2°C
5ª Sessão	Antes	TA. 122/79mmHg FC. 70bpm SpO2. 97% TT. 36°C
	Após	TA. 125/71mmHg FC. 71bpm SpO2. 97% TT. 36°C
6ª Sessão	Antes	TA. 130/70mmHg FC. 69bpm SpO2. 96% TT. 36,2°C
	Após	TA. 131/74mmHg FC. 71bpm SpO2. 96% TT. 36,1°C
7ª Sessão	Antes	TA. 129/66mmHg FC. 72bpm SpO2. 97% TT. 36,1°C
	Após	TA. 128/63mmHg FC. 70bpm SpO2. 97% TT. 36°C

Fonte: elaboração própria.



Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Anexo 5. Evolução do doente E com a aplicação de Escalas

Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

→ Evolução do Doente E

Quadro n.º 35 – Risco de Dor: Evolução da dor do doente E

Escala numérica da dor	Admissão	3º Dia	Alta
	4/10	3/10	1/10

Fonte: elaboração própria.

Quadro n.º 36 – Risco de UPP: Evolução da Integridade Cutânea do doente E

Escala de Braden	Admissão	3º Dia	Alta
Percepção sensorial	2	3	3
Humidade	3	3	3
Atividade	1	1	3
Mobilidade	2	2	3
Nutrição	2	3	4
Fricção e forças	1	1	2
Total	11 Alto risco de UPP	12 Alto risco de UPP	18 Baixo risco de UPP

Fonte: elaboração própria.

Quadro n.º 37 – Risco de diminuição da Força: Evolução força do doente E

Escala de força de Lower	Admissão	3 Dia	Alta
TOTAL	3/5	3/5	4/5

Fonte: elaboração própria

Quadro n.º 38 – Risco de comprometimento do Equilíbrio: Evolução do equilíbrio do doente E

Escala de Berg	Admissão	3º Dia	Alta 10º dia
1. Da posição de sentado para a posição de pé	0	0	3
2. Ficar em pé sem apoio	0	0	4
3. Sentado sem apoio	0	0	4
4. Da posição de pé para a posição de sentado	0	0	4
5. Transferências	0	0	3
6. Ficar em pé com os olhos fechados	0	0	4
7. Ficar em pé com os pés juntos	0	0	4
8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado	0	0	3
9. Apanhar um objecto do chão	0	0	3
10. Virar-se para olhar para trás	0	0	3
11. Dar uma volta de 360 graus	0	0	2
12. Colocar os pés alternadamente num degrau	0	0	2
13. Ficar em pé com um pé à frente do outro	0	0	4
14. Ficar em pé sobre uma perna	0	0	3
TOTAL	0/56 Repouso	0/56 Repouso	47/56 BOM

Fonte: elaboração própria

Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Quadro n.º 39 – Risco de comprometimento da funcionalidade: Evolução das AVD´s do doente E

MIF - AUTOCUIDADOS	Admissão	3º Dia	Alta (10 dias)
A - Alimentação	1 SNG	1 SNG	4
B – Higiene Pessoal	1	2	4
C – Banho (Lavar o corpo)	1	2	4
D - Vestir metade Superior	1	3	4
E – Vestir metade Inferior	1	2	4
F – Utilização da sanita	1	2	4
CONTROLO DE ESFINCTERES			
G – Bexiga	1 Algaliada	1 Algaliada	1 Algaliada
H – Intestino	1	3	4
MOBILIDADE			
I – Leito, cadeira	1	2	4
J – Sanita	1	3	4
K - Banheira	1	2	4
LOCOMOÇÃO			
L – Marcha/cadeira de rodas	1	2	4
M – Escadas	1	1	4
COMUNICAÇÃO			
N – Compreensão	1	4	5
O – Expressão	1	4	5
COGNICÃO SOCIAL			
P – Interacção Social	1	4	5
Q – Resolução de Problemas	1	3	4
R – Memória	1	4	5
TOTAL	18/80	45/80	73/80 Moderado 80> 40

