



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

INTERVENÇÃO SISTEMATIZADA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES DECORRENTES DA IMOBILIDADE: ANDAR COMPROMETIDO

Ana Isabel Calha Mourato

Orientação: Professora Doutora Eugénia Grilo

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

INTERVENÇÃO SISTEMATIZADA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES DECORRENTES DA IMOBILIDADE: ANDAR COMPROMETIDO

Ana Isabel Calha Mourato

Orientação: Professora Doutora Eugénia Grilo

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

**INTERVENÇÃO SISTEMATIZADA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PREVENÇÃO DE
COMPLICAÇÕES DECORRENTES DA IMOBILIDADE: ANDAR COMPROMETIDO**

Ana Isabel Calha Mourato

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

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

Arguente: Professora Doutora Maria Gorete Mendonça dos Reis

Orientador: Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo

23/11/2020

RESUMO

Com este relatório de estágio pretendeu-se descrever o processo de aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e de mestre em enfermagem e, descrever os contributos dos cuidados de enfermagem de reabilitação para a capacitação da marcha segura nos doentes internados.

Os idosos, devido ao processo natural de envelhecimento, apresentam uma deterioração orgânica fisiológica, à qual se somam as perdas funcionais decorrentes e sequelas de doenças agudas anteriores ou crónicas.

O andar é uma atividade da vida diária complexa que pode ser influenciada entre outros fatores pela idade e pela presença de patologias, e a incapacidade para andar deve ser superada precocemente de forma a que a pessoa recupere tão rápido quanto possível a sua independência para as outras atividades.

A partir de um projeto de intervenção com a metodologia investigação-ação foi possível avaliar e identificar alterações no andar decorrentes de alterações da força muscular, equilíbrio, dor e falta de conhecimento dos doentes e a partir daqui implementar planos de intervenção de enfermagem de reabilitação individualizados de acordo com os problemas identificados e avaliar os resultados em 7 doentes.

Na generalidade foi verificado o aumento do desempenho a nível do autocuidado andar, em consequência da melhoria da força muscular e do equilíbrio corporal. A reabilitação do andar comprometido revelou ser um processo complexo que exige continuidade, e o seu sucesso requer envolvimento do doente e cuidador/ família, dos cuidados de enfermagem de reabilitação e dos restantes grupos profissionais.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Andar comprometido; Autocuidado

ABSTRACT

This report intended to describe the process of acquiring the skills of a specialist nurse in rehabilitation nursing and a master's in nursing. I was also intended to describe the contributions of rehabilitation nursing care to the training of safe gait in hospitalized patients.

Walking is a complex activity of daily life that can be influenced, amongst other factors, by age and by the presence of pathologies; the inability to walk must be early overcome so that the person regains his independence for other activities as quickly as possible.

It was possible to assess and identify changes due from walking as a result of changes in muscle strength, balance, pain and, knowledge of patients and to implement individualized rehabilitation nursing intervention plans according to the problems identified and to assess the results obtained from these plans. The action-research method was used to study 7 patients, assessed at admission and in the last contact prior to discharge.

In most of the participants, there was an increase in performance in terms of self-care walking, due to improved muscle strength and body balance, as well as decreased pain. The rehabilitation of the compromised walking proved to be a complex process that requires continuity. Successful rehabilitation of the compromised walking requires the involvement of the patient and caregiver / family, rehabilitation nursing care and other professional groups.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Committed walking; Self-care

Agradecimentos

Um enorme Obrigada...

Obrigada a todos, sem exceção, os que me acompanharam nesta difícil caminhada.

Um apreço especial ao meu companheiro de luta Rui, por todas as lágrimas que me secaste...

A vós, minhas filhas Marias, um obrigada por não exigirem de volta os minutos perdidos na minha companhia e, por muitas vezes serem o sorriso confortante nesta luta.

A si, Professora Eugénia, pela paciência, insistência e motivação.

Às equipas de profissionais dos serviços que me acolheram durante a concretização do estágio pela partilha de experiências e aprendizagens.

Sempre grata...

ÍNDICE

| | |
|--|------------|
| ÍNDICE DE ANEXOS | 9 |
| ÍNDICE DE APÊNCICES | 10 |
| ÍNDICE DE TABELAS | 11 |
| LISTA DE ABREVIATURAS..... | 12 |
| INTRODUÇÃO..... | 13 |
| 1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO | 16 |
| 1.1. Breve descrição dos contextos de estágio..... | 16 |
| 1.2. Caraterização Da População | 20 |
| 2. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO | 27 |
| 3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS..... | 36 |
| 3.1. Problemática..... | 43 |
| 4. OBJETIVOS | 47 |
| 4.1. Metodologia | 48 |
| 4.2. Considerações de ordem ética | 50 |
| 5. REABILITAÇÃO DO ANDAR COMPROMETIDO | 52 |
| 6. INTERVENÇÃO SISTEMATIZADA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES DECORRENTES DA IMOBILIDADE: ANDAR COMPROMETIDO..... | 58 |
| 7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... | 61 |
| 8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS | 73 |
| 8.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista..... | 73 |
| 8.2. Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação | 77 |
| 8.3. Competências de Mestre..... | 80 |
| CONCLUSÃO..... | 81 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 84 |
| ANEXOS | i |
| APÊNDICES | xiv |

ANEXOS

APÊNDICES

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A – Declaração de consentimento informado

Anexo B – Requerimento à ULSCB

Anexo C – Aval da comissão de ética

Anexo D – Declaração do orientador

Anexo E - 1^{as} Jornadas de Enfermagem de Reabilitação da Unidade Local de Saúde da
Guarda

ÍNDICE DE APÊNCICES

Apêndice I- Revisão Integrativa da Literatura

Apêndice II – Instrumento de Registo de Enfermagem de Reabilitação

Apêndice III – Guia do cuidador do doente submetido a Artroplastia Total da Anca

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1 - Implicações da Imobilidade

Tabela nº 2 – Plano sistematizado de intervenções de ER em função do diagnóstico

Tabela nº 3 – Capacidades cognitivas dos doentes que integraram o projeto na admissão e na alta

Tabela nº 4 - Características clínicas e tempo de internamento dos doentes que integraram o projeto

Tabela nº 5 – Evolução dos doentes que integraram o projeto em termos de desempenho das atividades básica da vida diária avaliadas com índice de Barthel

Tabela nº 6 – Risco de queda nos doentes que integraram o projeto, na admissão e na alta a partir da escala de Morse

Tabela nº 7 – Evolução do equilíbrio dos doentes que integraram o projeto a partir do índice de Tinetti

Tabela nº 8 – Evolução da força dos membros inferiores e membros superiores nos doentes que integraram o projeto

LISTA DE ABREVIATURAS

AHA/ASA - American Heart Association/ American Stroke Association

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral da Saúde

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

HTA – Hipertensão Arterial

INE – Instituto Nacional de Estatística

INR – Instituto Nacional de Reabilitação

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MI – Membro Inferior

MS – Membro Superior

MMSE - Mini Mental State Examination

MRC – Medical Research Council

OMS – Organização Mundial de Saúde

RFR- Reeducação Funcional Respiratória

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TNF – Tabela Nacional da Funcionalidade

U-AVC – Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação das Escolas Superiores de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, e da Escolas Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco, foi desenvolvido o presente relatório de estágio, integrado na unidade curricular Estágio Final na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação. O período de estágio foi de 17 setembro de 2019 a 31 de janeiro de 2020 e foi desenvolvido nos serviços de Medicina Interna e Ortopedia, de um hospital no centro do país.

É espectável que no final desta unidade curricular, os estudantes possuam competências comuns de enfermeiro especialista, competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) e competências de mestre. Para atingir estes objetivos é ainda necessário que os estudantes ao longo do estágio, identifiquem uma situação problemática e a partir desta desenvolvam um projeto de intervenção baseado e fundamentado em cuidados de enfermagem de reabilitação. A reabilitação por si só, considera-se uma especialidade multidisciplinar, pois o seu conjunto de conhecimentos e procedimentos, quando praticados, permitem maximizar a funcionalidade e a independência das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2011) e, a prática de cuidados de enfermagem de reabilitação deve ser fundamentada nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação, cujo enquadramento conceptual, de acordo com o Regulamento nº 350/2015 de 22 de junho da Ordem dos Enfermeiros, culmina na melhoria contínua dos cuidados. Os documentos jurídicos citados referem que as intervenções de enfermagem de reabilitação devem ir ao encontro da pessoa com necessidades especiais, à pessoa com deficiência e à promoção de um ambiente seguro e focam-se na satisfação do cliente, na promoção da saúde, na prevenção de complicações, no bem-estar e autocuidados dos doentes, assim como enfatizam a reeducação funcional.

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

O processo de envelhecimento induz a diminuição das capacidades intrínsecas da pessoa e para além de proporcionar o aumento do risco de contrair doenças, pode conduzir também ao aumento da dependência física e psicológica (Rodrigues, 2018). Esta dependência está evidente no mecanismo da marcha, sendo inúmeras as suas causas, como as alterações sensoriais, motoras, doenças psiquiátricas, doenças ortopédicas ou condições médicas, acrescidas nos idosos com a demência, diminuição da visão e, alterações da função propriocetiva (Pirker e Katzenschlager, 2016).

De acordo com Santos (2016), o processo de reabilitação deve ser abrangente servindo de alicerce ao desenvolvimento do conhecimento científico dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação no sentido de uma prática reflexiva e baseada na evidência. Foi com base no processo de reabilitação que desenhamos e implementamos um projeto de intervenção em doentes internados com compromisso da marcha.

Pretendemos para além de refletir de modo fundamentado nestas questões, descrever o processo de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e de mestre em enfermagem e, descrever os contributos dos cuidados de enfermagem de reabilitação para a capacitação de uma marcha segura com base num projeto de intervenção, baseado no compromisso do andar, decorrente de um período de imobilidade em pessoas idosas internadas no serviço de Medicina Interna e Ortopedia de uma unidade de saúde.

O projeto de intervenção teve como objetivos específicos avaliar o risco de consequências associadas à imobilidade prolongada nos doentes internados nestes serviços, em função das necessidades de cuidados identificadas; planear cuidados de enfermagem de reabilitação adequados à prevenção de complicações decorrentes da imobilidade; implementar cuidados de enfermagem de reabilitação suscetíveis de prevenirem essas consequências, entre elas as

relacionadas com o compromisso do andar e avaliar os resultados da intervenção nos doentes numa lógica da metodologia do processo de enfermagem mas também da metodologia de investigação-ação, que para Lomax (1990) referido por Coutinho, Sousa, Dias, Bessa, Ferreira e Vieira (2009, p.360) é “uma intervenção na prática profissional com a intenção de proporcionar uma melhoria”.

A organização deste documento, foi feita por capítulos e secções. Iniciámos com a presente introdução, seguindo-se o capítulo um onde, foi feita, uma pequena apreciação do contexto onde decorreu o estágio final e, a análise da população onde foi implementado o projeto de intervenção. Posteriormente, no capítulo dois, que se refere à análise do envolvimento, foram recolhidas as necessidades desta população baseadas na evidência encontrada acerca de temas como a imobilidade e o andar. No capítulo 3 fez-se uma breve análise da produção de cuidados onde é identificada a problemática do projeto de intervenção, baseada em modelos teóricos. Após isto, no capítulo 4 foram definidos os objetivos do relatório e do projeto de intervenção, de acordo com a metodologia científica escolhida, relacionando-os com as intervenções de enfermagem de reabilitação descritas no capítulo 5. No capítulo 6 foi descrito projeto mais pormenorizadamente. No capítulo 7 são apresentados e discutidos os resultados das intervenções implementadas. Por fim, e de forma reflexiva, no capítulo 8 analisa-se a aquisição das competências adquiridas e desenvolvidas. Após isto, foram expostas as conclusões, as referências bibliográficas, e os anexos e os apêndices que ajudaram a dar suporte a este relatório.

As normas de referenciação utilizadas no presente relatório foram as da American Psychology Association, 6th Edition e, a sua redação baseou-se nas regras de ortografia definidas no Segundo Protocolo Modificativo ao Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, aprovado no despacho n.º 35/2008, da Assembleia da República.

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

Neste capítulo pretendemos descrever, através da caracterização, os contextos onde foram realizados os dois períodos do estágio final e, onde foi desenvolvido o projeto de intervenção de enfermagem de reabilitação implementado em duas unidades de internamento: o serviço de Medicina Interna e o serviço de Ortopedia. O Estágio Final teve uma duração de dezasseis semanas, com a finalidade de desenvolver competências gerais de enfermeira especialista, e específicas em enfermagem de reabilitação através do desenvolvimento de um projeto de intervenção. Tendo em conta as particularidades destes serviços foi possível caracterizar os doentes e as suas patologias e os défices no autocuidado que comprometem a sua segurança, inserindo-se na linha de investigação definida para o Curso de Mestrado no ramo de Enfermagem de Reabilitação (ER), “Segurança e Qualidade de Vida”.

1.1. Breve descrição dos contextos de estágio

A Unidade Local de Saúde onde decorreu o estágio, situa-se no interior do país e, é composta por um hospital e por dois agrupamentos de Centros de Saúde.

Segundo o descrito no sítio da internet desta unidade de saúde (<http://www.ulscb.min-saude.pt/>), a mesma tem como missão a promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados de saúde diferenciados/especializados, de uma forma abrangente, personalizada e integrada, em tempo útil. De acordo com a mesma fonte, esta unidade de saúde visa a qualidade e equidade, dando execução às políticas superiormente definidas e aos respetivos planos estratégicos, tendo sempre em conta a respetiva adaptabilidade às necessidades regionais e locais. Tem como objetivos, entre outros, participar na formação de novos profissionais de saúde e atualizar os conhecimentos daqueles que se encontram em funções nas várias instituições e serviços. Pretende ainda e, de forma continuada, desenvolver direta ou indiretamente projetos de investigação clínica e científica.

O hospital, onde decorreu o ensino clínico, presta cuidados de saúde diferenciados nas seguintes áreas de intervenção: farmácia, gastroenterologia, medicina física e de reabilitação, urgência, bloco ambulatorio, consulta externa, hospital de dia, imagiologia, imunohemoterapia, ortopedia, patologia clínica, bloco operatório, cirurgia, cuidados intensivos, otorrinolaringologia, ginecologia, obstetrícia, pediatria, cardiologia, dermatologia, medicina paliativa, oftalmologia, pneumologia, medicina interna, neurologia, unidade de diabetes, diálise, nefrologia e urologia.

O serviço de Medicina Interna, encontra-se dividido em duas alas, a unidade de mulheres e a unidade de homens, perfazendo um total de 52 camas, distribuídas da seguinte forma: 10 camas destinadas a pessoas com acidente vascular cerebral (AVC), espaço que é designado por unidade de acidentes vasculares cerebrais (U-AVC); 4 camas destinadas a uma unidade de conforto, que recebe doentes com doenças crónica, em situação de fim de vida, que contam ainda com o apoio da equipa intra-hospitalar de Cuidados Paliativos, fundamental para o cuidado dos doentes, uma vez que a “prevalência de doentes paliativos nos serviços de internamento (...) é de 51,4%” e “16,1% (IC95%: 14,4-18,6) dos doentes internados a apresentarem prognóstico de vida estimado igual ou inferior a 15 dias” (Observatório Português Dos Sistemas De Saúde, 2016, pág. 122). E, 3 camas reservadas para doentes do foro neurológico. Tem recentemente ainda uma valência que se refere à hospitalização domiciliária.

