



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

***Ganhos no Autocuidado Andar – Um  
caminho para a Funcionalidade***

**Ana Margarida Cágado Abrantes**

Orientação: Professora Doutora Maria Gorete Mendonça  
dos Reis

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



**IPS** Instituto  
Politécnico de Setúbal

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

### ***Ganhos no Autocuidado Andar – Um caminho para a funcionalidade***

**Ana Margarida Cágado Abrantes**

Orientação: Professora Doutora Maria Gorete Mendonça  
dos Reis

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

**Ganhos no autocuidado andar – Um caminho para a Funcionalidade**

**Ana Margarida Cágado Abrantes**

**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, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal)

**Arguente:** Professor João Vitor da Silva Vieira

(Professor Adjunto, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja)

**Orientador:** Professora Doutora Maria Gorete Mendonça dos Reis

(Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora)

Data: 13 de outubro de 2020

*“Mesmo que já tenhas feito uma longa caminhada,  
Há sempre um novo caminho a fazer.”*

Santo Agostinho



## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos os que contribuíram para a realização deste Relatório e que de uma maneira ou outra tornaram possível a conclusão de mais uma etapa da minha vida académica e profissional.

À Prof. Dra. M<sup>a</sup> Gorete Reis, por toda a ajuda e disponibilidade.

À Enfermeira Especialista Florbela por todo o incentivo e por toda a paixão que tem pela Enfermagem de Reabilitação.

À minha família, por estar presente em todos os momentos.

## **RESUMO**

O presente relatório visa dar a conhecer um percurso formativo de desenvolvimento de competências de mestre e de especialista em enfermagem nomeadamente na área de reabilitação. Tendo por missão capacitar a pessoa na sua funcionalidade e integração na comunidade, o Enfermeiro Especialista Enfermagem de Reabilitação deve ser capaz de desenhar processos de cuidado complexos que respondam às necessidades da pessoa ao longo do ciclo vital.

É sabido que a mobilidade é de extrema importância para a funcionalidade. Associado a esta está o autocuidado andar, que dá ferramentas ao indivíduo para se auto cuidar, se movimentar e se relacionar com a comunidade e com os outros. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assume um papel importante na reabilitação da mobilidade, em todos os contextos da prática clínica. Realçamos o projeto de intervenção, entre as distintas atividades realizadas.

Considerando a problemática do autocuidado andar comprometido como um fator gerador de dependência, foi elaborado e implementado um plano de intervenção de cuidados de enfermagem de reabilitação para pessoas com autocuidado andar comprometido. Foram desenvolvidas competências para avaliação da funcionalidade e definição de diagnósticos com vista à funcionalidade e promoção da independência. A implementação do Plano Intervenção visou ganhos no equilíbrio, força muscular e no autocuidado andar, com conseqüente redução do nível de dependência.

**Palavra-chave:** Educação baseada em competências, Papel do profissional de Enfermagem, Reabilitação; autocuidado andar; Funcionalidade

## **ABSTRACT**

This report aims to show a training path for development of skills of master and specialist in nursing particular in the area of rehabilitation. With a great mission to empower the person in its functionality and integration in the community, the nurse must be able to design complex care processes that respond to needs of the person throughout the life cycle.

It is known that mobility is extremely important for functionality. Associated with this is self-care walking, which gives the individual tools to take care of themselves, move around and relate to community and others. The Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing assumes an important role in the rehabilitation of mobility, in all contexts of clinical practice. We highlight the intervention project, among the different activities carried out.

Considering the problem of self-care compromised walking as a factor that generates dependence, a rehabilitation nursing care intervention plan was developed and implemented for people with self-care compromised walking. Skills were developed to assess functionality and define diagnostics with a view to functionality and promoting Independence. The implementation of the IP aimed at gains in balance, muscle strength and self-care walking, with a consequent reduction in the level of dependence.

**Keyword:** Competency-based education, Role of the nursing professional, Rehabilitation, Self-care walking, Functionality



## **LISTA ABREVIATURAS/SIGLAS**

ACES – Agrupamento Centros Saúde

AIVDS – Atividades Instrumentais Vida Diárias

ARSA – Administração Regional Saúde Alentejo

AVC – Acidente vascular cerebral

AVDS – Atividades Vida Diárias

CI – Cuidador Informal

CIF – Classificação Internacional Funcionalidade

CIPE – Classificação Internacional Prática Enfermagem

CSP – Cuidados Saúde Primários

DGS – Direção Geral Saúde

DMNID – Diabetes Mellitus Não Insulino Dependente

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAM – Enfarte Agudo Miocárdio

ECCI – Equipa Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa Coordenação Local

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Reabilitação

ESSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

HDA – Hemorragia Digestiva Alta

HTA – Hipertensão arterial

ICC – Insuficiência cardíaca congestiva

INE – Instituto Nacional Estatística

IR – Insuficiência Renal

OCDE – Organização para a cooperação e desenvolvimento económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial Saúde

PI – Plano Intervenção

RNCCI – Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UCC – Unidade Cuidados Comunidade

## **INDICE GERAL**

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	18
<b>1. APRECIACÃO DO CONTEXTO</b> .....	20
1.1. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO.....	20
1.1.1. Centro de Saúde.....	20
1.1.2. Unidade de Cuidados Comunidade.....	21
1.1.3. A Pessoa em Contexto de Reabilitação Domiciliária .....	22
1.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO ALVO .....	24
1.2.1. Envelhecimento .....	25
1.3. CAPACIDADE FUNCIONAL .....	27
1.3.1. Mobilidade .....	28
1.4. AUTOUIDADO .....	29
1.5. AUTOUIDADO ANDAR .....	30
1.5.1. Défice do Autocuidado Andar .....	32
<b>2. QUADRO DE REFERÊNCIA TEÓRICO DE ENFERMAGEM</b> .....	35
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	37

<b>4. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL – ATIVIDADE MAJOR</b> ....	38
4.1. OBJETIVOS.....	38
4.2. METODOLOGIA.....	38
<b>4.2.1 Tipo de Plano de Intervenção</b> .....	39
<b>4.2.2. Participantes</b> .....	39
<b>4.2.3. Variáveis</b> .....	40
<b>4.2.4. Técnicas e Instrumentos de Recolha de Dados</b> .....	41
<b>4.2.5. Plano de Intervenção</b> .....	44
<b>4.2.6. Princípios Éticos e Deontológicos</b> .....	48
4.3. RESULTADOS .....	49
4.4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	62
<b>5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS</b> .....	67
5.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	67
5.2. COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....	71
5.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE .....	73
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	76
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	78

## **ÍNDICE FIGURAS**

Figura 1 – Ciclo Marcha .....	31
Figura 2 – Plano Intervenção, Focos e Variáveis .....	45

## **ÍNDICE GRÁFICOS**

Gráfico 1 – Avaliação Força Muscular .....	52
--	----

## **ÍNDICE TABELAS**

Tabela 1 – Variáveis .....	41
Tabela 2 – Plano Intervenção .....	47
Tabela 3 – Caracterização participantes .....	50
Tabela 4 – Avaliação Dependência .....	51
Tabela 5 – Avaliação Equilíbrio e Marcha .....	53
Tabela 6 – Avaliação Risco de Queda .....	54
Tabela 7 – Avaliação Autocuidado Levantar-se .....	55
Tabela 8 – Avaliação Autocuidado Transferir-se .....	56
Tabela 9 – Avaliação Autocuidado Andar .....	57
Tabela 10 – Avaliação Autocuidado Andar com Auxiliar Marcha .....	58
Tabela 11 – Evolução global participantes .....	59

## **APÊNDICES**

Apêndice I – Formulário Recolha de Dados

Apêndice II– Análise dos Dados Programa Informático Microsoft Office

Apêndice III – Documentos pedido autorização à Comissão de Ética da ARSA

Apêndice IV – Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice V – Norma Interna sobre Inaloterapia

Apêndice VI– Panfleto sobre Inaloterapia

Apêndice VII – Diapositivos da sessão de formação sobre Imobilidade na Universidade Sénior

Apêndice VIII – Revisão Integrativa da Literatura «Benefícios Programas Treino Motor para Idosos»



## **ANEXOS**

Anexo I – Instrumentos de Colheita de Dados

Anexo II – Autorização Comissão de Ética ARSA

## **INTRODUÇÃO**

No âmbito do Mestrado em Enfermagem, Ramo de especialização de Enfermagem de Reabilitação, curso em Associação das Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, foi realizado o presente Relatório. Pretende relatar o desenvolvimento, implementação e conclusões referentes ao projeto de intervenção profissional “Ganhos no autocuidado andar – um caminho para a funcionalidade”. O mesmo foi realizado durante o Estágio Final, compreendido entre 17 de setembro de 2019 e 13 de janeiro de 2020, numa UCC da ARS Alentejo, embora tenha recibo contributos da parte teórica do curso bem como do estágio anterior realizado no Centro Hospital de Setúbal – Hospital Santiago D’Outão que abordou a vertente ortopédica. A população abrangida por este serviço é tendencialmente idosa, uma vez que o nível de envelhecimento neste concelho é de 272.6%, necessitando de mais cuidados de enfermagem especializados, pretendendo-se mantê-la funcional pelo maior tempo possível.

Decidi abordar a temática subjacente ao autocuidado andar comprometido, uma vez que os indivíduos que exibem limitações a este nível são mais dependentes e apresentam maiores riscos, nomeadamente de quedas, imobilidade, isolamento social, necessitando de cuidados permanentes. Tendo por base as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento nº392/2019), refere que: cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo da vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades de cada um.

A independência de cada pessoa passa pela capacidade e pela vontade para desempenhar um conjunto de atividades que a realizam e dão mais força à sua autonomia. Uma das capacidades essenciais é a mobilidade que permite que nos desloquemos e realizemos desde as tarefas mais banais até às mais complexas. A capacidade para andar é essencial para a vida pessoal e a de relação. Nunca pensamos acerca da sua importância, uma vez que é inata e automática. Quando por algum motivo, ficamos inibidos de o fazer é que percebemos que

é um autocuidado essencial para a nossa funcionalidade e para a independência. São condições, hoje, essenciais para viver no próprio lar e na comunidade. A comorbidade é frequente e isso representa alterações na condição de saúde que devem ser geridas pela própria pessoa de forma independente ou com apoio de outros, quando houver défices na competência. As necessidades são muitas e a resposta é complexa. Nesse âmbito agem equipas de saúde às quais pertencem os enfermeiros de reabilitação.

Assim, o presente relatório tem como objetivos: Demonstrar a aquisição de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista, e em particular ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de Mestre em Enfermagem. Descrever e analisar as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação orientada aos utentes com défice na mobilidade, com especial atenção aos utentes com autocuidado andar comprometido, analisar a prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à luz do conhecimento atual e desenvolver espírito crítico e reflexivo relativamente à prática de cuidados especializados de enfermagem de Reabilitação. O desenvolvimento de competências recebeu contributos de um projeto em particular cujo foco foram as pessoas, utentes de uma Unidade de Cuidados na Comunidade com o andar comprometido. Partiu-se de uma avaliação inicial, identificaram-se diagnósticos, organizou-se o plano de cuidados com intervenções específicas, foi aplicado e avaliado. Os resultados foram confrontados com os de outros projetos de intervenção.

Este Relatório encontra-se estruturado por capítulos, sendo o primeiro a apreciação do contexto onde se desenvolveu o estágio final, o segundo faz referência ao modelo teórico de enfermagem utilizado, o terceiro revela os objetivos do estágio final, o quarto descreve o projeto de intervenção profissional, o quinto analisa de forma reflexiva as competências do Enfermeiro Especialista, Mestre e Especialista em Enfermagem de Reabilitação, seguindo-se uma breve conclusão e por final mencionam-se as referências bibliográficas.

O presente documento foi redigido de acordo com as normas do Instituto Politécnico de Portalegre, pelas normas APA.

## **1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO**

Neste capítulo pretende-se caracterizar o contexto em que decorreu o estágio final, a implementação do projeto de intervenção profissional, bem como uma análise à produção de cuidados e a população alvo.

### **1.1. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO**

A Unidade Curricular Estágio Final decorreu num Centro de Saúde da ARS Alentejo, na Unidade de Cuidados na Comunidade.

Em termos territoriais, o Alentejo é a maior região de Portugal, compreendendo uma área total de 31 551 km<sup>2</sup> (Comunidade Intermunicipal do Alentejo Central, 2014). O Alentejo Central corresponde a 7 228 551 km<sup>2</sup>, distribuído por 14 concelhos.

O concelho abordado apresenta uma área de 513,80 km<sup>2</sup>, sendo constituído por 9 freguesias.

Este concelho apresenta uma população residente de 12 975 habitantes e uma densidade populacional de 25,3 habitantes/km<sup>2</sup>, sendo predominante o género feminino. (Instituto Nacional de Estatística, 2018)

Como se vem verificando globalmente, o índice de longevidade é tendencialmente alto, sendo de 63%. Por sua vez, o índice de envelhecimento assenta nos 270% e índice de dependência dos idosos nos 49% (Instituto Nacional de Estatística, 2018).

#### **1.1.1. Centro de Saúde**

Neste concelho os serviços de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS) encontram-se sob a responsabilidade da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA). Relativamente aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), o Centro de Saúde

funciona no atual edifício desde maio de 1993. Integra o Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central (ACES), é constituído por um serviço de Urgência Básica, Unidade de Saúde Familiar, Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

### **1.1.2. Unidade de Cuidados Comunidade**

As Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis e em situações de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atuam, ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (SNS, 2019).

A UCC foi criada em dezembro de 2009. Tem a sua sede nas instalações do Centro de Saúde, e na comunidade desenvolve grande parte das suas ações (Conselho Local Ação Social de Estremoz, 2019). Funciona todos os dias do ano, nos dias uteis das 8h as 20h e nos fins de semana e feriados das 9h as 16h.

A UCC, implementa atividades de acordo com a estratégia orientadora dos três eixos de intervenção das UCC, que são o Plano Nacional de Saúde Escolar, os Cuidados Continuados (Equipa de Cuidados Continuados Integrados e Equipa de Coordenação Local) e a Intervenção na Comunidade (Rede Social, o Rendimento Social de Inserção, a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens e a Intervenção Precoce).

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) assegura a prestação de serviços domiciliários, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não se podem deslocar de forma autónoma do seu domicílio. A equipa, está integrada na RNCCI e tem resposta para 20 utentes do concelho (Conselho Local Ação Social de Estremoz, 2019).

A Equipa de Coordenação Local (ECL) tem como principais funções a avaliação e gestão de utentes para ingresso nas diferentes tipologias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e acompanhamento das Unidades e Equipas da Rede. (Conselho Local Ação Social de Estremoz, 2019).

A UCC participa, também, nos Projetos de Intervenção Comunitária, assegurando o Atelier de Saúde, na Academia Sénior, o projeto de Envelhecimento Ativo, o da Prevenção de Quedas e ainda integra a comemoração de efemérides.

A UCC é formada por uma equipa multidisciplinar, integrada por sete enfermeiras (sendo duas delas especialistas em Enfermagem de Reabilitação e duas Especialistas em Enfermagem Comunitária), uma administrativa, uma Fisioterapeuta, uma Psicóloga, uma Terapeuta da fala e dois terapeutas ocupacionais, uma nutricionista, duas técnicas de Serviço Social, bem como, o apoio de Medicina Geral e Familiar. Os profissionais da UCC de Estremoz encontram-se envolvidos simultaneamente em diversos projetos e áreas de atuação.

A UCC, localizada no edifício no Centro de Saúde, em termos físicos é constituída por: uma sala de formação, uma casa de banho, um vestiário, cinco gabinetes diferenciados (Saúde Escolar, ECL, ECCI, ECSCP e enfermeira coordenadora). Dispõe ainda, de uma sala de convívio e secretaria. No que diz respeito às deslocações exteriores a UCC dispõe de duas viaturas móveis.

### **1.1.3. A Pessoa em Contexto de Reabilitação Domiciliária**

Vogt, Gonçalves, & Silveira (2009) referem que é no domicílio o momento mais apropriado para a capacitação, sendo uma das forma de promoção da autonomia pessoal, sendo fulcral para o desenvolvimento de melhores condições de saúde, aumentando a sua participação no desenvolvimento e estratégias de saúde. Para que isto aconteça é essencial que exista uma capacitação dos cuidadores, de forma a promover a educação e autonomia dos doentes.

Em Portugal, os cuidados domiciliários ainda se encontram pouco desenvolvidos, os cuidados centram-se nas respostas hospitalares onde se encontram enfermarias lotadas com doentes envelhecidos, frágeis e com multipatologias. Estes doentes, na maioria dos casos, beneficiariam de melhores cuidados de saúde junto dos seus, no seu domicílio (Alves, 2016). Na transição dos cuidados hospitalares/comunidade, em muitas das vezes, existe perda de informação, sendo que na maior parte dos casos, a alta dos doentes não é preparada junto das comunidades e dos cuidadores. Estas barreiras comunicativas conduzem a erros ou falhas no acompanhamento de problemas que podem agravar e conduzir a reinternamentos hospitalares precocemente. (Qaddoura et al.,2015)

Hjelle et al. (2016) sugerem que as visitas domiciliárias frequentes permitem à pessoa estar num ambiente conhecido, com a sua família, beneficiando de bem-estar psicológico e na oportunidade de continuar a participar em atividades de lazer na comunidade. O ambiente familiar transmite segurança, essencial para recuperar a confiança na sua recuperação, adotando, assim, uma postura mais ativa.

Alves (2016) refere que o domicílio é o contexto prioritário para que o EEER possa fazer um diagnóstico adequado das necessidades da pessoa com necessidade de reabilitação, bem como para a implementação de terapêuticas e para a reestruturação dos novos papéis e para a capacitação do autocuidado.

Desenvolver intervenções de acordo com as necessidades da pessoa é um elemento decisivo na qualidade do sucesso da reabilitação. É necessário que o enfermeiro identifique, também as necessidades dos Cuidadores Informais de forma a ensinar estratégias de adaptação à realidade existente. As intervenções devem ser também preventivas e de educação para a saúde (Regadas & Marques, 2012)

Os enfermeiros são membros ativos das equipas de reabilitação (Mohammadi, 2008). Devem ter um papel participativo na preparação da alta e do regresso a casa, de forma a facilitarem os processos de transição, ajustados à pessoa dependente e ao seu núcleo familiar (Cardoso, Felizardo e Januário, 2012). Na orientação da prática de cuidados de enfermagem de reabilitação, os modelos de autocuidado e das transições revelam-se estruturantes e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional (Santos, 2019).

## **1.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO ALVO**

Tendencialmente a população abrangida pela UCC é uma população envelhecida, com muitas co-morbilidades associadas, estando muitas vezes em risco de isolamento social e de elevado risco de dependência.

De acordo com o Retrato da Saúde 2018, o envelhecimento da população tem reflexo no estado da saúde do país, com um aumento significativo de doenças crônicas e com um grande número de pessoas portadoras de múltiplas patologias que exigem uma maior complexidade de cuidados (Freitas, 2018). É no mesmo estudo que se traçam as principais comorbilidades associadas à população envelhecida, destacando-se a diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, obesidade e doenças oncológicas (SNS, 2018).

A ocorrência e permanência de consequências incapacitantes provenientes pelas comorbilidades, como são as limitações motoras, sensitivas, sensoriais, de compreensão e expressão dos pensamentos, pode modificar de forma acentuada a dinâmica da vida da Pessoa, tornando-a dependente dos seus familiares para os cuidados (Souza, Silva, Quirino, Neves & Moreira, 2014).

A dependência é contextualizada nos documentos da Comissão para Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, como a situação em que a pessoa se encontra, quer por falta de autonomia física, psíquica, intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária (Ministério da Segurança Social, 2019).

Por sua vez, o Relatório de monitorização da RNCCI (Administração Central do Sistema de Saúde, 2017), mostra que a dependência nas atividades da vida diária é o principal motivo apontado na referenciação (91%), na maior parte dos casos após internamento hospitalar, em todas as tipologias da rede, sendo os diagnósticos mais frequentes são doenças vasculares cerebrais e fraturas colo de fémur. A RNCCI veio dar resposta às necessidades dos cidadãos, orientando-os para a promoção da qualidade de vida, enfatizando a reabilitação e promoção



da autonomia, envolvendo os utentes e as famílias de forma ativa, neste processo (SNS, 2018).

### **1.2.1. Envelhecimento**

O envelhecimento populacional é um fenómeno universal, sendo notável o aumento da esperança média de vida apesar da redução da taxa de natalidade, que conduz consequentemente a uma população tendencialmente mais velha. (Campos, Ferreira, Vargas & Gonçalves, 2016). O fenómeno do envelhecimento é um dos grandes desafios de saúde pública atuais.

O índice de envelhecimento em Portugal tem aumentado exponencialmente, em 2001 era de 101,6% e em 2018 de 157,4%, sendo no Alentejo de 161,9% em 2001 e de 201,2 em 2018, sendo a região do país com maior índice de envelhecimento (PORDATA, 2019).

O processo de envelhecimento é um fenómeno natural e inevitável do ser humano. É difícil definir a transição para a velhice, uma vez que o envelhecimento está associado a uma série de alterações biológicas, psicológicas e sociais que ocorrem ao longo da vida. (Sequeira, 2010).

Rosa (2012), divide o processo de envelhecimento em dois grandes grupos, sendo eles: o cronológico e o biopsicológico. O primeiro diz respeito à soma dos dias, sendo progressivo, universal e obrigatório, é inerente ao processo de desenvolvimento do ser humano. Por sua vez, o segundo refere-se à forma como cada um vivencia o seu processo envelhecimento, sendo menos rígido e mais flexível.

Os fatores biológicos, genéticos e psicológicos de cada um influenciam a forma de envelhecer, bem como o aparecimento de doenças ao longo do ciclo vital, com maior incidência na pessoa idosa. O declive das funções cognitivas está associado também a fatores externos (ambientais, sociais e comportamentais). A sintonia destes fatores é responsável pelo aparecimento de doenças e incapacidade na pessoa idosa (Sequeira, 2010).

A atenção é uma capacidade cognitiva que se encontra alterada nos idosos, dado que o processo de envelhecimento promove um encurtamento das áreas cerebrais, como o córtex pré-frontal anterior, responsável pela manutenção da atenção, pela escolha das opções e estratégias comportamentais, desempenhando um papel importante nas funções executivas

(Hausdorff, Schwiger, Herman, Yogev, Seligmann & Giladi, 2008). Tal situação deve ser tida em atenção quando se prestam cuidados ao idoso.

O sistema músculo-esquelético é também afetado pelo passar dos anos. A massa muscular diminui, a força muscular dos músculos dos membros inferiores e tronco vão prejudicar o tempo de reação (Albino, Freitas, Teixeira, Gonçalves, Santos, A & Brós, 2012). A forma e a composição dos ossos também sofrem alterações, nomeadamente, a desmineralização do esqueleto e a diminuição da resistência muscular, aumentando a probabilidade de fratura nos ossos (Ostrowska et al, 2010). A força muscular, principalmente nos membros inferiores, também é afetada, ocorrendo a sua diminuição (Thomas & Hageman, 2003). Este fenómeno pode ser responsável por uma deterioração do estado emocional do individuo, promovendo sintomatologia depressiva ou isolamento social, bem como alterações do estado físico de saúde (Boechat, Manhães, Filho, 2012).

O controlo postural é o processo que gera padrões de atividade do sistema nervoso central para regular o relacionamento entre o centro de massa e a base de suporte (Shumway-Cook & Woollacott, 2003). O equilíbrio é um processo complexo que depende de uma interligação de fatores, como a visão, sensação vestibular e periférica, do sistema nervoso central, da força muscular e do tempo de resposta. Um declínio destas funções relacionado à idade conduz a alterações do equilíbrio, facto demonstrado pelo aumento de quedas em pessoas com mais de 65 anos (Overstall, 2003).

Distúrbios no equilíbrio e na marcha são fatores cruciais para a ocorrência de quedas, sendo a principal causa de acidentes nas populações mais envelhecidas (Ostrowska et al, 2010).

Para além de todos os fenómenos físicos inerentes às quedas, estas tem repercussões a nível psíquico e social. O individuo pode sentir medo de cair, conduzindo a uma perda de autoconfiança, ao isolamento social, maior dependência na realização das atividades de vida diárias (AVD's), limitação à atividade física, conduzindo a uma maior dependência de terceiros (Bernardini, Reis e Lopes, 2008; Carvalho, Pinto e Mota, 2007).

### 1.3. CAPACIDADE FUNCIONAL

A capacidade funcional dos indivíduos é definida como a capacidade fisiológica que cada um evidencia para o desempenho das atividades diárias, de forma segura e independente, sem níveis de fadiga acentuados (Gault & Willems, 2013).

A independência funcional é a capacidade que permite à pessoa realizar uma tarefa motora pelos seus próprios métodos (Chen, Lin e Yu, 2009). Esta capacidade está diretamente relacionada com a mobilidade, permitindo que a pessoa realize as suas rotinas diárias sem a ajuda de terceiras pessoas (Llano, Manz e Oliveira, 2006).