Fonte: elaboração própria

Quadro n.º 40: Sinais vitais do doente E, antes e após as sessões de ER:

Nº de Sessões de ER	Sinais Vitais
1ª Sessão	Antes TA. 130/55mmHg FC. 66bpm SpO2. 96% TT. 36,1°C
	Após TA. 131/52mmHg FC. 68bpm SpO2. 90% TT. 36,1°C
2ª Sessão	Antes TA. 124/66mmHg FC. 63bpm SpO2. 89% TT. 36°C
	Após TA. 123/69mmHg FC. 65bpm SpO2. 90% TT. 36,1°C
3ª Sessão	Antes TA. 120/61mmHg FC. 69bpm SpO2. 90% TT. 36°C
	Após TA. 122/64mmHg FC. 68bpm SpO2. 92% TT. 36,2°C
4ª Sessão	Antes TA. 128/63mmHg FC. 66bpm SpO2. 91% TT. 36°C
	Após TA. 130/70mmHg FC. 63bpm SpO2. 94% TT. 36,2°C
5ª Sessão	Antes TA. 122/67mmHg FC. 70bpm SpO2. 93% TT. 36,1°C
	Após TA. 125/66mmHg FC. 69bpm SpO2. 96% TT. 36,2°C
6ª Sessão	Antes TA. 124/70mmHg FC. 70bpm SpO2. 94% TT. 36,1°C
	Após TA. 123/69mmHg FC. 68bpm SpO2. 95% TT. 36,3°C
7ª Sessão	Antes TA. 119/66mmHg FC. 68bpm SpO2. 96% TT. 36,2°C
	Após TA. 120/61mmHg FC. 66bpm SpO2. 96% TT. 36,1°C
8ª Sessão	Antes TA. 115/66mmHg FC. 70bpm SpO2. 96% TT. 36,3°C
	Após TA. 111/66mmHg FC. 69bpm SpO2. 97% TT. 36,2°C
9ª Sessão	Antes TA. 120/61mmHg FC. 64bpm SpO2. 96% TT. 36,2°C
	Após TA. 119/60mmHg FC. 67bpm SpO2. 96% TT. 36,3°C

Fonte: elaboração própria



Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Anexo 6. Escala de Independência Funcional - MIF

Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL – MIF

DATA: (___/___/___)

Níveis	7 – Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 – Independência modificada (ajuda técnica)	SEM AJUDA
Dependência Modificada	5 – Supervisão 4 – Ajuda Mínima (indivíduo > = 75%) 3 – Ajuda Moderada (indivíduo > = 50%) 2 – Ajuda máxima (indivíduo > = 25%) 1 – Ajuda Total (indivíduo > = 0%)	AJUDA

AUTO –CUIDADO	1.º dia		último dia	
A – Alimentação				
B – Higiene Pessoal				
C – Banho				
D – Vestir metade superior				
E – Vestir metade inferior				
F – Utilização do vaso sanitário				
CONTROLE DE ESFÍNCTERES	1.º dia		último dia	
G – Controle da Urina				
H – Controle das fezes				
MOBILIDADE – Transferências	1.º dia		último dia	
I – Leito, cadeira, cadeira de rodas				
J – Vaso sanitário				
K – Banheira, chuveiro				
LOCOMOÇÃO	1.º dia		último dia	
L – Marcha/ cadeira de rodas	m	—	m	—
	c		c	
M – Escadas				
COMUNICAÇÃO	1.º dia		último dia	
N – Compreensão				
O – Expressão				
COGNICÃO SOCIAL	1.º dia		último dia	
P – Interação Social				
Q – Resolução de problemas				
R – Memória				
TOTAL =				
Nota: não deixe nenhum item em branco: se não possível de ser testado marque 1.				