Em termos de recursos humanos possuí uma vasta equipa que engloba assistentes operacionais, assistentes administrativas, assistente social, médicos e enfermeiros, destes 5 enfermeiros são especialistas em enfermagem de reabilitação.

Os recursos materiais são vastos. Este serviço possui diversos dispositivos e produtos de apoio como: camas articuladas, colchões de pressão alternada, almofadas para posicionamento terapêutico, calcanheiras viscoelásticas, rollboard e tábuas de transferência, cadeiras de banho, cadeiras de rodas, cadeirões, superfícies de apoio, auxiliares de marcha (andarilhos, tripés, bengalas, canadianas), pesos, faixas elásticas com diferentes graus de intensidade, caixa de estimulação propriocetiva, degraus amovíveis, espelho, dispositivos para reeducação funcional respiratória (RFR), como bastões, sacos de areia e inspirómetros de incentivo e, material de reabilitação da motricidade fina. A diversidade de produtos afirma a importância que esta unidade de internamento atribui à melhoria da mobilidade dos doentes sendo este investimento fundamental para a manutenção das capacidades funcionais das pessoas à medida que

envelhecem. De acordo com o Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P. (INR) do total dos cidadãos apoiados em 2017, com produtos de apoio, a maioria apresentava alteração ao nível neuromusculoesquelético e nas funções relacionadas com o movimento e as maiores concentrações de apoios financiados verificaram-se nos produtos de apoio para mobilidade pessoal e nos produtos de apoio para cuidados pessoais e proteção (INR, 2017).

No ano de 2019 esta unidade de internamento acolheu um total de 14.011 doentes dividindo-se equitativamente entre indivíduos do sexo masculino e feminino, maioritariamente com idades acima dos 65 anos, com um tempo médio de internamento de 9 dias.

No que se refere à intervenção diferenciada dos EEER, no primeiro quadrimestre do ano 2019, a equipa de EEER interveio em 129 doentes, em número idêntico de homens e de mulheres, com uma média de idades de 77,7 anos e que caracteriza bem a população desta região, região que apresenta uma população extremamente envelhecida. Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) referentes ao ano 2018, estimam que no concelho existam em média 210,2 pessoas idosas, por zona de residência (INE, 2019).

O serviço de Ortopedia acolhe especialidades cirúrgicas que respondem às necessidades relativamente a cuidados de ortopedia e orto-traumatologia. Este serviço acolhe doentes de ambos sexos num total de 31 camas. A equipa de saúde é composta por assistentes operacionais, assistente administrativa, assistente social, médicos e enfermeiros, dos quais três EEER e, médicos. Conta ainda com a colaboração de outros profissionais de saúde como o médico fisiatra e os fisioterapeutas e técnicos de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) que vem observar e assistir os doentes por solicitação. No serviço de ortopedia, a equipa multidisciplinar privilegia as relações de interajuda na prestação de cuidados ao doente, atendendo às necessidades humanas básicas afetadas, contudo os enfermeiros especialistas não prestam exclusivamente cuidados diferenciados porque o rácio de horas de cuidados de enfermagem por doente neste serviço não lhes permite a prestação exclusiva de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

Nesta unidade de internamento contamos também com inúmeras ajudas técnicas ao dispor do doente, de entre camas articuladas, colchões de pressão alternada, almofadas para posicionamento terapêutico, calcanheiras viscoelásticas, rollboard e tábuas de transferência,

cadeiras de banho, cadeiras de rodas, cadeirões, superfícies de apoio, auxiliares de marcha (andarrilhos, tripés, bengalas, canadianas), pesos, faixas elásticas com diferentes graus de intensidade e, degraus amovíveis.

A unidade de internamento de ortopedia, considera um rácio de um enfermeiro para cada quatro doentes, indo ao encontro da norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2014). Aqui, não existe um protocolo de atuação para os cuidados de enfermagem de reabilitação aos doentes submetidos às diversas intervenções cirúrgicas. Nesta unidade de cuidados, estes são prestados aos doentes de acordo com o critério individual de cada EEER e dirigidos às necessidades identificadas.

Em ambos os serviços a distribuição dos doentes e respetivas horas de cuidados necessários é feita pelo enfermeiro chefe ou por um enfermeiro nomeado responsável na sua ausência, de acordo com o sistema de classificação de doentes e por método de enfermeiro responsável. De acordo com Silva (2017), este é um método de trabalho que permite a atribuição individualizada da responsabilidade dos cuidados de enfermagem a prestar aos doentes, sendo da responsabilidade dos enfermeiros não só a decisão dos cuidados a prestar, mas também a própria prestação de cuidados.

Relativamente aos registos, os EEER realizam uma nota escrita, onde é identificada a área que descrevem como “Enfermagem de Reabilitação”. Esta nota é elaborada de forma descritiva dificultando a análise destes dados de forma objetiva, não mostrando a efetividade dos mesmos. No serviço de Medicina Interna, para completar esta nota descritiva, a equipa de ER construiu uma base de dados que contempla a avaliação do estado cognitivo, da capacidade funcional, da função respiratória e da força muscular. A avaliação dos doentes é feita em dois momentos, na admissão e na alta, com recurso a instrumentos de avaliação já validados como o Índice de Barthel, Escala da Força Muscular, Escala de Dispneia do Medical Research Council e a Tabela Nacional da Funcionalidade (TNF). Para além disto, os EEER acrescentam, um leque de intervenções descritas no plano de cuidados feito no sistema informático, SClínico. Contudo, estas intervenções na maioria das vezes, não descrevem a realidade dos cuidados diferenciados prestados, tornando-se demasiado abrangentes.

O registo dos cuidados de enfermagem é feito no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) com utilização da linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2011). Neste sistema é realizado o diagnóstico de enfermagem através de um juízo efetuado sobre determinado foco (CIPE, 2011). De entre muitos focos definidos nesta linguagem de classificação, os focos frequentemente apontados como necessidades de intervenção de ER são: aspiração, dispneia, limpeza das vias aéreas, ventilação, andar, andar com auxiliar de marcha, autocuidado, cognição, comunicação, contratura muscular, deglutição, equilíbrio corporal, espasticidade, levantar-se, movimento muscular, negligência unilateral, parésia e, transferir-se.

1.2. Caraterização Da População

Campos, Ferreira, Vargas e Gonçalves (2016) descrevem o envelhecimento populacional como um fenómeno universal, contudo o notável aumento da esperança média de vida e a redução da taxa de natalidade entre outras variáveis têm conduzindo nas últimas décadas a uma população cada vez mais envelhecida, fazendo deste fenómeno um repto da atualidade. Dentro destas variáveis, os mesmos autores destacam saúde física e mental de cada individuo, o seu nível de independência e autonomia nas atividades da vida diária (AVD), o envolvimento e apoio social, a interação e suporte familiar e, a sua condição económica (Campos, Ferreira, Vargas e Gonçalves, 2016).

O nosso país, tal como os países desenvolvidos em geral, confronta-se com o envelhecimento da população. Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), confirmam o envelhecimento preocupante da população portuguesa sobretudo relacionado com a diminuição também preocupante da população jovem. De acordo com o boletim Destaque (INE, 2019, p.1) “o envelhecimento demográfico em Portugal continua a acentuar-se: quando comparada com 2017, a população com menos de 15 anos diminuiu para 1 407 566 (menos 16 330 pessoas) e a população com idade igual ou superior a 65 anos aumentou para 2 244 225 pessoas (mais 30 951), representando, respetivamente, 13,7% e 21,8% da população total.”

As alterações decorrentes do processo de envelhecimento, como sublinha Radwanski (2011) contribuem para o comprometimento do autocuidado na medida em que causam a redução da capacidade de trabalho, a diminuição da mobilidade e da postura, a redistribuição da massa

muscular e da gordura e muitas vezes a diminuição da memória de curto prazo e, o aumento do tempo de resposta aos estímulos. De acordo com Berger (1995), as pessoas idosas, devido ao processo natural de envelhecimento, apresentam uma deterioração orgânica fisiológica, à qual se somam as perdas funcionais decorrentes e sequelas de doenças agudas anteriores ou crônicas. Os serviços onde foi desenvolvido o estágio refletem não apenas o fenómeno do envelhecimento global da população, mas também as características da população desta região do país, uma população extremamente envelhecida.

Os doentes internados no serviço de medicina eram maioritariamente idosos e com pluripatologias. As patologias prevalentes, durante o ano 2019, nos doentes internados neste serviço foram a pneumonia, em 368 doentes; o acidente vascular cerebral (AVC), em 191 doentes e; a insuficiência cardíaca em 107 doentes.

De acordo com o Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2011), na última década o número de casos de internamento por pneumonia tem aumentado, aumento esse, associado ao aumento crescente de pessoas cada vez mais idosas e que apresentam um risco acrescido de desenvolver esta patologia aguda, tanto pela diminuição do sistema imunitário como pela diminuição do reflexo de deglutição que os mais idosos apresentam com frequência (Berger, 1995). A pneumonia caracteriza-se por um estado inflamatório e infeccioso das vias aéreas inferiores, podendo classificar-se anatomicamente como lobular, lobar e segmentar (Enright, 2003).

De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS) a doença pulmonar é uma causa comum de morbidade e de mortalidade nos indivíduos mais velhos e de acordo com o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2012 - 2016, o envelhecimento populacional tem impacto direto tanto na morbidade como na mortalidade de pessoas com doenças respiratórias crônicas (DGS, 2015). O número de internamentos por doenças respiratórias, continua a aumentar, entre 2012 - 2016, aumentou 35%, aumento este que justifica um maior investimento na reabilitação respiratória, que de acordo com a DGS tem demonstrado evidente benefício clínico e por isso é atualmente considerada uma intervenção essencial nestes doentes (DGS, 2015).

A Reeducação Funcional Respiratória (RFR) é definida pela DGS (2009) como uma intervenção individualizada que pretende “reduzir os sintomas, otimizar a funcionalidade,

umentar a participação social e reduzir custos de saúde, através da estabilização ou regressão das manifestações sistémicas da doença” (DGS, 2009).

Relativamente à insuficiência cardíaca, esta pode definir-se como uma anomalia na estrutura ou na função cardíaca, que resulta na incapacidade do coração de fornecer oxigénio a uma taxa ideal para corresponder às exigências dos tecidos metabolizadores, apesar das pressões de enchimento normais (European Society of Cardiology, 2012). A literatura distingue na patologia cardíaca as patologias do sistema vascular, do sistema elétrico e do sistema muscular, mas independentemente da condição prévia, comum a todas é a alteração do funcionamento cardíaco e a necessidade de uma “estratégia terapêutica organizada, multidisciplinar e centrada no doente como foco dos cuidados gerais e de reabilitação” (Novo, Delgado, Mendes, Lopes, Preto e Loureiro, 2020, p.3). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2003) citada por Hoeman (2011) , a reabilitação cardíaca integra um leque de intervenções que permitem ao doente com cardiopatia a melhoria do seu estado de saúde de forma a retomar a sua posição na comunidade, sendo também fundamentais os cuidados de enfermagem de reabilitação na medida em que contribuem para melhorar a condição física mental e social dos doentes (Hoeman, 2011).

No que se refere ao AVC, esta patologia é considerada como uma das alterações neurológicas agudas mais comuns e ao mesmo tempo uma das mais frequentes causas de internamento hospitalar prolongado (Ferro e Pimentel, 2006). Apesar de ocorrerem cada vez menos mortes por doenças do aparelho circulatório, nos últimos anos, conforme sublinha a DGS, entre 2011 e 2015 à redução 39% de mortes por AVC e, apesar do aumento de medicação, os encargos financeiros globais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) também diminuíram (DGS, 2017). Esta patologia do foro neurológico, cuja alteração depende do ponto específico da lesão vascular cerebral, da extensão da própria lesão e da lateralidade do doente (Rocha, 2008), apresenta como sequelas mais perceptíveis os défices físicos e cognitivos. No entanto outras sequelas como a redução da capacidade de reação ao esforço, as consequências da imobilidade, a perda de habilidades para as AVD, são um conjunto consequências associadas e défices com impacto muito elevado na funcionalidade e nos resultados obtidos com a reabilitação (Ramas, 2007).

A CIPE (2011) define o foco de enfermagem como uma área de atenção e, cujo diagnóstico surge de um juízo efetuado sobre um determinado foco. Desta forma, no contexto de estágio, os

focos de atenção encontrados com mais frequência foram: aspiração, dispnéia, limpeza das vias aéreas, ventilação, andar, andar com auxiliar de marcha, autocuidado, cognição, comunicação, contratura muscular, deglutição, equilíbrio corporal, espasticidade, levantar-se, movimento muscular, negligência unilateral, parésia e, transferir-se. De entre estes ressalvamos para estudo o andar, andar com auxiliar de marcha, autocuidado, cognição, equilíbrio corporal.

Para Kelly-Hayes e Phipps (2011) uma correta e completa avaliação, torna-se um elemento fulcral para um adequado planeamento e execução de cuidados de ER, influenciando também os resultados esperados destas intervenções. Para que fosse possível esta correta avaliação recorremos ao uso de instrumentos de avaliação validados que possam “caracterizar a condição de saúde da pessoa com maior clareza do ponto de vista da resposta humana às transições decorrentes da dependência para a autonomia e/ou do processo terapêutico ou de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2016, pág. 5). Após esta caracterização e adequada intervenção esperamos minimizar as complicações da imobilidade no período de internamento que condicionam o autocuidado andar, através da aplicação de intervenções de ER.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação são fundamentais pois, como refere Hoeman (2011) a essência da enfermagem de reabilitação consiste em facultar intervenções que melhorem a função e limitem o embate da incapacidade, ou seja, capacitar a pessoa a proceder ao acerto social, físico e emocional através do conhecimento de técnicas e de posturas necessárias.

Tendo em conta a idade dos doentes dos serviços onde decorreu o estágio e as várias comorbilidades e pluripatologias que podem surgir na mesma pessoa, reconhece-se que estes doentes apresentam uma maior suscetibilidade e fragilidade clínica, condições que fazem aumentar o risco de dependência e incapacidade destes doentes (Sociedad Española de Medicina Interna, 2013). No período em que se desenvolveu o estágio nos serviços de internamento de medicina interna e de ortopedia as comorbilidades frequentemente presentes nos doentes foram a hipertensão arterial (HTA) e, a Diabetes Mellitus. A presença destas patologias nos doentes exigiam medidas terapêuticas para o controlo das mesmas, muitas vezes, com implicações desfavoráveis no processo de reabilitação atrasando-o. O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011), no domínio da gestão dos cuidados, preconiza que o enfermeiro especialista adapte a prestação de cuidados, com tomada de decisão ao nível da

melhoria dos cuidados prestados. Desta forma, fatores relacionados com o doente (instabilidade do estado clínico e meios complementares de diagnóstico) e fatores relacionados com a equipa (pareceres médicos, necessidade de articulação com outros profissionais) influenciaram a implementação de cuidados de ER como aconteceu nos doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica que pela dispneia e intolerância ao esforço possuíam maior dependência no autocuidado andar (Alves, 2012).