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), a funcionalidade ou capacidade funcional de um indivíduo num domínio específico é uma interação ou uma relação complexa entre a condição de saúde e fatores contextuais (ambientais e pessoais). Existe uma interação dinâmica entre estas entidades, pelo que uma intervenção num elemento pode, potencialmente, modificar um ou vários elementos (DGS & OMS, 2004).

A capacidade funcional pode ser definida como o potencial que os idosos apresentam para decidir e atuar sobre as suas vidas de forma independente no seu quotidiano (Fidler & Peres, 2008).

O declínio da capacidade funcional é um processo complexo e resultante de diversos fatores (Gault & Willems, 2013), tais como as alterações do sistema neuromuscular, como a deservação muscular, a atrofia e perda da seletividade de fibras musculares especialmente fibras do tipo II, predispondo à sarcopenia. A sarcopenia define-se como a diminuição de massa muscular combinada com uma perda de função muscular, isto é, diminuição ou perda de força (ZembrońŁacny, Dziubek, Rogowski, Skorupka & Dąbrowska, 2014) e redução da potência muscular. A este fator estão associados a ocorrência de quedas e co-morbilidades (Gault & Willems, 2013)

A perda da capacidade funcional é importante no processo de envelhecimento. Inicia-se o declínio das funções sociais avançadas (atividades laborais, participação em eventos culturais, desportivos, visitas a familiares e amigos), passando pela perda das atividades sociais de ligação entre o domicílio e a comunidade e numa fase mais avançada na perda das atividades de vida diárias, que envolvem a realização das tarefas diárias de cuidar do próprio corpo e da alimentação. (Verbrugge & Jette, 1994; Guralnik, 2009 cit in Virtuoso et al. 2016)

A avaliação da capacidade funcional é um dos grandes marcadores de saúde dos idosos e vem sendo relevante para a avaliação da saúde das populações envelhecidas. (Lima , Loyola & Matos, 2007).

A capacidade funcional é uma condição multifatorial, que sofre efeitos de fatores sociodemográficos, económicos, epidemiológicos e comportamentais. Condições de saúde, sexo, idade, escolaridade, nível socioeconómico, patologias crónicas e degenerativas, depressão, déficite cognitivo e quedas são fatores que tem vindo a ser associados ao declínio da capacidade funcional. (Lima, Barreto & Giatti. 2003; Ramos, 2003). Sabe-se que o equilíbrio e a mobilidade podem estar comprometidos nos idosos por uma série de fatores associados, tais como, doenças crónicas, polimedicação, distúrbios neuro sensoriais, entre outros, representando um fator de risco para as quedas (Nunes, Nakatani, Silveira, Bachion, Souza. 2010), desta forma o autocuidado andar também se encontra comprometido.

### **1.3.1. Mobilidade**

De uma perspetiva holística, o movimento abarca parâmetros físicos, cognitivos, psicológicos, sociais, políticos, temporais e ambientais. (Carinhas, Eusébio, Carvalho, Lopes, & Braga, 2013)

A Classificação Internacional Prática Enfermagem define movimento corporal como «processo no sistema músculo-esquelético: movimento espontâneo, voluntario ou involuntário, dos músculos e articulações». (ICN, 2001)

Pode-se dizer que a mobilidade funcional é uma forma utilizada pelo individuo para interagir com a família e a sociedade. É a habilidade para mover o seu corpo de forma competente e independente durante as tarefas quotidianas. (Kleiner, Ayres & Saraiva, 2008). Desta forma, a perda da mobilidade afeta de forma negativa a capacidade funcional da pessoa, com repercussões no convívio social, autoestima, bem-estar e qualidade de vida, podendo conduzir a sintomatologia depressiva (Nunes, 2008; Freitas el al, 2002).

As limitações da mobilidade e do sistema locomotor encontram-se associadas à ocorrência de quedas, fraturas de fémur, aumento da fragilidade, imobilidade e incapacidade, influenciando a capacidade funcional dos indivíduos (Runge & Hunter, 2006).

#### 1.4. AUTOCUIDADO

O autocuidado refere-se às atividades que as pessoas desenvolvem em função do seu benefício pessoal, saúde e bem-estar. É um comportamento pessoal, que influencia a saúde, em articulação com fatores ambientais, sociais, económicos, hereditários e relacionados com os serviços e organizações de saúde. Está diretamente relacionado com as habilidades, limitações, valores, regras culturais, sociais e científicas de cada um. Quando a pessoa tem capacidade para realizar o autocuidado de forma independente, deixa de ser agente passivo dos cuidados e diretrizes preconizadas. A Organização Mundial de Saúde, defende o incentivo do autocuidado, de forma a prevenir e tratar doenças, uma vez que este inclui a pessoa no seu processo de reabilitação, viabilizando a adesão terapêutica, minimizando complicações e incapacidades associadas ao processo de doença (Gomides, Villas-Bôas, Coelho & Pace, 2013).

De acordo com Hoeman (2011) a dependência no autocuidado consiste na incapacidade dos doentes para realizar as suas atividades do dia a dia, incluindo o lavar-se, arranjar-se, transferir-se, usar o sanitário, tomar banho, vestir-se e e andar com auxiliares de marcha.

Hesbeen (2003) salienta que a reabilitação tem com propósito tornar as pessoas afetadas por uma incapacidade ou uma deficiência, o mais independente possível na sua vida quotidiana, procurando a sua independência, ou seja, capacitados para a realização do seu autocuidado.

## 1.5. AUTOCUIDADO ANDAR

O termo andar, de acordo com a classificação Internacional da Funcionalidade incapacidade e saúde (CIF), refere-se a mover-se de pé sobre uma superfície, passo a passo, de modo que um pé esteja sempre no chão, como quando a pessoa passeia, caminha lentamente, anda para a frente, para trás ou para o lado (Organização Mundial de Saúde & Direção Geral da Saúde, 2004).

O andar é uma habilidade física com um conceito objetivo, mas a abordagem realizada pelo EEER a este autocuidado comprometido é complexa e deve ter em conta as características pessoais e estar centrada no desenvolvimento de competências necessárias para a realização do autocuidado (Menoita et. al., 2012)

A marcha ou o andar humano é um tipo de locomoção que se define como uma habilidade inata e primordial para a pessoa, possibilitando autonomia e independência e é considerada como a função mais desejada pelo ser humano (Peças, 2016). Quanto mais cedo é superada a incapacidade para o andar, mais rápido recupera a independência para as outras atividades de vida com conseqüente redução dos custos e da necessidade de requerer um cuidador (Viera & Caldas, 2017).

O andar é uma resposta humana complexa que merece especial atenção por parte do enfermeiro, uma vez que apresenta uma importância efetiva pela possibilidade de explorar recursos e estratégias de avaliação e por permitir ao enfermeiro um planeamento adequado de intervenções (Herdman & Kamitsuru, 2014)

O andar é uma atividade da vida diária, bastante complexa, que envolve a participação do sistema nervoso, do sistema músculo-esquelético e aparelho cardiorrespiratório. O modo de andar altera-se de pessoa para pessoa, sendo influenciado pela idade, personalidade e humor (Huber & Wells, 2009; Pirker & Katzenschlager, 2016).

Andar é um dos movimentos mais frequentes e que tem por base a simetria corporal, o equilíbrio e a estabilidade postural. (Lenard et al. 2015 cit in Sousa e Vieira, 2017)

Desta forma, para que exista andar eficaz é necessário que a pessoa apresente equilíbrio mantido e força muscular mantida. O equilíbrio é a capacidade de manter a posição do corpo sobre uma base de apoio, seja estática ou móvel (Almeida, Veras e Doimo, 2010).

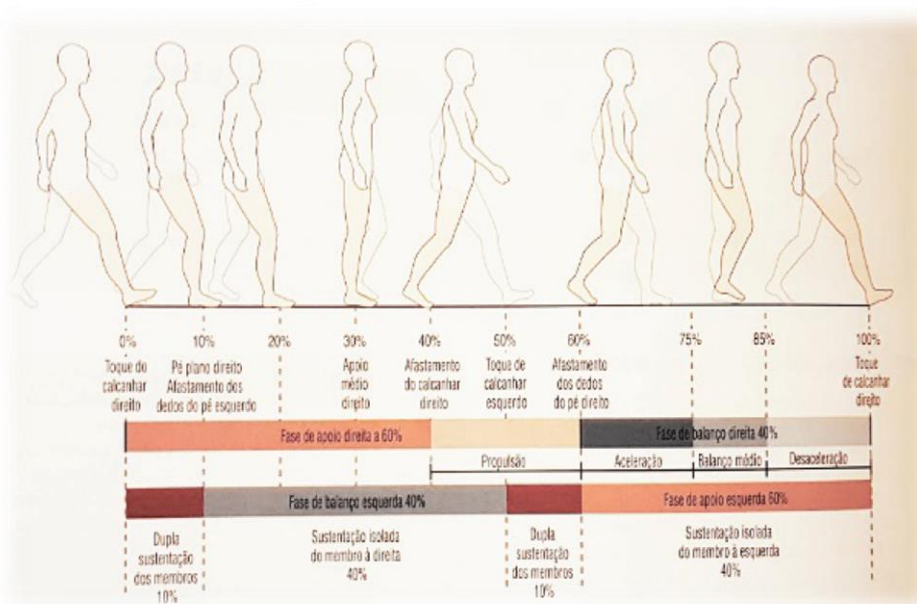
Desenvolve-se in útero, estabilizando entre os seis e os dez anos da criança, apresentando estabilidade postural semelhante à idade adulta. (Hubber e Wells, 2006).

Distinguem dois tipos de equilíbrio: o estático e o dinâmico sendo que o primeiro assenta na capacidade de controlar a oscilação postural na posição imóvel. Por sua vez, o equilíbrio dinâmico consiste na manutenção da postura corporal correta numa situação de movimento Hubber e Wells (2006). Fatores condicionantes do equilíbrio são défices de força, amplitude de movimento, propriocepção, visão, função vestibular ou capacidade aeróbia (Huber e Wells, 2006).

Outro fator bastante importante no equilíbrio é a capacidade cognitiva, num indivíduo distraído ou com o processo cognitivo comprometido, como nos idosos ou nas pessoas portadoras de deficiências, a capacidade de resposta à manutenção do equilíbrio, não ocorre atempadamente (Hubber e Wells, 2006).

De forma a que a pessoa apresente um andar eficaz, é necessário que o ciclo da marcha se desenvolva de forma correta. O ciclo da marcha é caracterizado como um padrão repetitivo, um padrão cíclico de ajustamento dos músculos e articulações do corpo, ao caminhar-se define-se o ciclo da marcha (Musculino, 2008)

Figura 1 – Ciclo da Marcha



Fonte Musculino, 2008

O ciclo da marcha completo divide-se em diversas fases, sendo elas (Musculino, 2008):

- Fase de apoio: inicia-se quando o calcanhar toca o chão e termina com o afastamento dos dedos. Tem uma duração entre 51% a 60% do ciclo da marcha, ocorrendo o impulso. Aqui, os pés estão em contacto com o solo.
- Fase de balanço: dá-se início quando com o afastamento dos dedos e termina com o toque do calcanhar no solo. Tem uma duração entre 38% e 40% do ciclo da marcha e é aqui que se dá o avanço do membro.

As fases apresentadas anteriormente dividem-se em subfases (figura 1). O ciclo da marcha é constituído por oito acontecimentos, cinco acontecem na fase de apoio, onde estão incluídos o apoio do calcanhar, apoio da planta do pé, apoio médio, afastamento do calcanhar, afastamento dos dedos, e os restantes ocorrem na fase de balanço que se constitui pela aceleração, balanço médio e desaceleração (Musculino, 2008).

### **1.5.1. Défice do Autocuidado Andar**

Petronilho, Magalhães, Machado e Vieira, (2007) referem que a pessoa após um evento crítico apresenta um grau de incapacidade funcional, tornando-o dependente em grau elevado nos autocuidados transferir-se e andar.

As causas dos distúrbios da marcha incluem deficiências sensoriais ou motoras, distúrbios psiquiátricos, problemas ortopédicos (osteoartrite e deformidades esqueléticas), condições médicas (insuficiência cardíaca, insuficiência respiratória, doença arterial oclusiva e periférica e a obesidade; doenças neurológicas). Na velhice, os distúrbios da marcha podem incluir a função proprioceptiva na polineuropatia, visão deficiente, distúrbio da marcha frontal associado à encefalopatia vascular, osteoartrite dos quadris ou joelhos e processos demenciais que podem conduzir a uma diminuição da função cognitiva (Pirker & Katzenschlager, 2016).

Hoeman refere outras causas para o andar comprometido como «fraqueza muscular, paralisia, descoordenação, movimentos involuntários, fratura de um membro, falta de conhecimento, medo e dependência e relativamente aos membros inferiores, conhecimento



insuficiente sobre próteses, não adesão ao programa terapêutico, falta de apoio por familiares, fundos insuficientes ou falta de transporte para dar continuidade ao tratamento» (Hoeman, 2011, p. 268).

Défices no autocuidado andar conduzem a situações de imobilidade, sendo esta prejudicial para o indivíduo. Na primeira semana de repouso no leito, verifica-se uma redução significativa da massa muscular e da densidade óssea. Os restantes sistemas orgânicos também apresentam repercussões, tais como diminuição da capacidade respiratória, maior predisposição para a obstipação e incontinência, alterações metabólicas, da sensibilidade, maior predisposição para o aparecimento de úlceras por pressão, entre outros. (Parry e Pulheuchery, 2015). Uma atuação precoce nestas situações, reduz os efeitos negativos da imobilidade.

A incapacidade para andar, pode acontecer nas diferentes fases da vida, deixando a pessoa em circunstâncias de vulnerabilidade devido ao compromisso da sua independência (Marques – Vieira et al., 2016). Na população envelhecida o diagnóstico de enfermagem «andar comprometido» surge com bastante frequência e torna a pessoa mais propícia à ocorrência de quedas (Tavares & Dias, 2012; Marques – Vieira, Sousa, Carias & Caldeira, 2015).

A pessoa com alterações na marcha pode determinar a retoma, ou não, dos seus papéis sociais (Kim, Choi, Lee & Song, 2015)

Ao melhorar a capacidade para andar existem ganhos ao nível da independência, da participação na sociedade, na qualidade de vida e da redução dos custos associados aos cuidados de saúde (Kim et al. 2015). Quanto mais rapidamente a pessoa recuperar a incapacidade na marcha, mais depressa recupera a independência para outras atividades de vida (Baixinho, 2008).

A abordagem realizada pelo EEER deve ser centrada no desenvolvimento de competências necessárias para voltar a desempenhar o autocuidado. O planeamento das intervenções de enfermagem deve ser negociado com a pessoa e com a família, bem como tidos em conta os hábitos e os valores pessoais (Hoeman, 2011).

É de extrema importância que antes de se iniciar o treino de marcha sejam definidas metas realistas com a pessoa. As condições de segurança também devem ser avaliadas, de forma a eliminar possíveis obstáculos e que os pontos de repouso sejam definidos, para que

em caso de necessidade, exista essa possibilidade (Carinhas et al. 2013). Não devem ser descuidadas as barreiras arquitetônicas, evitar tapetes, chão molhado, encerado (Leal, 2001), o calçado deve ser adequado, confortável e com sola antiderrapante (Kuhirunyaratn, Prasomrak & Jindawong, 2013).

O encorajamento e o reforço positivo devem estar presentes durante todo o processo de reabilitação, valorizando-se as conquistas de forma a avançar no treino do andar. Deve existir reforço dos progressos e o desafio de autossuperação, tendo sempre em mente os limites de cada indivíduo (Martins, 2002).

A evidência científica atual refere que o treino será mais eficiente, quanto mais oportunidades surgirem para o realizar ao longo do dia. A repetição da tarefa pode conceder à pessoa aquisição de capacidades. É mais benéfico um treino de curta duração repartido várias vezes ao longo do dia do que um treino prolongado apenas uma vez ao dia (Martins, 2002).

Relacionando a temática, o trabalho desenvolvido e as pesquisas do conhecimento atual, pretende-se que os efeitos positivos do autocuidado andar sejam a longo prazo com repercussões na independência funcional e na autonomia do indivíduo, quer a nível pessoal, quer à sua reinserção em contextos sociais. São vários os autores que estudaram o autocuidado andar e os benefícios dos programas de treino motor para a capacidade funcional dos idosos, tais como Mansfield, Wong, Bryce, Knorr, & Patterson (2015) comprovam na sua revisão sistemática da literatura, em que comprovam a eficácia do treino de equilíbrio na diminuição do risco de quedas em pessoas idosas, Albino et al. (2012) aplicaram um programa de treino motor de forma a melhorar o equilíbrio, gerando ganhos em todos os autocuidados que este afeta, como é o andar. EEER demonstram em projetos semelhantes ao apresentado, a eficácia dos programas de Enfermagem de Reabilitação no domicílio, evidenciando os ganhos na alteração da mobilidade na pessoa idoso. Em 2018, Ribeiro mostrou a importância dos programas de enfermagem de reabilitação para a independência funcional dos idosos; em 2019 Gomes comprova a eficácia na prevenção de quedas em idosos no domicílio. Múltiplos estudos apontam o autocuidado andar como fator a manutenção de uma saúde mental equilibrada (Prohaska et al. 2009).

## 2. QUADRO DE REFERÊNCIA TEÓRICO DE ENFERMAGEM

Instituir uma enfermagem baseada na evidência e não em tradição é, necessário para ir ao encontro da obrigação e responsabilidade social da profissão, e para manter e aumenta a credibilidade entre as outras disciplinas da saúde. Para além de que uma Enfermagem baseada no conhecimento, influencia as políticas de saúde (Rafael, 2000).

De acordo com Person et. al (2010), as práticas em saúde baseadas na evidência resultam de processos de melhoria continua que suscitam interrogações, preocupações ou interesses a partir da identificação das necessidades globais de saúde. Estas necessidades orientam-se de forma a gerar conhecimento e evidência científica de qualidade que eficaz e adequadamente responda às necessidades de forma exequível e significativa para as populações, culturas e contextos. (Pereira, Cardoso e Martins, 2014)

A teórica escolhida para a fundamentação desta temática foi Dorothea Orem com a sua Teoria do Autocuidado. Esta escolha surgiu na medida em que existe uma forte correlação entre a mobilidade e a realização do autocuidado, sendo este último essencial na saúde das pessoas. (Petronilho, 2012)

Tal como o próprio nome indica é uma Teoria que tem como base o autocuidado. Orem em 1995, define o autocuidado como a realização de atividades em seu próprio benefício, de forma a conservar a vida, a saúde e o bem-estar pessoal. São tarefas diárias necessárias ao seu funcionamento e desenvolvimento. Estão intimamente relacionadas com habilidades, limitações, valores e regras científicas e culturais do próprio ou de quem executa o autocuidado.

A limitação na mobilidade altera a forma como o individuo experiencia o processo do autocuidado, afetando a sua vida, saúde e bem-estar.

Esta teoria defende um autocuidado universal, uma vez que não se restringe apenas as AVDS e as AIVD (Queirós, Vidinha & Filho, 2014).

É composta por três estruturas teóricas relacionadas entre si:

- Teoria do Autocuidado: Descreve a forma como as pessoas se cuidam. Permite compreender as condições e as limitações da ação das pessoas, podendo beneficiar com a atuação da equipa de enfermagem, sempre com o cuidado de manter o equilíbrio entre o excesso e a

escassez de cuidado, de forma a que sempre que possível, seja o próprio a cuidar-se (Queirós, Vidinha & Filho, 2014).

- Teoria do Défice do Autocuidado: descreve e explica a razão das pessoas poderem ser ajudadas pela Enfermagem. Foca-se na necessidade de cuidados de enfermagem, estando dependentes da maturidade de cada um, das suas limitações de ações. Percebendo sempre qual o papel do próprio no autocuidado, orientando as intervenções de enfermagem que o auxiliam. (Queirós, Vidinha & Filho, 2014)

- Teoria dos Sistemas de Enfermagem: descreve e explica as relações que se têm que criar e manter de modo a que se produza enfermagem. Afirma que a enfermagem é uma ação humana, pois os sistemas de ação são criados e produzidos por enfermeiros, de acordo com o exercício da sua prática com pessoas que apresentam limitações do autocuidado. (Queirós, Vidinha & Filho, 2014)

Esta teoria inclui vários conceitos, autocuidado, atividade do autocuidado e a exigência terapêutica do autocuidado. O autocuidado é a função humana reguladora que pode ser desempenhado pelo próprio ou por alguém que o faça, sempre visando a continuidade da vida, da saúde e do bem-estar. A Teoria do autocuidado de Orem possui três requisitos sendo eles: universalidade, desenvolvimento e desvio de saúde. São os objetivos a alcançar por meio das ações de autocuidado desempenhadas pelos próprios ou por terceiros. Em suma, constituem os grupos de necessidades identificados por Dorothea Orem (Queirós, Vidinha & Filho, 2014).

Foi esta teoria escolhida como suporte à produção deste relatório, uma vez que promove o envolvimento na pessoa na sua reabilitação, potenciando as suas capacidades de autocuidado e autonomia.

A pessoa encontra-se em contexto de reabilitação domiciliária pelo que o próprio e o seu cuidador são instruídos a participarem ativamente no seu processo de reabilitação, o próprio é o agente principal do seu processo de reabilitação, o Enfermeiro potencia as suas capacidades, instruindo o próprio e o seu cuidador criando um sistema de Enfermagem essencial ao processo de Reabilitação.

### **3. OBJETIVOS**

Fortin (2009), define que o objetivo de estudo deve indicar de forma clara e límpida qual o caminho que o investigador percorre.

Marconi & Lakatos (2003) referem que os objetivos gerais se prendem com uma visão global e abrangente do tema.

A contextualização anterior ocorreu no âmbito do estágio final cujos objetivos, foram: avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da mobilidade e à maximização autonomia e da qualidade de vida; Diagnosticar, planear, executar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com problemas neurológicos, capacitar a pessoa com incapacidade, limitação e/ou restrição da participação para a reinserção do exercício da cidadania; desenvolver programas de treino de AVDs e de ajudas técnicas; gerir os cuidados e projeto otimizando a resposta no seio da equipa de enfermagem em articulação com a equipa multiprofissional e, por fim produzir dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

No projeto de intervenção profissional, definiram-se objetivos específicos relacionados com o público alvo que no caso versou o auto-cuidado andar e os fatores que o constituem. A sua finalidade foi identificar ganhos no auto-cuidado andar pelo que o denominamos de *«Ganhos no auto-cuidado andar, um caminho para a funcionalidade»*.

#### **4. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL – ATIVIDADE MAJOR**

O Projeto «*Ganhos no Auto-Cuidado Andar – Um Caminho para a Funcionalidade*», enquadra-se na linha de investigação: «Necessidades em Cuidados de Enfermagem em populações específicas» - Utentes em Contexto Comunitário. A sua implementação ocorre numa Unidade de Cuidados na Comunidade de um Centro de Saúde.

##### **4.1. OBJETIVOS**

O Projeto de Intervenção Profissional de *Ganhos no Autocuidado Andar – Um caminho para a funcionalidade*, tem como objetivo principal:

- Identificar os ganhos de um programa de enfermagem de reabilitação em pessoas com o autocuidado andar comprometido

Da mesma forma, definiram-se como objetivos específicos: Aumentar a força muscular; Melhorar equilíbrio corporal; Melhorar o autocuidado; Reduzir risco quedas e Melhorar a capacidade para o andar

##### **4.2. METODOLOGIA**

Pretendeu-se encontrar estratégias para aumentar o conhecimento na área do autocuidado andar e explicar todas as etapas de desenvolvimento do processo. O plano de intervenção escolhido explica detalhadamente todo o percurso desde a avaliação inicial, à implementação e avaliação final do projeto desenvolvido no Estágio Final.

#### **4.2.1 Tipo de Plano de Intervenção**

O presente estudo, projeto de intervenção, tem uma perspetiva descritiva, uma vez que descreve um fenómeno através de uma observação estruturada. Os estudos descritivos procuram descrever as características de uma população alvo, com o objetivo de aumentar os conhecimentos e as dimensões de um problema (Vilelas, 2017).

O estudo descritivo pretende discriminar os fatores determinantes ou conceitos que possam estar associados ao fenómeno em estudo. Procura relacionar os conceitos de forma a tentar traçar um perfil geral do fenómeno (Fortin, 2009).

O estudo de caso descritivo – estudos de caso, consiste numa investigação aprofundada de um grupo. É útil para explicar relações de causalidade entre evolução de um fenómeno e uma intervenção. Pode ter duas aplicações, servir para aumentar o conhecimento ou para estudar o efeito de uma mudança no grupo (Fortin, 2009). Neste caso particular, o estudo descritivo- estudos de caso, foi baseado na metodologia do processo de enfermagem.