Fonte: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>



Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Anexo 7. Escala de Equilíbrio de Berg

DESCRIÇÃO DOS ITENS Pontuação (0-4)

- | | |
|--|-------|
| 1. Da posição de sentado para a posição de pé | _____ |
| 2. Ficar em pé sem apoio | _____ |
| 3. Sentado sem apoio | _____ |
| 4. Da posição de pé para a posição de sentado | _____ |
| 5. Transferências | _____ |
| 6. Ficar em pé com os olhos fechados | _____ |
| 7. Ficar em pé com os pés juntos | _____ |
| 8. Inclinarse para a frente com o braço esticado | _____ |
| 9. Apanhar um objecto do chão | _____ |
| 10. Virarse para olhar para trás | _____ |
| 11. Dar uma volta de 360 graus | _____ |
| 12. Colocar os pés alternadamente num degrau | _____ |
| 13. Ficar em pé com um pé à frente do outro | _____ |
| 14. Ficar em pé sobre uma perna | _____ |

TOTAL _____

1. DA POSIÇÃO DE SENTADO PARA A POSIÇÃO DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos como suporte.

- () 4 Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma
- () 3 Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos
- () 2 Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas
- () 1 Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável
- () 0 Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar

2. FICAR EM PÉ SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar.

- () 4 Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos
- () 3 Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão
- () 2 Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos
- () 1 Necessita de várias tentativas para se manter de pé, sem apoio, durante 30 segundos
- () 0 Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda

Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

3. SENTA-SE COM AS COSTAS DESAPOIADAS MAS COM OS PÉS APOIADOS NO CHÃO OU SOBRE UM BANCO

• INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.

- () 4 Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos
- () 3 Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão
- () 2 Mantém-se sentado durante 30 segundos
- () 1 Mantém-se sentado durante 10 segundos
- () 0 Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos

4. DA POSIÇÃO DE PÉ PARA A POSIÇÃO DE SENTADO

• INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

- () 4 Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos
- () 3 Ao sentar-se recorre às mãos
- () 2 Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida
- () 1 Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida
- () 0 Necessita de ajuda para se sentar

5. TRANSFERÊNCIAS

• INSTRUÇÕES: Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo "pivot". Podem ser utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira sem braços.

- () 4 Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos
- () 3 Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos
- () 2 Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão
- () 1 Necessita de ajuda de uma pessoa
- () 0 Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança

6. FICAR EM PÉ SEM APOIO E COM OS OLHOS FECHADOS

• INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos.

- () 4 Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos
- () 3 Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão
- () 2 Consegue manter-se em pé durante 3 segundos
- () 1 Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável
- () 0 Necessita de ajuda para evitar a queda

7. MANTER-SE EM PÉ SEM APOIO E COM OS PÉS JUNTOS

• INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar.

- () 4 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto
- () 3 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão

() 2 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma, mas não consegue manter a posição durante 30 segundos

() 1 Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos

() 0 Necessita de ajuda para chegar à posição mas não consegue mantê-la durante 15 segundos

8. INCLINAR-SE PARA A FRENTE COM O BRAÇO ESTENDIDO AO MESMO TEMPO QUE SE MANTÉM DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Mantenha o braço estendido a 90 graus. Estique os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (O examinador coloca uma régua no final dos dedos quando o braço está a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar a rotação do tronco.)

() 4 Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante (10 polegadas)

() 3 Consegue inclinar-se mais de 12 cm para a frente, com segurança (5 polegadas)

() 2 Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança (2 polegadas)

() 1 Inclina-se para a frente mas necessita de supervisão

() 0 Perde o equilíbrio durante as tentativas / necessita de apoio externo

9. APANHAR UM OBJECTO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés.

() 4 Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança

() 3 Consegue apanhar o chinelo mas necessita de supervisão

() 2 Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma

() 1 Não consegue apanhar o chinelo e necessita supervisão enquanto tenta

() 0 Não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

10. VIRAR-SE PARA OLHAR SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO ENQUANTO ESTÁ DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Vire-se e olhe para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o lado direito. O examinador pode pegar num objecto para o paciente olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar a rotação.