Outra condição suscetível de atrasar o processo de reabilitação é a HTA. Esta condição de saúde exige um regime terapêutico assertivo através da administração de anti hipertensores, cujos efeitos secundários comprometem o processo de reabilitação uma vez que podem induzir à diminuição da irrigação cerebral e, conseqüentemente a confusão mental, letargia e falta de iniciativa. Estes fármacos podem também induzir a hipotensão ortostática, que se assume como a dificuldade do doente em assumir o ortostatismo, pondo em causa a sua segurança (Schäffler e Menche, 2004).

A Diabetes que é uma das principais causas de morte por potenciar o aumento do risco de doença coronária e de acidente vascular cerebral, por si só ou devido à interação com outros fatores de risco como a HTA (Menoita, 2012) também pode atrasar o processo. Esta patologia quando não se encontra devidamente controlada, pode impedir o doente de participar no seu processo de reabilitação devido às alterações dos seus valores da e também pelas possíveis sequelas que apresenta como a perda gradual de visão, que pode condicionar a adaptação do doente ao processo de reabilitação.

No serviço de Ortopedia, para além das patologias referidas, muitos doentes também apresentavam obesidade e patologias de origem traumática. A obesidade constitui uma ameaça à saúde, e neste contexto particular torna-se importante realçar que constitui um fator de aumento do risco de doença articular, diminuindo a capacidade funcional e o desempenho nas AVD. Isto verifica-se porque o excesso de peso afeta a força muscular dos membros inferiores e superiores afetando, todos os sistemas (Glenn-Molali, 2011).

Loeser (2010) sublinha que cerca de 30 a 50% das pessoas com mais de 65 anos de idade sofrem de osteoartrose e, de acordo Litwic, Edwards, Dennison e Cooper (2013), as mulheres são mais afetadas que os homens. Embora as patologias do aparelho locomotor se possam dividir

em patologia músculo-esquelética, ou reumática e traumática tal como refere Sousa e Carvalho (2016), as mais frequentes neste contexto foram as de origem traumática e foram também estas as maiores responsáveis pelas alterações funcionais dos doentes internados. Durante o período em que decorreu o estágio, os doentes cuidados apresentaram características idênticas às referidas por estes autores. A população do serviço de ortopedia no período em que decorreu o estágio foi caracterizada por indivíduos do sexo masculino com mais de 60 anos de idade, sobretudo com patologia traumática e, fraturas a nível dos membros inferiores. A patologia traumática mais frequente foi a fratura da extremidade superior do fémur e nestes doentes, tal como sublinha a DGS (2003) a intervenção terapêutica para além de beneficiar da uniformização de procedimentos deve ter como objetivos a otimização dos resultados funcionais. Quanto à patologia músculo-esquelética, verificou-se frequentemente a presença de osteoartrose, sobretudo em doentes do sexo feminino e maioritariamente ao nível da articulação do joelho.

Neste contexto de cuidados os doentes apresentam ainda sequelas de patologias prévias e alterações decorrentes do processo de envelhecimento, a nível cardiopulmonar, músculo-esquelético, cutâneo, neurológico, endócrino, do padrão de sono e das funções hepática, renal, intestinal e génito-urinária características de pessoas nesta faixa etária (Radwanski, 2011).

Tendo em conta as características destes contextos e sobretudo as características dos doentes internados, consideramos que os mesmos reúnem as condições para o desenvolvimento das competências pretendidas para este estágio e, para uma intervenção mais sistematizada no âmbito da prevenção de complicações decorrentes da imobilidade, mais concretamente o andar comprometido. Quando a capacidade para andar não está mantida, recorremos ao termo descrito no diagnóstico da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE) (2011) de andar comprometido.

Em ambos os contextos de estágio, os EEER avaliam os doentes admitidos sempre que surge a hipótese de perda das suas capacidades funcionais pela situação aguda de doença que vivenciam. Esta intervenção ocorre sempre em consonância com os restantes profissionais de forma organizada e estruturada uma vez que, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015) os EEER possuem competências específicas no que se refere à tomada de decisão e, à orientação dos restantes profissionais no que se refere à prestação de cuidados diferenciados. Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em

Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (2015), os cuidados de ER podem ser de: reeducação funcional cardiorrespiratória, motora, sensorial, cognitiva, da função alimentação, eliminação e sexualidade e de treino de AVD. De acordo com o Regulamento nº122/2011 o Enfermeiro Especialista deve criar e manter um ambiente terapêutico e seguro e que permita não apenas a manutenção da saúde dos doentes, mas também a reeducação das funções perdidas. Com base nestes princípios durante o estágio as intervenções aos doentes foram planeadas de forma individualizada e de acordo com as necessidades de cada um e, realizadas na tentativa de manter sempre uma postura correta e ergonómica para prevenção de lesões músculo-esqueléticas e acidentes, tanto para o doente como para os profissionais.

2. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO

A marcha ou o andar humano é um tipo de locomoção que se define como uma habilidade inata para a pessoa, possibilitando autonomia e independência na prestação do autocuidado e favorecendo a interação com o meio envolvente (Peças, 2016). De acordo com a Classificação para a Prática de Enfermagem (CIPE) o termo andar é descrito como “movimento do corpo de um lugar para outro, movendo as pernas passo a passo, capacidade de sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz (...)” (CIPE, 2011, p.41). O termo andar com auxiliar de marcha tem a mesma descrição, acrescentada de “(...) utilizando um ou mais auxiliares de marcha como calçado de correção, membro artificial, bengala, tala, canadianas ou andarilho (...)” (CIPE, 2011, p.41).

O andar é uma atividade da vida diária, bastante complexa, que envolve a participação do sistema nervoso, do sistema músculo-esquelético e do aparelho cardiorrespiratório. O modo de andar altera-se de pessoa para pessoa, sendo influenciado pela idade, pela presença de patologias, pela personalidade e pelo humor (Hubber e Wells, 2006; Pirker e Katzenschlager, 2016).

Uma vez que a população internada nos contextos onde decorreu o estágio é maioritariamente idosa, o diagnóstico de enfermagem de reabilitação “andar comprometido” foi um dos mais frequentes e também um dos diagnósticos de enfermagem mais associado a uma maior dependência nas outras atividades de vida diária conforme referem Vieira e Caldas (2016). A incapacidade para o andar deve ser superada precocemente de forma a que a pessoa recupere rapidamente a sua independência para as outras atividades e, desta forma, reduzir custos e dispensar a necessidade de um cuidador (Viera e Caldas, 2016).

Para Hoeman (2011) a imobilidade e a limitação da funcionalidade nos doentes representam um grande desafio, para os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, uma vez que a sua intervenção pode ser de grande importância e beneficiar as pessoas com alterações emocionais e físicas como as alterações do equilíbrio, da coordenação da marcha e com aumento

da dor. A dor, caracteriza-se por um aumento de sensação corporal desconfortável, uma expressão facial característica, a alteração do tónus muscular e comportamentos de autoproteção (CIPE, 2011) e quando não controlada condiciona o processo de reabilitação.

De acordo com Gault e Willems (2013) a capacidade fisiológica que cada um evidencia para o desempenho das atividades diárias, de forma segura e independente, sem níveis de fadiga acentuados, define-se como capacidade funcional, termo associado a funcionalidade que, segundo Fernandes (2015), reflete a capacidade do indivíduo para a realização de tarefas do seu dia-a-dia, incluindo interações sociais, atividades de lazer e outros comportamentos do quotidiano.

De forma a criar um instrumento de medida para os diferentes níveis de funcionalidade da pessoa, a OMS (2001), aprovou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Este documento teve como finalidade padronizar a linguagem internacional referente à descrição de diferentes aspetos alusivos à funcionalidade, incapacidade e saúde. Ou seja, a CIF visa avaliar a capacidade indicando o nível máximo de funcionalidade que uma pessoa pode atingir num dado momento ajustada ao ambiente onde esta se encontra e seu desempenho. Dito de outro modo, indica o que os indivíduos são capazes de fazer no seu ambiente habitual (OMS, 2004). Para a DGS, conforme referido na norma nº014/2014 a funcionalidade é a capacidade da pessoa para realizar as suas atividades da vida diária e para participar em várias situações da vida e da sociedade (DGS, 2014).

De acordo com Botelho (2005) as ações que integram o grupo das atividades de autocuidado, de que são exemplo tomar banho, vestir-se e alimentar-se são designadas de AVD. Por sua vez, a utilização do telefone, gestão do dinheiro, ir às compras, tomar a medicação, utilizar meios de transporte e efetuar determinadas tarefas domésticas, são atividades associadas com o que se designa de independência instrumental, sendo agrupadas no grupo das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), internacionalmente definidas como *Instrumental Activities of Daily Living* (Botelho, 2005).

Nos contextos onde desenvolvemos os estágios, de modo mais ou menos transitório, os doentes apresentam dificuldade e ou incapacidade para concretizar as atividades de autocuidado

tanto relacionado com os processos patológicos instalados como por agravamento dos mesmos face a processos de agudização das doenças.

Por exemplo, o compromisso da mobilidade, como consequência de uma doença/traumatismo reproduz-se em complicações ao nível de todos os sistemas, sendo que as consequências relativas à função respiratória podem constituir uma ameaça à vida (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Assim, o comprometimento da função respiratória é um risco presente, tendo em consideração o período de imobilidade a que os doentes nestes contextos são sujeitos, podendo ser mais ou menos prolongado. Apresentando um défice da funcionalidade para o desempenho das suas AVD, estes doentes necessitam de cuidados de enfermagem que visem o treino dessas atividades, proporcionando a máxima funcionalidade possível e qualidade de vida, através de estratégias de adaptação e de produtos de apoio (Vigia, Ferreira, e Sousa, 2016).

Os EEER e, tal como refere Hoeman, (2011, p.1) possuem “uma competência única para a educação dos doentes e famílias para os habilitarem a tornar-se autoridades quanto à sua condição e situação” e, tendo em conta a complexidade do andar e que necessita de aprendizagem (Vieira e Caldas, 2017), os EEER devem realizar uma avaliação inicial pormenorizada do doente na sua admissão.

A Canadian Medical Association (2012) aponta que hospitais normalmente não estão estruturados de forma a promover a mobilidade, por isso é necessário garantir que as pessoas sejam avaliadas nas primeiras 24 horas após a admissão, para que se incentive a mobilidade e o aumento do seu potencial com intervenções no âmbito da reabilitação até três vezes dia.

Nos contextos onde se desenvolveu o estágio, os EEER avaliam a funcionalidade da pessoa/família com a finalidade de identificar os fatores que induzem a limitações nas AVD dos doentes. Este processo, transversal a todos os cuidados de ER, inclui a colheita de dados que é a base para identificar as necessidades individuais e definir o potencial de cada um e as metas previstas. No serviço de Medicina Interna os EEER recorrem a uma base de dados em Excel que contempla avaliação do estado cognitivo, da capacidade funcional, da função respiratória, da força muscular e avaliação da sintomatologia que o doente apresenta na admissão. Este documento complementa os registos no sistema SClínico, usados também no serviço de

Ortopedia, onde se registam itens como a avaliação funcional através da Medida de Independência Funcional (MIF) e o Índice de Barthel.

A avaliação inicial é fundamental porque norteia todo o processo de intervenção de um programa de enfermagem de reabilitação (Alves, Ferreira e Baixinho, 2016; Hoeman, 2000) e a partir desta os EEER podem definir os diagnósticos, as respetivas intervenções de enfermagem orientadas para resultados.

De acordo com Vieira e Caldas (2016), na avaliação inicial da pessoa submetida a um programa de reabilitação com andar comprometido deve-se ter em conta aspetos como a sua capacidade cognitiva, as alterações de visão, a sua capacidade de mobilização, as alterações do equilíbrio corporal, força muscular, dor e, avaliação de sinais vitais. Quando os doentes dão entrada no serviço, os EEER avaliam os potenciais riscos de perda de funcionalidade através da Medida de Independência Funcional (MIF) e do Índice de Barthel, que são os instrumentos mais integrais (Hoeman, 2011). Outros instrumentos capazes de monitorizar melhorias, facilitar a comunicação, medir a eficácia do tratamento e justificar os benefícios das intervenções de reabilitação também devem ser utilizados (Hoeman, 2011).

Gardona e Barbosa (2018), salientam que os instrumentos de avaliação na prática de Enfermagem são recursos que identificam objetivamente alterações físicas, psíquicas e espirituais, acompanham a progressão do doente no processo de transição saúde-doença e, criam uma linha orientadora para toda a equipa multidisciplinar. Ou seja, os instrumentos utilizados pretendem identificar as principais capacidades dos doentes “e expor, prever, nortear e organizar cuidados” (Gardona e Barbosa, 2018, pág. 1922).

Para além da capacidade funcional, frequentemente avaliada nos serviços onde decorreu o estágio, foram ainda avaliados parâmetros como a força, o equilíbrio corporal, o risco de queda e, a função cognitiva através da aplicação de instrumentos de avaliação apropriados, como a escala de Lower, o índice de Tinetti, Escala de Morse, e MMSE.

Imobilidade e as suas consequências

De acordo com Laksmi, Harimurti, Setiati, Soejono, Aries e Roosheroe (2016), a imobilização é definida como a perda de movimento anatómico devido a alteração da função

fisiológica, que na prática diária pode ser vulgarmente conhecida como repouso de mais de três dias ou incapacidade de realizar atividades ou movimentos no leito, ou transferências. De acordo com os mesmos autores, na prática clínica e na prática de reabilitação o termo imobilidade é frequentemente usado definir o resultado de um conjunto de alterações físicas que resultam da falta de atividade e descondicionamento (Laksmi, Harimurti, Setiati, Soejono, Aries e Roosheroe, 2016).

Embora o descanso no leito tenha sido introduzido como um tratamento médico para minimizar os efeitos metabólicos no corpo do doente e, deste modo permitir a cura através do descanso (Parry e Puthuchearry, 2015), a falta de atividade física e o repouso prolongado no leito têm consequências significativas nos sistemas músculo-esquelético, cardiovascular, respiratório, tegumentar e cognitivo e podem estar associados a um conjunto significativo de efeitos indesejáveis e danos (Parry e Puthuchearry 2015). O repouso no leito durante a hospitalização tem sido proposto como o fator que mais contribui para o declínio funcional dos doentes sobretudo nos idosos. De acordo com Kortebein, Symons, Ferrando, Paddon-Jones, Ronsen, Protas e Evans (2008) entre 30% e 55% dos doentes idosos hospitalizados demonstram um declínio nas atividades da vida diária e até 65% declínio na função da marcha durante a hospitalização. Kalisch, Lee e Dabney (2013) também verificaram que a falta de mobilidade dos doentes idosos internados pode ser especialmente devastadora pois o processo de envelhecimento contribui para um declínio funcional mais rápido, resultando num nível de dependência elevado até 3 meses após a alta. Outro estudo, referido pela Canadian Medical Association (2012) prova que 35% dos idosos hospitalizados têm alta, com limitações da funcionalidade que perduram pelo menos durante um ano e que, 41,3% deles morrem e apenas 30,1% retomam as capacidades prévias à doença, o que reforça a importância de um maior investimento na mobilização e levante precoce dos doentes.