De acordo com Fortin (2009), o Projeto de Intervenção é de natureza transversal, visto que decorre num período delimitado de tempo, que no caso presente 17 de setembro de 2019 a 13 de janeiro de 2020.

#### **4.2.2. Participantes**

Estão incluídos no projeto todos os utentes internados na UCC de 17/09/2019 a 13/01/2020, que estavam orientados no espaço, tempo e pessoa, com capacidade de aprendizagem e que aceitaram participar, após devida informação sobre a sua finalidade. É também critério de inclusão diagnóstico, segundo a linguagem CIPE, autocuidado andar dependente, em grau reduzido, moderado e elevado; ter equilíbrio comprometido, em grau reduzido, moderado e elevado; e movimento muscular comprometido, em grau reduzido, moderado e elevado. São excluídos todos os utentes que se encontrem desorientados no espaço, tempo e pessoa e sem potencial para melhorar com o plano.

O processo de seleção foi intencional, sendo os utentes que cumpriram os critérios de inclusão e que aceitaram participar.

A natureza das condições de saúde que afetam a funcionalidade dos utentes são elas também de evolução lenta. Como a intervenção é do domicílio do utente, e como a equipa é multidisciplinar, o processo sofre a influência de fatores do contexto que condicionam o plano de intervenção.

De acordo com o local escolhido para a realização do projeto e tendo presentes as condições específicas do contexto foram selecionados 5 participantes para o projeto.

Os participantes foram selecionados a partir dos utentes que requerem cuidados de enfermagem de reabilitação admitidos na ECCI. A enfermeira supervisora avaliou essa necessidade e juntamente com a estudante traçaram objetivos de reabilitação para cada utente. Quando estes reuniam critérios necessários para a inclusão no projeto, eram a partir desse momento potenciais participantes. A partir daí desenrolaram-se vários momentos até que se começou a intervir diretamente com os utentes, sendo eles:

- 1º Momento: O supervisor clínico fez o primeiro contacto. Explicou oralmente ao participante o projeto de intervenção de enfermagem de reabilitação, sem a presença do enfermeiro mestrando (para que não se sentisse influenciado) e entregou o consentimento informado para que pudesse ser lido com atenção.
- 2º Momento: o participante só respondeu no contacto posterior. O consentimento livre e esclarecido foi realizado por escrito após a explicação oral.
- 3º Momento: após a aceitação, o investigador deu início ao plano de intervenção. Foi realizado no domicílio do participante, sempre com a presença do enfermeiro supervisor. A presença deste minimizou efeitos não esperados, bem como o planeamento e a avaliação prévia. Caso surgisse alguma intercorrência que não fosse passível de ser tratada no domicílio, os participantes seriam encaminhados para o recurso mais adequado.

### **4.2.3. Variáveis**

Fortin (2009), refere que as variáveis são qualidades ou características às quais se atribuem valores.

As variáveis neste projeto são: idade, género, estado de saúde (antecedentes pessoais, presença de tonturas, forma como o indivíduo experiencia a sua condição de saúde,



motivação), grau de escolaridade, bem como as necessárias para o autocuidado andar se desenvolver de uma forma eficiente, sendo elas: orientação, o equilíbrio, a força muscular, mobilidade articular, alterações da sensibilidade, a marcha e o desempenho das atividades de vida diária

#### 4.2.4. Técnicas e Instrumentos de Recolha de Dados

O Projeto de Intervenção Profissional pretende gerar ganhos no autocuidado andar, concedendo aos participantes uma maior funcionalidade. Assim, é estritamente necessário que todo o seu desenvolvimento seja rigorosamente monitorizado, ajustando o plano de ação, registando as intervenções e os resultados obtidos.

O recurso usado para a recolha de dados foi o SClínico, aplicativo que tem alocados para os registos de enfermagem e outros instrumentos de avaliação, tais como: Escala de Barthel, Índice de Tinetti, Índice de Lower e Escala de Risco de Queda de Morse e itens de Observação/ Avaliação Direta (Anexo I).

Variável	Instrumento de Avaliação
<b>Autocuidado (Desempenho de AVD)</b>	Índice de Barthel
<b>Equilíbrio/Marcha</b>	índice de Tinetti
<b>Força muscular</b>	Escala de Lower
<b>Risco de queda</b>	Escala de Quedas de Morse
<b>Levantar-se</b>	Escala do Aplicativo SClínico
<b>Transferir-se</b>	Escala do Aplicativo Sclínico
<b>Andar</b>	Escala do Aplicativo Sclínico
<b>Andar com auxiliar de Marcha</b>	Escala do Aplicativo Sclínico

Tabela 1 – Variáveis

*Fonte A própria*

De forma a compilar toda a informação necessária foi criado um formulário (Apêndice I) onde se recolheram os dados de caracterização sociodemográfica do participante, dados sobre o seu estado clínico de saúde, e ainda se incluíram as escalas necessárias para avaliar as variáveis em estudo.

Assim, de forma a explicitar os instrumentos de recolha de dados utilizados, proceder-se-á à descrição das escalas utilizadas:

- Índice de Barthel, (Mahoney e Barthel, 1965) é um instrumento de fácil perceção e execução, encontrando-se traduzido e adaptado para a língua portuguesa, está validado e apresenta resultados fiáveis e consistentes (Menoita, 2012). O Índice de Barthel avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez atividades básicas de vida diária: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo dos esfíncteres, deambular, transferir da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Sequeira, 2007). Cada atividade apresenta entre dois a quatro posições que correspondem a desempenhos distintos, em que zero corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos, de acordo o número de itens de cada atividade (Sequeira, 2007). O somatório final permite identificar níveis de dependência. O score pode variar entre 0 a 100, sendo que 90-100 Independente, 60-90 Ligeiramente Dependente; 40-55 Dependência Moderada, 20-35 severamente dependente e menor que 20 Totalmente dependente. (Sequeira, 2007).
- Índice de Tinetti: (Tinetti, Williams e Mayewski, 1986) Foi validade para a população portuguesa em 2002 por Petiz, ( Apóstolo, 2012) . Avalia o equilíbrio de um individuo em dezasseis situações distintas, deteta alterações na marcha, diagnostica e quantifica a gravidade do compromisso e pode prever o risco de queda. Tem 16 Itens, os primeiros nove referem-se ao equilíbrio estático e os restantes ao dinâmico. Avalia a marcha em relação à velocidade, distância, simetria do passo, equilíbrio sentado e em pé e o girar. A pontuação atribuída a cada item varia de 0 a 1 ou de 0 a 2, sendo sempre o valor mais baixo uma menor habilidade física. A pontuação total é de 28 pontos, sendo a soma da pontuação do equilíbrio corporal e da marcha, sendo a posição máxima do primeiro é 16 e do segundo 12 pontos (Silva et al., 2007)

- Escala de Lower (Lower, 1993): avalia a força muscular, com valores de 1 a 5, sendo o 1/5 a ausência de contração da força muscular e o 5/5 a força muscular mantida ou normal, sendo esta avaliada segmento a segmento corporal. (Rios, 2014)
- A escala de Risco de Queda de Morse (Morse, 1989): avalia as pessoas com risco de queda, de forma a que sejam implementadas estratégias preventivas (Morse, 2009). A Escala de Risco de Queda de Morse é constituída por seis itens: antecedentes de queda, diagnóstico secundário, apoio na deambulação, terapia endovenosa em perfusão, tipo de marcha e percepção mental/estado mental. A soma das pontuações obtidas em cada um dos itens resulta num score, que indica o risco de queda, sendo classificado como: 0 – 24 pontos, baixo risco de queda; 25-44, risco moderado de queda,  $\geq 45$ , alto risco de queda. Apesar de ser uma escala utilizada internacionalmente, incluindo Portugal, ainda não se encontra validade para a população portuguesa, encontrando-se a validação em curso pela DGS (DGS, 2019).
- Escalas do Sclinico: O Sclinico é um sistema de informação clínica desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde a partir de duas aplicações anteriores: o sistema de apoio ao médico e o sistema de apoio à prática de Enfermagem. Tem uma aplicação única e comum a todos os prestadores de cuidados de saúde, com o intuito de maior uniformização dos registos clínicos. Permite a partilha de informação pela equipa multidisciplinar, com vista a um aumento eficácia e eficiência dos profissionais de saúde (Pinheiro, 2018). Utiliza a linguagem CIPE. Foram utilizadas as escalas relativas ao andar, ao levantar-se e ao transferir-se. O aplicativo gera scores de acordo com o grau de dependência do utente. Quanto mais elevado for o score, maior é o grau de dependência do utente.
  - Levantar-se: avalia a capacidade para erguer-se da posição horizontal, mover o corpo na direção do bordo da cama e ficar sentado com equilíbrio e colocar-se na posição vertical com equilíbrio e preparado para andar. A pontuação vai de 0 a 6, sabendo que 0 corresponde a levantar-se sem compromisso e 6 corresponde a levantar-se dependente em grau elevado.
  - Transferir-se: avalia a capacidade para se erguer da posição horizontal, para mover o corpo em direção ao bordo da cama e ficar sentado com equilíbrio,

deslocar-se da cama para a cadeira e sentar-se na cadeira e posicionar-se de forma segura e confortável. A pontuação vai de 0 a 8, sabendo que 0 corresponde a transferir-se sem compromisso e 8 corresponde a transferir-se dependente em grau elevado.

- Andar: avalia a capacidade para colocar-se na posição vertical e sustentar o corpo com equilíbrio, mover-se com marcha eficaz, subir e descer degraus de forma eficaz, andar em aclives e declives de forma eficaz, percorrer pequenas distâncias dentro do quarto, percorrer distâncias moderadas (ex. corredor, sala, wc). A pontuação vai de 0 a 18, sabendo que 0 corresponde a andar sem compromisso e 18 corresponde a andar dependente em grau elevado.
- Andar com auxiliar de marcha: avalia a capacidade para andar com andar com auxiliar de marcha eficaz com estabilidade postural, alternância coordenada dos pés e um sistema de alavanca adequado. A pontuação vai de 0 a 1, sabendo que 0 corresponde a andar com auxiliar de marcha sem compromisso e 1 corresponde a andar com auxiliar de marcha dependente em grau elevado

Os dados recolhidos foram analisados e tratados com o Microsoft Excel –Microsoft Office 2016 (Apêndice II).

Para posterior análise e tratamento de dados, os participantes foram codificados, com um número, ficando identificados como: Participante 1, Participante 2, Participante 3, Participante 4 e Participante 5.

#### **4.2.5. Plano de Intervenção**

Cabe aos Enfermeiros Especialistas Enfermagem Reabilitação na comunidade adequar estratégias de saúde para que viver mais tempo, não seja sinónimo de viver mais dependente. É nesta linha de pensamento que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação são fulcrais nas Unidades de cuidados na comunidade, de forma a

implementarem estratégias que mantenham/adaptem as capacidades funcionais dos indivíduos durante todo o seu ciclo vital.

O plano de intervenção teve por base a realidade das UCC, os utentes, população e a disponibilidade de recursos, já que a ação aconteceu na casa das pessoas. Teve também em atenção o envolvimento dos cuidadores informais por serem uma interface entre os utentes e a equipa de saúde. A ação educativa e a capacitação daqueles foi um elemento integrante do plano.

Com base na linguagem CIPE, o plano de intervenção contemplou os focos andar comprometido, andar com auxiliar de marcha comprometido. Para os focos, foram delineadas variáveis possíveis de serem avaliadas, através de critérios sustentados no padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de reabilitação (OE, 2015). Surgem então a variável equilíbrio corporal, movimento muscular, levantar-se e transferir-se.

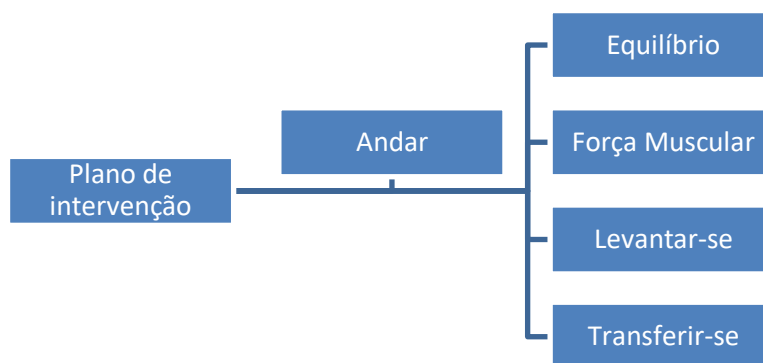


Fig. 2, Plano de Intervenção, Focos e Variáveis

Fonte: A própria

Os critérios de inclusão para pertencer ao estudo foram: estar internado na UCC de 17/09/2019 a 30/01/2020, orientados no espaço, tempo e pessoa, com capacidade de aprendizagem, que aceitaram participar ativamente no estudo, após devida informação sobre a sua finalidade. Apresentar diagnóstico, segundo a linguagem CIPE, autocuidado andar

dependente (em grau reduzido, moderado e elevado), equilíbrio comprometido (em grau reduzido, moderado e elevado) e movimento muscular comprometido (em grau reduzido, moderado e elevado).

Foram excluídos todos os participantes que se encontravam desorientados no espaço, tempo e pessoa e sem capacidade de aprendizagem ou que recusassem a sua participação no estudo.

A aplicação do plano de intervenção realizou-se faseadamente:

1º Momento – Avaliação inicial e diagnóstico: após avaliação inicial com incidência nas variáveis selecionadas, é emitido um juízo, que poderá identificar um diagnóstico de enfermagem, em caso em que se verifique, serão introduzidas as intervenções planeadas.

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

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

4º momento – Ajuste ou continuação da intervenção: após reajuste do PI, este foi aplicado continuamente.

5º momento – Avaliação Final: A avaliação do PI foi novamente realizada na última semana de estágio, aí foram aplicados todos os instrumentos novamente, de forma a realizara evolução do participante ao longo do estudo.

O plano de intervenção é constituído por:

<i>Variável</i>	<i>Intervenções Enfermagem</i>	<i>Resultados esperados</i>
<i>Força Muscular</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Executar técnica de exercício muscular e articular: passivo, ativo, ativo-resistido e assistido</li> <li>- Incentivar a pessoa a realizar Auto mobilização</li> <li>- Instruir o cuidador sobre as técnicas de exercício muscular e articular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir perda de mobilidade e tónus muscular</li> <li>- Melhorar/manter força muscular</li> </ul>
<i>Equilíbrio Corporal</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar equilíbrio corporal: estático / dinâmico sentado/ dinâmico ortostático</li> <li>- Estimular a manutenção do equilíbrio corporal: correção postural</li> <li>- Executar técnica de equilíbrio corporal: Alternância de carga nos membros superiores e inferiores; apoio unipodal, exercícios de coordenação dos movimentos</li> <li>- Instruir o cuidador sobre a técnica de equilíbrio corporal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico</li> <li>- Prevenir e corrigir defeitos posturais</li> <li>- Promover alinhamento corporal</li> <li>- Promover segurança para o andar</li> </ul>
<i>Levantar-se</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a pessoa a levantar-se</li> <li>- Incentivar o levante</li> <li>- Treinar o levantar-se</li> <li>- Instruir sobre auxiliares de marcha para levantar-se</li> <li>- Supervisionar o levantar-se</li> <li>- Instruir o cuidador sobre a técnica de levante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o levante</li> <li>- Promover a mobilidade</li> <li>- Promover segurança para o andar</li> </ul>
<i>Transferir-se</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a capacidade para o transferir-se</li> <li>- Treinar técnica de transferir-se</li> <li>- Supervisionar o transferir-se</li> <li>- Instruir o cuidador sobre o transferir-se</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover transferência em segurança</li> <li>- Promover a mobilidade</li> <li>- Promover segurança para o andar</li> </ul>
<i>Andar</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a capacidade para o andar: Capacidade para se colocar na posição vertical e sustentar o corpo com equilíbrio, Capacidade para se mover com marcha eficaz, Capacidade para subir e descer degraus de forma eficaz, Capacidade para andar em declives e aclives de forma eficaz</li> <li>- Treino de propriocepção</li> <li>- Treinar o andar</li> <li>- Assistir no andar</li> <li>- Supervisionar o andar</li> <li>- Instruir o cuidador sobre o andar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o andar de forma eficaz e segura</li> </ul>
<i>Andar auxiliar de marcha</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a capacidade para andar com auxiliar de marcha: Capacidade para andar com auxiliar de marcha eficaz, com estabilidade postural, alternância coordenada dos pés e um sistema de alavanca adequado</li> <li>- Avaliar qual o equipamento técnico mais adequado</li> <li>- Instruir a andar com auxiliar de marcha</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover andar com auxiliar de marcha de forma eficaz e segura</li> </ul>

- Treinar a andar com auxiliar de marcha
- Assistir no andar com auxiliar de marcha
- Supervisionar o andar com auxiliar de marcha
- Instruir o cuidador sobre andar com auxiliar de marcha

Tabela 2 – Plano Intervenção

*Fonte A própria*

#### **4.2.6. Princípios Éticos e Deontológicos**

O projeto foi submetido à ARS Alentejo um processo, instruído de acordo com as regras daquela instituição, a solicitar autorização para a realização do projeto de intervenção associado ao Estágio Final (Apêndice III).

Do processo fizeram parte: uma descrição pormenorizada do projeto; a descrição sobre o acesso aos utentes; o conhecimento e autorização do presidente do Conselho Diretivo da ARS Alentejo da Presidente da Comissão Ética para a Saúde da ARS Alentejo, da Coordenadora dos Cuidados Continuados Integrados da ARS Alentejo, do enfermeiro chefe e a participação do enfermeiro especialista supervisor clínico e do professor responsável. Cada elemento assinou uma declaração específica. O documento do consentimento livre e esclarecido também o integrou (Apêndice IV).

Assim, foi respeitado o direito à autodeterminação do utente, que se concretizou na informação dada pelo enfermeiro supervisor, sobre o plano de intervenção, sem a presença do estudante. Obtido o consentimento do utente para ser contactado pelo estudante este informou sobre os objetivos, sobre a intervenção e sobre a possibilidade de abandonar o a qualquer momento sem que isso lhe trouxesse prejuízos. O direito à intimidade verificado na proteção dos dados pessoais do participante foi mantido. O direito ao anonimato e à confidencialidade dos dados pessoais. Os dados recolhidos ficaram na posse do estudante, em suporte informático, protegidos por password, e em local seguro no domicílio do próprio. Dois anos após a realização do estudo serão totalmente destruídos. Caso algum dos participantes desejasse abandonar o estudo, os dados teriam sido destruídos.



O projeto de Intervenção iniciou-se após autorização da comissão de ética da ARS Alentejo (Anexo II), e do Consentimento Livre e esclarecido assinado pelo participante, ou na sua impossibilidade por um representante.

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

### 4.3. RESULTADOS

Após a implementação do programa de intervenção é imprescindível a análise dos resultados, de forma a saber se os objetivos propostos foram devidamente alcançados ou não. Os resultados obtidos foram sujeitos a técnicas de natureza descritiva, foram submetidos a um conjunto de regras que resumem a informação recolhida de uma amostra sem perda de informação. (Vilelas, 2017).

Participante	Género	Idade	Motivo de acesso à UCC	Presença de Cuidador	Diagnósticos de enfermagem
1	M	83	AVC	Sim	-Andar comprometido -Equilíbrio comprometido -Movimento muscular diminuído -Levantar-se comprometido -Transferir-se comprometido
2	F	94	ICC/IR	Sim	-Andar comprometido -Equilíbrio comprometido -Movimento muscular diminuído -Levantar-se comprometido -Transferir-se comprometido
3	M	81	ICC/ IR Global	Sim	-Andar comprometido -Equilíbrio comprometido -Movimento muscular diminuído -Levantar-se comprometido -Transferir-se comprometido
4	F	91	Asma	Sim	-Andar comprometido -Movimento muscular diminuído

5	F	82	Síndrome de Imobilidade	Sim	-Andar comprometido -Equilíbrio comprometido -Movimento muscular diminuído -Levantar-se comprometido -Transferir-se comprometido
---	---	----	-------------------------	-----	--

Tabela 3 - Caracterização dos participantes

*Fonte: A própria*

No que respeita à idade a sua média é de 86,2 anos e o desvio padrão é de 5,89 anos. O participante mais jovem tinha 81 anos e o mais idoso 94 anos. A amostra é composta maioritariamente por indivíduos do género feminino (n=3), com níveis de escolaridade baixos, sendo um dos participantes analfabeto. Todos vivem acompanhados. Apresentam diagnósticos, de doenças diagnosticadas pelo médico, à entrada na unidade de cariz neurológico, motor, cardíaco e respiratório. Todos os participantes evidenciaram o diagnóstico de enfermagem andar comprometido (n=5), bem como movimento muscular diminuído (n=5). No que toca aos restantes diagnósticos de enfermagem foram equilíbrio comprometido, levantar-se e transferir-se comprometido, 4 dos participantes apresentavam no início da aplicação do PI.

A aplicação do plano permitiu-nos um acompanhamento sobre a evolução de cada um dos participantes. Seguidamente, procedemos à apresentação dos resultados de três momentos: avaliação inicial e diagnóstico; avaliação intermédia (entre a 2ª e a 3ª semanas após a aplicação do programa) e a avaliação final.

### Autocuidado (Atividades básicas de vida diária)

De forma a avaliar a capacidade funcional para a realização das atividades de vida diária utilizou-se a escala de Barthel, cujos resultados estão ilustrados na tabela 2.

	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Avaliação Intermédia</b>	<b>Avaliação final</b>
<b>Utente 1</b>	20 (Totalmente Dependente)	20 (Totalmente Dependente)	20 (Totalmente Dependente)
<b>Utente 2</b>	40 (Dependência Moderada)	50 (Dependência Moderada)	70 (Ligeiramente Dependente)
<b>Utente 3</b>	75 (Ligeiramente Dependente)	75 (Ligeiramente Dependente)	80 (Ligeiramente Dependente)
<b>Utente 4</b>	90 (Ligeiramente Dependente)	90 (Ligeiramente Dependente)	90 (Ligeiramente Dependente)
<b>Utente 5</b>	20 (Totalmente Dependente)	45 (Dependência Moderada)	90 (Ligeiramente Dependente)

Tabela 4 – Avaliação da Dependência

Fonte: *A própria*

Após a implementação do programa existiram ganho no desempenho das atividades de vida diárias, como a tabela 2 evidencia. O participante 2 iniciou o PI com uma dependência moderada, chegando ao final ligeiramente dependente. Por sua vez, o participante 5 inicialmente encontrava-se totalmente dependente, incapaz de cuidar de si sem ajuda de terceiros, tendo uma excelente evolução, uma vez que chegou ao final ligeiramente dependente, tendo capacidade para realizar a maior parte dos autocuidados, precisando essencialmente de uma supervisão. 2 participantes mantiveram o mesmo grau de dependência na realização dos autocuidados, o participante 1 e o participante 4, sendo o primeiro totalmente dependente na realização das atividades de vida diária e assim se manteve, por sua vez o participante 4 manteve-se ligeiramente dependente, participante que necessitava essencialmente de ensinamentos no que toca à conservação da energia e gestão do esforço na realização das mesmas. 3 (n=3; 60%) dos participantes melhoraram o seu grau de dependência com a aplicação do PI.

## Força Muscular

A força muscular é um dos elementos funcionais necessários para que se realize o autocuidado andar de forma eficiente. Utilizou-se a aplicou se a Escala de Lower medindo a força nos membros superiores e inferiores, à direita e à esquerda, conforme ilustrado no gráfico nº 1.