() 4 Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso

Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

11. DAR UMA VOLTA DE 360 GRAUS

• INSTRUÇÕES: Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direção oposta.

- () 4 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- () 3 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em 4 segundos ou menos
- () 2 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança mas lentamente
- () 1 Necessita de supervisão ou de indicações verbais
- () 0 Necessita de ajuda enquanto dá a volta

12. COLOCAR OS PÉS ALTERNADOS NUM DEGRAU OU BANCO ENQUANTO SE MANTÉM EM PÉ SEM APOIO

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

- () 4 Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos
- () 3 Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos
- () 2 Consegue completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão
- () 1 Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda
- () 0 Necessita de ajuda para evitar a queda / não consegue tentar

13. FICAR EM PÉ SEM APOIO COM UM PÉ À FRENTE DO OUTRO

• INSTRUÇÕES: (DEMONSTRAR PARA O SUJEITO) Coloque um pé exactamente em frente do outro. Se sentir que não consegue colocar o pé exactamente à frente, tente dar um passo suficientemente largo para que o calcanhar do seu pé esteja à frente dos dedos do seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura do paciente deverá aproximar-se da sua passada normal).

- () 4 Consegue colocar um pé exactamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- () 3 Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- () 2 Consegue dar um pequeno passo, de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- () 1 Necessita de ajuda para dar um passo mas consegue manter a posição durante 15 segundos
- () 0 Perde o equilíbrio enquanto dá o passo ou ao ficar de pé

() 4 Consegue colocar um pé exactamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos

() 3 Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos

() 2 Consegue dar um pequeno passo, de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos

() 1 Necessita de ajuda para dar um passo mas consegue manter a posição durante 15 segundos

() 0 Perde o equilíbrio enquanto dá o passo ou ao ficar de pé

14. FICAR EM PÉ SOBRE UMA PERNA

• INSTRUÇÕES: Fique em pé sobre uma perna, sem se segurar, pelo maior tempo possível.

- () 4 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante mais de 10 segundos
- () 3 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição entre 5 e 10 segundos
- () 2 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante 3 segundos ou mais
- () 1 Tenta levantar a perna sem conseguir manter a posição durante 3 segundos, mas continua a manter-se em pé de forma autónoma
- () 0 Não consegue tentar ou necessita de ajuda para evitar a queda

Fonte: Myomoto, S. Escala de Equilíbrio Funcional – versão brasileira e estudo da reprodutibilidade de: Berg Balance Scale. Mestre. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP, 2003).



Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Anexo 8. Escala de Força do Índice de Lower

Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

A Escala de Lower possibilita a **avaliação da força muscular**, usualmente solicitando a contração isotônica do indivíduo. Apresenta seis graus, de 0 a 5.

- 0 - Ausência de movimento e contração muscular
- 1 - Existência de contração muscular, mas sem movimento
- 2 - Existência de movimento ativo, anulando-se a gravidade
- 3 - Existência de movimento ativo contra a gravidade
- 4 - Existência de movimento ativo contra a gravidade com alguma resistência
- 5 - Força normal



Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Anexo 9. Escala Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO				
Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agita a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação. OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta deficiências sensoriais que possam limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Actividade Nível de actividade física	1. Acansado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de abalar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitada: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido. OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético. OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Desliza frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda mínima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desliza.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.				Pontuação total
© Copyright Barbara Braden, and Nancy Bergstrom, 1980; Versão Portuguesa 2001, Cécilia Morgado, Cristina Magalhães, Pedro Ferreira, João Gonçalves, Cátia Furtado Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIFF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)				