Conforme sublinham Laksmi, Harimurti, Setiati, Soejono, Aries e Roosheroe (2016), as situações de doença aguda como uma infeção causam sofrimento fisiológico dos vários órgãos do corpo e essa debilidade tende a reduzir o estado funcional sobretudo nas pessoas idosas. Nestes doentes a imobilização pode causar várias complicações sistémicas que os levarão a um estado terminal e à morte, particularmente se essa condição de imobilidade for ignorada. Nas pessoas idosas com imobilização prolongada a morte é geralmente causada por embolia pulmonar e a

prevalência desta condição nestas pessoas e que tenham pelo menos uma condição clínica crónica situa-se nos 88% (Laksmi, Harimurti, Setiati, Soejono, Aries e Roosheroe, 2016).

Os efeitos da imobilidade são transversais a vários sistemas que são sintetizados na tabela 1.

| Sistemas/ Órgãos | Efeitos da imobilidade |
|---------------------|--|
| Respiratório | ↓ amplitude de movimentos respiratórios estase de secreções/ atelectasias infecções respiratórias |
| Cardiovascular | estase venosa/ edema ↑ da viscosidade sanguínea hipotensão ortostática formação de trombos ↑ trabalho cardíaco (taquicardia da imobilização) |
| Gastrointestinal | ↓ motilidade intestinal alteração dos hábitos alimentares anorexia ↓ taxa de absorção obstipação |
| Músculo-esquelético | ↓ tônus e força muscular atrofia muscular contracturas osteopenia/ osteoporose posturas viciosas atrofia articular (principalmente capsular) |
| Génito-urinário | ↑ ph urinário ↓ capacidade de esvaziamento da bexiga infecções urinárias esvaziamento vesical incompleto litíase renal |
| Metabólico | ↓ taxa metabólica desequilíbrios hidroelectrolíticos ↑ catabolismo proteico alterações na resposta farmacológica diminuição da espermatogénese alteração dos níveis de androgénios intolerância aos hidratos de carbono ↓ da capacidade oxidativa das enzimas |
| Cutâneo | úlceras de pressão |
| Neurológico | agitação desorientação alteração do ciclo sono-vigília alterações do equilíbrio e coordenação irritabilidade depressão ↓ percepção dos estímulos externos |

Tabela nº 1 - Implicações da Imobilidade.

Fonte: Pereira e Guedes in Revista Portuguesa de Medicina Intensiva 2011, 18 (3), pág.83.

Pelo exposto, a mobilização precoce tem sido apontada como uma intervenção importante no que respeita à diminuição das sequelas que podem surgir a nível físico e funcional, nomeadamente a perda de força muscular (Azevedo, 2015). A mobilização precoce permite também reduzir a dor, o risco de trombose venosa profunda, a fadiga e, o risco de pneumonia, de

risco de delírio, de infecções do trato urinário, melhorando a capacidade física (Kalisch, Lee e Dabney, 2013).

No seu artigo de revisão, Kalisch, Lee e Dabney (2013) estudaram os efeitos da mobilização precoce em doentes internados na prevenção de consequências da imobilidade e concluíram que a mobilização e deambulação precoce no internamento têm sido esquecidas ao longo do tempo.

Andar comprometido

Andar é sinónimo de independência, porque andar ou deslocar-se de forma independente de um lado para o outro favorece o desempenho das atividades da vida diária (AVD). O andar ou marcha é um dos movimentos mais frequentes e baseia-se na simetria corporal, no equilíbrio e na estabilidade postural, resultando da interação dos sistemas nervoso e osteo-muscular (Marques-Vieira e Caldas, 2016).

De acordo com a CIPE o termo andar é descrito como “mobilizar-se: movimento do corpo de um lugar para outro, movendo as pernas passo a passo”. Implícito no andar está a “capacidade de sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz (...)” (CIPE, 2011, p.41). Neste sistema de classificação o termo andar com auxiliar de marcha tem a mesma descrição, acrescentada da utilização de “um ou mais auxiliares de marcha como calçado de correção, membro artificial, bengala, tala, canadianas ou andarilho (...)” (CIPE, 2011, p.41).

A marcha é um padrão cíclico em que os músculos e as articulações do corpo, se ajustam definindo o ciclo da marcha (Musculino, 2008). Este processo pode ser dividido em duas fases, a fase de apoio e fase de balanço. A fase de apoio inicia-se com o toque do calcanhar no solo e, acaba com o afastamento dos dedos, ocorrendo o impulso. A fase de balanço ocorre quando o afastamento dos dedos inicia e termina com o toque do calcanhar no solo e, é nesta fase que acontece o avanço do membro (Musculino, 2008). Ainda de acordo com Musculino (2008) as fases descritas subdividem-se em oito subfases, em que cinco ocorrem na fase de apoio (apoio do calcanhar, apoio da planta do pé, apoio médio, afastamento do calcanhar, afastamento dos dedos) e, as restantes três ocorrem na fase de balanço (aceleração, balanço médio e desaceleração), tal como descrito na figura seguinte.

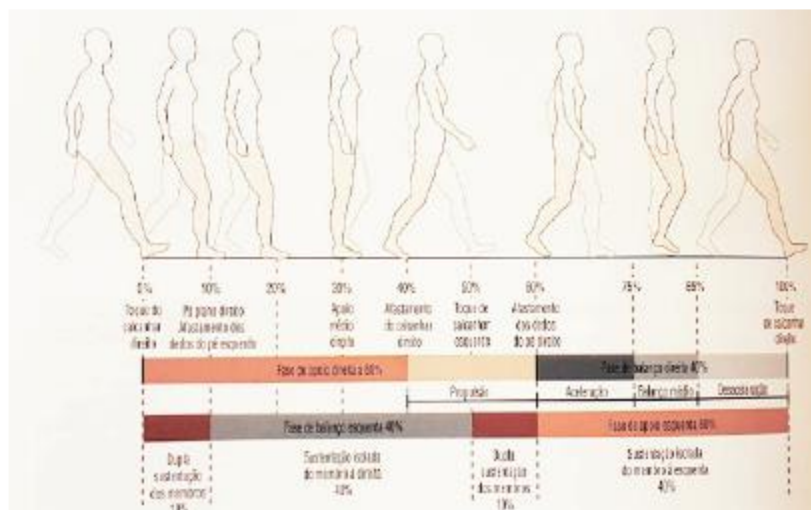


Figura 1: Ciclo da Marcha

Fonte: Musculino (2008)

A capacidade de marcha, pressupõe a capacidade prévia para a pessoa deve assumir e manter a posição ortostática, de forma a que a pessoa possa consciencializar-se do seu corpo, corrigindo a postura e mantendo o equilíbrio corporal (Marques-Vieira e Caldas (2016). De acordo com a CIPE, pôr-se de pé, ou erguer-se, consiste em “(...) mover-se, modificando a posição do corpo para a vertical” (CIPE, 2011, p.52). Na mesma linguagem, o equilíbrio corporal é definido pela segurança do corpo e coordenação muscular, óssea e articular para o movimento, erguer, sentar ou deitar (CIPE, 2011).

Viel, (2001) diz que para que a marcha seja eficaz a pessoa tem de possuir coordenação entre postura, equilíbrio e locomoção que permitam adaptação a todo o momento aos obstáculos do meio ambiente. A marcha tem como característica principal a perda momentânea do equilíbrio devido à mudança do centro de gravidade para fora da base de suporte e, o seu regresso através do passo (Demura e Uchiyama, 2007).

O Equilíbrio

O equilíbrio é definido por Almeida, Veras e Doimo (2010) como a capacidade de manter a posição do corpo sobre uma base de apoio, estática ou móvel. Pode considerar-se o equilíbrio estático e o dinâmico. O primeiro assume-se como a capacidade de controlar a oscilação postural na posição imóvel. Já o segundo consiste na manutenção da postura corporal direita em movimento (Hubber e Wells, 2006). Caminhar durante uma doença aguda como referem Fisher,

Graham, Ottenbacher, Deer e Ostir (2016) requer o esforço coordenado de múltiplos sistemas que, por causa da doença já estão sob tensão.

Tendo em conta a complexidade, da marcha e do equilíbrio, existem outros fatores que podem influenciar a marcha segura nos doentes, como por exemplo, a diminuição da força, da amplitude do movimento e a propriocepção, visão, função vestibular ou capacidade aeróbia alteradas e outros ainda como as capacidades cognitivas (Huber e Wells, 2006). Por exemplo, num indivíduo distraído ou com o processo cognitivo comprometido, como acontece em muitos indivíduos idosos ou em pessoas portadoras de deficiências, a capacidade de resposta à manutenção do equilíbrio, não ocorre atempadamente (Hubber e Wells, 2006).

Outros estudos posteriores (Hausdorff, Schwiger, Herman, Yogev Seligmann e Giladi, 2008) salientaram a importância da atenção à marcha durante o processo de envelhecimento uma vez que, com o processo de envelhecimento as escolhas e as estratégias comportamentais dos indivíduos podem acabar por desempenhar um papel importante nas funções executivas (Hausdorff, Schwiger, Herman, Yogev Seligmann e Giladi, 2008). Outros autores (Jacob e Ishizuka, 2005; Laufer, 2005) destacam a diminuição de velocidade e do comprimento da passada, e o aumento da amplitude da base de sustentação e do tempo de duplo apoio e ainda a flexão dos joelhos como as alterações mais frequentes.

Dito de outro modo as alterações da função proprioceptiva, as alterações visuais e os processos osteoartríticos, comuns durante o envelhecimento, frequentemente associados a processos demenciais com expressão na diminuição da função cognitiva, podem associar-se aos distúrbios da marcha (Pirker e Katzenschlager, 2016). Por isso, e tal como referem Bhimani, McAlpine e Henly (2012) o equilíbrio e a marcha estão intimamente ligados, são multifatoriais e dependem da integridade musculoesquelética e do controlo neurológico, que são fundamentais para que a mesma ocorra com conforto e segurança.

De acordo com Iwaya et al. (2017) a velocidade de marcha prediz a dependência funcional nas pessoas idosas. E outros eventos, como é o caso da hospitalização, apesar de prejudiciais podem ser minimizados com intervenções específicas, uma delas é a análise diária do que possam ser obstáculos para a marcha, para que os doentes idosos sejam encorajados a caminhar diariamente (McCullagh, Darren, Horgan e Timmons, 2020).

3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS

Em situação aguda de doença, os doentes passam por um período prolongado de repouso no leito, com a consequente restrição de movimento. Foram maioritariamente doentes com situações desta natureza e com complicações associadas à imobilidade que foram alvo dos nossos cuidados durante o estágio final. Com estes doentes exercemos a prática clínica em cuidados diferenciados com supervisão de um EEER. Com o intuito de colmatar as necessidades sentidas pelos doentes ao nível do desempenho nas AVD, procuramos minimizar as complicações decorrentes da imobilidade sempre visando o autocuidado e a capacitação funcional de forma a manter a sua segurança.

Nos contextos onde decorreu a implementação do projeto a distribuição dos cuidados de enfermagem gerais, era realizada de forma a atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados, recorrendo ao sistema de classificação de doentes para obter horas de cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades. Por sua vez, os EEER, no serviço de Medicina Interna, têm horas de cuidados destinadas apenas aos cuidados diferenciadas aos doentes internados. O seu protocolo de intervenção prende-se com uma avaliação cuidada e multidimensional aquando da admissão, na tentativa de identificar as necessidades de cada doente e, elaborar e implementar um plano individual de intervenção. Tendo em conta as características destes doentes as questões relacionadas com a segurança assumem particular relevância.

Nos doentes destas unidades de cuidados as principais necessidades identificadas foram a perda de capacidade funcional expressa nos défices de autocuidado e, o planeamento da alta em segurança. Em parceria e continuidade com os restantes profissionais foram prestados cuidados, de ER, na tentativa de colmatar estas necessidades.

No seu estudo, Iwaya et al. (2017) narram que a diminuição da capacidade da marcha se sobrepõe ao défice do autocuidado em pessoas idosas e, que é necessário identificar fatores

condicionantes nas AVD para desenvolver programas de intervenção que previnam ou retardem os défices no autocuidado. Os mesmos autores defendem que a limitação presente nos membros inferiores é um preditor para posterior limitação dos membros superiores, assim como a velocidade de marcha induz a dependência funcional do idoso (Iwaya et al., 2017). Esta dependência funcional pode ser evitada através do treino de marcha e de exercícios de fortalecimento muscular (Iwaya et al., 2017).

O autocuidado neste contexto e, indo ao encontro da teoria do défice de Autocuidado de Dorothea Orem (Petronilho e Machado, 2016), foi promovido recorrendo a um conjunto de intervenções estruturadas de forma individual a cada doente. Estas, passaram pela avaliação da capacidade para o autocuidado através da aplicação da escala ou Índice de Barthel. Consoante as necessidades identificadas, os doentes eram instruídos e treinados visando a promoção do autocuidado em défice. As capacidades cognitivas estão intimamente ligadas à capacidade de autocuidado por isso foi fundamental uma avaliação do potencial de cada doente, avaliando as suas capacidades cognitivas através do Mini Mental State Examination (MMSE). De acordo com Rodrigues (2012) este instrumento ao validar os défices da função cognitiva, informa sobre a capacitação e adesão ao processo de reabilitação, uma vez que, contempla as dimensões da orientação temporal, espacial, memória, evocação e compreensão de conceitos, cálculo, capacidade de escrita e desenho (Sequeira, 2010).

Para o treino do autocuidado higiene, os doentes devem deslocar-se à casa de banho para realizar os seus cuidados (Menoita, 2012), já o autocuidado vestir/despír depende da condição motora e sensitiva de cada doente assim como a sua capacidade cognitiva (DGS, 2010). O treino de AVD, foi realizado desde a admissão do doente até ao momento da alta. No autocuidado higiene, os doentes eram levados até às instalações sanitárias, assim que a condição clínica o permitia, com o intuito de realizarem de forma autónoma as tarefas relacionadas com higiene, nomeadamente lavar/secar o corpo, pentear, lavar os dentes e usar o sanitário. Por sua vez, os autocuidados vestir/despír eram treinados no quarto ou nas instalações sanitárias. Os doentes, sentados no cadeirão, cadeira ou no bordo da cama, treinaram o vestir e despír com recurso à roupa fornecida pelo hospital, de forma a melhorar a sua capacidade para realização deste autocuidado. Sempre que necessário o doente era instruído e eram disponibilizados produtos de apoio que facilitam a realização destas AVD.