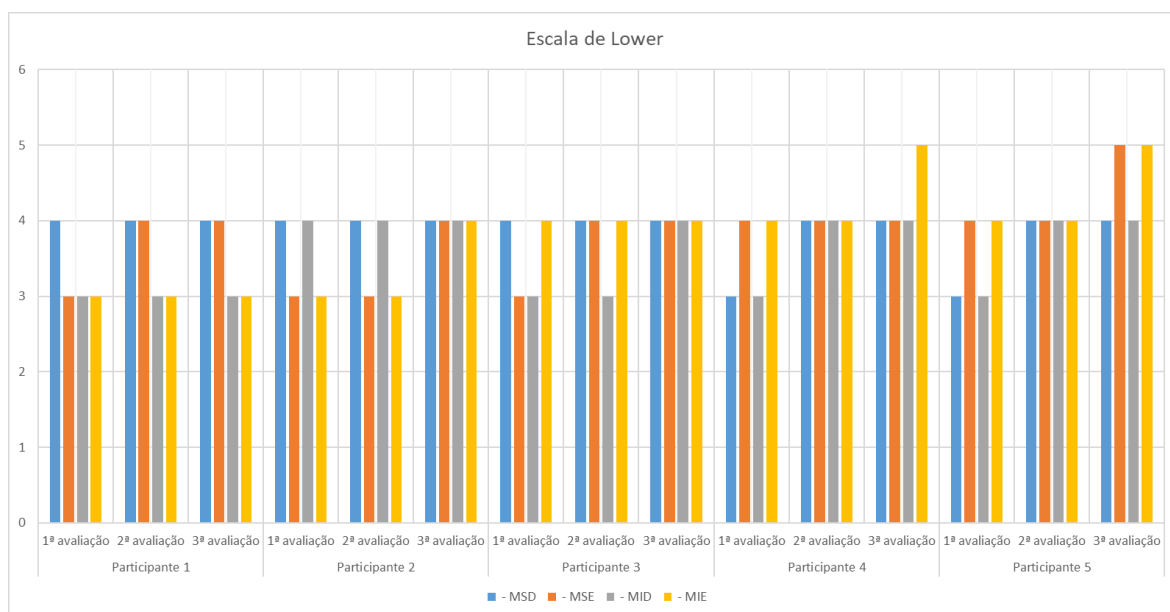


Gráfico 1 – Avaliação da Força Muscular

*Fonte: A própria*

Todos os participantes iniciaram o estudo com força muscular diminuída, mais acentuada nos membros inferiores sendo uma das limitações para o autocuidado andar se desenvolver eficazmente. Foi implementado o PI que trabalhava a força muscular tanto nos membros superiores como inferiores. Em todos os participantes houve aumentos da força muscular (n=5). No que toca à força muscular do membro superior direito 2 dos participantes aumentaram (n=2), o participante 4 e 5 passaram de um *score* de 3 no início para 4 no final. O membro superior esquerdo sofreu alterações nos participantes 1, 3 e 5; os participantes 1 e 3 evoluíram de um *score* inicial de 3 para 4 final, já o participante 5 de 4 para 5. Os membros inferiores também sofreram alterações. Os participantes 3, 4 e 5 aumentaram a força muscular do membro inferior direito de 3 para 4, existindo assim um aumento da força muscular no membro inferior direito de 60% nos participantes do estudo. Tanto o

participante 1 como o 2 mantiveram os valores, o 1 permaneceu com 3 e o participante 2 com valores de 4. No que toca ao membro inferior esquerdo, os participantes 2, 4 e 5 mostraram melhorias. O participante 2 passou de um *score* de 3 para 4, enquanto que os participantes 4 e 5 evidenciaram ganhos de força de nível 4 para 5, sendo 5 o valor mais alto da escala de avaliação. O participante 1 e 3 mantiveram força constante de 3 e 4, respetivamente.

### Equilíbrio

O equilíbrio foi avaliado de acordo com o Índice de Tinetti que avalia simultaneamente a marcha. É dividida em duas partes, em que avalia o equilíbrio estático e dinâmico, bem como a marcha.

<i>Avaliação</i>	<b>1<sup>a</sup></b>			<b>2<sup>a</sup></b>			<b>3<sup>a</sup></b>		
<i>Participante</i>	E	M	IT	E	M	IT	E	M	IT
1	5	2	7	6	3	9	9	4	13
2	6	4	10	10	5	15	13	6	19
3	10	9	19	11	9	20	14	9	23
4	10	8	18	11	9	20	14	9	23
5	4	2	6	10	8	18	14	11	25

Tabela 5 – Avaliação do Equilíbrio e Marcha

*Fonte A Própria*

Legenda: E – Equilíbrio; M – Marcha; IT – Índice Tinetti

A escala de Tinetti diz que quanto mais alto o *score*, melhor o valor do equilíbrio e o desempenho da marcha. O somatório das pontuações é igual a 28, embora a primeira parte da escala correspondente ao equilíbrio some 16 pontos na totalidade e a segunda que diz respeito à marcha 12. A maior parte dos participantes (n=3) alcançou *scores* de equilíbrio e de marcha elevados, com *score* de índice de Tinetti superior a 20, apresentado equilíbrio e marcha eficientes. O participante 5 evoluiu de marcha e equilíbrio deficitários para marcha e equilíbrio mantido, de valores de 6 para valores de 25, sendo a melhor evolução do grupo em causa. Dois participantes na última avaliação mantinham Índices de Tinettis baixos. O participante 1 apresentou baixos valores de equilíbrio. Na última avaliação mostrava *scores* de equilíbrio de 9, podendo-se dizer que o equilíbrio estático e dinâmico mantido, embora a marcha seja ineficaz com valores de 4. Por sua vez, o participante 2 iniciou com equilíbrio e marcha comprometido, com *score* de 10, com a implementação e continuação do PI, aumentou consideravelmente os valores, o equilíbrio alcançou valores elevados, subiu de 6 inicial pra 13, ficando com equilíbrio mantido. No que toca à marcha, evoluiu de 4 para 6, permanecendo a marcha comprometida, embora o participante desenvolva esta atividade com auxiliar de marcha – canadianas.

### Risco de queda

Foi com a Escala de Morse que avaliamos o risco de queda.

Participante	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação
1	30 (Moderado Risco)	30 (Moderado Risco)	30 (Moderado Risco)
2	55 (Alto Risco)	55 (Alto Risco)	60 (Alto Risco)
3	30 (Moderado Risco)	30 (Moderado Risco)	30 (Moderado Risco)
4	30 (Moderado Risco)	30 (Moderado Risco)	30 (Moderado Risco)
5	85 (Alto Risco)	55 (Alto Risco)	40 (Moderado Risco)

Tabela 6 – Avaliação Risco de queda

Fonte – A própria

De acordo com os resultados, o risco de queda manteve-se ou diminuiu ao longo do estudo.

Seguidamente, passa-se para a avaliação dos focos levantar-se, transferir-se e andar, avaliadas através do aplicativo informático SClínico.

	<b>1ª Avaliação</b>	<b>2ª Avaliação</b>	<b>3ª Avaliação</b>
<b>Participante 1</b>	9 (Levantar-se dependente em grau elevado)	7 (Levantar-se dependente em grau elevado)	6 (Levantar-se dependente em grau elevado)
<b>Participante 2</b>	5 (Levantar-se dependente em grau moderado)	3 (Levantar-se dependente em grau reduzido)	2 (Levantar-se dependente em grau reduzido)
<b>Participante 3</b>	5 (Levantar-se dependente em grau moderado)	2 (Levantar-se dependente em grau reduzido)	1 (Levantar-se dependente em grau reduzido)
<b>Participante 4</b>	3 (Levantar-se dependente em grau reduzido)	1 (Independente)	0 (Independente)
<b>Participante 5</b>	9 (Levantar-se dependente em grau elevado)	3 (Levantar-se dependente em grau reduzido)	0 (Independente)

Tabela 7 – Avaliação Autocuidado Levantar-se

*Fonte: A própria*

No que diz respeito ao autocuidado levantar-se observou-se uma diminuição do *score* dos resultados obtidos com conseqüente diminuição do grau de dependência dos participantes 2, 3, 4 e 5. 2 dos participantes após treino motor e implementação do PI, passaram a levantar-se de forma independente e em segurança (Participante 4 e 5). O participante 1 apesar de se manter dependente em grau elevado, evidenciou melhorias uma vez que os valores desceram de 9 para 6.

	<b>1ª Avaliação</b>	<b>2ª Avaliação</b>	<b>3ª Avaliação</b>
<b>Participante 1</b>	12 (Transferir-se dependente em grau elevado)	10 (Transferir-se dependente em grau elevado)	6 (Transferir-se dependente em grau moderado)
<b>Participante 2</b>	6 (Transferir-se dependente em grau elevado)	5 (Transferir-se dependente em grau elevado)	4 (Transferir-se dependente em grau reduzido)
<b>Participante 3</b>	6 (Transferir-se dependente em grau elevado)	4 (Transferir-se dependente em grau reduzido)	2 (Transferir-se dependente em grau reduzido)
<b>Participante 4</b>	4 (Transferir-se dependente em grau reduzido)	2 (Transferir-se dependente em grau reduzido)	0 (Independente)
<b>Participante 5</b>	12 (Transferir-se dependente em grau elevado)	6 (Transferir-se dependente em grau moderado)	1 (Transferir-se dependente em grau reduzido)

Tabela 8 – Avaliação Autocuidado Transferir-se

*Fonte: A própria*

No que toca ao autocuidado transferir-se, o somatório máximo é de 12 pontos, sendo a pessoa totalmente dependente. É considerado compromisso no autocuidado transferir-se quando a pontuação é igual ou superior a 9. Assim, pode dizer-se que todos os participantes reduziram o seu grau de dependência. 3 dos participantes passaram de um grau de dependência elevado para reduzido, sendo notório os progressos do participante 5, que inicialmente se apresenta com um grau de dependência elevado (12 pontos), passando para uma dependência reduzida (1 ponto). O participante 1 alterou de um estado de elevada dependência para moderada. Na avaliação final todos tinham uma pontuação inferior a 9, querendo dizer que não apresentavam compromisso nesse autocuidado.



	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação
<b>Participante 1</b>	18 (Dependente em grau elevado)	13 (Dependente em grau elevado)	15 (Dependente em grau elevado)
<b>Participante 2</b>	11 (Dependente em grau moderado)	8 (Dependente em grau reduzido)	6 (Dependente em grau reduzido)
<b>Participante 3</b>	8 (Dependente em grau moderado)	6 (Dependente em grau reduzido)	6 (Dependente em grau reduzido)
<b>Participante 4</b>	6 (Dependente em grau reduzido)	2 (Dependente em grau reduzido)	0 Independente
<b>Participante 5</b>	18 (Dependente em grau elevado)	6 (Dependente em grau reduzido)	3 (Dependente em grau reduzido)

Tabela 9 – Avaliação Autocuidado Andar

*Fonte A Própria*

Tal como mostra o anexo VII, para que o autocuidado andar seja avaliado o programa informático SClínico são avaliados 6 itens, sendo eles: capacidade para se colocar na posição horizontal e sustentar o corpo com equilíbrio; mover-se com marcha eficaz; subir e descer degraus de forma eficaz; andar em aclives e declives de forma eficaz; percorrer pequenas distâncias dentro do quarto e percorrer distâncias moderadas. Todas estes itens são pautados de 0 a 3, correspondendo sempre pontuação mais alta a um maior grau de dependência. Então, avaliado anteriormente o equilíbrio e a marcha, levantar-se e transferir-se têm-se dados mais precisos para o preenchimento desta escala.

4 dos 5 participantes (n=4; 80%) dos participantes melhoraram o autocuidado, reduzindo o seu nível de dependência. 3 dos 5 participantes após implementação do PI alteraram o nível de dependência para reduzido. As intervenções planeadas para este grau de dependência são de supervisão, ou seja, a pessoa realiza o autocuidado andar com supervisão. o participante 4 também evoluiu, passou de dependente em grau reduzido para independente, podendo realizar o autocuidado de forma autónoma sem qualquer dificuldade.

O participante 1 manteve a dependência elevada no autocuidado em análise, tendo reduzido 3 pontos da primeira para a última avaliação.

	<b>1ª Avaliação</b>	<b>2ª Avaliação</b>	<b>3ª Avaliação</b>
<b>Participante 1</b>	2 (Sem marcha eficaz)	2 (Sem marcha eficaz)	2 (Sem marcha eficaz)
<b>Participante 2</b>	2 (Sem marcha eficaz)	1 (Andar com auxiliar de marcha eficaz)	1 (Andar com auxiliar de marcha eficaz)
<b>Participante 3</b>	2 (Sem marcha eficaz)	1 (Andar com auxiliar de marcha eficaz)	1 (Andar com auxiliar de marcha eficaz)
<b>Participante 4</b>	2 (Sem marcha eficaz)	1 (Andar com auxiliar de marcha eficaz)	-----
<b>Participante 5</b>	2 (Sem marcha eficaz)	2 (Sem marcha eficaz)	----- --

Tabela 10 – Avaliar autocuidado andar com auxiliar de marcha

*Fonte: A própria*

Uma vez que para que alguns dos participantes obtivessem a funcionalidade neste autocuidado foi realizado treino de marcha com auxiliar de marcha, assim, foi aplicada a escala do aplicativo informático referente ao andar com auxiliar de marcha. A pontuação de 2 diz respeito a sem marcha eficaz e/ou necessita de ajuda de pessoa e a 1 andar com auxiliar de marcha eficaz com estabilidade postural, alternância coordenada dos pés e um sistema de alavanca adequado. Os participantes 4 e 5 iniciaram treino de marcha com auxiliar de marcha, no entanto com a continuação do treino evoluíram para uma marcha eficaz sem auxiliar, não obtendo pontuação na última avaliação. Os participantes 2 e 3 eram utilizadores prévios de auxiliares de marcha, sendo no seu caso realizado treino de marcha com auxiliar de marcha de forma a corrigir erros e otimizar a marcha, chegando ao final do treino capazes de realizar a marcha com auxiliar de forma eficaz. Por sua vez, o participante 1 utiliza o auxiliar de marcha – andador sempre com a ajuda de terceira pessoa, não apresenta marcha eficaz com auxiliar de marcha. 90% dos participantes evoluíram de uma pontuação de 2 para uma pontuação de 1, mostrando ganhos no andar com auxiliar de marcha.

Variáveis	Avaliação	*1	*2	3*	*4	*5
Equilíbrio corporal	1 <sup>a</sup>	5	6	10	10	4
	3 <sup>a</sup>	9	13	14	14	14
Força Muscular	1 <sup>a</sup>	MSD – 4 MSE – 3 MID – 3 MIE – 3	MSD – 4 MSE – 3 MID – 4 MIE – 3	MSD – 4 MSE – 3 MID – 3 MIE – 4	MSD – 3 MSE – 4 MID – 3 MIE – 4	MSD – 3 MSE – 4 MID – 3 MIE – 4
	3 <sup>a</sup>	MSD – 4 MSE – 4 MID – 3 MIE – 3	MSD – 4 MSE – 4 MID – 4 MIE – 4	MSD – 4 MSE – 4 MID – 4 MIE – 4	MSD – 4 MSE – 4 MID – 4 MIE – 5	MSD – 4 MSE – 5 MID – 4 MIE – 5
Levantar-se	1 <sup>a</sup>	9	5	5	3	9
	3 <sup>a</sup>	6	2	1	0	0
Transferir - se	1 <sup>a</sup>	12	6	6	4	12
	3 <sup>a</sup>	6	4	2	0	1
Andar	1 <sup>a</sup>	18	11	8	6	18
	3 <sup>a</sup>	15	6	6	0	3
Andar com Auxiliar de Marcha	1 <sup>a</sup>	-----	2	2	1	2
	3 <sup>a</sup>	----- -	1	1	-----	-----

\*participante

Tabela 11 – Evolução global dos participantes

Fonte: A própria

O participante 1 possui também patologia osteoarticular, que lhe causa poliartralgias, tendo dias em que é mais complicado colocar em prática o plano traçado. Vive em casa própria com algumas barreiras arquitetónicas como degraus de acesso às várias assoalhadas e ao exterior, quarto com muitos móveis e presença de tapetes. O cuidador principal nem sempre cumpriu o treino planeado, não se conseguindo ter a exata noção da adesão ao regime terapêutico. Este foi o que menos evoluiu com a aplicação PI. Após avaliação final, evidenciou-se 8% de aumento da força muscular e 29% de aumento do equilíbrio, mostrando melhorias na força muscular e no equilíbrio.

O participante 2 é o participante mais velho de todo o estudo, com 94 anos. No entanto, apresenta-se com grande capacidade de aprendizagem, força de vontade, gerando um grande potencial de recuperação. Habita moradia térrea, todas as assoalhadas se encontram no mesmo piso, sem presença de barreiras arquitetónicas e sem elementos potenciadores de

quedas, como por exemplo tapetes. O cuidador principal tem total disponibilidade para participar ativamente na reabilitação, formando uma dupla pró-ativa e bastante eficaz. Iniciou a intervenção com uma dependência severa (Índice Barthel=40), após treino de AVD's (vestir-se, arranjar-se, alimentar-se), conseguiu-se passar para uma dependência moderada, com melhoria de 75%. Ao nível do equilíbrio após conseguiu manter o equilíbrio estático e dinâmico. Treinou o transferir-se, o sentar-se e o levantar-se em segurança, reduzindo o risco de queda (Avaliação final: Escala de Morse=60). Para estabilização postural, manter equilíbrio e devido à idade avançada, decidiu-se instruir e treinar o andar com auxiliar de marcha – andarilho. No final do estudo o participante conseguia deambular por curtas e médias distâncias com apoio do andarilho, incluindo sair de casa para o quintal, situação que ambicionava antes da intervenção. Neste participante a evolução mais notória foi a do *score* do equilíbrio e marcha, obteve melhorias de 70%.

O participante 3 vive acompanhado pela cuidadora, que cuida em simultâneo da filha portadora de paralisia cerebral, pelo que a habitação onde residem está adaptada. Tem a casa de banho adaptada com banco de duche. O acesso ao 1º andar é feito com elevador de cadeira de rodas, local onde dorme. Iniciou o estudo com uma ligeira dependência (Barthel=76). Fez treino e instrução sobre como gerir o esforço nas diferentes atividades de vida diária, (Banho, vestir-se, ir ao wc), mantendo-se no mesmo grau de dependência (Barthel=80), com um aumento do *score* de 7%. Foi realizado treino de equilíbrio, transferências, sempre com instrução à cuidadora. Desde que foi submetido a cirurgia ortopédica – Colocação de Prótese Total Joelho bilateral, que a marcha passou a ser realizada com o apoio de canadianas, bilateralmente. Foi realizado treino de marcha com esse auxiliar de marcha, corrigidos erros e instruído sobre a técnica de conservação de energia. Ao nível do equilíbrio e da marcha, conseguiram se aumentos de 21% após comparação dos resultados do índice de Tinetti em todas as avaliações.

O participante 4 tem diminuição da tolerância ao exercício, comprometendo o autocuidado andar. Um participante ativo na comunidade, participando em várias atividades da academia sénior. Vive em habitação própria, térrea, sem presença de degraus, livre acesso ao exterior, casa de banho adaptada. Independente na realização dos autocuidados (Barthel em todas as avaliações = 90). Foi instruída sobre técnicas de conservação da energia e tolerância ao exercício. Realizado treino de equilíbrio, treino muscular e de andar com auxiliar de marcha. Ao nível do equilíbrio obtiveram-se melhorias dos scores da escala de

Tinetti, passou de 18/28 para 20/28 e posteriormente 23/28, apresentando equilíbrio comprometido em grau reduzido. Ao nível muscular apresentou uma boa resposta ao treino muscular, alcançando na segunda avaliação valores de 4 em todos os membros superiores e inferiores (apresentou uma evolução de 14%), o que levou a um treino de marcha sem auxiliar de marcha, uma vez que mantinha controlo postural, equilíbrio e força muscular. No final da aplicação do PI conseguiu-se que o participante andasse sem auxiliar de marcha dentro e fora do domicílio, subisse e descesse escadas e em declives, obtendo portanto um andar sem estar comprometido. Durante toda a aplicação do PI o cuidador foi envolvido e instruído para que pudesse dar continuidade ao PI e pudesse corrigir erros quando fossem detetados. Em termos de marcha e equilíbrio obtiveram-se melhorias de 21%.

O participante 5 deu entrada com o diagnóstico de síndrome de imobilidade após internamento hospitalar. A avaliação do contexto domiciliário mostra barreiras, moradia de 1º andar, com escadas íngremes, assoalhadas com bastantes móveis, dificultando a marcha com auxiliar de marcha e presença de bastantes objetos propícios a quedas (tapetes, etc.), o wc inadequado, dificultando o uso do sanitário e o banho. Após avaliação inicial apresentava-se com uma dependência severa (Barthel=20) e incontinente de esfíncter vesical, necessitando de fralda durante 24h/dia. Inicialmente foi instruído o cuidador sobre a necessidade de realizar alterações no domicílio, nomeadamente minimizar as barreiras arquitetónicas. Foram retirados todos os fatores potenciadores de quedas, como tapetes, alguns móveis em excesso, instaladas de barras de apoio para a sanita e para a banheira, bem como banco de banho. Ficou por instalar base de duche. Realizado treino de avd's (vestir-se, banho, alimentar-se), treino vesical e instruir cuidador para promover a independência. Mostrava também movimento muscular diminuído, pelo que também foi realizado treino muscular, o equilíbrio também se encontrava comprometido, tendo também realizado treino de equilíbrio e o levantar-se em segurança. Ao fim da avaliação intermédia notaram-se grandes diferenças, melhorou a força muscular de todos os membros, tanto inferiores como superiores para 4/5, passou a apresentar equilíbrio comprometido (equilíbrio estático mantido e dinâmico comprometido, Tinetti – 18/28), com capacidade para se levantar e para se transferir, sempre com supervisão, porque não executava em segurança. Apresentava também capacidade para a marcha com apoio de auxiliar de marcha – andariço. Após o ajuste do PI, passou a treino muscular resistido, treino de marcha sem auxiliar de marcha, e manteve treino de AVD's, Nesta fase apresentava já continência de ambos os esfíncteres. Na avaliação final, temos um participante funcional na realização dos autocuidados.

Apresentava uma dependência leve na realização dos autocuidados (Barthel = 90) existiram ganhos de 350%, necessitando de uma supervisão no banho, nomeadamente na entrada e saída da banheira. O levantar-se e transferir-se passou a realizar-se em segurança. Tinha equilíbrios estático e dinâmico mantidos, bem como a capacidade de marcha (Tinetti = 25/28), uma evolução de 300%, necessitando apenas de apoio de terceira pessoa para descer as escadas da habitação porque são muito íngremes. Outro aspeto que evolui foi a escala de morse, uma vez que o participante iniciou o PI com um elevado risco de queda (Morse = 88) e terminou o PI com baixo risco de queda (Morse = 40).

#### 4.4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Relativamente à caracterização sociodemográfica da população em estudo, a média de idades é de 86 anos, situando-se as idades entre 81 e 95 anos, assim temos uma população bastante envelhecida. Os resultados evidenciam a realidade vivida no Alentejo, em que a taxa de envelhecimento é bastante elevada, no concelho os índices de envelhecimento e de dependência dos idosos são bastante elevados, 270% e 49% respetivamente (INE, 2018). A população abrangida pelo PI é tendencialmente feminina (60%), que também corresponde aos dados estatísticos do Alentejo, bem como ao concelho (INE, 2018). No que toca as habilitações literárias, 90% participantes frequentaram o ensino básico, sabendo ler e escrever, com capacidade para cumprir instruções básicas. 10% participantes, não frequentou a escola, sendo analfabeto. Estudos efetuados nesta área, como Lei e Cai (2018), demonstram que os níveis de escolaridade influenciam o autocuidado.

Portugal apresenta uma população envelhecida, que se depara com novos problemas de saúde, assumindo as doenças crónicas um peso crescente e um elevado número de pessoas com patologias que exigem cuidados de uma complexidade cada vez maior. (SNS, 2018). Os utentes apresentam condições de saúde complexas e multimorbilidade. Aliado ao processo de envelhecimento estão o declínio dos sistemas, não só musculo-esquelético, mas também o impacto psicológico, económico e social (Sequeira, 2010).

Os participantes são idosos e com elevado índice de dependência, as intervenções do EEER têm de ser traçadas de forma adequada a este tipo de população, de forma a promover

o autocuidado ou a manter as capacidades, retardando o mais possível a dependência e maximizando a funcionalidade.

Um dos fatores necessários para que o programa de intervenção pudesse ser aplicado e replicado de forma eficaz, é a existência uma rede de suporte no domicílio, de forma a executar e supervisionar a aplicação do PI, sem a presença do EEER. O cuidador informal é ensinado e capacitado a dar continuidade ao trabalho iniciado pela equipa de reabilitação. Estudos anteriores, demonstram que os Cuidadores Informais raramente recebem informações claras a respeito da doença, orientação e apoio para os cuidados ou indicação de um serviço para capacitá-los no tratamento, embora a educação do CI/Pessoa seja reconhecida como importante componente de uma boa prática na reabilitação (Israel, Andrade & Teixeira, 2009). A capacitação do CI/Pessoa deve ser vista como um caminho seguro para se obterem melhores resultados na reabilitação, diminuição de custos e reinternamentos (Souza, Silva, Quirino, Neves & Moreira, 2014). É assim, de ressaltar a importância do CI para a reabilitação eficiente do utente no domicílio, pelo que todos os participantes viviam acompanhados, beneficiando de um CI que pudesse dar continuidade ao PI na ausência da equipa de reabilitação.

De forma avaliar os ganhos provenientes do programa de Reabilitação em pessoas com o autocuidado andar comprometido, seguimos os objetivos específicos delineados.

- Melhorar a Força Muscular

Constatou-se que todos os participantes beneficiaram da aplicação do PI, uma vez que obtiveram ganhos nos scores da escala de Lower, tanto ao nível dos membros superiores como dos membros inferiores. De forma a aumentar a força muscular foi realizado treino muscular e articular com os participantes, de acordo com a sua tolerância, através de auto-mobilizações, mobilizações passivas, ativas, ativas assistidas e ativas resistidas e exercícios de fortalecimento muscular. Em alguns dos casos, quando se justificou, recorremos aos acessórios como faixas elásticas, pesos e pedaleira. Programas de natureza semelhantes tais como os de Mendes (2013), Ribeiro (2018) e Gomes (2019), utilizaram o treino resistido com bons resultados.