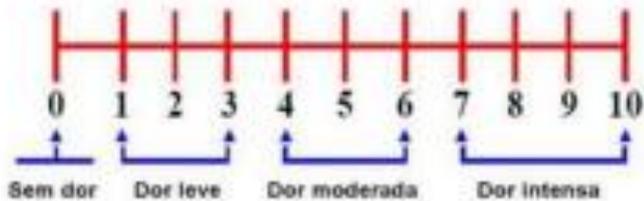


Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Anexo 10. Escala Numérica da Dor

Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Como 5.º sinal vital, é fundamental a sua avaliação para que haja um controlo sobre a mesma. Foi o instrumento eleito, pelo facto de ser uma ferramenta de fácil aplicabilidade e perceção. Apresenta 10 níveis, onde é graduada por números a intensidade de dor, onde 0 é a ausência de dor e 10 a dor mais intensa.



Fonte: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/dor-5-sinal-vital-folheto-pdf.aspx>



Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Anexo 11 – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Unidade Local de Saúde
Castelo Branco, EPE

Comissão de Ética da ULS de Castelo Branco

Exma. Senhora

Vânia Isabel Cid Carvalho

Sua Referência	Sua comunicação	Nº Ofício - Data
		12/12/2019 HSI - 01.1102.2020-03-12 15:39:34

Assunto	Assunto
	Requerimento para desenvolver um projecto de intervenção de cuidados de enfermagem em doentes com alterações da mobilidade

Para conhecimento e devidos efeitos, junto se anexa cópia do parecer da Comissão de Ética da ULSCB, EPE, datado de 27 de janeiro de 2020, e homologado pelo Conselho de Administração da ULSCB, E.P.E, no dia 2 de março de 2020.

Com os melhores cumprimentos,

O Serviço de Investigação, Formação e Ensino da ULSCB, EPE
O Gabinete de Comissões Técnicas da ULSCB, EPE


BIFE - ULSCB
Coordenadora Técnica
Dr. Maria Helena Lopes

Na resposta indicar a mesma referência. Em cada ofício tratar apenas um assunto.



Documento: Requerimento de Vânia Isabel Cid Carvalho

Assunto: Requerimento para desenvolver um projecto de intervenção de cuidados de enfermagem em doentes com alterações da mobilidade junto dos quais pretende desenvolver um conjunto de intervenções sistematizadas direccionadas à manutenção da integridade da pele e das capacidades funcionais.

Requerente: Vânia Isabel Cid Carvalho – Estudante do mestrado em enfermagem em associação, área de especialização em enfermagem de reabilitação

Título: "Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção nas consequências da imobilidade : risco de compromisso na integridade cutânea e limitações da funcionalidade" que tem como objectivos avaliar o risco de consequências associadas à imobilidade prolongada nos doentes internados, planear e implementar intervenções de enfermagem de reabilitação susceptíveis de prevenir essas consequências, e serão supervisionadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação dos respectivos serviços.

Orientadores do Estudo: Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

População do Estudo: Doentes com imobilidade prolongada internados nos serviços de UCIP e Medicina Interna

Serviço onde decorre o estudo: UCIP e Medicina Interna da ULSCB

Data do pedido: Datado no HAL a 12-12-2019

A Comissão de Ética da ULSCB, EPE concorda com a realização do referido projecto de intervenção, desde que seja mantida a confidencialidade dos sujeitos do mesmo e todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação sejam respeitados.