Sendo as atividades desenvolvidas em contexto de formação, estas eram realizadas com a supervisão dos EEER e em consonância com os mesmos que faziam ainda a supervisão clínica. Foi possível adequar os dispositivos técnicos ao desempenho dos autocuidados, nomeadamente nos autocuidados comer/ beber (através da utilização de copo de bico, espessante e engrossador de cabo), higiene e uso do sanitário (através do uso de cadeira sanitária, urinol) e, autocuidado vestir e despir sempre numa perspetiva de capacitação dos doentes.

Segundo Menoita (2012), as consequências da imobilidade nos doentes estão relacionadas com alterações da força muscular e tónus, do mecanismo de controlo postural e da sensibilidade. Estas alterações podem provocar um risco elevado de aparecimento de contraturas musculares e alterações na integridade cutânea (American Heart Association/ American Stroke Association (AHA/ASA), 2016).

Tendo como base o foco do autocuidado é ainda importante salientar que para sua execução é necessário deter outras capacidades como a força e, por isso tal como refere Hoeman, (2011) as intervenções que visam a melhoria da força muscular e da mobilidade tornam-se fundamentais na enfermagem e na reabilitação, também importante nestes doentes é ter em conta o risco de queda já descrito, o risco de úlcera por pressão, a dor e, o compromisso da função ventilatória, fatores que interferem com a capacitação para o autocuidado.

Por isso, desenvolveram-se atividades como avaliação da força muscular através da aplicação da escala de Lower, e técnicas de exercício muscular e articular como mobilizações passivas, ativas-assistidas e resistidas em todos os segmentos articulares, conforme o grau de força, atividades terapêuticas no leito como exercícios isotónicos dos segmentos articulares, exercícios isométricos (abdominal, glúteos, quadricípites e isquiotibiais), rolamentos, exercício de ponte (extensão lombo-pélvica), rotação controlada da articulação coxofemoral e, auto-mobilizações. Estes exercícios, para além de favorecerem as estruturas articulares, mantêm a amplitude dos movimentos e, evitam contraturas desde que implementados precocemente, nomeadamente com mobilizações passivas (Menoita, 2012). De acordo com o mesmo autor os movimentos descritos devem ser realizados 2 a 3 vezes por dia, com 10 repetições por cada um, efetuados do segmento distal para o proximal, tendo em consideração o limite de dor, fadiga e a tolerância do doente (Menoita, 2012).

As alterações do equilíbrio corporal e da postura são manifestações comuns dos doentes sujeitos a períodos longos de imobilidade (Menoita, 2012), contribuindo também para o aumento do risco de queda (AHA/ASA, 2016). O equilíbrio corporal foi avaliado através do Índice de Tinetti aquando do primeiro contacto. Com o objetivo de melhorar a postura corporal e manter o equilíbrio foram realizadas intervenções que estimulam o equilíbrio corporal, como por exemplo exercícios de correção postural, técnicas de treino de equilíbrio (exercícios de coordenação de movimentos, facilitação cruzada, equilíbrio estático sentado e em pé e equilíbrio dinâmico sentado e em pé, exercícios de coordenação motora, apoio unipodal). Estes exercícios priorizam a reeducação do mecanismo reflexo-postural, inibem a espasticidade, estimulam a sensibilidade postural e a ação voluntária dos músculos e, prepararam o doente para a marcha (Menoita, 2012).

A prevenção de quedas passa, entre outros aspetos, pela melhoria da segurança do doente e por desenvolver intervenções como a avaliação do risco de queda que foi concretizada através da aplicação da Escala de Morse a cada 48h de internamento e com a consciencialização do doente sobre as suas limitações. Uma vez diagnosticado o risco, os doentes eram instruídos sobre estratégias adaptativas e remoção de fatores de risco (uso de calçado antiderrapante, uso de tapetes) e, treinados para técnicas de transferência, mobilização e marcha em segurança uma vez que, em situação aguda de doença, as pessoas idosas acumulam um conjunto de alterações que as predispõe mais a esse risco (AHA/ASA, 2016).

Inerente ao desempenho dos doentes nas AVD está a capacidade para os doentes ficarem de pé. Em termos de diagnóstico de enfermagem o pôr-se de pé comprometido (CIPE, 2011) também era frequente neste contexto clínico. Para colmatar os défices deste autocuidado foram realizadas intervenções de instrução, treino e assistência de técnicas de levantar (exercícios de verticalização com supervisão de 3ª pessoa e/ou ajuda técnica). Logo que os doentes possuíam estabilidade física e hemodinâmica, nomeadamente quando conseguiam manter o equilíbrio em pé e sentados (Hoeman, 2011), realizava-se treino de marcha.

No serviço de Medicina Interna, assim como no serviço de Ortopedia, o treino de marcha em doentes com o autocuidado andar comprometido foi realizado maioritariamente com recurso a auxiliares de marcha. Para iniciar este treino, foi necessário avaliar capacidades dos doentes e informá-los acerca dos diversos tipos de auxiliares de marcha e o seu uso correto, tendo em conta os objetivos da reabilitação, tal como sugerem Sousa e Carvalho (2016).

Associado à imobilidade prolongada surge o risco de úlcera por pressão que de acordo com a DGS (2011) são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem. Para (Menoita, 2012) a avaliação do risco de desenvolver úlceras por pressão é um dos aspetos fundamentais quando o objetivo dos cuidados de enfermagem é manter e/ou melhorar a integridade cutânea dos doentes. Esta atividade foi desenvolvida com regularidade no sentido dar cumprimento ao definido pela Direção Geral de Saúde (2011), que define que, numa unidade de internamento, o risco deve ser avaliado a cada 48h de internamento com a Escala de Braden. A avaliação do risco de úlceras por pressão não dispensa intervenções ou cuidados de enfermagem relacionadas com manutenção da integridade cutânea, a proteção contra efeitos adversos de forças externas e a melhoria do estado nutricional (Menoita, 2012). Estas intervenções passam ainda pela vigilância da pele com regularidade, e pelo incentivo e treino de técnicas de alívio de pressão, nomeadamente a alternância de decúbitos (DGS,2010) e ainda, pelo uso de dispositivos para alívio de pressão, por uma higiene cuidada, pela minimização ou eliminação de forças de fricção e pelo controlo da humidade da pele (AHA/ASA, 2016).

Tendo em conta as características dos doentes de ambos os serviços, a dor encontra-se frequentemente presente. A dor é um sintoma importante e que requer atenção especial. Enquanto 5º sinal deve ser valorizada tanto ao nível dos cuidados gerais como dos cuidados especializados. A dor refere-se ao aumento da sensação corporal de desconforto, a uma expressão facial característica, a alteração do tónus muscular e comportamentos de autoproteção (CIPE, 2011). Pode ter origem muscular ou articular e que pode ser caracterizada como profunda e maciça, agravada pelo movimento ou em repouso (CIPE, 2011) e, quando não controlada limita o desempenho dos doentes nas AVD. Deste modo, no início de cada atividade com os doentes, a dor era avaliada através da escala numérica, com o intuito de manter a ausência de dor na realização dos exercícios de reabilitação. Caso o doente possuísse capacidade cognitiva para tal, era ainda realizada a instrução acerca das escalas de avaliação da dor. Para ajudar a manter o doente sem dor foram instituídas medidas farmacológicas e não farmacológicas, como posicionamentos antiálgicos, técnicas de relaxamento, crioterapia/termoterapia e massagem de conforto.

Como existe um número elevado de doentes com patologia respiratória internados neste serviço, o diagnóstico de ventilação comprometida tornou-se comum. De acordo com Menoita, (2012) a reeducação funcional respiratória induz a prevenção de complicações respiratórias,

através da correção de alterações posturais e defeitos ventilatórias, da manutenção da permeabilidade da via aérea, da reeducação no esforço e melhoria da função da musculatura respiratória. As intervenções com os doentes devem focar-se na consciencialização da respiração, reeducação abdomino-diafragmática e costal e, ensino da tosse dirigida e assistida (Menoita, 2012). Para a promover a ventilação e prevenir as complicações respiratórias associadas à imobilidade realizámos intervenções dirigidas à promoção da ventilação e à melhoria das trocas gasosas de que são exemplo as técnicas de relaxamento, o controlo da respiração, a dissociação dos tempos respiratórios, exercícios de abertura costal global e de treino abdomino-diafragmático.

De modo a envolver os doentes no seu autocuidado, atividades de ensino foram também realizadas com frequência. Habel (2011) refere que a educação fornece ao doente as ferramentas para a gestão dos seus cuidados e para o controlo da sua vida. O ensino destes doentes esteve também presente nos procedimentos pré-cirúrgicos do serviço de ortopedia e, visou essencialmente o fornecimento de informação relativa ao procedimento cirúrgico e ao programa de reabilitação, assim como das ajudas técnicas disponíveis no pós-operatório. As informações, como recomenda Habel (2011) eram apresentadas lentamente, com pouca informação de cada vez, em tom de voz mais baixo e repetidas com frequência para que a aprendizagem fosse efetiva.

Ainda no contexto de orto traumatologia e, de acordo com as orientações de Sousa e Carvalho (2016), no período pré-operatório valorizámos nos doentes a redução do edema; a melhoria da força e contração muscular do membro lesado, do membro são e dos membros superiores; a reeducação diafragmática; a crioterapia para estabilização e redução do edema e da dor no membro lesado; a massagem abdominal, para favorecimento do peristaltismo intestinal e o fortalecimento da musculatura abdominal e intervertebral. Realizámos também ensinamentos aos doentes e à família sobre questões acerca do procedimento cirúrgico, da prevenção de complicações, do período previsível de recuperação exercícios de reabilitação, instruções para a alta e recuperação no domicílio, como sugerem Huang, Sung, Wang e Wang (2017). Estes autores sublinham ainda a importância de estender estes programas à família do doente.

No que se refere aos cuidados pós-operatórios Sousa e Carvalho (2016) valorizam os cuidados de enfermagem de reabilitação suscetíveis de prevenir complicações, como a luxação da prótese, o tromboembolismo venoso, a infeção e a prevenção de complicações do foro

respiratório. Neste sentido, foram realizadas intervenções como o ensino sobre a necessidade fazer carga parcial até nova avaliação médica (aproximadamente 4 semanas), ensino sobre exercícios a realizar no domicílio, ensino sobre as vantagens do uso de cadeiras com braços para facilitar no levantar e no sentar e, ensino sobre estratégias de entrada e saída do carro.

Nas duas unidades de internamento onde decorreu o estágio, a prestação de cuidados de enfermagem diferenciados em enfermagem de reabilitação foi organizada de acordo com as prioridades identificadas nos doentes a partir da avaliação inicial e, que são definidas com base no conhecimento e nas competências específicas conferidas ao EEER, cujo corpo de conhecimentos e conjunto de procedimentos específicos “permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (OE, 2011, p.1).

Assim, os cuidados de ER prestados durante o estágio para além de supervisionados por uma enfermeira/o especialista, foram também baseados no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2014), e implementados de acordo com os problemas identificados.

A média de idades elevada e as comorbilidades presentes na maioria dos doentes internados, a par da importância que a atividade de andar representa na vida das pessoas, contribuíram para intervirmos de modo particular na prevenção de complicações decorrentes da imobilidade, sobretudo no andar comprometido.

Para tal, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, de modo a obter informação atual e sistematizada, relativamente às intervenções de enfermagem de reabilitação suscetíveis de minimizar as complicações associadas ao compromisso do andar/marcha em indivíduos adultos e idosos em situação de doença aguda (Apêndice I). Apesar de não ter sido encontrada evidência suficiente que permitisse identificar e descrever as intervenções descritas permitiu concluir que existe consenso considerável relativamente à importância da implementação de intervenções de ER nos doentes com este problema.

3.1 Problemática

Legitimando que o envelhecimento integra o desenvolvimento social, económico e da saúde pública, também se reconhece que o impacto do envelhecimento das pessoas na sociedade irá depender, da natureza das políticas que poderão dar resposta a esta nova realidade, como referem Costa et al.(2017), e a promoção de um envelhecimento ativo e saudável tem sido apontada como uma das resposta aos desafios relacionados com o envelhecimento. De acordo com a Organização mundial de Saúde, referida por Costa et al, (2017) as condições de saúde são determinantes para o envelhecimento ativo, mas a sua promoção não se pode limitar à promoção de comportamentos saudáveis, é fundamental ter conta os fatores ambientais e pessoais, como os determinantes económicos, sociais e culturais, o sexo e as respostas do sistema de saúde, entre outros determinantes. Para os mesmos autores o envelhecimento saudável tem uma relação muito próxima com “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio” (Costa et al. 2017, p.9).

A inatividade física ou repouso no leito durante a hospitalização têm sido considerados como os fatores que mais contribuem para o declínio funcional nos doentes idosos hospitalizados (Kortbein, Symons, Ferrando, Paddon-Jones, Ronsen, Protas, e Evans, 2008) e, tal como concluíram no seu estudo Fisher, Graham, Ottenbacher, Deer, e Ostir (2016), a atividade de caminhar tal como as outras AVD são fortes preditores de readmissão dos doentes após períodos de hospitalização, justificando o investimento que deve ser dado a esta atividade.

De acordo com Baker, Pryor e Fisher (2019) os objetivos da ER relacionam-se com a promoção e maximização do autocuidado dos indivíduos, o restabelecimento das suas funções e otimização das suas escolhas e, a literatura parece demonstrar um interesse crescente em compreender melhor os contributos da enfermagem para a reabilitação nos indivíduos.

Os objetivos de aprendizagem para o estágio final apontam no mesmo sentido, na medida em que durante o estágio final o estudante deverá para além de avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações e limitações nas atividades da vida diária, implementar programas de treino motor capazes de capacitar as pessoas desenvolvendo o treino de AVD e a utilização de ajudas técnicas. E finalmente produzir dados que demostrem conhecimentos, aptidões e

competências a desenvolvidas e resultados dos cuidados de enfermagem de reabilitação nos doentes.

Tendo em conta estes pressupostos e o envolvimento no contexto em que foi desenvolvido o estágio final, bem como da análise dos cuidados aí produzidos, foi identificada a necessidade de uniformização e sistematização dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados aos doentes idosos em situação aguda de doença com compromisso do andar. Perspetivou-se a elaboração de um protocolo de atuação que reunisse as intervenções de enfermagem de reabilitação a realizar com os doentes no sentido de poder dar mais contributos para a recuperação de um andar eficaz, porque tal como já foi descrito atrás a marcha eficaz é muito importante para a realização das AVD, uma vez que implica equilíbrio e mobilidade física (Demura e Uchiyama, 2007). Tomando como certo que a capacitação para o autocuidado é fundamental para o desempenho AVD e para o desempenho AIVD, o modelo teórico escolhido para suportar este projeto de intervenção, foi o de Dorothea Orem, com a Teoria Geral do Défice de Autocuidado.