Estudos realizados por Ramos e Sandoval (2018), evidenciaram que programas de treino motor geram benefícios na força muscular, procedendo ao aumento nos membros superior e inferiores em cerca de 16%. A manutenção da força muscular é fundamental para a execução de várias tarefas do quotidiano, nomeadamente para o andar (Preto, L.; Gomes, Novo, Mendes, Granero-Molina, 2016). No mesmo estudo, Preto et al (2016), evidenciaram a importância de programas de treino motor para os idosos, associando os ganhos na força muscular dos membros superiores e inferiores a uma maior funcionalidade e maior autonomia para as atividades de vida diárias. É de ressaltar que nenhum dos participantes ao longo do PI tenha apresentado uma evolução negativa, apesar da idade avançada e das patologias associadas. Pretendíamos ganhos ou manter os potenciais prévios.

- Melhorar o equilíbrio corporal

A manutenção correta do equilíbrio e da postura corporal é essencial para que o autocuidado andar se realize. O equilíbrio sofre alterações não só com o processo fisiológico do envelhecimento, fatores que lhe estão associados, como é o caso das múltiplas patologias e dos múltiplos fármacos para as tratar (Coelho *et al*, 2017).

De forma a avaliar o equilíbrio corporal foi aplicada a escala de Tinetti ao longo do PI, em três momentos distintos, onde se podia avaliar não só o equilíbrio, mas também a marcha. Pode-se constatar que na primeira avaliação, 90% dos participantes apresentavam equilíbrio comprometido com subsequente alto risco de queda. Na avaliação intermédia, com 2 semanas de aplicação de PI (3x por semana), 60% da população mantinha equilíbrio comprometido, mas com *scores* mais altos, traduzindo-se numa evolução positiva. Na última avaliação verificou-se que 60% dos participantes passaram a apresentar equilíbrio mantido e baixo risco de queda. Estudos realizados anteriormente por Preto et al (2016), Pereira *et al* (2016), após implementação de programas de treino motor que trabalharam o equilíbrio, força muscular e flexibilidade, evidenciaram ganhos nestas áreas bem como a promoção de um envelhecimento ativo, com um maior aumento da funcionalidade e consequente diminuição da dependência.

- Melhorar o autocuidado



“O autocuidado é entendido como a percepção, a capacidade e os comportamentos dos indivíduos em realizarem atividades práticas destinadas a promover e manter a saúde, a prevenir e gerir as doenças” (Petronilho, 2012, p. 92)

De forma a avaliar o grau de dependência aplicou-se a escala de Barthel, de modo a avaliar o grau de dependência de cada participante e a sua capacidade de se autocuidar. Na primeira avaliação a média atingida pelos participantes foi de 49, evidenciando uma dependência severa. Após a implementação do PI, na avaliação intermédia obteve-se uma média de 56, evidenciando uma ligeira melhoria, mas mantendo-se em *scores* correspondentes a dependência. Por sua vez, avaliação final, após a aplicação do PI obtiveram-se valores de 70, mostrando ganhos ao nível do autocuidado uma vez que a média do grau de dependência dos participantes diminuiu. Por sua vez, analisando individualmente, na avaliação final apenas um dos participantes apresentava um score de 20 (dependência severa), todos os outros scores iguais ou superiores a 70, estando num grau de dependência leve. Particularmente, todos os participantes obtiveram ganhos no cuidar-se, tendo sido capacitados para o autocuidado. Houve participantes que desenvolveram capacidades para ir ao wc, outros que conseguiram sair das suas casas, outros que ganharam capacidades para arranjar-se, outros que arranjaram estratégias que permitem realizar o autocuidado de forma mais eficiente, tornando-se mais funcionais. Mais uma vez, este dado vem de acordo com estudos acerca da aplicação de programas de treino de AVDS. Accioly *et al* (2016), mostraram que programas de treino motor acarretam aumento da capacidade funcional do individuo, que diz respeito à aptidão do individuo para desenvolver as suas tarefas do dia a dia, promovendo um envelhecimento ativo e saudável com vista à manutenção da autonomia.

- Melhorar a capacidade para o andar

O treino da marcha deve ser introduzido após o doente conseguir ficar de pé, mantendo o equilíbrio, e tomar consciência do seu corpo, de modo a que possa corrigir posturas incorretas (Menoita, 2012) Os resultados dos fatores implícitos no andar obtiveram ganhos favoráveis ao longo do PI, fazendo com que se reunissem condições para que os participantes desenvolvessem esta capacidade de forma eficiente.

Numa avaliação inicial 80% dos participantes apresentavam uma dependência total ou moderada, não conseguindo realizar o autocuidado referido sem apoio de terceiros. Após aplicação do PI, na avaliação intermédia obtiveram-se ganhos, uma vez que 2 dos participantes passaram a dependentes em grau reduzido, 2 independente com auxiliar de marcha e apenas 1 manteve dependência total. No final da aplicação do PI apenas 1 dos participantes mantiveram dependência total, os restantes 4 apresentaram se independentes, mesmo que com auxiliar de marcha. Numa população envelhecida e com múltiplas patologias associadas, o treino do andar com auxiliar de marcha é fulcral para ganhos na autonomia e na qualidade de vida.

Magalhães, Faria, Araújo e Junior (2016) evidenciaram os resultados positivos dos programas de treino da marcha em idoso, ressaltando que os PI melhoraram a habilidade motora dos idosos, com conseqüente aumento das capacidades físicas, manutenção da autonomia e aumento da qualidade de vida.

## **5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS**

As atividades desenvolvidas durante o decorrer do estágio final e do relatório de estágio foram cruciais para a aquisição e desenvolvimento de competências.

Este capítulo tem como objetivo a análise e reflexão sobre as competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem, sobre as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e sobre as competências de Mestre.

### **5.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem é o Enfermeiro a quem é reconhecida a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na área de especialidade que lhe foi atribuído o título de Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019). O título de Enfermeiro Especialista para além das competências descritas anteriormente, ainda reconhece cada Enfermeiro Especialista de acordo com o Regulamento próprio de cada área de especialidade. (Regulamento nº140/2019)

As competências comuns do Enfermeiro Especialista são as competências partilhadas por todos os Enfermeiros Especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como a um suporte efetivo ao exercício profissional especializado da formação, investigação e assessoria. (Regulamento nº140/2019).

Assim sendo, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são: Responsabilidade Profissional, ética e legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

### Competências do Domínio de Responsabilidade Profissional, ética e legal

As competências deste domínio dizem respeito à capacidade de desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e deontológicos profissionais (Regulamento nº140/2019).

Durante o estágio final, foram prestados cuidados de enfermagem especializados focados nos ganhos do autocuidado, de forma a que o indivíduo obtivesse ganhos ou mantivesse a sua capacidade funcional, como descrito anteriormente neste relatório. Assentes na Teoria do Autocuidado de Orem, tendo uma premissa, que salvaguarda a individualidade de cada um, sendo o próprio responsável pela sua auto capacitação, sendo o profissional de enfermagem o agente que o deve capacitar (Veiga, 2006).

Foram prestados cuidados de Enfermagem de Reabilitação a várias pessoas com deficits diferentes e com diagnósticos de enfermagem diversos e distintas patologias, sendo que cada pessoa é única e deve ser tratada como tal. Todos estes cuidados foram sustentados pelo código deontológico dos enfermeiros.

A responsabilidade profissional esteve presente ao longo de todo o percurso, uma vez que é uma conduta que bastante prezamos. Pode constatar-se na assiduidade, pontualidade, na discussão dos casos com a Enfermeira Especialista e com a professora, acerca do melhor cuidado especializado para o doente. Todos os cuidados de Enfermagem de Reabilitação que foram prestadas, foram previamente debatidas com a equipa de Enfermagem de Reabilitação e posteriormente discutidas em reunião de equipa multidisciplinar.

Todos os intervencionados tiveram salvaguardados os seus direitos, tais como proteção de dados, confidencialidade, privacidade e autodeterminação.

A tomada de decisão foi sempre centrada na deontologia profissional, cumprindo-se sempre as normas deontológicas e que regem a profissão de Enfermagem, estando sempre o código deontológico bastante presente. Para com os utentes e as famílias, também houve uma responsabilização ético-deontológica, estando explícitos os deveres relativos à conduta profissional através da entrega e preenchimento do consentimento livre e esclarecido.

Por último e não menos importante, todo o projeto profissional foi submetido a avaliação por parte da comissão de ética da ARS Alentejo, garantindo que todas as considerações éticas se encontram presentes.

### Competências do Domínio de Melhoria Continua da Qualidade

As competências que constituem este domínio são para garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em práticas de melhoria continua e garantir um ambiente terapêutico seguro. (Regulamento mº140/2019).

A melhoria visa um processo de inovação incremental, focada e continua, que envolve toda a instituição. É a busca por melhores resultados e níveis de desempenho de processos, produtos e atividades da organização (Bessant et al. 1994; Moura, 1997, cit in Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O objetivo do projeto contribuía para a Melhoria da Qualidade dos cuidados prestados, para que os doentes submetidos a esses cuidados fossem ganhando autonomia, de forma a que toda a instituição trabalhasse nesse sentido, garantindo a melhoria dos cuidados e subsequente ganhos funcionais nos utentes admitidos na UCC. Os projetos foram traçados de forma individual, mas implementados pelas duas Enfermeiras de Reabilitação do serviço, garantindo que os utentes beneficiavam dos cuidados especializados, mesmo na ausência das estudantes, conseguindo assim dar continuidade aos cuidados e garantir que os mesmos fossem sempre prestados com a máxima qualidade.

Após análise dos resultados não se evidenciaram perdas, notando-se ganhos ou manutenção da funcionalidade, em população envelhecidas e com inúmeras co-morbilidades pode dizer-se que não existir um retrocesso, já é um ganho.

Sendo assim, pode dizer-se que a implementação do processo na instituição visa ganhos, uma vez que toda a equipa passa a ter um enfoque diferente face ao autocuidado andar nos

doentes admitidos, permitindo trabalhar não só o andar mas todos os fatores que lhe estão associados.

De maneira a contribuir para a melhoria dos cuidados e a uniformização dos procedimentos, durante o período de estágio foi desenvolvida uma norma interna (Apêndice V) e um panfleto sobre a inaloterapia (Apêndice VI), para que toda a equipa tivesse informação disponível sobre os dispositivos inalatórios e a sua adequada utilização. Com esta nova norma foi possível transmitir aos utentes e familiares toda a informação necessária a este processo. Criou-se uma condição para que a qualidade do processo educativo fosse possível na medida em que a informação disponível é a base para a educação dos utentes e seus familiares.

A organização dos processos de cuidados, aos utentes com quem agimos, baseados nos conhecimentos disponíveis são também um meio para garantir que os cuidados prestados seguiram as mais recentes recomendações

### Competências do Domínio de Gestão dos Cuidados

No domínio da Gestão dos Cuidados as competências prendem-se com a gestão dos cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019).

O contexto do estágio final mostrou a importância de uma equipa multidisciplinar com vários profissionais de Reabilitação, cabendo ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação fazer a Gestão do seu lugar na equipa, bem como articular, com os diferentes profissionais, os cuidados adequados a cada um dos utentes. Faz uma gestão eficaz dos recursos, para que todos os utentes beneficiem dos cuidados multidisciplinares de reabilitação. É também o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação que faz a interligação dos utentes com a restante equipa. Durante este período tivemos a oportunidade de participar nas reuniões de equipa, não só ao nível da equipa local, mas também com as equipas de outros concelhos. Estas reuniões foram bastante importantes na medida em que tivemos a oportunidade de discutir planos de reabilitação dos utentes com os diferentes técnicos e ouvir diferentes perspetivas, gerando momentos de aprendizagem. Os

planos de intervenção, foram sempre discutidos em conjunto com as enfermeiras supervisoras, de forma a abrir caminho para sugestões, aprendendo a pensar em Enfermagem de Reabilitação, importante para o trabalho de pares e para troca de conhecimentos.

### Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

As competências que constituem este domínio são, desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica. (Regulamento nº 140/2019).

A Enfermagem tal como todas as ciências encontra-se constantemente em evolução. Com a frequência do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, existiu uma aquisição de conhecimentos na área de Especialidade, bem como a possibilidade de os colocar em prática nos momentos em contexto real. Sobretudo serviu para ampliar horizontes e mudar a forma de encarar os Cuidados e sobretudo os doentes. Como diz Graveto (2005), o desenvolvimento profissional passa obrigatoriamente pelo desenvolvimento pessoal.

O projeto de intervenção foi implementado e assegurado à luz do conhecimento atual no que concerne ao autocuidado andar, bem como todos os fatores que são essenciais para o seu desenvolvimento adequado e eficaz.

## 5.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de Enfermagem de Reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa. (Regulamento nº 392/2019)

De acordo com o regulamento nº 392/2019, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, para além das competências comuns dos Enfermeiros Especialistas, acrescenta as competências específicas da sua especialidade, sendo elas: Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

O estágio final foi o contexto onde houve oportunidade para se desenvolver as competências específicas relacionadas à Enfermagem de Reabilitação, citadas no parágrafo anterior. A competência depende da prática clínica e da formação como o enfermeiro intervém numa determinada situação (Graveto, 2005). Foi neste contexto que todos os elementos essenciais para a aquisição e consolidação de competências de especialista se desenvolveu. Uma formação bem planificada é importante para o desenvolvimento de competências cognitivas (Saber), psicomotoras (Saber Fazer) e competências sócio afetivas, relacionais e ético-morais (Saber Ser) (Dias, 2006).

O facto do estágio final se desenvolver numa UCC na comunidade, deu-nos oportunidade de contactar com pessoas em diversas fases do ciclo vital, de diversos contextos socioeconómicos e culturais, uma vez que todos os utentes se encontram inseridos no seio familiar, desenvolvendo a família o principal papel de cuidador informal, recaindo sobre estes os ensinamentos para que os cuidados de reabilitação se mantenham mesmo sem a presença do EEER.

Todos os participantes do projeto são idosos, população tendencialmente abrangida pela UCC, uma vez que são as características sociodemográficas da zona. Encontravam-se maioritariamente em condições de dependência pós internamento hospitalar ou devido a agudização de patologia de base, necessitando de cuidados de reabilitação. Cada utente foi sujeito a uma avaliação inicial completa, de forma a identificar as suas limitações e necessidades de intervenção. Foram utilizados instrumentos precisos, como as escalas e os instrumentos de medida para que os planos delineados fossem os mais adequados.



Os planos de intervenção, de acordo com as necessidades levantadas, assentaram em cuidados da funcionalidade motora, respiratória, sensorial, da deglutição comprometida, sempre com o objetivo de promover a independência funcional.

Todos os planos de intervenção tiveram em conta as condições particulares de cada utente, bem como os ensinamentos foram adaptados a cada cuidador, de forma a poderem ser reproduzidos eficazmente.

A avaliação dos resultados foi realizada após implementação e avaliação intermédia do plano de intervenção.

Uma vez que o projeto major descrito neste documento se centrou na funcionalidade motora e o projeto da outra estudante no mesmo campo de estágio, se centrou na funcionalidade respiratória, ambos os estudantes de reabilitação garantiam continuidade dos planos de cuidados. Assim, para além do benefício em favor dos utentes, os estudantes ganharam com a diversidade de experiências de aprendizagem

A UCC colabora com a Universidade Sénior, tendo surgido a oportunidade de dinamizar uma ação de formação acerca da imobilidade (Apêndice VII), dos malefícios da mesma e dos benefícios da atividade física. O objetivo foi alertar para uma maior funcionalidade daquele grupo. A ação de formação foi avaliada positivamente em questionário, pelos participantes.

### **5.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE**

O decreto de lei nº 63/2016, de 13 de setembro regulamenta o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Desta forma, para ser detentor do grau de mestrado, o aluno deve: possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível mais elevado que facilitem a investigação; saber aplicar conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; mostrar 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 ou desses juízos e as condicionem; Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades. Todas as competências devem concorrer para uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto orientado ou autónomo.

O mesmo regulamento também diz que o Grau de Mestre é conferido numa especialidade, podendo quando necessário, as especialidades ser desdobradas em área de especialização. Temos como um bom exemplo a área da Enfermagem, que se subdivide em vários ramos de especialização.

No que toca às competências de mestre, foram desenvolvidas ao longo de toda a frequência do curso de mestrado em Enfermagem, desenvolvendo inicialmente competências comuns a todos os mestrados em Enfermagem e posteriormente competências específicas do ramo da Reabilitação, no entanto tiveram uma relevância importante no decorrer do estágio final.

A elaboração e implementação do plano de intervenção, com a planificação minuciosa dos diagnósticos e intervenções adequadas a cada um dos participantes que visassem ganhos no autocuidado andar, a pessoas com este foco de cuidado comprometido. Para que todo este projeto fosse realizado as questões éticas, sociais e profissionais foram tidas em atenção durante todas as etapas do projeto, desde a conceção, à implementação, à avaliação. Os resultados obtidos, não geraram ganhos apenas na funcionalidade dos utentes, mas também na aquisição e consolidação de conhecimentos teóricos. Para que isto acontecesse, existiu a necessidade constante de realizar pesquisa de evidencia científica atual, nas bases de dados (como a EBSCO, B-ON, PUBMED). A divulgação dos mesmos é a elaboração deste relatório.

Foi também redigido um artigo científico – uma revisão de literatura, com o título «Benefícios dos programas de treino Motor para os idosos» (Apêndice VIII) de forma a aceder a conhecimento produzido sobre a temática e orientar o projeto em implementação. Este acesso ao conhecimento divulgado, a análise sobre o processo seguido e as conclusões

permitiram consolidar conhecimentos científicos e de investigação, essenciais ao grau de Mestrado.

Assim, considera-se que as competências de mestre foram alcançadas com sucesso.

## **6. CONCLUSÃO**

Um Relatório é uma exposição escrita e rigorosa relativa a um fenómeno vivido. O seu objetivo é descrever a atividade desenvolvida, fornecendo informação coerente e fidedigna capaz de suportar uma decisão. O presente relatório diz respeito não só ao estágio final, mas a todo o percurso vivido desde o início da atividade letiva do Mestrado em Enfermagem até ao Estágio Final. Têm enfoque no Projeto Major, e evidencia a aquisição das competências de Enfermeiro Especialista, Especialista em Enfermagem e Mestre.

O Projeto de Intervenção Profissional permitiu o desenvolvimento de competências de Enfermagem de Reabilitação e evidenciar a contribuição dos mesmos para ganhos em saúde. A sua eficácia foi demonstrada através da análise dos resultados obtidos após a implementação do Projeto de Intervenção Profissional «Ganhos no autocuidado andar – Um caminho para a funcionalidade», implementado a pessoas com andar comprometido. Os participantes que integraram a amostra evidenciaram melhorias globais nas variáveis do PI, tal como força muscular, equilíbrio, risco de queda e melhoria do autocuidado. Para melhorar o equilíbrio, reduzir o risco de queda e devido ao elevado envelhecimento da população introduziu-se o andar com auxiliar de marcha, gerando ganhos. Foram instruídos também os cuidadores informais para que pudessem continuar a reabilitação na ausência da equipa

Os trabalhos dos EEER devem ser enquadrados não só nos cuidados hospitalares, mas em todas as vertentes, de forma a traçar programas de reabilitação individualizados e personalizados, promovendo um envelhecimento saudável e ativo, com vista à promoção do autocuidado e da funcionalidade por muito mais tempo. Sendo os Enfermeiros, profissionais de confiança do indivíduo, devem traçar planos personalizados e adaptá-los nos seus domicílios, junto dos seus cuidadores, sempre tendo em atenção a capacidade de ambos, ensinando-os a desempenhar os seus novos papéis sociais e adaptando-se às novas condições, desempenhando um papel crucial na reabilitação da pessoa e das comunidades, gerando ganhos na redução das dependências e do isolamento social.

No que toca ao projeto do autocuidado andar por parte da Enfermagem de Reabilitação não existem muitos estudos, embora seja um autocuidado importantíssimo não só gerador de ganhos físicos, mas também psicológicos, uma vez que a pessoa que consegue deslocar sozinha sente-se mais independente e motivada para a sua própria reabilitação. Outra área pouco estudada é a reabilitação em contexto domiciliário, uma vez que é com as equipas de ECCI que os EEER começam a dar os primeiros passos e a levar a reabilitação a casa dos utentes, transformando o seu próprio espaço numa área de aprendizagem e capacitando o seu cuidador para dar continuidade ao trabalho desenvolvido.

Uma limitação encontrada durante a aplicação do projeto foi a falta de articulação cuidados hospitalares/cuidados comunitários. Uteses provenientes de internamento hospitalar não trazem qualquer menção ao programa de reabilitação durante esse período, não existindo comunicação dos profissionais em contexto hospitalar com os da comunidade. É importante que exista continuidade dos cuidados de forma a que a reabilitação seja mais eficaz.

Outro foco importante é a evolução demográfica, encontramos-nos perante uma população tendencialmente envelhecida, especialmente no interior, pelo que as políticas de saúde deviam ser mais centradas no envelhecimento ativo e na promoção do autocuidado e independência, para que os cuidados comunitários e nomeadamente de Enfermagem de Reabilitação acompanhassem esses desideratos. Deviam-se trabalhar os idosos em suas casas para que fossem funcionais o máximo de tempo possível.

O tempo para a implementação do projeto e as características envelhecidas da população alvo tornaram-se fatores limitativos para a generalização dos dados colhidos para outros contextos.

O caminho do mestrado e especialidade fez-se «caminhando», ultrapassando passo a passo os obstáculos que iam surgindo. Mas, de forma geral, considera-se que os conhecimentos e as competências adquiridas são fundamentais para responder às necessidades de pessoas com alterações da sua capacidade funcional.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Accioly, F., Patrizzi, J., Pinheiro, S., Walsh, P., Aparecida, I., Paulo, S., Bertoncello, D. (2016) Exercícios físicos, mobilidade funcional, equilíbrio, capacidade funcional e quedas em quedas em idosos. *ConScientiae Saúde*.15(3):378-384.

Administração Central do Sistema de Saúde. (2017). Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): 1º semestre 2017. Lisboa: Recuperado de [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio\\_Monitorizacao\\_RNCCI\\_1\\_Semestre-2017.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI_1_Semestre-2017.pdf)

Albino, A; Freitas, C.; Teixeira, C; Gonçalves, A; Santos, A & Bós, A. (2012). Influência do treinamento de força muscular e de flexibilidade articular sobre o equilíbrio articular em idosos. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, 15 (1).17-25

Alves, M. (2016). Hospital at home: A realidade dentro e fora de Portugal. *Medicina Interna*, 23(1), 40-43

Boechat, J., Manhães, F., Filho, R. & Istoé, R. (2012). A síndrome do imobilismo e seus efeitos sobre o aparelho locomotor do idoso. *InterSciencePlace*, 22 (1ª série) 89-193

Campo, A., Ferreira, E., Vargas, A & Gonçalves, L. (2016). Perfil do envelhecimento saudável de idosos brasileiros octogenários. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 24 (e2724), 1-11

Carvalho, J; Pinto, J; Mota, J. (2007). Actividade física, equilíbrio e medo de cair. Um estudo em idosos institucionalizados. *Revista Porto Ciência e Desporto*, 7 (2). 225-231

Eseffego, I., & Eseffego, T. (2016). A Influencia do treinamento resistido de 20 semanas no nível de desenvolvimento motor em idosas da UNATI - Universidade Aberta da Terceira, *RESU - Revista Educação em Saúde*. 4(1) 35-41

Fiedler, M & Peres, K. (2008, fevereiro) Capacidade funcional e fatores associados em idosos do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cadernos Saúde Pública* 24(2), 409-415

Fortin, M. (2009) *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidata.

Freitas, L. (2017). Reabilitação – a eficiência que faz a diferença. Seção Regional da Região Autónoma da Madeira. Funchal. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4958/art-enf-luis-freitasrev\\_elvio\\_artigo-reabilita%C3%A3-%C3%A3o.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4958/art-enf-luis-freitasrev_elvio_artigo-reabilita%C3%A3-%C3%A3o.pdf)

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

Israel, N., Andrade, O. G., & Teixeira, J. (2009). A percepção do cuidador familiar sobre a recuperação física do idoso em condição de incapacidade funcional. *Ciência Coletiva* 16 (Supl. 1), 1349-1356. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a69v16s1.pdf>

Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Health status, physical functioning, health services utilization, and expenditures on medicines among Brazilian elderly: a descriptive study using data from the National Household Survey. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):735-43

Lima-Costa MF, Loyola Filho AI, Matos DL. Trends in health conditions and use of health services by the Brazilian elderly: a study based on the National Household Sample Survey (1998, 2003). *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(10):2467-78.