ULS de Castelo Branco, F.P.F, 27 de janeiro de 2020

A Comissão de Ética



Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Anexo 12. Declaração do Orientador

Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Declaração

Eugénia Nunes Grilo, professora adjunta do Instituto Politécnico de Castelo Branco declara para os devidos efeitos que aceita a orientação da estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação, 3ª edição, Vânia Isabel Cid Carvalho no seu Relatório de Estágio intitulado “Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção nas consequências da imobilidade: risco de compromisso na integridade cutânea e limitações da funcionalidade”

Castelo Branco 07 de novembro de 2019



Eugénia Nunes Grilo (PhD)



Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Anexo 13 – Comprovativo de submissão da Revisão Integrativa da Literatura à Revista EGINANIA E CIENCIA

Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Inseguro | egitaniasciencia2.ipg.pt/index.php/egitania_sciencia/author/saveSubmit/2

EGITANIA E SCIENCIA

HOME SOBRE PÁGINA DO UTILIZADOR PESQUISA ACTUAL ARQUIVOS NOTÍCIAS

Home > Utilizador > Autor > Submissões > Nova submissão

PASSO 2. TRANSFERÊNCIA DO MANUSCRITO

1. INÍCIO 2. TRANSFERÊNCIA DO MANUSCRITO 3. INCLUSÃO DE METADADOS 4. TRANSFERÊNCIA DE DOCUMENTOS SUPLEMENTARES 5. CONFIRMAÇÃO

Para transferir um manuscrito para a revista, execute os seguintes passos:

1. Nesta página, clique em Localizar (Browse ou Ficheiro, dependendo do navegador), e localize o documento no disco rígido do seu computador (ou noutro local de armazenamento, p.ex. cd-rom ou pendrive)
2. Localize o documento desejado e selecione-o.
3. Ao localizar o documento, clique em Abrir. O sistema usará automaticamente o documento seleccionado na janela Transferir Documento para Submissão.
4. Clique em Transferir, para enviar o documento do seu computador para o servidor de hospedagem da revista. O sistema dará um novo nome ao documento seguindo padrão de nomenclatura previamente definidos.
5. Uma vez transferido, clique em Guardar e Continuar no final da página.

Em caso de dificuldades com o processo, entre em contacto com [Manuela Natário](#) via e-mail ou pelo telefone +351271220120 para suporte.

FICHEIRO SUBMETIDO

Nome do documento	418-6049-1-SM.docx
Nome original do Documento	Artigo para a revista Egítania - Vânia Carvalho 26.07.2020.docx
Tamanho do documento	140KB
Data de transferência	2020-07-26 12:31

Substituir ficheiro Nenhum ficheiro seleccionado ASSEGURANDO UMA REVISÃO CEGA SEGURA

ISSN: 1646-8848

SISTEMA ELECTRÓNICO DE EDIÇÃO DE REVISTAS

Ajuda do sistema

UTILIZADOR
Ligado como: **vaniacarvalho**
Minhas Revistas
Perfil
Sair do sistema

NOTIFICAÇÕES
Visualizar (2 nova(s))
Gestir

IDIOMA
Seleção de idioma
Português (Portugal)

CONTEÚDO DA REVISTA
Pesquisa
Ambito da pesquisa
Todos

Pesquisar
Por Edição
Por Autor
Por Título
Outras revistas

outlook.live.com/mail/0/inbox/id/AQMkADAwATY3ZmYAZS05MWFhAC0zZTEwMARMDAKAEYAAAP9Tsc96uhLT6czd4za5x0hBwAX39f3x0hIAEeWXHj0OQmno...

Procurar

mensagem

Responder | Eliminar | Arquivar | Lixo | Varrer | Mover para

[ES] Agradecimento pela submissão

Ent... 1463

RA Rute Abreu <egitaniasciencia@ipg.pt>
dom, 26/07/2020 12:33
Para: Você

Vânia Vânia Isabel Cid Carvalho,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito ""Quais são os cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros, que permitem minimizar as consequências da imobilidade em pessoas com imobilidade prolongada"" para a revista Egítania Sciencia. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando ligar-se ao sistema disponível em:

URL do Manuscrito:
http://egitaniasciencia2.ipg.pt/index.php/egitania_sciencia/author/submission/418
Nome de utilizador: vaniacarvalho

Em caso de dúvidas, entre em contacto através deste email.