As condições que levam ao internamento quer no serviço de Medicina Interna quer no serviço de Ortopedia, bem como de todos os procedimentos programados e ainda alterações esperadas com o processo de envelhecimento, nos doentes internados nestas unidades favorecem transitoriamente a incapacidade para a realização das suas AVD de forma autónoma, incluindo a marcha. Peças (2016) utiliza os conceitos de marcha ou andar humano para definir um tipo de locomoção inato que favorece a autonomia e independência do ser humano. Por sua vez a OMS (2004) na CIF recorre ao termo andar para definir a capacidade para a pessoa mover-se de pé sobre uma superfície, passo a passo, de modo que um pé esteja sempre no chão. Uma vez que existe um leque de autores que recorrem a diferentes terminologias, marcha, andar, andar humano, neste trabalho usamos o termo, o andar comprometido que foi também o tema do nosso projeto de intervenção. Assim e, em síntese e face à problemática, o projeto de intervenção foi centrado num conjunto de intervenções ou cuidados de enfermagem capazes de contribuir para uma marcha segura em doentes submetidos a períodos de imobilidade.

O Modelo Autocuidado de Dorothea Orem

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

acordo com Petronilho (2012) existe uma forte relação entre a mobilidade e a realização do autocuidado, sendo este último essencial na saúde das pessoas.

O autocuidado de acordo com Orem, referida por Petronilho e Machado (2016), consiste numa ação realizada pela pessoa por vontade própria, no sentido da regulação do seu funcionamento, desenvolvimento e fornecimento das condições necessárias à vida. Para Lista, Correia, e Fonseca (2017, p.13) o autocuidado é definido como “o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar” por isso, o conceito de autocuidado é um dos pontos centrais da prática de enfermagem, uma vez que, através da sua intervenção profissional, os enfermeiros atuam de forma a minimizar os efeitos da dependência (Petronilho, 2012).

A Teoria do Déficit de Autocuidado, de Orem, é constituída por três sub-teorias relacionadas entre si: teoria do autocuidado, a teoria do déficit no autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (Petronilho e Machado, 2016).

A Teoria do Autocuidado, descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si mesmas; a Teoria do Déficit de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Queirós, Vidinha, e Filho, 2014).

De acordo com Queirós, Vidinha e Filho (2014) o conceito de autocuidado é universal e individual e refere-se todas as atividades de vida, sendo elas instrumentais ou de vida diária, assim como todos os aspetos vivenciais da pessoa.

Segundo estes autores, o sistema parcialmente compensatório, descrito pela teórica, permite ajudar a pessoa naquilo que ela não é capaz de realizar e o sistema de apoio-educativo através do qual se ensina e supervisiona a pessoa na realização das ações (Queirós, Vidinha e Filho, 2014), o que permitiu neste contexto envolver os doentes na sua ação de cuidar.

A teoria de enfermagem de Orem impulsionou os cuidados de enfermagem de reabilitação sobretudo a partir do sistema parcialmente compensatório, ajudando a pessoa naquilo que ela não

era capaz de realizar e do sistema de apoio-educativo através do qual se ensinaram e supervisionaram os doentes para a realização das ações conducentes à marcha segura.

4. OBJETIVOS

Após a definição da problemática do projeto de intervenção, neste caso em particular, o andar comprometido enquadrado na área de investigação definida para o Curso de Mestrado em Enfermagem na área de ER “Segurança e Qualidade de Vida”, surge a questão de partida “Quais as intervenções de ER suscetíveis de prevenir uma das de complicações decorrentes da imobilidade, andar comprometido?” que ajudou a concretizar os passos seguintes, nomeadamente a definição dos objetivos.

Marconi e Lakatos (2003) referem que os objetivos gerais se prendem com uma visão global e abrangente do tema. Tratando-se de um relatório de estágio definimos como objetivos gerais deste trabalho:

- Descrever o processo de desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e de mestre em enfermagem;
- Descrever os contributos dos cuidados de enfermagem de reabilitação para a capacitação de uma marcha segura nos doentes internados no serviço de Medicina Interna e Ortopedia.

Em relação aos objetivos específicos, Marconi e Lakatos (2003) referem que estes devem fazer o desdobramento dos objetivos gerais, ou seja, descrever as estratégias definidas para os alcançar (Lautert, Dal Pai e Ramos, 2013) e que neste caso foram:

- Avaliar o risco de consequências associadas à imobilidade prolongada nos doentes internados nos serviços de Medicina Interna e Ortopedia;
- Planear cuidados de enfermagem de reabilitação adequados à prevenção de complicações decorrentes da imobilidade;

- Implementar cuidados de enfermagem de reabilitação suscetíveis de prevenirem essas consequências, entre elas as relacionadas com o compromisso do andar;
- Avaliar os resultados da intervenção nos doentes.

4.1. Metodologia

O presente relatório baseia-se numa metodologia descritiva que descreve um fenómeno, neste caso as características da população alvo, através de uma observação estruturada (Vilelas, 2017). Pode ser enquadrado no método investigação-ação uma vez que, parte da avaliação de uma problemática, realiza um diagnóstico e introduz medidas para a modificação da situação (Koerich, Machado e Costa, 2005).

Para a seleção dos participantes no projeto de intervenção foram definidos como critérios de inclusão serem doentes admitidos nos serviços de internamento de Medicina Interna e Ortopedia com idade superior a 65 anos, em situação aguda de doença, com capacidade cognitiva mantida e com condições de saúde suscetíveis de desenvolverem complicações associadas à imobilidade, nomeadamente restrição do andar de carácter transitório. Como critérios de exclusão definimos serem doentes em fim de vida, ter idade inferior a 65 anos, terem défices permanentes e/ou situações de andar comprometido anterior ao internamento.

No que se refere aos resultados, estes, são também de índole descritiva, ou seja, assumiram um conjunto de regras que sintetizam a informação recolhida de uma amostra sem perda de informação (Vilelas, 2017).

Para que o plano de intervenção pudesse contribuir para a capacitação de uma marcha segura nos doentes internados no serviço de Medicina Interna e Ortopedia, e para que promovesse a mobilidade e a prevenção de consequências da imobilidade nos doentes, fizeram parte desse plano um conjunto de atividades que incluíram a avaliação dos doentes com a Escala de Barthel, Escala de avaliação de força de Lower, Índice de Tinetti e, a Escala de Risco de Queda de Morse e Mini Mental State Examination (MMSE) para avaliação da função cognitiva. Estes instrumentos de avaliação, foram aplicados em 2 momentos, na admissão e no último contacto com o doente prévio à alta. Após a avaliação implementaram-se cuidados de enfermagem de

reabilitação suscetíveis de prevenirem as consequências da imobilidade, entre estas as consequências relacionadas com o compromisso do andar. Avaliaram-se ainda os resultados das intervenções nos doentes que foram registadas e monitorizadas de forma minuciosa no sistema de registo implementado na instituição (SCLínico). Cada doente teve mínimo 4 contatos durante o internamento.

O Índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência de uma pessoa na realização de dez AVD: comer e beber, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, marcha, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas (Mahoney e Barthel, 1965). Este instrumento é de fácil compreensão e execução, encontra-se traduzido e adaptado para a língua portuguesa e de acordo com Menoita (2012) apresenta uma validade e resultados de fiabilidade muito consistentes. Consoante a pontuação obtida os doentes poderão apresentar diferentes níveis de incapacidade funcional. Desta forma, a incapacidade ligeira corresponde a um índice de Barthel ≥ 90 , a moderada a um índice entre os 55 e 90 e, grave ≤ 50 (DGS, 2011).

Para avaliação da força muscular foi escolhido o índice de Lower que, 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, avaliada segmento a segmento corporal (Rios, 2014).

O Índice de Tinetti avalia o equilíbrio da pessoa em dezasseis situações diferentes, deteta alterações na marcha, diagnostica e quantifica a gravidade do compromisso e prediz o risco de queda. Nos primeiros nove itens avalia o equilíbrio estático e nos restantes sete avalia o equilíbrio dinâmico, sendo solicitada à pessoa que se desloque de um ponto para outro. Este instrumento de avaliação avalia a marcha no que se refere à velocidade, distância e simetria do passo, equilíbrio sentado e em pé e, o girar. A pontuação por item varia de 0 a 1 ou de 0 a 2 pontos, em que o valor mais baixo indica uma menor capacidade física. A pontuação total é de 28 pontos perfazendo a soma da pontuação do equilíbrio do corpo e da marcha. A pontuação máxima é de 12 pontos para a marcha e de 16 para o equilíbrio do corpo (Silva, 2017).

A Escala de Risco de Quedas de Morse avalia as pessoas com risco de queda e permite a implementação de estratégias que previnam a sua ocorrência. É constituída por seis itens. De acordo com a avaliação efetuada, a soma das pontuações obtidas em cada um dos itens resulta

um score que indica o risco de queda, cuja classificação é a seguinte: 0 – 24 pontos, baixo risco de queda; 25 - 44, risco moderado de queda; ≥ 45 , alto risco de queda.

O MMSE permite avaliar as capacidades cognitivas dos doentes e assim predizer a sua adesão ao plano terapêutico. É um teste de constituído por 30 questões, pontuadas com 0 pontos, quando a pessoa não responde ou dá uma resposta incorreta, ou 1 ponto, quando a pessoa responde corretamente. O teste encontra-se organizado segundo os domínios cognitivos orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem, compreensão de ordem verbal e escrita e capacidade construtiva. O score máximo é de 30 pontos. De acordo com Santana et al. (2016), um score inferior a 26, é sugestivo de demência, pelo que integraram este estudo apenas doentes com um score igual ou superior a 26 pontos no MMSE.

4.2.Considerações de ordem ética

De acordo com Fortin (2009) a investigação no domínio da saúde que envolva seres humanos, tem de ser baseada em princípios éticos, sempre protegendo os direitos das pessoas de que se destacam :o princípio da beneficência, o princípio da não-maleficência, o princípio da autonomia e o princípio da justiça (Fortin, 2009).

O princípio da beneficência consiste no dever de ajudar o outro, promovendo o bem em função dos seus interesses, de forma maximizar os seus benefícios (Koerich, Machado e Costa, 2005); o princípio da não maleficência traça o dever de renúncia relativamente a fazer mal à pessoa, causar-lhe danos ou colocá-la em risco, pelo que os profissionais devem evitar qualquer situação, ação ou técnica que implique riscos para a pessoa (Koerich, Machado e Costa, 2005), o que nos doentes incluídos neste projeto de intervenção também foi acautelado.

O princípio da autonomia prende-se com a autodeterminação e o poder de decisão sobre si mesmo, permitindo a salvaguarda da liberdade de cada pessoa, sendo os profissionais os principais meios de obtenção de informação no sentido de orientar a tomada de decisão da pessoa (Koerich, Machado e Costa, 2005). Durante a implementação do projeto de intervenção foi solicitado aos doentes o seu consentimento livre e esclarecido (anexo A) e garantida a confidencialidade das informações conforme recomenda Fortin (2009).

O princípio da justiça, ou da equidade, que se refere à partilha adequada e coerente de benefícios e deveres (Koerich, Machado e Costa, 2005). Para a realização deste estudo foi feito um pedido de autorização dirigido ao Presidente do Conselho de Administração da Unidade de Saúde escolhida (anexo B), acompanhado de um pedido de parecer à Comissão de Ética (anexo C) da respetiva instituição, do projeto de intervenção, do consentimento informado a entregar ao doente (anexo A) e, de uma declaração do docente orientador (anexo D).

5. REABILITAÇÃO DO ANDAR COMPROMETIDO

Freitas (2017) defende que o processo de reabilitação deve ser iniciado de forma precoce na tentativa de diminuir o grau de dependência, as complicações e o tempo de internamento, aumentando conseqüentemente os ganhos em saúde e a qualidade de vida dos doentes. Outros estudos (Kalisch, Lee e Dabney, 2013) apontam que atividades de deambulação em contexto de internamento hospitalar favorecem a recuperação do andar de uma forma autónoma influenciando a qualidade de vida dos doentes.

Os programas de reabilitação do andar têm como objetivo restabelecer a marcha funcional e também melhorar a qualidade ou desempenho desta função (Jorge, 2014). São estruturados de acordo com o grau de intensidade, duração e estratégias terapêuticas e, os de ER por norma devem ser realizados de forma individualizada de acordo com a avaliação funcional e do perfil clínico de cada doente (Jorge, 2014), tendo como objetivo, permitir à pessoa o regresso às suas atividades de vida (Bolas, 2017). De acordo com Jorge (2014) as pessoas em situação aguda de doença devem iniciar o seu processo de reabilitação ainda na unidade de cuidados agudos e, após a alta, na comunidade devem dar-lhe continuidade.

Para poder iniciar levante precoce e conseguir realizar o treino de marcha é de extrema importância que o doente possua capacidade de equilíbrio estático de pé (Silva, 2014). As atividades realizadas em posição ortostática devem ser realizadas com um apoio fixo, como por exemplo nas costas de uma cadeira ou nos pés da cama (Coelho, Barros e Sousa, 2017). Se a pessoa for capaz de adquirir a posição ortostática, o treino de equilíbrio dinâmico pode ser realizado com recurso a superfícies instáveis e fazer atividades como caminhar e saltar (Kisner e Colby, 2016) e, as intervenções planeadas para o treino do andar comprometido devem visar sempre a conservação das amplitudes de movimentos das articulações, os posicionamentos terapêuticos no leito e o levante precoce (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

As técnicas de mobilização dividem-se em dois grupos de mobilizações, passivas e ativas. As mobilizações passivas permitem manter ou recuperar a amplitude articular e, são efetuadas pelos EEER, as mobilizações ativas são movimentos realizados pela própria pessoa e podem apresentar-se de três formas: ativas, em que a pessoa se automobiliza; ativas assistidas, em que a pessoa inicia um movimento, mas por não conseguir vencer a força da gravidade é ajudada por outra pessoa e as mobilizações ativas resistidas em que é aplicada uma resistência suplementar ao movimento feito pela pessoa (Coelho, Barros e Sousa, 2017). Quaisquer destas atividades designadas por atividades terapêuticas devem ser iniciadas de forma precoce, no leito e, incluem exercícios isométricos para fortalecer os músculos dos membros superiores, tronco e membros inferiores, glúteos e abdominais, para que a pessoa consiga permanecer em pé e andar (Hoeman, 2011).

Outras atividades terapêuticas como o rolar, ponte, rotação controlada da anca, e carga no cotovelo também podem ser utilizadas. É recomendável que as atividades terapêuticas sejam iniciadas pelo rolar, pois é um movimento natural a que a pessoa recorre para alternar os decúbitos no leito. Para tal, é importante ativar os músculos do tronco permitindo à pessoa consciencializar-se de ambos os hemisférios, o que em alguns doentes inibe a espasticidade, uma vez que obriga à movimentação dos membros inferiores e permite ao doente adquirir maior independência na cama (Menoita, 2012).

Para a pessoa passar à posição de sentada e ortostática, é importante o treino da ponte, uma vez que este exercício permite trabalhar os músculos extensores do quadril e a musculatura do tronco (Menoita, 2012).

A rotação controlada da anca é igualmente importante para o controlo da articulação coxo-femural, ajudando no levantar. Para a realizar, é pedido à pessoa para se colocar na posição de ponte e fazer a rotação da anca para ambos os lados (Kisner e Colby, 2016).