Martins, T. (2006). *Acidente vascular cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau

Ministério da Segurança Social (2019). Despacho normativo nº 100/2019 de 6 de setembro: Aprova o estatuto do cuidador informal altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a Lei n.º 13/2003, de 21 de maio. *Diário da República*, 1ª Série nº 171, 3-16

Mohammadi, F. (2008). *Theoretical principle of rehabilitation nursing* (2nd ed.). Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences

Musculino, J. (2008). *Cinesiologia -O Sistema Esquelético e a Função Muscular*. Loures: Lusodidacta

Nakatani AYK, Costa EFA, Teles SA, Silva LB, Rego MAB, Souza ACS *et al.* Perfil sociodemográfico e avaliação funcional de idosos atendidos por uma equipe de saúde da família na periferia de Goiânia, Goiás. *Revista Sociedade Brasileira Clinica Medicina*. 2003; 1(5):131-6.

Nunes DP, Nakatani AY, Silveira EA, Bachion MM, de Souza MR. Functional capacity, socioeconomic conditions and of health of elderly assisted by Family Health teams in Goiania (GO, Brazil). *Cien Saúde Colet*. 2010; 15(6):2887-98.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Guia para a Organização de processos de melhoria Continua de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Funchal: Conselho de Enfermagem Regional – SRMOE

Overstall, P (2003). The use of balance training in elderly people with falls. *Clinical Gerontology* 13 (1). 153-61

Pereira, LM,, Gomes, J.C. Bezerra IL, Oliveira LS, Santos, MC. (2017). Impacto do treinamento funcional no equilíbrio e funcionalidade de idosos não institucionalizados. *Revista Brasileira Ciência e Movimento*, 25 (1): 79-89

Pereira, R; Cardoso, M; Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem de Referência*, 3 (7), 55-62

PETRONILHO, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem – da concetualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. 1ª Ed. Coimbra: Formasau.

Petronilho, F., Pereira, F., & Silva, A. P. (2015). Perceção de autoeficácia do familiar cuidados após o regresso a casa do dependente: Estudo longitudinal. *Revista Portuguesa de*



*Saúde Mental, esp.* 2, 9-13. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe2/nspe2a02.pdf> a 23-02-2020

PORDATA (2019). Índice de envelhecimento 2019 Municípios In *Pordata*. Acedido em 19 de Outubro de 2019 em <https://www.pordata.pt/Municipios/Índice+de+envelhecimento-458>

Preto, L., Gome, J., Novo, A., Mendes, M., Molina, J. (2016) Efeitos de um Programa de Enfermagem de Reabilitação na Aptidão Funcional de Idosos Institucionalizados, *Revista de Enfermagem Referência*. 8. 55–63

Qaddoura, A., Yazdan-Ashoori, P., Kabali, C., Thabane, L., Haynes, R. B., Connolly, S. J., & van Spall, H. G. (2015). Efficacy of hospital at home in patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 10(6), e0129282. doi: 10.1371/journal.pone.0129282

Ramos, E. A. & Sandoval, R. (2018). Análise da Força muscular, flexibilidade e equilíbrio. *Rev Cien Escol Estad Saud Publ Cândido Santiago-RESAP* 4(1), 46–53.

Regadas, S., & Marques, G. (2012). A enfermagem e as famílias prestadoras de cuidados. In J. C. Carvalho, M. C. Barbieri-Figueiredo, H. I. Fernandes, A. I. Vilar, L. Andrade, M. R. Santos, P. Oliveira (Coords.), *Transferibilidade do conhecimento em enfermagem de família* (pp. 251-258). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Santos, A.; Franco, S.; Reis, M. (Maio2016). Fatores associados à incapacidade funcional em idosos brasileiros. *Revista Andaluza de Medicina del deporte*. 10 (16). 1.7

Santos, C. (2019). *O papel do Enfermeiro de Reabilitação na capacitação do cuidador informal* – Revisão da Literatura publicada In Repositório Instituto Politécnico Viseu

Schmidt, R., Wrisberg, C. (2001). *Aprendizagem e performance motora: uma abordagem de aprendizagem baseada no problema*. Porto Alegre: Artmed

Schmitt, W., Guimarães, C. D. A., Simas, N., Paulini, J., & Souza, D. C. (2016). Treinabilidade e reversibilidade na aptidão física de idosas participantes de programa de intervenção. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel

Sistema Nacional de Saúde (2019). Unidades de cuidados na comunidade. In *Portal SNS*. Acedido a 03 de Março de 2020 em <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/07/04/unidades-de-cuidados-na-comunidade/>

Thomas, V., Hageman, P (2003). Can neuromuscular strength and function in people with dementia be rehabilitated using resistance-exercise training? Results from a preliminar intervention study. *J Gerontol Bio Sci Med Sci*. 58 (8), 746-51

Vieira, C., Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Lisboa. Lusodidacta

Vogt, M., Gonçalves, M., & Silveira, D. (2009). Ações para capacitação de cuidadores em unidades de saúde da família. *Revista Kairós Gerontologia*, 12(2), 93-101

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I – Formulário Registo de dados**

## FORMULÁRIO DE REGISTO DE DADOS

### I. Caracterização sociodemográfica

**Idade:**

**Género:**

Masculino	Feminino

**Vive:**

Sozinho	
Acompanhado	

**Habilitações Literárias:**

Não sabe ler nem escrever	
Ensino básico	
Ensino secundário	
Licenciatura	
Mestrado	
Doutoramento	

### II. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

**Diagnóstico Médico:**

**Antecedentes Pessoais:**

**Medicação:**

FÁRMACO	DOSAGEM	HORÁRIO

Nota: Se faz medicação em SOS deve ser identificada

### III. APLICAÇÃO INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Escala de Barthel		
1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação

Escala de Lower					
1ª Avaliação		2ª Avaliação		3ª Avaliação	
MSD		MSD		MSD	
MSE		MSE		MSE	
MID		MID		MID	
MIE		MIE		MIE	

Escala de Morse		
1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação

Índice de Tinetti					
1ª Avaliação		2ª Avaliação		3ª Avaliação	
Tinetti		Tinetti		Tinetti	

## **APÊNDICE II – Análise dos Dados no Programa Informático Microsot Office**

		Paciente 1			Paciente 2			Paciente 3			Paciente 4			Paciente 5						
		83	94	81	91	82														
		M	F	M	F	F														
		Sozinho	Acompanhado	Acompanhado	Acompanhado	Acompanhado														
		Não sabe ler	Ensino Básico	Ensino Básico	Ensino Básico	Ensino Básico														
		1ª avaliação		2ª avaliação		3ª avaliação		1ª avaliação		2ª avaliação		3ª avaliação		1ª avaliação		2ª avaliação		3ª avaliação		
anos		30	40	75	80	90														
Género		M	F	M	F	F														
Vive		Sozinho	Acompanhado	Acompanhado	Acompanhado	Acompanhado														
Habilidades		Não sabe ler	Ensino Básico	Ensino Básico	Ensino Básico	Ensino Básico														
Independência		30	40	75	80	90														
		3ª avaliação	2ª avaliação	1ª avaliação	3ª avaliação	2ª avaliação	1ª avaliação		3ª avaliação		2ª avaliação		1ª avaliação		3ª avaliação		2ª avaliação		1ª avaliação	
		0%	75%	0%	7%	0%	350%		0%		21%		29%		53%		300%		29%	
Força		4	4	4	4	4														
		3ª avaliação	2ª avaliação	1ª avaliação	3ª avaliação	2ª avaliação	1ª avaliação		3ª avaliação		2ª avaliação		1ª avaliação		3ª avaliação		2ª avaliação		1ª avaliação	
		4	4	4	4	4	8%		14%		14%		21%		29%		29%		29%	
Risco de queda		30	55	30	30	30														
		3ª avaliação	2ª avaliação	1ª avaliação	3ª avaliação	2ª avaliação	1ª avaliação		3ª avaliação		2ª avaliação		1ª avaliação		3ª avaliação		2ª avaliação		1ª avaliação	
		0%	9%	0%	0%	0%	0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%	
Equilíbrio		7/28	10/28	17/28	23/28	20/28														
		3ª avaliação	2ª avaliação	1ª avaliação	3ª avaliação	2ª avaliação	1ª avaliação		3ª avaliação		2ª avaliação		1ª avaliação		3ª avaliação		2ª avaliação		1ª avaliação	
		7/28	9/28	7/28	9/28	7/28	29%		70%		21%		21%		29%		29%		29%	



**APÊNDICE III – Documentos do Pedido Autorização à Comissão de Ética da ARSA**

Exmo. Senhor,  
Presidente do Conselho Diretivo da  
ARS Alentejo – Dr. José Alberto  
Robalo  
Largo do Jardim do Paraíso, nº 1,  
7000-864 Évora

Ana Margarida Cágado Abrantes, filha de António João Tendeiro Abrantes e Rita Rosa dos Pereiros Cágado Abrantes, nascida a 21 de Outubro de 1991, natural de Terrugem, de nacionalidade portuguesa, residente na Travessa do Bêco Nr 3º 7350-4914 Terrugem-Elvas, com o número de telemóvel 964830029, portadora do cartão de cidadão nº 13839351 6ZY4, válido até 09.02.2022, com o número de identificação fiscal 250546140, vem requerer a V/Ex.<sup>a</sup> que se digne a autorizar o Projeto de Intervenção (Investigação) *Ganhos no Autocuidado Andar – Um caminho para a funcionalidade*, pR ser implementado na Unidade de Cuidados na Comunidade de Estremoz, nomeadamente na ECCI de Estremoz de 16 de Setembro de 2019 a 13 de Janeiro de 2020.

Tem como supervisora a Enfermeira Florbela Isaias Romão, especialista em Enfermagem de Reabilitação, enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade de Estremoz e como orientadora a Professora Doutora Maria Gorete Reis, professora na Universidade de Évora.

Tal projeto surge no âmbito do terceiro Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização Reabilitação (Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde de Portalegre, Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde de Beja e Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias), no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final. Pretende-se desenvolver um projeto de intervenção (intervenção), de forma a responder aos objetivos de estágio que identifica os ganhos no autocuidado andar com contributos do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na comunidade.

O projeto pretende identificar os ganhos no autocuidado andar nos utentes da Unidade Cuidados Comunidade de Estremoz internados de dezassete de Setembro de 2019 a treze de Janeiro de 2020, orientados no tempo, espaço e pessoa, com capacidade de aprendizagem e que aceitem participar ativamente no estudo.

Todos os participantes assinarão um documento de consentimento informado, esclarecido e livre, assegurando que apenas participam no estudo se o desejarem, se este for de acordo com as suas convicções pessoais e que a recusa na participação não trará qualquer constrangimento, nem irá interferir na prestação de cuidados de saúde. O consentimento não será apenas para a participação do estudo, mas também para que seja possível aceder aos dados de saúde.

É assegurado o respeito pelos participantes em todas as fases do estudo, garantindo a privacidade e a confidencialidade dos seus dados clínicos, o direito a mudar de opinião e abandonar o estudo se assim o desejarem (sem penalização e sem necessidade de justificação), transmitir a informação sobre novos dados que surjam do decorrer da investigação, cuidados aos participantes que apresentem reações adversas ou agravamento do estado de saúde provenientes do programa de intervenção e fornecer a informação sobre o novo conhecimento gerado pela investigação para a qual contribuíram. Todos os dados serão guardados confidencialmente no computador do investigador, que está devidamente codificado e que após dois anos da data do relatório de estágio serão destruídos.

Para os devidos efeitos, anexa-se ao requerimento os seguintes documentos:

- Projeto de Intervenção (Investigação)

Elvas, 16 de Novembro de 2019

Pede deferimento

Ana Margarida Cágado Abrantes

(Ana Margarida Cágado Abrantes)

Exma. Senhora  
Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Alentejo,  
Dra. Susana Teixeira  
Largo do Jardim do Paraíso, nº1  
7000 – 864 Évora

Ana Margarida Cágado Abrantes, filha de António João Tendeiro Abrantes e Rita Rosa dos Pereiros Cágado Abrantes, nascida a 21 de Outubro de 1991, natural de Terrugem, de nacionalidade portuguesa, residente na Travessa do Bêco Nr 3º 7350-4914 Terrugem-Elvas, com o número de telemóvel 964830029, portadora do cartão de cidadão nº 13839351 6ZY4, válido até 09.02.2022, com o número de identificação fiscal 250546140, vem solicitar a V/Ex.ª o parecer sobre o Projeto de Intervenção (Investigação) *Ganhos no Autocuidado Andar – Um caminho para a funcionalidade*, pR ser implementado na Unidade de Cuidados na Comunidade de Estremoz, nomeadamente na ECCI de Estremoz de 16 de Setembro de 2019 a 13 de Janeiro de 2020.

Tem como supervisora a Enfermeira Florbela Isaias Romão, especialista em Enfermagem de Reabilitação, enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade de Estremoz e como orientadora a Professora Doutora Maria Gorete Reis, professora na Universidade de Évora.

Tal projeto surge no âmbito do terceiro Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização Reabilitação (Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde de Portalegre, Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde de Beja e Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias), no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final. Pretende-se desenvolver um projeto de intervenção (intervenção), de forma a responder aos objetivos de estágio que identifica os ganhos no autocuidado andar com contributos do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na comunidade.

O projeto pretende identificar os ganhos no autocuidado andar nos utentes da Unidade Cuidados Comunidade de Estremoz internados de dezassete de Setembro de 2019 a treze

de Janeiro de 2020, orientados no tempo, espaço e pessoa, com capacidade de aprendizagem e que aceitem participar ativamente no estudo.

Todos os participantes assinarão um documento de consentimento informado, esclarecido e livre, assegurando que apenas participam no estudo se o desejarem, se este for de acordo com as suas convicções pessoais e que a recusa na participação não trará qualquer constrangimento, nem irá interferir na prestação de cuidados de saúde. O consentimento não será apenas para a participação do estudo, mas também para que seja possível aceder aos dados de saúde.

É assegurado o respeito pelos participantes em todas as fases do estudo, garantindo a privacidade e a confidencialidade dos seus dados clínicos, o direito a mudar de opinião e abandonar o estudo se assim o desejarem (sem penalização e sem necessidade de justificação), transmitir a informação sobre novos dados que surjam do decorrer da investigação, cuidados aos participantes que apresentem reações adversas ou agravamento do estado de saúde provenientes do programa de intervenção e fornecer a informação sobre o novo conhecimento gerado pela investigação para a qual contribuíram. Todos os dados serão guardados confidencialmente no computador do investigador, que está devidamente codificado e que após dois anos da data do relatório de estágio serão destruídos.

Para os devidos efeitos, anexa-se ao requerimento os seguintes documentos:

- Projeto de Intervenção (Investigação)

Elvas, 16 de Novembro de 2019

Pede deferimento

Ana Margarida Cágado Abrantes

(Ana Margarida Cágado Abrantes)

Exma. Senhora,  
Coordenadora Dos Cuidados  
Continuados Integrados da ARS  
Alentejo – En.ª M.ª Graça Eliseu  
Largo do Jardim do Paraíso, n.º 1,  
7000-864 Évora

Ana Margarida Cágado Abrantes, filha de António João Tendeiro Abrantes e Rita Rosa dos Pereiros Cágado Abrantes, nascida a 21 de Outubro de 1991, natural de Terrugem, de nacionalidade portuguesa, residente na Travessa do Béco Nr 3ª 7350-4914 Terrugem-Elvas, com o número de telemóvel 964830029, portadora do cartão de cidadão n.º 13839351 6ZY4, válido até 09.02.2022, com o número de identificação fiscal 250546140, vem requerer a V.Ex.ª que se digne a autorizar o Projeto de Intervenção (Investigação) *Ganhos no Autocuidado Andar – Um caminho para a funcionalidade*, para ser implementado na Unidade de Cuidados na Comunidade de Estremoz, nomeadamente na Equipa Cuidados Continuados Integrados 24 Pluriconcelhia, no concelho de Estremoz de 16 de Setembro de 2019 a 13 de Janeiro de 2020.

Tem como supervisora a Enfermeira Florbela Isaías Romão, especialista em Enfermagem de Reabilitação, enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade de Estremoz e como orientadora a Professora Doutora Maria Gorete Reis, professora na Universidade de Évora.

Tal projeto surge no âmbito do terceiro Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização Reabilitação (Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde de Portalegre, Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde de Beja e Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias), no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final. Pretende-se desenvolver um projeto de intervenção (intervenção), de forma a responder aos objetivos de estágio que identifica os ganhos no autocuidado andar com contributos do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na comunidade.

O projeto pretende identificar os ganhos no autocuidado andar nos utentes da Equipa Cuidados Continuados Integrados 24 Pluriconcelhia, internados no Concelho de Estremoz de dezassete de setembro de 2019 a treze de janeiro de 2020, orientados no

tempo, espaço e pessoa, com capacidade de aprendizagem e que aceitem participar ativamente no estudo.

Todos os participantes assinarão um documento de consentimento informado, esclarecido e livre, assegurando que apenas participam no estudo se o desejarem, se este for de acordo com as suas convicções pessoais e que a recusa na participação não trará qualquer constrangimento, nem irá interferir na prestação de cuidados de saúde. O consentimento não será apenas para a participação do estudo, mas também para que seja possível aceder aos dados de saúde.

É assegurado o respeito pelos participantes em todas as fases do estudo, garantindo a privacidade e a confidencialidade dos seus dados clínicos, o direito a mudar de opinião e abandonar o estudo se assim o desejarem (sem penalização e sem necessidade de justificação), transmitir a informação sobre novos dados que surjam do decorrer da investigação, cuidados aos participantes que apresentem reações adversas ou agravamento do estado de saúde provenientes do programa de intervenção e fornecer a informação sobre o novo conhecimento gerado pela investigação para a qual contribuíram. Todos os dados serão guardados confidencialmente no computador do investigador, que está devidamente codificado e que após dois anos da data do relatório de estágio serão destruídos.

Para os devidos efeitos, anexa-se ao requerimento os seguintes documentos:

- Projeto de Intervenção (Investigação)

Estremoz, 19 de Novembro de 2019

Pede deferimento

Ana Margarida Cágado Abrantes

(Ana Margarida Cágado Abrantes)

Documento base para a análise de projetos de investigação clínica pela Comissão de Ética do Alentejo  
Modelo 1 CESCE 2016 - IES 1 - GT Alentejo



Modelo de Declaração do profissional de saúde que referencia os participantes para o ensaio clínico/projeto de intervenção (investigação)<sup>1,2</sup>

*(Se houver coincidência entre o profissional de saúde que referencia os participantes e o elo de ligação considera-se não ser necessário a apresentação deste modelo - Modelo 3 CESCE 2016)*

Instituição promotora: Instituto Politécnico de Portalegre  
Projeto de Intervenção (Investigação): \* Ganhos no autocuidado andar – um caminho para a funcionalidade  
Investigador Principal: Ana Margarida Cágado Abrantes  
Contactos do Investigador Principal: e-mail institucional: [ana\\_abrantes@live.com.pt](mailto:ana_abrantes@live.com.pt) e Telemóvel: 964 830 029  
Local a realizar o Ensaio/Clínico/Projeto de Intervenção (Investigação): \*Unidade Cuidados Comunitários de Estremoz

Num ensaio clínico/projeto de intervenção (investigação)\* que seja realizado em Instituição de Saúde, em que exista a necessidade de referência de participantes (ex. utentes), esta deve ser realizada por profissionais de saúde devidamente identificados pelo investigador principal, onde se garanta que essa referência foi feita com autorização, ainda que verbal, dos participantes.

A presente declaração é obrigatória, nos casos em que se aplica.

Florbela da Conceição Cabeça Isaias Romão (Profissional de saúde), a desempenhar as funções de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Unidade de Cuidados na Comunidade de Estremoz (instituição de saúde), e colaborador projeto de intervenção (investigação)\* acima identificado, declaro que expliquei aos participantes por mim referenciados os motivos, métodos e pretensos objetivos do ensaio clínico/intervenção (investigação)\* em causa tendo os mesmos autorizado a respectiva referência.

.....Estremoz..... Data. 30/10/...2019..

Assinatura \_\_\_\_\_ (nº de cédula profissional)  
\_\_\_\_\_ 12322 \_\_\_\_\_

PTA - 2016 - 03 - 01 - 00000000 - 00000000

1 - Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril que regula a investigação clínica; 2 - Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril que regula a investigação clínica, artigo 2.º, alínea c); \*Riscar o que não interessa ; 3 - GT Alentejo – Grupo de Trabalho constituído pelas CES e CE das



Documento Guia para a análise de projectos de investigação clínica pelos Comités de Ética da Alentejo  
Modelo 2 CES/CE 2016 | GT Alentejo



Modelo de Declaração de Compromisso para outros Investigadores<sup>1</sup> ou Colaboradores<sup>2</sup> na investigação, se aplicável, destinada a documentar o seu envolvimento nas garantias de confidencialidade dada pelo Investigador Principal<sup>1</sup>

*Instituição Promotora* : Instituto Politécnico de Portalegre  
*Projeto de Intervenção (Investigação)*: Ganhos no autocuidado andar: Um caminho para a funcionalidade  
*Investigador Principal*: Ana Margarida Cágado Abrantes  
*Contactos do Investigador Principal*: e-mail: [ana\\_abrantes@ipve.com.pt](mailto:ana_abrantes@ipve.com.pt) ; Telemóvel: 964830029 /Telefone: 268657415  
*Colaborador*: Florbela da Conceição Cabeça Isaias Romão  
*Local a realizar o Projecto de Intervenção(Investigação)*::\* Unidade Cuidados Comuidade Estremoz

Eu, Florbela da Conceição Cabeça Isaias Romão, colaboradora no ensaio projecto de intervenção (investigação) \* acima referenciado, declaro que me comprometo como participante no projecto de intervenção (investigação) \*, a respeitar os métodos e pretensos objectivos do projecto de intervenção (investigação) \* em causa, bem como a garantir a confidencialidade da informação adquirida e/ou partilhada com os envolvidos neste estudo.

(Local)Estremoz

Data: 30/1/2019

Assinatura

(Florbela da Conceição Cabeça Isaias Romão)

1 - Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril que regula a investigação clínica; 2 - Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril que regula a investigação clínica, artigo 2.º, alínea cc); \*Riscar o que não interessa ; 3 - GT Alentejo – Grupo de Trabalho constituído pelas CES e CE das áreas do Ensino Superior e da Saúde, quer de âmbito privado quer público, identificadas pelos logótipos acima expostos.



Modelo de identificação do "Elo de ligação"

Instituição promotora: Instituto Politécnico de Portalegre  
Projecto de Intervenção (Investigação)\*\*Ganhos no autocuidado andar; Um caminho para a funcionalidade  
Investigador Principal: Ana Margarida Cógado Abrantes  
Contactos do Investigador Principal: e-mai: [ana\\_abrantes@iipe.com.pt](mailto:ana_abrantes@iipe.com.pt); Telemóvel 964830029 /Telefone: 268657415  
Local a realizar o Projeto de Intervenção (Investigação)\* Unidade Cuidados Comunidade de Estremoz

NOTA INFORMATIVA DA CE/CES

O "Elo de ligação" corresponderá ao profissional de saúde que aceita assumir a responsabilidade de fazer a ligação do participante ao investigador. No caso de o participante ser um utente, o "Elo de ligação" deverá ser um profissional da equipa de saúde do mesmo, que pela inerência das suas funções assistenciais, conhece os seus dados pessoais. O Elo de ligação poderá ter também uma função de mediador/descodificador (técnico que consegue ler os dados e transmitir a informação para outros que não conhecem a linguagem utilizada), dependendo da metodologia do estudo, entre o participante e o investigador. Ao "Elo de ligação" competirá efectuar um contacto prévio com o utente e informá-lo acerca:

1. Do interesse do investigador em contactá-lo, para o convidar a participar no estudo.
2. Dos direitos que lhe pertencem para livremente aceitar ou recusar este contacto do investigador, sem que dessa decisão decorra qualquer prejuízo para a assistência a que tem direito.
3. De que será, enquanto "Elo de ligação", o garante do respeito pela confidencialidade de todos os seus dados que, constantes do processo clínico, nada tenham a ver com o estudo em causa.

A presente declaração é obrigatória, nos casos em que se aplica.

Florbela da Conceição Cabeça Isaias Romão, a desempenhar as funções de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação na UCC de Estremoz declaro que aceito ser o Elo de Ligação neste ensaio clínico/projecto de investigação\*, de acordo com o que acima está estipulado.

Estremoz, Data 30/10/2019

Assinatura

 (12322)

1 - Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril que regula a investigação clínica; 2 - Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril que regula a investigação clínica, artigo 2.º, alínea cc); \*Riscar o que não interessa; 3 - GT Alentejo – Grupo de Trabalho constituído pelas CES e CE das áreas do Ensino Superior e da Saúde, quer de âmbito privado quer público, identificadas pelos logotipos acima expostos.