Agradecemos mais uma vez considerar a nossa revista como meio de transmitir ao público o seu trabalho científico.

cs.com/click?DtokGnes0i_0amhK9mPPWwAAAMAEhFM_zmpoolUm1T-2T8diBirZP0i7bTNkfI6Ni81P0pNBRRZR1FAAAAAPOVlQAYQAQOAsAAAIABH12wNOWKFAAAAAABVUOQAVVNEAKAAWAKbGAAAAA



Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Anexo. 14: Certificado de participação das 1.^{as} Jornadas de Enfermagem de Reabilitação da Unidade Local de Saúde da Guarda Reabilitação em Neurologia, Orto traumatologia, Cardiorrespiratória e na Comunidade

Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.





Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

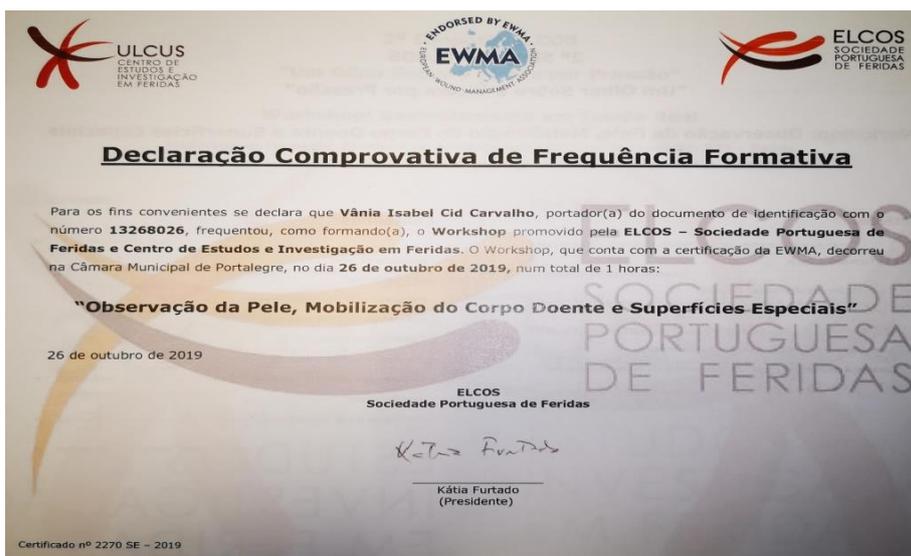
Anexo. 15: Certificado de participação: 2º Simpósio ELCOS “Um Olhar Sobre a Úlcera por Pressão”

E

Certificado de Participação: Workshop: “Desbridamento em Tecido Real”

Certificado de Participação Workshop: “Observação da Pele, Mobilização do Corpo Doente e Superfícies Especiais”

Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.





Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.

Anexo. 16 Certificado de Participação: II Jornadas Respiratórias do Norte Alentejano

E

Certificado de Participação: Workshop – Curso de Ventilação Não Invasiva

Intervenção sistematizada de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção das consequências da imobilidade: risco de compromisso da integridade cutânea e limitações da funcionalidade.



Certificado

A Comissão Organizadora das II Jornadas de Cuidados Respiratórios do Norte Alentejano, que se realizaram nos dias 23, 24 e 25 de Maio de 2019, no Centro Cultural de Campo Maior, certifica que:

Vânia Isabel Cid Cavalleiro

Esteve presente no Curso de Ventilação Não Invasiva com duração de 8h, como participante.

Presidentes das Jornadas
Sónia Batista
Alexandra Diz



Certificado

A Comissão Organizadora das II Jornadas de Cuidados Respiratórios do Norte Alentejano, que se realizaram nos dias 24 e 25 de Maio de 2019, no Centro Cultural de Campo Maior, certifica que:

Vânia Isabel Cid Cavalleiro

Esteve presente nas Jornadas, como participante.

Presidentes das Jornadas
Sónia Batista
Alexandra Diz