O treino de força é complementar a estes exercícios para favorecer o desempenho da pessoa nas tarefas funcionais do quotidiano. Para tal, os exercícios de força muscular recorrem a uma resistência manual (resistência é realizada pelo profissional de saúde) ou a uma resistência mecânica (pesos ou faixas elásticas). Aqui, é importante o alinhamento dos segmentos do corpo

durante o exercício, a estabilização das articulações, o número de repetições a executar, o intervalo de repouso e, a velocidade do exercício (Kisner e Colby, 2016).

O treino de força requer contração muscular, e as contrações musculares podem ser de quatro tipos, isotônicas, em que há produção de movimento; contrações concêntricas em que ocorre o encurtamento das fibras musculares a favor da gravidade; as contrações excêntricas, que ocorrem contra a gravidade permitindo um alongamento das fibras musculares; e as contrações isométricas em que não há produção de movimento (Coelho, Barros e Sousa, 2017).

O objetivo do treino de marcha é readquirir o padrão de marcha perdido em consequência de uma alteração neste. O andar deve ser eficiente, seguro e adaptável para permitir a independência da pessoa na mobilização (OMS, 2003). Desta forma, antes do início do treino de marcha controlada é necessário verificar se a segurança da pessoa está garantida, eliminando possíveis obstáculos e, em caso de necessidade definir situações de repouso (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Por exemplo, se a pessoa possuir patologia respiratória ou cardíaca é importante o ensino das técnicas de conservação de energia durante o treino de marcha. Nomeadamente, a técnica de descanso denominada posição de cocheiro em pé, em que ocorre conservação de energia, uma vez que a pessoa, na posição de pé se apoia sobre uma superfície, com o tronco fletido e os pés ligeiramente afastados, associando o treino de respiração abdomino-diafragmática (Menoita, 2012).

Quando as pessoas não possuem capacidade para a execução destes planos de treino, os EEER podem recorrer ao uso de produtos de apoio (OE, 2013) para que estes produtos possam favorecer o aumento da base de sustentação com a finalidade de adquirir sensação de segurança, reduzir as complicações mecânicas e o peso nas extremidades inferiores lesionadas (articulações e tecidos moles) e, ajudar a compensar o défice de força (Lorena, 2014).

Segundo a norma ISO 9999:2007, os produtos de apoio são “qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação” (Decreto-lei nº 93/2009 de 16 de abril de 2009, p.2276).

No Regulamento nº 125/2011, o EEER possui competências para ensinar e supervisionar a utilização de produtos de apoio maximizando a capacidade funcional do doente.

Branco, Medeiros, Tomás, Cláudio, Almeida e Carvalho (2008) enumeram que de entre os vastos produtos de apoio disponíveis, em reabilitação os mais utilizados são os auxiliares de marcha.

De entre inúmeras respostas em termos de auxiliares de marcha, também assinalados como «produtos de apoio», os mais comuns são: muleta (axilar e canadiana), bengala, pirâmide (tripé e quadripé) e andarilho (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Este tipo de equipamentos de apoio permite facilitar um posicionamento adequado do corpo bem como a sua estabilização, permitindo ainda correção de deformidades e execução de tarefas de forma segura (Menoita, 2012).

Olson (2011), dá especial relevância à participação dos doentes nas atividades de autocuidado, dependendo estas da força, da capacidade e disposição para aprender e, do nível de assistência aos doentes, para além de ter de considerar estas variáveis deve ter em conta também o grau de incapacidade e o tempo decorrido desde o início da doença.

Como os dispositivos auxiliares de marcha reduzem a carga na parte inferior do corpo, para que o seu uso seja eficaz deve ser avaliada previamente a mobilidade e força muscular da parte superior do corpo e, caso seja necessário, efetuar fortalecimento muscular da parte superior do corpo (tronco e membros superiores) (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Mesmo com produtos de apoio, durante o treino de marcha deve ser tido em conta a segurança do doente. Como foi referido anteriormente, o processo natural de envelhecimento conduz a alterações físicas, sensoriais e cognitivas que diminuem a funcionalidade e levam a um aumento do risco de quedas (Pirker e Katzenschlager, 2016). Estima-se que ocorram 4,8 a 8,4 quedas por cada 1000 doentes por dia, e 2 % das quedas resultam em danos graves (Fragata, 2011).

Deste modo, em reabilitação a prevenção de quedas e de complicações associadas à diminuição do movimento e ao aumento da força muscular e da mobilidade são fundamentais, de forma a proporcionar uma maior qualidade de vida aos doentes.

Baker, Pryor e Fisher (2019) nomeiam 3 aspetos fundamentais a considerar durante a implementação do processo de reabilitação: o início da prestação de cuidados de enfermagem, os cuidados de enfermagem baseados nos objetivos do doente e, o apoio emocional dado ao doente durante o processo de reabilitação (Baker, Pryor e Fisher, 2019).

A elaboração de um plano de intervenção individualizado facilita a maximização da funcionalidade, tendo sempre em conta que os objetivos devem ser realistas e aceitáveis para o doente (Souza e Faro, 2011). Desta forma, a intervenção do EEER centra-se no desenvolvimento de competências para a reabilitação da pessoa com andar comprometido, com o intuito de facilitar a sua inserção na família e/ou comunidade (Hoeman, 2011).

Para Hesbeen, (2003) na prática da reabilitação, enquanto arte é fundamental a sensibilidade do profissional de enfermagem de reabilitação conjugada com a vontade da pessoa dependendo esta das suas capacidades cognitivas, pelo que as intervenções deverão ser adequadas a cada pessoa de modo a auxiliar o seu percurso de satisfação dos autocuidados. O mesmo autor realça que a reabilitação permite preparar a pessoa no seu campo físico, social, familiar e profissional de acordo com as suas capacidades (Hesbeen, 2003).

Na especificidade da pessoa com AVC, a DGS (2010), sublinha a importância de um treino de marcha que seja realizado durante períodos curtos e frequentes, sempre tendo em conta o risco de queda, que com frequência está aumentado pelo uso de calçado inadequado, pelas características do piso e, pelas posturas incorretas.

Como já foi referido, o andar permite a realização do autocuidado e a interação com o meio envolvente (Viel, 2001). Desta forma, para a elaboração de um plano de reabilitação do andar comprometido eficaz é necessário considerar fatores que o podem influenciar. Sousa, Vieira e Branco (2017) consideram que devemos ter em conta as alterações cognitivas/estados confusionais, alterações da visão, mobilidade/funcionalidade e eliminação, assim como gerir a

terapêutica em uso do doente e promover um ambiente seguro nomeadamente através do uso de calçado antiderrapante, retirar obstáculos e avaliar o piso.

Tendo em conta que os programas de reabilitação do andar comprometido não são estanques, Krupp, Ehlenbach e King (2019) identificam 4 pontos fundamentais para a implementação de programas de intervenção no que se refere à reabilitação sendo eles: o objetivo da mobilidade, a recolha de informação, o planeamento e execução do plano e, as barreiras à sua implementação. No que se reporta às barreiras à implementação de programas de reabilitação do andar comprometido, neste estudo, realizado a enfermeiros, estes descrevem múltiplas barreiras ao avanço da mobilidade, sendo estas as rotinas da unidade de internamento, a escassez de recursos, a disponibilidade limitada do doente e, a variação na prática de enfermagem (Krupp, Ehlenbach, King, 2019).

6. INTERVENÇÃO SISTEMATIZADA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES DECORRENTES DA IMOBILIDADE: ANDAR COMPROMETIDO

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

O quadro seguinte contempla diagnósticos de enfermagem, as intervenções, a periodicidade com que as mesmas foram realizadas e a sua avaliação e foi elaborado de acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2014).

| Diagnóstico | Intervenções | Periodicidade | Avaliação |
|---|--|---|---|
| Equilíbrio corporal comprometido | <ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar equilíbrio corporal: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Equilíbrio estático sentado ▪ Equilíbrio dinâmico sentado ▪ Equilíbrio estático na posição ortostática ▪ Equilíbrio dinâmico na posição ortostática ▪ Provas de coordenação de movimentos: (1) dedo/nariz; (2) calcanhar/joelho ▪ Postura corporal no plano frontal e sagital 2. Monitorizar o equilíbrio (Escala de Tinetti) 3. Planear e implementar de atividades de treino do equilíbrio no leito e em ortostatismo 4. Sensibilizar e incentivar o doente a participar nos exercícios de pé junto a uma cadeira de apoio, realizando: <ul style="list-style-type: none"> - Flexão plantar; Flexão do joelho; Flexão da coxofemoral; Extensão coxofemoral; Elevação lateral da perna (abdução); Levantar/sentar sem apoio das mãos) • Instruir o doente sobre a técnica de equilíbrio, coordenação e propriocepção • Assistir o doente no treino de equilíbrio <ul style="list-style-type: none"> ▪ Corrigir a postura ▪ Assegurar um ambiente e técnicas seguras | 2 x dia no mínimo de 4 sessões durante o internamento | Na admissão no último contacto com o doente prévio à alta |
| Movimento Muscular Comprometido | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a amplitude de movimento articular em todos os segmentos articulares | 2 x dia no mínimo de 4 sessões durante o internamento | Na admissão e no último contacto |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a força muscular: (escala de Lower) através de provas de contra resistência em todos os músculos dos membros inferiores e superiores e tronco • Instruir o doente sobre técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido e ativo-resistido duas vezes ao dia (2 séries com 8 repetições) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobilizações ativas dos membros inferiores ▪ Mobilizações ativas resistidas dos membros inferiores com carga de pesos ▪ Exercícios isométricos (leito e sentado) ▪ Exercícios isotónicos dos membros inferiores na posição ortostática ▪ Exercícios de agachamento ▪ Exercícios de treino de equilíbrio no leito • Assistir no treino de exercício muscular e articular ativo-assistido e ativo-resistido • Ensinar técnicas de conservação de energia na realização das atividades da vida diária | | com o doente prévio à alta |
| Pôr-se de pé comprometido | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a capacidade do doente para pôr-se de pé: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacidade para mover o corpo para a borda da cama e ficar sentado com equilíbrio; ▪ Capacidade para se colocar na posição vertical com equilíbrio e se preparar para andar. • Treino de equilíbrio • Assistir no levante | 2 x dia no mínimo de 4 sessões durante o internamento | Na admissão e no último contacto com o doente prévio à alta |
| Transferir-se comprometido | <p>5. Avaliar a capacidade para transferir-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacidade para se erguer da posição horizontal; ▪ Capacidade para mover o corpo em direção ao bordo da cama e ficar sentado com equilíbrio; ▪ Capacidade para se deslocar da cama para a cadeira; ▪ Capacidade para se sentar na cadeira e se posicionar de forma segura e confortável; <p>6. Ensinar estratégias adaptativas para o transferir-se</p> <p>7. Assistir no transferir-se</p> | 2 x dia no mínimo de 4 sessões durante o internamento | Na admissão e no último contacto com o doente prévio à alta |
| Andar Comprometido | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a capacidade para andar: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacidade para se colocar na posição vertical e sustentar o corpo com equilíbrio; ▪ Capacidade para se mover com marcha eficaz; ▪ Capacidade para subir e descer degraus de forma eficaz; ▪ Capacidade para andar em declives e aclives de forma eficaz; • Assistir no treino de equilíbrio • Assistir no treino de força muscular • Assistir no andar • Treinar propriocepção • Ensinar técnicas para minimizar o dispêndio de energia | 2 x dia no mínimo de 4 sessões durante o internamento | Na admissão e no último contacto com o doente prévio à alta |
| Andar com auxiliar e marcha comprometido | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a capacidade para andar com auxiliar de marcha • Selecionar equipamento técnico mais adequado • Ensinar a andar com auxiliar de marcha • Assistir no andar com auxiliar de marcha | 2 x dia no mínimo de 4 sessões durante o internamento | Na admissão e no último contacto com o doente prévio à alta |

| | | | |
|--------------------------------|---|---|---|
| Cognição comprometida | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a capacidade cognitiva • Ensinar sobre estratégias de estimulação da cognição • Instruir sobre técnicas auxiliares de compensação da memória • Executar estimulação cognitiva • Executar treino cognitivo • Vigiar cognição | 2 x dia no mínimo de 4 sessões durante o internamento | Na admissão e no último contacto com o doente prévio à alta |
| Ventilação comprometida | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar respiração • Avaliar ventilação • Avaliar capacidade de execução de técnicas respiratórias • Instruir acerca de técnicas respiratórias • Assistir na realização de técnicas respiratórias • Treinar técnicas respiratórias de otimização da ventilação | 2 x dia no mínimo de 4 sessões durante o internamento | Na admissão e no último contacto com o doente prévio à alta |

Tabela nº 2 – Plano sistematizado de intervenções de ER em função do diagnóstico

Fonte: próprio

Petronilho (2013) defende que a dependência no autocuidado é avaliada pela relação entre as necessidades individuais da pessoa e a sua capacidade para satisfazer as mesmas (Petronilho, 2013) por isso também esperamos que as intervenções descritas concorressem para a melhoria das capacidades dos doentes e, para a diminuição do risco de queda.

7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Durante a implementação do projeto de intervenção e, de acordo com os critérios de inclusão definidos foram avaliados 15 doentes. Contudo, não foi possível o acompanhamento de forma sistematizada de todos por motivos de transferência e/ou alta clínica. Como o estado cognitivo dos doentes era um dos critérios de inclusão face à aprendizagem que os doentes deveriam realizar, 3 doentes que apresentavam um score no MMSE inferior a 26 pontos, também foram excluídos, do projeto uma vez que a sua capacidade para processar a informação recebida estava diminuída. Por constrangimentos relacionados com a nossa presença no contexto não foi possível realizar as avaliações nos momentos definidos previamente em 2 doentes e dar continuidade aos cuidados, desde a admissão à alta. Contudo, a muitos outros doentes dos serviços onde foi desenvolvido o presente projeto foram prestados cuidados de enfermagem de reabilitação com supervisão dos EEER, mas, as intervenções não tiveram um carácter de continuidade, como nos 7 doentes admitidos para estudo. Os cuidados prestados foram realizados maioritariamente durante o turno da manhã, de acordo com os objetivos individuais a atingir.

Caraterização sociodemográfica dos doentes

Dos 7 doentes incluídos, 6 eram do sexo masculino e apenas 1 do sexo feminino com idades compreendidas entre os 65 anos e os 86 anos. A maioria dos doentes era do sexo masculino e 5 destes doentes ainda viviam em suas casas, de forma autónoma e/ou apenas com um pequeno apoio por parte de cuidadores informais, (familiares diretos) antes do episódio que originou o internamento.

A região em estudo, tal como muitas outras do país confronta-se com o envelhecimento da população e com a necessidade de recurso aos cuidadores informais quando se verifica a perda da independência, considerados estes como as pessoas que assumem a responsabilidade do cuidado de outra, de forma não remunerada, quando a pessoa está impossibilitada de o fazer (Pereira, 2011).

Dois doentes dos que participaram no projeto estavam institucionalizados e recorreram ao serviço hospitalar, por situação aguda de doença e conseqüente referência dos profissionais de saúde das instituições.