Documento base para a análise de projetos de investigação clínica pelas Comissões de Ética do Alentejo  
Modelo 5 CES/CE 2016 ARS 1 | GT Alentejo



Modelo de Declaração do(s) orientador(es) científico(s) ou pedagógico(s), caso se trate de  
Ensaio Clínico /Projecto de Investigação<sup>1</sup> realizado em ambiente académico. (º)

Instituição promotora Instituto Politécnico de Portalegre ( Escola Superior de Saúde  
Projecto de Intervenção ( Investigação) Ganhos no autocuidado andar: um caminho para a funcionalidade.  
Investigador Principal Ana Margarida Cágado Abrantes  
Contactos do Investigador Principal: e-mail [ana\\_abrantes@live.com.pt](mailto:ana_abrantes@live.com.pt) ; Telemóvel 964830029  
Local a realizar o Projecto de Intervenção (Investigação) UCC de Extremoz

Maria Gorete Mendonça dos Reis aceita orientar o Projeto de Intervenção (Investigação)  
com o título de *Ganhos no autocuidado andar: um caminho para a funcionalidade*  
elaborado por Ana Margarida Cágado Abrantes

Évora, 30 /10/2019

Assinatura

1 - Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril que regula a investigação clínica; 2 - Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril que regula a investigação clínica, artigo 2.º, alínea c); \*Riscar o que não interessa ; 3 - GT Alentejo – Grupo de Trabalho constituído pelas CES e CE das áreas do Ensino Superior e da Saúde, quer de âmbito privado quer público, identificadas pelos logótipos acima expostos..

## **APÊNDICE IV – Consentimento Livre e Esclarecido**

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

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

**Título do Estudo:** Ganhos no autocuidado andar – um caminho para a funcionalidade

**Enquadramento:** Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. A desenvolver ensino clínico na Unidade de Cuidados Continuados de Estremoz. Orientado por Professora Maria Gorete Reis

**Explicação do Projeto:** O projeto tem como finalidade o desenvolvimento e a aplicação de um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação (com duração aproximada de 30-45 min por sessão, ajustado sempre à tolerância do utente), dirigindo-se a indivíduos com necessidades de cuidados especializados, com vista à independência funcional. Pretende identificar os ganhos no autocuidado andar após a aplicação do programa de intervenção. Irá iniciar-se com uma avaliação diagnóstica dos participantes de forma a traçar planos personalizados e adaptados a cada um, irá ter uma avaliação intermédia (de forma a ajustá-lo caso seja necessário) e uma avaliação final, podendo então comparar-se resultados. Terá uma duração de 6 semanas. O plano de intervenção será sempre aplicado com a supervisão da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Florbela Isaías Romão, em caso de intercorrência, deverá ser ela a actuar, tentando controlar a situação. Caso surja alguma intercorrência que não seja passível de tratar no domicílio, os participantes serão encaminhados ao serviço de urgência para observação diferenciada. Denote-se que o estado geral do utente é sempre tido em conta para uma correta aplicação do plano, sempre que evidenciar sinais de cansaço (p.e) a sessão será dada por terminada.

**Condições para a realização do projeto:** O projeto decorre da frequência do curso de mestrado na área de Reabilitação, onde se desenvolvem competências para prestar cuidados de enfermagem especializados na área da reabilitação, a pessoas com necessidades de

cuidados. O estágio está autorizado superiormente e a aplicação do plano decorre da prestação de cuidados de enfermagem especializados. Não tem custos para os participantes, sendo os mesmos imputados à investigadora principal.

Informa-se que a participação no projeto é voluntária e não haverá qualquer prejuízo assistencial ou outro para o participante, caso não queira participar ou tendo aceite queira desistir.

**Confidencialidade e Anonimato:** Os dados obtidos neste estudo serão confidenciais e usados exclusivamente para o mesmo, não havendo a identificação de nenhum dos participantes, uma vez que são codificados numericamente, garantindo assim o anonimato dos mesmos. Os dados recolhidos apenas estão na posse do investigador, em suporte informático protegidos por password, e em local seguro no domicílio do próprio. Dois anos após a realização do estudo serão totalmente destruídos. Caso o participante deseje abandonar o estudo durante o período de aplicação do projeto, não sofrerá qualquer consequência e os dados colhidos até à data são automaticamente destruídos.

**Métodos de acesso aos participantes:** Dos utentes que necessitam de cuidados de enfermagem de reabilitação que se dirigem à UCC Estremoz, a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação avalia essa necessidade e decide inclui-los na sua lista de utentes. É a partir dessa lista que se verifica a potencial condição (pela análise do processo) para ser incluído no estudo. De acordo com a Enfermeira Supervisora são identificadas as pessoas que esta vai contactar para informar do projeto de intervenção e solicitar a sua adesão.

**Métodos:** É um projeto de Intervenção direta de implementação de um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação ao utente. Existe um estudo dos progressos alcançados, individualmente com a intervenção.

Em caso de dúvidas e/ou necessidade de esclarecimentos poderá entrar em contacto com a investigadora principal através dos endereços de correio eletrónico [ana\\_abrantes@live.com.pt](mailto:ana_abrantes@live.com.pt) ou do telemóvel 964 830 029, ou com a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Florbela Romão através do endereço de correio eletrónico [florbela.romao@alentejocentral.min-saude.pt](mailto:florbela.romao@alentejocentral.min-saude.pt), do telefone 266 339 390 ou do endereço Avenida 9 de Abril, 7100-500 Estremoz.

Se pretender esclarecer algum assunto sobre o tratamento dos seus dados pessoais, poderá consultar diretamente o Encarregado pela Proteção de Dados do Instituto Politécnico de Portalegre, através do endereço de correio eletrónico [epd@ipportalegre.pt](mailto:epd@ipportalegre.pt), do telefone 245 301 500, ou do endereço postal Praça do Município, n.º 11, 7300-110 Portalegre. Poderá também solicitar informações sobre este assunto junto do Encarregado pela Proteção de Dados da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP, através do endereço de correio eletrónico [epd@arsalentejo.min-saude.pt](mailto:epd@arsalentejo.min-saude.pt), do telefone 266 758 770 extensão 10084, do telemóvel 925 482 271, ou do endereço postal Largo Jardim do Paraíso, n.º 1, 7000- 864 Évora.

Caso não estejam a ser respeitados os seus dados pessoais, poderá em nome próprio apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados, através do correio eletrónico [geral@cnpd.pt](mailto:geral@cnpd.pt), do telefone 213 938 4000 ou do endereço postal Avenida D. Carlos I, n.º 134, 1.º esquerdo, 1200-651 Lisboa.

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

A Investigadora Principal: \_\_\_\_\_

(Ana Margarida Cágado Abrantes)

A Supervisora clínica: \_\_\_\_\_

( Florbela da Conceição Cabeça Isaías Romão)

A orientadora Académica: \_\_\_\_\_

(Maria Gorete Reis)

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão. Também garanti que, em caso de recusa, será assegurado o respeito pelos seus direitos.

Nome: Ana Margarida Cágado Abrantes Unidade de Saúde: Unidade Cuidados Comunidade de Estremoz Contato telemóvel: 964 830 029 Contato correio eletrónico: [ana\\_abrantes@live.com.pt](mailto:ana_abrantes@live.com.pt)

Assinatura

Data

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **Pedido de Consentimento Informado ao Participante**

Por favor leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

*Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido dada garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre a proposta.*

*Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse.*

*Não autorizo*

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

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, (Assinatura) \_\_\_\_\_

### **SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR NÃO SABER/CONSEGUIR ESCREVER**

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

BI/ CD N° \_\_\_\_\_ Data ou Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Grau de Parentesco ou Tipo de Representação: \_\_\_\_\_


Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, (Assinatura) \_\_\_\_\_

**Este documento é composto por 04 páginas e feito em duplicado: uma via para a investigadora e outra para a pessoa que consente**

Fonte: Norma n.º 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015



## **APÊNDICE V – Norma Interna Sobre Inaloterapia**

		<b>ORIENTAÇÃO</b>	
		<b>Utilização correta dos dispositivos Inalatórios</b>	
Orientação:	Revisão:	Data: 04 de Dezembro de 2019	Página 1 de 8

**Assunto:** Utilização de dispositivos de Inaloterapia

**Palavras-Chave:** Inaloterapia, MDI, DPI, câmaras expansoras

**Para:** Profissionais e utentes da UCC Pluriconcelhia

**Objetivo:** Uniformizar a utilização dos dispositivos inalatórios, gerando ganhos em saúde.

A necessidade desta norma surge na sequência do Projeto «Capacitar, Reabilitando o doente com DPOC», de forma a que a utilização dos dispositivos inalatórios seja uniformizada, gerando ganhos em saúde.

#### **DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS:**

**Inaloterapia:** Administração, por via inalatória, de fármacos sob a forma de aerossol com finalidade terapêutica. Os dispositivos para administração inalatória têm como principal objetivo a deposição do fármaco nas vias áreas inferiores de forma a obter melhores resultados terapêuticos.

**Via Inalatória:** Via de eleição para a administração de fármacos no tratamento de doenças respiratórias. Veio contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos doentes, especialmente dos que têm patologia crónica, tais como, a asma e a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). É muito vantajosa, na medida em que tem um início de ação rápido e eficaz, utilizando doses menores de terapêutica e com menos efeitos adversos.

**DPOC:** Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

**pMDI:** Inaladores Pressurizados Doseáveis

**pDPI:** Inaladores de Pó Seco

		<b>ORIENTAÇÃO</b>	
		<b>Utilização correta dos dispositivos Inalatórios</b>	
Orientação:	Revisão:	Data: 04 de Dezembro de 2019	Página 2 de 8


## A. Instruções na Utilização de Inaladores Pressurizados Doseáveis

### 1. Conceito

O pMDI é um dispositivo de pequenas dimensões, pressurizado que liberta uma mistura de dose fixa de fármaco e propelente através de uma válvula de dose controlada. Pode conter isoladamente ou em associação um broncodilatador e/ou um anti-inflamatório esteroide.

### 2. Ensino e avaliação da técnica inalatória:

- a. **Antes da primeira utilização:** Premir a válvula duas vezes, antes do inalador pressurizado ser utilizado para a inalação
- b. **Após um período de não utilização**
  - i. Nos MDI's com HFA (Hidrofluoralcano): Não será necessário o desperdício de dose, desde que o período da não utilização não ultrapasse os 2 dias
- c. **Aquecimento e agitação de inalador**
  - i. Retirar o canister do dispositivo e aquecer na mão por um período de 2 minutos
  - ii. Antes de cada utilização deve-se aquecer e agitar o canister durante 5 segundos
- d. **Ordem de administração dos inaladores**
  - i. Em primeiro lugar devem-se administrar os broncodilatadores de acção rápida e aguardar 3 a 5 segundos antes de se administrar o seguinte.
  - ii. Em segundo lugar o broncodilatador anticoligémico, se prescrito e aguardar 5 a 10min antes do próximo
  - iii. Em terceiro lugar, os anti- inflamatórios (corticosteróides) segundo a ordem SAB (Salbutamol, Atrovent e Beclametasona)
  - iv. E por último bochechar a cavidade oral, não deglutindo a água depois da inalação dos corticosteróides com fim de prevenir a candidíase da orofaringe

		<b>ORIENTAÇÃO</b>	
		<b>Utilização correta dos dispositivos Inalatórios</b>	
<b>Orientação:</b>	<b>Revisão:</b>	Data: 04 de Dezembro de 2019	Página 3 de 8

**e. Técnica de Inalação com Inalador Pressurizado doseável (pMDI)**

1. O doente deve estar de pé, sentado ou semi-sentado (de forma a permitir a maior expansão torácica);
2. Aquecer a embalagem à temperatura corporal;
3. Retirar a tampa e agitar a embalagem na posição vertical;
4. Colocar a embalagem na posição vertical e o dedo indicador na parte superior e o polegar na parte inferior;
5. Inclinar ligeiramente a cabeça para trás;
6. Realizar uma expiração lenta;
7. Colocar o bucal na boca fechando os lábios e a língua por baixo;
8. Realizar uma inspiração lenta e ativar o pMDI;
9. Continuar a inspirar lenta e profundamente até à capacidade total (durante 3 a 5 segundos);
10. Sustentar a respiração durante 10 segundos (em adultos);
11. Realizar uma expiração máxima.

**3. Limpeza do Bucal e embalagem plástica dos inaladores**

- Após cada administração limpar com um pano húmido o bucal de modo a remover os resíduos;
- Lavar com detergente suave e água morna o bucal entre 2 a 3 vezes por semana e ser bem seco posteriormente.

		<b>ORIENTAÇÃO</b>	
		<b>Utilização correta dos dispositivos de Inaloterapia</b>	
<b>Orientação:</b>	<b>Revisão:</b>	Data: 04 de Dezembro de 2019	Página 4 de 8

## B. Instruções na Utilização de Câmaras Expansoras

### 1. Conceito

As câmaras expansoras ou *spacers*, segundo Abreu (2009) são “dispositivos recetores de aerossol após acionamento dos MDI a partir dos quais os doentes inalam, sem necessidade de coordenação das duas manobras” (Cordeiro, 2014: 64). Estas funcionam como «extensões» dos pMDIs, uma vez que permitem aumentar a distância entre o pMDI e a boca, ou a face do doente, facilitando uma maior deposição do fármaco, a nível das vias áreas inferiores. Podem ser utilizadas em todas as faixas etárias, em situações de crise de asma, doentes ventilados e traqueostomizados.

A constituição de uma câmara expansora inclui: câmara (com ou sem adaptador para o inalador), bucal ou máscara facial (de acordo com o modelo) e válvulas inspiratórias e expiratórias (de acordo com o modelo).

As câmaras expansoras subdividem-se em três grupos:

- Câmaras de tubos abertos: distanciam o bucal do inalador da orofaringe do doente (Ex: Atrovent®);
- Câmaras de expansão: incluem válvulas de inalação anti-retorno localizadas no bucal, de modo a reter o aerossol no dispositivo até que seja inalado pelo doente (Ex: vohematic®, vortex®\*, aerocamber plus®, optichamber Diamond®\*);
- Dispositivos de fluxo inverso: o spray é administrado numa bolsa dobrável ou para um pequeno volume.

### 2. Ensino e avaliação da Técnica Inalatória

#### a. Antes da primeira utilização

- Aplicar vários disparos sequenciais (10 a 20) do fármaco para o interior da câmara, de forma a reduzir a carga electrostática, seguindo sempre as recomendações do fabricante;

\*Com maior carga eletrostática

		<b>ORIENTAÇÃO</b>	
		<b>Utilização correta dos dispositivos Inalatórios</b>	
Orientação:	Revisão:	Data: 04 de Dezembro de 2019	Página 5 de 8

#### **b. Técnica de Inalação com Câmara Expansora**

1. O doente deve estar de pé, sentado ou semi-sentado;
  2. Aquecer o pMDI à temperatura corporal;
  3. Retirar a tampa do pMDI e agitar durante 5 segundos (ou colocar o pMDI na câmara e agitar em seguida);
  4. Colocar o pMDI na posição vertical (em forma de L) e adaptá-lo à câmara expansora;
  5. Efetuar uma expiração lenta;
  6. Colocar o bucal da câmara expansora entre os dentes, fechando os lábios e a língua para baixo. No caso das câmaras expansoras com máscara, esta deve ficar bem adaptada à face com as narinas ocluídas;
  7. Ativar o pMDI (No final da expiração);
  8. Inspirar lentamente e profundamente até à capacidade pulmonar total;
  9. Suster a respiração durante 10 segundos nos adultos;
  10. Pode realizar-se uma segunda inalação lenta, para assegurar o esvaziamento da câmara e aproveitamento completo da dose administrada (durante aproximadamente 30 segundos);
  11. Esperar pelo menos 30 segundos, antes de repetir a ativação do pMDI;
  12. Lavar a cavidade bucal e a face se utilizada máscara, se forem inalados corticoides.
- O alerta sonoro ou «flowsignal», que emite um som durante uma inalação rápida é um sinal de alerta para o utilizador, uma vez que está a inspirar a um fluxo elevado e rápido, sendo uma técnica de inspiração incorreta.
  - Recomendações: Inalar lenta e profundamente pelo menos durante 3 ciclos respiratórios no adulto.

		<b>ORIENTAÇÃO</b>	
		<b>Utilização correta dos dispositivos Inalatórios</b>	
Orientação:	Revisão:	Data: 04 de Dezembro de 2019	Página 6 de 8

### 3. Recomendações da higienização das Câmara Expansoras

- Devem ser desmontadas todas as peças (nos modelos em que é possível);
- A lavagem deve ser efetuada com detergente suave (pode ser detergente da loiça), uma vez por semana, colocando-a num recipiente com água quente e detergente suave por 15 minutos, passá-la por água limpa, sacudir e deixar secar ao ar ambiente sem limpar;
- Após a secagem, a câmara expansora deve ser novamente montada e o funcionamento da válvula testado, antes da utilização;
- As câmaras expansoras com fissuras devem ser substituídas;
- As câmaras não devem ser guardadas em locais que permitam a deposição de partículas, gordura ou pó;
- Devem ser substituídas com uma periodicidade anual mínima;
- Na utilização de máscara facial, esta deve ser lavada com água quente e detergente e seca, após cada utilização. No caso da utilização de bucal, limpar com um lenço de papel;
- Devem ser sempre respeitadas as informações e recomendações do fabricante.

### 4. Utilização de Câmara expansora em Doentes traqueostomizados

Existem equipamentos adaptados para os doentes submetidos a traqueostomia, sendo que a técnica de inalação cumpre os mesmos princípios da realização por via bucal.

		<b>ORIENTAÇÃO</b>	
		<b>Utilização correta dos dispositivos Inalatórios</b>	
Orientação:	Revisão:	Data: 04 de Dezembro de 2019	Página 7 de 8

### C. Instruções de Utilização de Inaladores de Pó Seco

#### 1. Conceito

Existem inúmeros dispositivos inalatórios, entre os quais os de pó seco, também chamados de *DPI (Dry Powder Inhaler)*.

São dispositivos pequenos, discretos e facilmente transportáveis e ativados pela inspiração. Contém fármaco sob a forma sincronizada, misturado com partículas de maiores dimensões. Existem em dois tipos;

- Unidose: o fármaco está armazenado em cápsula de pó com uma única dose. Esta é partida ou perfurada antes da inalação. (Ex.: Aerolizer®, Rotahaler®, HandiHaler®, Breezhaler®);
- Multidose: o fármaco encontra-se armazenado em reservatório com múltiplas doses (Ex.: Diskus®, Turbohaler®, Novolizer®, Twisthaler®).


#### 2. Ensino e avaliação da Técnica Inalatória

O dispositivo deve ser preparado antes da administração da dose. Existem múltiplos dispositivos, cada um com uma forma diferente de preparação inicial. O profissional de saúde deve conhecê-la antes do ensino da técnica de administração do fármaco, consultando as instruções de cada dispositivo.

##### a. Técnica de Inalação com Inaladores de Pó Seco

1. Preparar o dispositivo: o dispositivo deve ser preparado antes da administração da dose. Para cada tipo de dispositivo devem ser seguidas as normas do fabricante, disponibilizadas na bula do medicamento;
2. Expirar: tendo sempre atenção de não o fazer para dentro do dispositivo, de forma a evitar contaminações;
3. Colocar o dispositivo na boca entre os dentes, sem obstruir o bucal com a língua e apertar bem os lábios de forma a selar e evitar saídas de ar;
4. Realizar uma inalação forte, continua e profunda, pela boca;
5. Suster a respiração durante 10 segundos;
6. Expirar lentamente;
7. Tapar ou fechar o inalador;
8. Caso a dose tenha de ser substituída, esperar de 30 segundos a 1 minuto;



		<b>ORIENTAÇÃO</b>	
		<b>Utilização correta dos dispositivos Inalatórios</b>	
<b>Orientação:</b>	<b>Revisão:</b>	Data: 04 de Dezembro de 2019	Página 8 de 8

9. Bochechar com água, após a administração da dose, de forma a evitar a deglutição e posterior absorção sistémica do fármaco.

### 3. Recomendações da limpeza dos Dispositivos

- Deve ser usado somente um lenço de papel ou guardanapo de papel para limpar o bucal. O dispositivo não deve ser molhado, uma vez que a humidade degrada o pó comprometendo a desagregação das partículas.



**ELABORADO POR:**  
**ANA ABRANTES,**  
**ANA DIMAS**  
**ALUNAS 3º CURSO MESTRADO EM**  
**ASSOCIAÇÃO—ESPECIALIDADE**  
**REABILITAÇÃO**

## **APÊNDICE VI – Panfleto sobre Inaloterapia**

## INALADORES DE PÓ SECO

São dispositivos pequenos, discretos e facilmente transportáveis e ativados pela inspiração. Contêm fármaco sob a forma sincronizada, podem ser usados a partir dos 6 anos.



### Instruções de Utilização:

- Preparar o dispositivo: para cada tipo de dispositivo devem ser seguidas as normas disponibilizadas na bula do medicamento.
- Expirar: não o fazer para dentro do dispositivo, para não contaminar o produto no interior
- Colocar o dispositivo na boca entre os dentes, sem obstruir o bucal com a língua e apertar bem os lábios de forma a fechar e evitar saídas de ar.
- Incliná-lo a cabeça ligeiramente para trás.
- Fazer uma inalação forte, contínua e profunda, pela boca.
- Sustentar a respiração durante 10 segundos e expirar lentamente



## COMO LAVAR OS DISPOSITIVOS



\* **Inaladores Pressurados Doseáveis:** limpar com um pano húmido o bucal e lavar com detergente suave e água morna o bucal entre 2 a 3 vezes por semana e secar bem.

\* **Câmaras Expansoras:** lavar , uma vez por semana, colocando-a num recipiente com água quente e detergente suave por 15 minutos, passá-la primeiro por água limpa e depois por água com detergente, sacudir e deixar secar ao ar ambiente sem limpar.

\* **Inaladores de Pó Seco:** Usar apenas um lenço de papel para limpar o bucal. Não molhar, a humidade pode alterar o medicamento.



### INALOTERAPIA

ANA ABRANTES,  
ANA DIMAS

ALUNAS 3º CURSO MESTRADO EM  
ASSOCIAÇÃO-ESPECIALIDADE  
REABILITAÇÃO

2019

## INALOTERAPIA

### RECOMENDAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DOS DISPOSITIVOS INALATÓRIOS

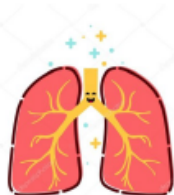


### CONTACTOS :

ALANDROAL: 961 964 055  
ESTREMOZ: 969 352 748  
VILA VIÇOSA: 969 350 392  
BORBA: 966 793 033

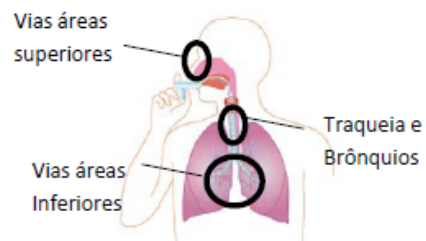
CORREIO ELETRÓNICO:  
eccipluri@alentejocentral.min-saude.pt

## INALOTERAPIA



A Inaloterapia consiste na administração, por via inalatória, de medicamentos sob a forma de aerossol. Os dispositivos para administração inalatória têm como principal objetivo a deposição do fármaco nas vias áreas inferiores de forma a obter melhores resultados terapêuticos.

É muito vantajosa, na medida em que tem um início de ação rápido e eficaz, utilizando doses menores de terapêutica e com menos efeitos adversos.



## INALADORES PRESSURADOS DOSEÁVEIS

Dispositivo de pequenas dimensões, pressurizado que liberta uma fixa de medicamento . Pode conter um broncodilatador e/ou um antiinflamatório esteroide.

### Instruções de Utilização:

- Deve estar de pé, sentado ou semi-sentado.
- Retirar a tampa do dispositivo e agitar.
- Colocar o dispositivo na posição vertical e inclinar a cabeça para trás.
- Realizar uma expiração lenta.
- Colocar o bucal na boca com os lábios fechados e a língua por baixo.
- Fazer uma inspiração lenta e fazer o «puff», continuar a inspirar durante 3 a 5 segundos.
- Suster a respiração durante 10 segundos.
- Fazer uma expiração máxima.
- Para realizar mais de 1 inalação, esperar de 30 segundos a 1 minuto, entre elas.



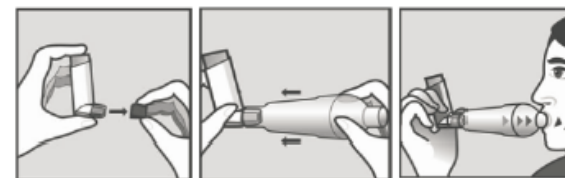
## CÂMARAS EXPANSORAS



São dispositivos recetores de aerossol após «puff» dos Inaladores Pressurizados Doseáveis, sem necessidade de coordenação das duas manobras. Podem ser utilizadas em todas as idades, em situações de crise de asma, doentes ventilados e traqueostomizados.

### Instruções de Utilização:

- Deve estar de pé, sentado ou semi-sentado e retire a tampa do dispositivo, colocar na câmara e agitar.
- Colocar o produto na posição vertical e inclinar a cabeça para trás.
- Realizar uma expiração lenta.
- Colocar o bucal da câmara entre os dentes com os lábios fechados e a língua por baixo. A máscara deve estar bem adaptada à cara, com o nariz fechado.
- Fazer o «puff» e inspirar lentamente, suste a respiração durante 10 segundos.
- Esperar 30 segundos até ao segundo «puff».
- Lavar a boca e a cara se forem utilizados corticoides.



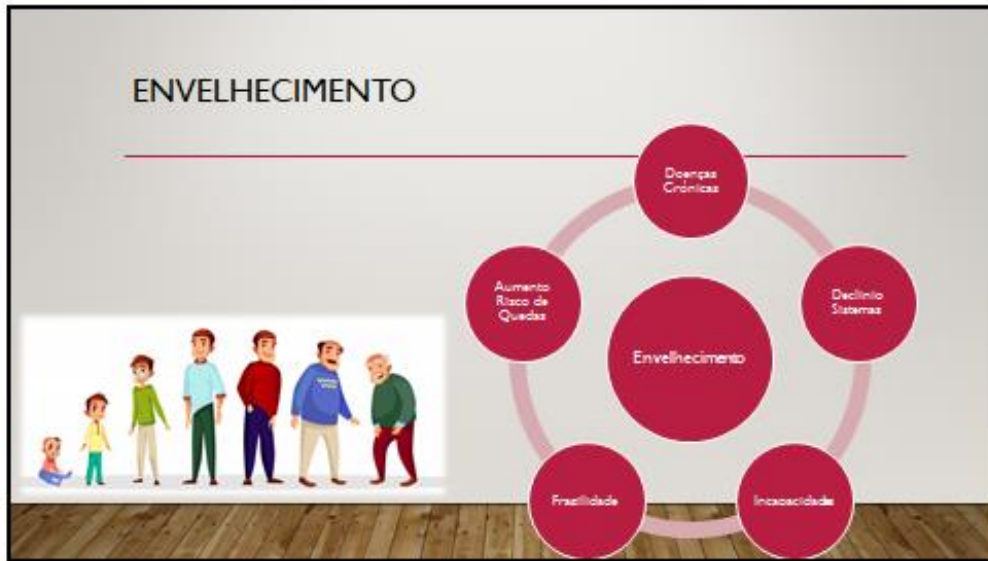
**APÊNDICE VII – Diapositivos da Formação sobre Imobilidade  
apresentados na universidade Sénior**



1



2



## FRAGILIDADE

- Diretamente relacionada com o processo de Envelhecimento
- «... Capacidade Funcional Limitada...»
- «... Incapacidade de resposta face aos problemas...»

4

## IMOBILIDADE...

- Repouso prolongado na cama, para tratamento de uma doença ou lesão
- Atividade neuromuscular restrita, devido a paralisia
- Ficar muito tempo na mesma posição



5

## ALTERAÇÕES DA MOBILIDADE



6





7

### CONSEQUÊNCIAS DA IMOBILIDADE

- Maior dependência nas atividades de vida diária
- Diminuição da capacidade para se movimentar de forma autónoma
- Necessidade de maior apoio familiar
- Aumento do tempo de Internamento
- Maior consumo dos serviços de saúde

8

## GRUPOS DE RISCO

- Pessoas obesas
- Pessoas com Incapacidade funcional (Paraplegicos, Tetraplegicos e hemiplegicos)
- Pessoas com doenças neurológicas (AVC, Demências, Alzheimer, Parkinson, ...)
- Pessoas idosas
- Pessoas com incontinência vesical e intestinal
- Pessoas em situação de doença aguda (Internamentos)
- Dores Generalizadas
- Diminuição da acuidade visual e auditiva
- Défices no Equilíbrio
- Pessoas em Situação de Fragilidade Social e Económica



9

## COMO PREVENIR A IMOBILIDADE



10

## COMO PREVENIR A IMOBILIDADE

- Adotar um estilo de vida ativo
- Prática Regular de atividade física
- «A atividade física é qualquer movimento corporal produzido pelos músculos, do qual resulta gasto de energia acima do nível de repouso»

(Espanha, 2017)



11

## COMO PREVENIR A IMOBILIDADE

- O Exercício Físico...

- Subcategoria da Atividade Física

«Existe um plano estruturado e repetitivo, com o objetivo de manter ou melhorar uma ou mais componentes da aptidão física»

(Espanha, 2017)



12

### COMO PREVENIR A IMOBILIDADE EXERCÍCIO FÍSICO



**AERÓBIO**  
Exercícios rítmicos que mobilizam um grande número de grupos musculares, fortalecem o coração e tornam os pulmões mais eficientes. Conferem mais vigor e por isso é possível trabalhar durante mais tempo sem surgir o cansaço tão rapidamente. Ajudam a controlar o peso. Os exercícios mais benéficos são a marcha, corrida, natação, hidroginástica e andar de bicicleta.



**FORÇA MUSCULAR**  
Exercícios em que através da contração muscular acontece deslocamento de uma parte do corpo ou de uma resistência (pesos livres, bandas elásticas). Estes exercícios permitem manter ou aumentar a força dos músculos tão importante para deslocar cargas (sacos do supermercado, subir escadas), mantêm a estabilidade articular e protegem as articulações ao amortecer impactos quando andamos, corremos ou saltamos.

13

### COMO PREVENIR A IMOBILIDADE EXERCÍCIO FÍSICO



**FLEXIBILIDADE**  
Exercícios de alongamentos que mantêm ou aumentam a amplitude do movimento da articulação, contribuindo para o aumento da mobilidade articular, tão necessária para conseguir realizar algumas tarefas do dia-a-dia.



**EQUILÍBRIO**  
Este tipo de exercícios são muito importantes pois estimulam os sensores que nos "avisam" em situações de desequilíbrio, evitando o risco de quedas e consequentemente de lesões ou fraturas.

14

## ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

- Não esquecer!
  - Alimentação Equilibrada – SOMOS O QUE COMEMOS!
  - Beber pelo menos 1,5 litros de água
  - 5 Refeições por Dia



15

**APÊNDICE VIII – Revisão Integrativa da Literatura**  
**«Benefícios Treino Motor para Idosos»**



## **Curso de Mestrado em Enfermagem Unidade**

**Curricular:** Estágio Final

**Docente(s):** Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Gorete Mendonça dos Reis

## **REVISÃO INTEGRATIVA – Programas de Treino Motor, benefícios para os idosos**

Ana Abrantes, n.º 13881

**Janeiro**

**2020**

## Programas de Treino Motor – Benefícios para os idosos

### Motor Training Programmes – Benefits for the Elderly

**Ana Margarida Abrantes <sup>1</sup>,**

1. *Enfermeira na Unidade Local Saúde Norte Alentejano, EPE – Serviço de Cirurgia Geral – Hospital Dr. José Maria Grande, mestranda em Enfermagem na área de Reabilitação, do Mestrado em Enfermagem, 2018/2020 Portalegre, Portugal*



## **RESUMO**

**Objetivo:** Pretende-se analisar artigos científicos que deem resposta a seguinte questão: Quais os benefícios dos programas de treino motor para os idosos?

**Métodos:** Realizada uma revisão integrativa da literatura, de modo a relacionar as informações disponíveis em estudos já realizados. Assim sendo, foram selecionados 6 estudos de natureza qualitativa, de cariz observacional.

**Resultados:** Os programas de Treino Motor em idosos são importantes para a promoção do envelhecimento ativo. São promotores de melhorias no equilíbrio, força muscular e flexibilidade.

**Conclusão:** O processo de Envelhecimento é um processo fisiológico inevitável, que acarreta mudanças no organismo humano. Os Programas de treino motor são importantes nesta fase do ciclo vital na medida em que são promotores do envelhecimento saudável e ativo. Podem atenuar os efeitos fisiológicos da velhice e consequentemente manter o indivíduo funcional durante o máximo de tempo possível.

**Palavras-chave:** programa treino motor; idosos; benefícios

## ABSTRACT

**Objective:** we aim to analyze scientific articles that answer the following question «what are the benefits of motor training programs for the elderly?»

**Methods:** an integrative review was performed in order to relate the information available in studies already carried out. Thus, 6 qualitative studies of an observational nature were selected.

**Results:** elderly motor training programs are important in promoting active aging, are generated from improvements in balance, muscle strength, flexibility and reduce risk of falling.

**Conclusion:** the aging process is an inevitable physiological process that entails changes in the human organism. Motor training programs are important at this stage of the life cycle as they promote healthy and active aging. They can attenuate the physiological effects of old age and consequently keep the individual functional for as long as possible.

**Keyword:** Motor Training; seniors, benefits

## ANEXOS

**ANEXO I – Instrumentos de Colheita de Dados**



**Anexo III – Escala de Barthel e instruções**

<b>1. Alimentação</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>2. Transferências</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>3. Toalete</b>	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>4. Utilização do WC</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>5. Banho</b>	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>6. Mobilidade</b>	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) .....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda .....	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>7. Subir e Descer Escadas</b>	
Independente, com ou sem ajudas técnicas.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>8. Vestir</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda .....	<input type="checkbox"/> 5
Impossível .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>9. Controlo Intestinal</b>	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional .....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>10. Controlo Urinário</b>	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho .....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) .....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>TOTAL</b>	

## Índice Tinetti – Equilíbrio ín

1. Equilíbrio sentado	Escorrega	0 ( )
	Equilibrado	1 ( )
2. Levantando	Incapaz	0 ( )
	Usa os braços	1 ( )
	Sem os braços	2 ( )
3. Tentativas de levantar	Incapaz	0 ( )
	Mais de uma tentativa	1 ( )
	Única tentativa	2 ( )
4. Assim que levanta (primeiros 5 segundos)	Desequilibrado	0 ( )
	Estável, mas usa suporte	1 ( )
	Estável sem suporte	2 ( )
5. Equilíbrio em pé	Desequilibrado	0 ( )
	Suporte ou base de sustentação > 12 cm	1 ( )
	Sem suporte e base estreita	2 ( )
6. Teste dos três tempos*	Começa a cair	0 ( )
	Agarra ou balança (braços)	1 ( )
	Equilibrado	2 ( )
7. Olhos fechados ( mesma posição do item 6 )	Desequilibrado, instável	0 ( )
	Equilibrado	1 ( )
8. Girando 360°	Passos descontínuos	0 ( )
	Passos contínuos	1 ( )
	Instável (desequilíbrios)	0 ( )
	Estável (equilibrado)	1 ( )
9. Sentando	Inseguro (erra a distância, cai na cadeira)	0 ( )
	Usa os braços ou movimentação abrupta	1 ( )
	Seguro, movimentação suave	2 ( )

## Índice de Tinetti – Marcha

10. Início da marcha	Hesitação ou várias tentativas para iniciar	0 ( )
	Sem hesitação	1 ( )
11. Comprimento e altura dos passos	a) Pé Direito	
	- não ultrapassa o pé esquerdo	0 ( )
	- ultrapassa o pé esquerdo	1 ( )
	- não sai completamente do chão	0 ( )
	- sai completamente do chão	1 ( )
	b) Pé Esquerdo	
	- não ultrapassa o pé direito	0 ( )
	- ultrapassa o pé direito	1 ( )
- não sai completamente do chão	0 ( )	
- sai completamente do chão	1 ( )	
12. Simetria dos passos	Passos diferentes	0 ( )
	Passos semelhantes	1 ( )
13. Continuidade dos passos	Paradas ou passos descontínuos	0 ( )
	Passos contínuos	1 ( )
14. Direção	Desvio nítido	0 ( )
	Desvio leve ou moderado ou uso de apoio	1 ( )
	Linha reta sem apoio (bengala ou andador)	2 ( )
15. Tronco	Balanço grave ou uso de apoio	0 ( )
	Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços	1 ( )
	Sem flexão, balanço, não usa os braços ou apoio	2 ( )
16. Distância dos tornozelos	Tornozelos separados	0 ( )
	Tornozelos quase se tocam enquanto anda	1 ( )

## Escala de Lower

### Anexo 1. Escala de Avaliação da Força muscular (MRC-Medical Research Council)<sup>20</sup>.

0	Não se percebe nenhuma contração
1	Traço de contração, sem produção de movimento
2	Contração fraca, produzindo movimento com a eliminação da gravidade
3	Realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional
4	Realiza movimento contra a resistência externa moderada e gravidade
5	É capaz de superar maior quantidade de resistência que no nível anterior

## Escala de Quedas de Morse

Tabela 1  
*Itens da versão portuguesa da Escala de Quedas de Morse*

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andainho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilitado	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

**ESCALA LEVANTAR-SE (SCLINICO)**

**Grupos da escala / Itens**

- ↳ Capacidade para:
  - \* Erguer-se da posição horizontal
    - ↳ Completamente independente
    - ↳ Necessita de equipamento
    - ↳ Necessita de ajuda de pessoa
    - ↳ Dependente, não participa
  - \* Mover o corpo na direção do bordo da cama e ficar sentado com equilíbrio
    - ↳ Completamente independente
    - ↳ Necessita de equipamento
    - ↳ Necessita de ajuda de pessoa
    - ↳ Dependente, não participa
  - \* Colocar-se na posição vertical com equilíbrio e preparado para andar
    - ↳ Completamente independente
    - ↳ Necessita de equipamento
    - ↳ Necessita de ajuda de pessoa
    - ↳ Dependente, não participa

Observações	Grupo	Score	Score total	Risco



Ganhos no autocuidado andar – Um caminho para a funcionalidade

The screenshot shows a software interface for assessing a patient's ability to transfer. The main window is titled 'Avaliar o transferir-se' and includes a 'Doente' field. On the left, there is a 'Histórico de registos' table with columns for 'Data', 'Hora', and 'Score'. The central area is titled 'Grupos da escala / itens' and contains a tree view of assessment items. The items are grouped under 'Capacidade para:' and include:

- \* Erguer-se da posição horizontal
  - Completamente independente
  - Necessita de equipamento
  - Necessita de ajuda de pessoa
  - Dependente, não participa
- \* Mover corpo em direção ao bordo da cama e ficar sentado com equilíbrio
  - Completamente independente
  - Necessita de equipamento
  - Necessita de ajuda de pessoa
  - Dependente, não participa
- \* Deslocar-se da cama para a cadeira
  - Completamente independente
  - Necessita de equipamento
  - Necessita de ajuda de pessoa
  - Dependente, não participa
- \* Sentar na cadeira e posicionar-se de forma segura e confortável
  - Completamente independente
  - Necessita de equipamento
  - Necessita de ajuda de pessoa

On the right, there is a table for recording results with columns for 'Item / Descrição' and 'Data/Hora'. At the bottom, there is a summary table with columns for 'Observações', 'Grupo', 'Score', 'Score total', and 'Risco'. A 'Registado por' field is also present.

**ESCALA TRANSFERIR-SE (SCLINICO)**



*Ganhos no autocuidado andar – Um caminho para a funcionalidade*

Notas: Avaliar o andar com auxiliar de marcha

Módulo / episódio      Doente      Serviço

Frases Standard

- 1-Andar com auxiliar de marcha eficaz com estabilidade postural, alternância coordenada dos pés e um sistema de alavanca adequado
- 2-Sem marcha eficaz e/ou necessita de ajuda de pessoa no andar com auxiliar de marcha

Observações

Andar com auxiliar de marcha eficaz com estabilidade postural, alternância coordenada dos pés e um sistema de alavanca adequado

1

Registo:

Notas a anexar à vigilância

Data / Hora

Ok      Cancelar

**ESCALA ANDAR COM  
AUXILIAR DE MARCHA  
(SCLINICO)**

Notas: Avaliar o andar com auxiliar de marcha

Módulo / episódio      Doente      Serviço

Frases Standard

- 1-Andar com auxiliar de marcha eficaz com estabilidade postural, alternância coordenada dos pés e um sistema de alavanca adequado
- 2-Sem marcha eficaz e/ou necessita de ajuda de pessoa no andar com auxiliar de marcha

Observações

Sem marcha eficaz e/ou necessita de ajuda de pessoa no andar com auxiliar de marcha

2

Registo:

Notas a anexar à vigilância

Data / Hora:

Ok      Cancelar

**ANEXO II – Autorização da Comissão de Ètica da ARSA**

EN-ARSA/2011/13988  
19.11.2019

Handwritten signature: *Handwritten*

Handwritten signature: *[Signature]*



**CES** Conselho de Ética para a Saúde

**PARECER 15/CES/2019**

O CONSELHO DIRETIVO 18.11.2019

O Presidente: José Marques Robalo

O Vogal: José António Martinho Lopes

A Vogal: Paula Ribeiro Marques

18.11.2019  
(Processo 41/CE/2019)

Sobre o projeto de intervenção:

«Ganhos no autocuidado andar: um caminho para a funcionalidade»

**A – RELATÓRIO**

A.1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA I.P.), com base no pedido formulado a esta CES a 06.11.2019, deu início em 07.11.2019 ao Processo 42/CE/2019 sobre o projeto de intervenção «Ganhos no autocuidado andar: um caminho para a funcionalidade» tendo como investigadora Ana Margarida Cágado Abrantes, como Orientadora Maria Gorete Mendonça dos Reis (Professora Doutora, Universidade de Évora) e como Supervisora Florbela Isaias Romão (Enfermeira Especialista, UCC de Estremoz), no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização de Reabilitação (Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias) acolhido na edição de 2018-2020 pelo Instituto Politécnico de Portalegre e correspondendo à Unidade Curricular - Estágio Final.....

**A.2. Fazem parte do processo de avaliação os seguintes documentos:**

- 1) Projeto de Intervenção; .....
- 2) Carta de solicitação de autorização para realização do estudo ao Presidente do CD da ARSA; .....
- 3) Carta de pedido de parecer à Presidente da CE da ARS Alentejo; .....
- 4) *Curriculum Vitae* do Investigador Principal; .....
- 5) *Curriculum Vitae* dos Orientadores Científicos e Pedagógicos; .....

Processo 41/2019/CE – Parecer 15/2018/CES



- 6) Declaração de Compromisso para outros Investigadores e Colaboradores na investigação com garantias de confidencialidade dadas pelo Investigador Principal;.....
- 7) Declaração do profissional de saúde que referencia os participantes;.....
- 8) Declaração de identificação do Elo de ligação;.....
- 9) Declarações dos orientadores científicos e pedagógicos;.....
- 10) Declaração do responsável do serviço onde se vai implementar o projeto sobre as condições materiais e humanas necessárias à realização do estudo;.....
- 11) Carta de solicitação de autorização à Equipa Coordenadora Regional dos Cuidados Continuados Integrados;.....
- 12) Declaração de compromisso do IP comprometendo-se a enviar o Relatório Final à CE;.....
- 13) Declaração do IP sobre a propriedade de dados e resultados do estudo; .....
- 14) Modelo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido;.....
- 15) Pedido da declaração da Coordenadora da Equipa Coordenadora da Equipa Coordenadora Regional do Alentejo (ECR).....
- 16) E-mail referindo a solicitação em 17.11.2019 do EPD/RTD do IPP e compromisso em enviar à CE a resposta.....

### A.3. Resumo da Documentação

O projeto de intervenção, tem uma perspetiva descritiva, uma vez que descreve um fenómeno através de uma observação estruturada. Os objetivos gerais: Ganhos no autocuidado andar – um passo para a funcionalidade; Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Potencializar a capacidade funcional dos utentes ao cuidado da equipa; Identificar ganhos no autocuidado andar. Objetivos específicos: Diagnosticar défices e estabelecer um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação; Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações limitadoras no autocuidado andar; Analisar os resultados obtidos das Intervenções de Enfermagem de forma a melhorá-los. A população alvo é constituída por todos os utentes internados na UCC de Estremoz de 17/09/2019 a 30/01/2020, orientados no espaço, no tempo e pessoa, com capacidade de aprendizagem, que aceitem participar ativamente no estudo, após devida informação sobre a sua finalidade, num total de 4 a 6 participantes. É também fator inclusivo apresentar diagnóstico, segundo a linguagem CIPE,

Processo 41/2019/CE – Parecer 15/2018/CE5

autocuidado andar dependente (em grau reduzido, moderado e elevado), equilíbrio comprometido (em grau reduzido, moderado e elevado) e movimento muscular comprometido (em grau reduzido, moderado e elevado). Os participantes serão selecionados a partir dos utentes que requerem cuidados de enfermagem de reabilitação admitidos na ECCL. A enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação avalia essa necessidade e traça objetivos de reabilitação para o utente. Caso este reúna os critérios necessários para a inclusão no projeto, é a partir deste momento que se verifica a potencial condição para o utente ser incluído no estudo, contemplando três momentos: 1º Momento - O supervisor clínico fará o primeiro contacto. Explicará oralmente ao participante o plano de intervenção de enfermagem de reabilitação, sem a presença do investigador (para que não se sinta influenciado) e entrega o consentimento informado para que possa ser lido com atenção; 2º Momento - o participante só responderá no contacto posterior. O consentimento livre e esclarecido é realizado por escrito após a explicação oral; 3º Momento - após a aceitação, o investigador dará início ao plano de intervenção. Será realizado no domicílio do participante, sempre com a presença do enfermeiro supervisor. As variáveis neste estudo são sociodemográficas, estado de saúde (antecedentes pessoais, presença de tonturas, forma como o indivíduo experiêcia a sua condição de saúde, motivação), grau de escolaridade, bem como as necessárias para o autocuidado andar se desenvolver de uma forma eficiente, sendo elas: orientação, o equilíbrio, a força muscular, mobilidade articular, alterações da sensibilidade, a marcha e o desempenho das atividades de vida diária. A principal fonte de recolha de dados é o aplicativo informático utilizado na instituição para registos de enfermagem, *SClínico*, bem como outros instrumentos de avaliação, tais como: Escala de *Barthel*, Índice de *Tinetti*, Índice de *Lower* e Escala de Risco de Queda de Morse (escala utilizada internacionalmente, estando a sua validação para a população portuguesa em estudo pela DGS) e Observação/ Avaliação Direta. Todos os instrumentos de recolha de dados utilizados neste projeto são de domínio público, não necessitando de autorização de autores para a sua utilização.....

Estes instrumentos serão aplicados no início do estudo, após a aplicação do plano de intervenção (Ao fim de 3 aplicações) (Nesta fase o plano será avaliado, verificando a sua Ganhos no autocuidado andar - um passo para a funcionalidade 21 eficácia, caso esta não se verifique, deverá ser alterado), e posteriormente no

Processo 41/2019/CE – Parecer 15/2018/CES

3

fim do estudo. De modo a tratar os dados recorre ao programa de análise de estatística - SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*. Não tem custos para os participantes, sendo os mesmos imputados à investigadora principal.....

**B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS**

**B.1.** A relevância e pertinência do estudo estão cabalmente justificadas com a fundamentação teórica apresentada:.....

**B.2.** O desenho do estudo nas várias etapas de metodologia apresenta a garantia de confidencialidade de procedimentos, dados recolhidos e resultados obtidos, os requisitos inerentes a uma metodologia cientificamente correta, o que salvaguarda aspectos éticos fundamentais; .....

**B.3.** A participação no estudo não acarreta encargos financeiros para os participantes....

**B.4.** A salvaguarda do anonimato e confidencialidade da participação está garantida através da metodologia descrita no estudo: Os dados serão tratados exclusivamente de forma agregada, com vista à não identificação de qualquer dos sujeitos ou entidades participantes no estudo. A identificação dos participantes nunca será tornada pública, criando-se adicionalmente condições para que não sejam identificados por qualquer elemento exterior à investigação (como a criação de uma chave codificada). Os contactos realizados com os participantes serão efetuados em ambiente de privacidade. Os dados colhidos no âmbito do projeto serão destruídas no período máximo de dois anos após o final do mesmo.....

**B.5.** As intervenções de enfermagem serão desenvolvidas sempre de acordo com a tolerância da pessoa, podendo por esse motivo terem lugar períodos de pausa sempre que o participante o solicite e/ou o investigadora e/ou supervisora o entendam.....

**B.6.** Deverá fazer chegar a esta Comissão de Ética a Declaração da Coordenadora da ECR Alentejo, antes do início da colheita de dados.....

**B.7.** Deverá fazer chegar a esta Comissão de Ética a resposta do RPD e/ou EPD da instituição promotora do projeto.....

**B.8.** Será solicitado a cada utente a autorização para ser incluído no estudo de caso ou à pessoa mais significativa, apenas no caso do participante não saber assinar.....



**C – CONCLUSÃO**

Face ao exposto a CES delibera por unanimidade emitir Parecer favorável à autorização deste estudo, condicionado ao cumprimento da alínea B.5 a B.8.....

Aprovado em reunião do dia 18 de Novembro de 2019, por unanimidade.

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Alentejo



(Susana Teixeira)

Processo 41/2019/CE – Parecer 15/2018/CES