No que se refere ao diagnósticos que levaram ao internamento destes doentes, podemos dizer que encontramos 2 doentes com AVC isquémico, 1 doente com Broncopneumonia, 2 doentes com insuficiência cardíaca e, 2 com diagnóstico de gonartrose.

Em termos de capacidades cognitivas, estas foram avaliadas através da aplicação do MMSE para determinar se os doentes apresentavam ou não critérios para serem incluídos no projeto.

| <i>Doente</i> | <i>MMSE</i> | |
|---------------|-----------------|-------------|
| | Admissão | Alta |
| 1 | 29 | 29 |
| 2 | 27 | 27 |
| 3 | 27 | 27 |
| 4 | 27 | 27 |
| 5 | 28 | 28 |
| 6 | 28 | 28 |
| 7 | 29 | 29 |

Tabela nº 3 – Capacidades cognitivas dos doentes que integraram o projeto na admissão e na alta

Os valores idênticos obtidos na admissão e na avaliação prévia à alta comprovam que os doentes mantiveram as suas capacidades cognitivas (tabela 6) o internamento à alta nos doentes que integraram o projeto, podemos afirmar que o período de internamento não produziu alterações na função cognitiva dos doentes. Durante a avaliação inicial, foi possível identificar o nível de conhecimento de cada doente acerca da situação que cada um atravessava, permitindo adequar as intervenções às suas necessidades específicas. Desta forma, aquando da alta a maioria destas dificuldades foram suprimidas e, as que não o foram, permaneceram alvo de um ensino mais pormenorizado durante a alta, para posterior validação no domicílio. O ensino e orientação para a resolução de problemas e tomada de decisão são intervenções que produzem resultados nos doentes ao nível da aquisição de competências ao nível do autocuidado e da autoeficácia e, melhorias ao nível das atividades de vida ou da mobilidade, conforme defendem Huang, Sung, Wang e Wang (2017).

No serviço de ortopedia os ensinamentos pré-operatórios, considerados mais eficazes (Huang, Sung, Wang, Wang, 2017; Choi, 2016) não puderam ser realizados uma vez que o primeiro contato com os doentes 6 e 7 foi realizado horas antes da intervenção e nesse curto período apenas

foram distribuídos folhetos acerca da patologia e da cirurgia que motivou o internamento. Toda a restante informação, fruto das dinâmicas da própria instituição, só foi fornecida após a cirurgia tal como os ensinamentos relacionados com os autocuidados, fornecidos em função dos défices de conhecimentos apresentados. A aquisição de competências de autocuidado e da autoeficácia, é fundamental porque influencia o desempenho nas AVD, mobilidade e qualidade de vida (Huang, Sung, Wang, Wang, 2017).

Nos doentes com diagnóstico de AVC as maiores dificuldades verificadas foram em realizar de forma correta e autónoma, as atividades de transferência, autocuidado higiene e uso do sanitário e treino de marcha com auxiliar de marcha. As lesões provocadas pelo AVC produzem alterações na funcionalidade, muitas vezes expressa por fraqueza generalizada, instabilidade postural, ou problemas relacionados com o equilíbrio, que deixam estes doentes mais vulneráveis à ocorrência de complicações, nomeadamente de quedas. Nestes doentes (casos 2 e 3), as intervenções de ensino basearam-se principalmente na transmissão de informação acerca da melhoria da autonomia e prevenção de complicações associadas à doença.

Dos diagnósticos clínicos que justificaram o internamento, 3 doentes foram internados por acidente vascular cerebral isquémico, 2 para resolução cirúrgica de gonartrose, e os restantes foram internados por insuficiência cardíaca e broncopneumonia.

A literatura aponta que o sexo feminino tem um risco acrescido de problemas osteoarticulares devido à osteoporose (Sousa e Carvalho, 2016) mas, nos doentes que integraram o projeto e que foram internados por problemas músculo-esqueléticos, apenas 1 era do sexo feminino e 1 do sexo masculino e o motivo de internamento foi Artroplastia total do joelho através cirurgia programada (casos 6 e 7).

A presença de comorbilidades pode ser um fator significativo e alvo de reflexão quando se avaliam doentes. Estes doentes como a maioria dos doentes destas faixas etárias acumulavam outras doenças que associadas ao episódio agudo tornaram-se responsáveis pelo aumento dos dias de internamento conforme tabela 4 e podem também dificultar o sucesso das intervenções de enfermagem de reabilitação.

| <i>Doente</i> | <i>Co morbilidades</i> | <i>Tempo de internamento</i> |
|---------------|---|------------------------------|
| 1 | Hipertensão Arterial, Alcoolismo | 7 dias |
| 2 | Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus | 5 dias |
| 3 | Insuficiência Renal Aguda, Ileostomia | 14 dias |
| 4 | Hipertensão Arterial, Insuficiência Renal Aguda, Insuficiência Respiratória | 11 dias |
| 5 | Hipertensão Arterial, Insuficiência Renal Aguda | 17 dias |
| 6 | Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Obesidade, Dislipidemia | 7 dias |
| 7 | Hipertensão Arterial, Obesidade | 7 dias |

Tabela nº 4 - Características clínicas e tempo de internamento dos doentes que integraram o projeto

O processo de envelhecimento provoca alterações ao nível de vários sistemas (Radwanski, 2011). Existem fatores de risco que não podem ser desvalorizados em situação aguda de doença. Nos 7 doentes do projeto todos apresentavam co morbilidades, como obesidade, diabetes Mellitus, hipertensão arterial, doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência renal e insuficiência respiratória que, por si não produzem alterações na marcha, mas podem dificultá-la porque as pluripatologias podem inspirar condições de fragilidade do doente. Todos os doentes apresentavam no mínimo 2 co morbilidades sobretudo co morbilidades cardiovasculares. É importante realçar que estas têm influência no tempo de internamento dos doentes, uma vez que influenciam o seu processo de recuperação. Desta forma, o tempo médio de internamento foi de 10 dias, sendo o mínimo de 5 dias e o máximo de 17 dias.

Nos 10 dias de tempo médio de internamento, os doentes realizaram, em média, 8 contatos de ER, maioritariamente no turno da manhã.

No que se refere ao nível de independência dos doentes para a realização das AVD, avaliado com o índice de Barthel em dois momentos, na admissão do doente e outro no último contacto prévio à alta, a comparação da evolução das capacidades funcionais de cada doente permitiu verificar que 5 doentes eram independentes previamente à situação aguda de doença e apenas 2 necessitassem de ajuda parcial nas suas AVD. Na primeira avaliação no contexto de cuidados, todos apresentaram um score inferior a 50 o que significa que apresentavam uma dependência

grave nos autocuidados, ainda assim todos os doentes melhoraram em termos de capacidades funcionais e três destes evoluíram de dependência grave para dependência moderada.

| <i>Doente</i> | <i>Admissão</i> | <i>Alta</i> |
|---------------|-----------------|-------------|
| 1 | 0 | 45 |
| 2 | 45 | 65 |
| 3 | 45 | 60 |
| 4 | 25 | 35 |
| 5 | 15 | 45 |
| 6 | 35 | 60 |
| 7 | 35 | 60 |

Tabela nº 5 – Evolução dos doentes que integraram o projeto em termos de desempenho das atividades básica da vida diária avaliadas com índice de Barthel

É importante referir que, 3 dos 7 doentes analisados tinham diagnóstico de AVC isquémico o seu nível de dependência nos autocuidados era relativamente superior aos restantes. Muitos doentes, vítimas de AVC têm a capacidade de realização das atividades de vida diária de forma autónoma alterada, requerendo grandes períodos de adaptação às mudanças e défices existentes no seu corpo (Koc, 2015).

Para Wong e Yeung (2015) a reabilitação de doentes com AVC, deve envolver uma avaliação prévia, estabelecimento de objetivos, uma intervenção e uma reavaliação, mas sobretudo um envolvimento das pessoas no seu processo de reabilitação. Nestes doentes a recuperação não foi significativa, contudo também não ocorreu diminuição da capacidade funcional pela imobilidade a que estiveram sujeitos, considerando isso um ganho na saúde dos doentes.

As capacidades funcionais dos idosos prévias à situação aguda de doença, também influenciam os resultados das intervenções de ER (Radwanski, 2011). Os doentes 4, 5, 6, que foram os que apresentavam maior número de co morbilidades, nem sempre puderam beneficiar atempadamente das intervenções planeadas devido à sua instabilidade clínica provocada por co morbilidades anteriores à situação aguda de doença. Deste modo, a procura pela estabilidade do

doente e a flexibilidade na aplicação temporal das intervenções foi um aspeto positivo a realçar para a melhor adesão do doente ao programa de intervenção de ER.

A continuidade dos cuidados de ER, assim como as restantes intervenções multidisciplinares foram fatores determinantes para esta melhoria. Aqui inserimos ainda os fatores motivacionais e o envolvimento da família para a melhor adesão do doente ao plano terapêutico. Através do ensino e treino de marcha com dispositivos auxiliares foi possível capacitar os doentes para este exercício, favorecendo uma maior qualidade no concretizar da marcha e das restantes AVD.

As alterações do equilíbrio corporal alteram capacidade para o desempenho de AVD e aumentam o risco de quedas. A tabela 5 apresenta os scores obtidos na avaliação do risco de queda e da avaliação do equilíbrio nos 7 doentes do projeto, obtidos na admissão e na alta.

Escala de Morse

| <i>Doente</i> | Admissão | Alta |
|---------------|-----------------|-------------|
| 1 | 50 | 35 |
| 2 | 85 | 40 |
| 3 | 85 | 40 |
| 4 | 50 | 35 |
| 5 | 50 | 35 |
| 6 | 95 | 65 |
| 7 | 95 | 65 |

Tabela nº 6 – Risco de queda nos doentes que integraram o projeto, na admissão e na alta a partir da escala de Morse

Índice de Tinetti

| <i>Doente</i> | <i>Admissão</i> | <i>Alta</i> |
|---------------|-----------------|-------------|
| <i>1</i> | 0 | 16 |
| <i>2</i> | 21 | 23 |
| <i>3</i> | 23 | 24 |
| <i>4</i> | 0 | 17 |
| <i>5</i> | 0 | 17 |
| <i>6</i> | 18 | 21 |
| <i>7</i> | 18 | 23 |

Tabela nº 7 – Evolução do equilíbrio dos doentes que integraram o projeto a partir do índice de Tinetti

Apesar de a capacidade de equilíbrio diminuir, à medida que se envelhece (Marques-Vieira e Caldas, 2016) ocorreu melhoria significativa do equilíbrio em 3 doentes (casos 1, 4 e 5); nos casos 2 e 3, devido à sua condição inicial o equilíbrio corporal não evoluiu favoravelmente e, em dois doentes (casos 6 e 7) ocorreu uma melhoria discreta que, devido ao uso de produtos de apoio, nomeadamente canadianas não foi muito valorizada. Esta avaliação deveria ser feita de novo 2 semanas após a alta para provar a eficácia das intervenções de ER na Artroplastia total do joelho.

Devemos, todavia, considerar relevante a relação entre o equilíbrio e o risco de queda de cada doente. A DGS (2015) no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, apresenta recomendações para a implementação de estratégias de intervenção para a prevenção de quedas para a manutenção da segurança da pessoa/família, nos diferentes contextos. Para isso, os EEER conforme sugere o Regulamento nº 122/2011 devem dinamizar iniciativas na área da governação clínica tendo como objetivo a prevenção de quedas (Regulamento nº 122/2011).

Portanto, nesta análise, 5 destes apresentam risco de queda elevado (superior a 51) na admissão e destes, 3 apresentavam redução do risco de queda no momento da alta. Os 2 doentes em que não ocorreu melhoria em relação ao risco de queda foram os doentes submetidos a cirurgia ortopédica com necessidade subsequente de auxiliares de marcha por compromisso músculo-esquelético. Kisner e Colby (2016) afirmam que após este tipo de cirurgia, o equilíbrio

corporal é comprometido por aspetos como o alinhamento postural, a flexibilidade músculo-esquelética, a amplitude e a integridade articulares e o desempenho muscular, que contribuem para o equilíbrio corporal (Kisner e Colby, 2016).

No que se refere à força muscular, a avaliação é importante porque a diminuição da força muscular vai produzir alterações na amplitude articular o que implica uma diminuição da funcionalidade dos doentes (Menoita, 2012).

A tabela 8 apresenta os níveis de força, dos doentes que integraram o projeto, avaliados no momento da admissão e na alta.

| <i>Doente</i> | Admissão | | | | Alta | | | |
|---------------|--------------------|------|-------------------|------|--------------------|------|-------------------|------|
| | Hemicorpo esquerdo | | Hemicorpo direito | | Hemicorpo esquerdo | | Hemicorpo direito | |
| | M.S. | M.I. | M.S. | M.I. | M.S. | M.I. | M.S. | M.I. |
| <i>1</i> | 2 | 4 | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 5 |
| <i>2</i> | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| <i>3</i> | 5 | 5 | 4 | 3 | 5 | 5 | 4 | 3 |
| <i>4</i> | 3 | 3 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 |
| <i>5</i> | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 |
| <i>6</i> | 5 | 3 | 5 | 4 | 5 | 3 | 5 | 4 |
| <i>7</i> | 5 | 3 | 5 | 4 | 5 | 3 | 5 | 4 |

Tabela nº 8 –Evolução da força dos membros inferiores e membros superiores nos doentes que integraram o projeto

A manutenção da força muscular é a base para a execução de várias tarefas do quotidiano das pessoas, em particular para o andar (Preto, Gomes, Novo, Mendes, Granero -Molina, 2016) o que atesta a importância da sua manutenção. A Canadian Medical Association (2012) refere que durante o internamento os idosos podem perder até 5% de sua força muscular por cada 24 horas de imobilidade, portanto torna-se importante falar em ganhos de força muscular (Rios, 2014).

Dos sete doentes incluídos no projeto, de intervenção, verificaram-se melhorias na força muscular dos membros em 5 doentes e, apenas em 2 doentes (caso 2 e 3) a força muscular manteve-se desde a admissão até à alta. Por exemplo, nos doentes com gonartrose verificou-se melhoria de força no membro afetado de 2/05 para 3/05, de acordo com a Escala de força de Lower, (casos 6 e 7). Por sua vez, nos casos de AVC, um dos doentes evoluiu de uma força 2/05 para 4/05 e os restantes de 3/05 para 5/05. A aplicação gradual de exercícios para favorecer a força muscular, consoante as capacidades de cada doente, foi fundamental para atingir este objetivo. Salientamos aqui a importância dos dispositivos de apoio disponíveis nos serviços para a realização de mobilizações ativas resistidas, como faixas, pesos, bolas e bastões. Tal como nos ganhos nos autocuidados, já referidos. Pinto (2018) e Hoeman (2011) reforçam a importância dos cuidados de enfermagem de reabilitação em particular, nos ganhos de força muscular em doentes sujeitos à imobilidade, que também ficou documentada no resultado das intervenções com os doentes que incluíram este projeto.

A dor, como foi reportado anteriormente está presente em muitos processos patológicos, é comum nas pessoas idosas e quando não controlada, como sublinha Olson, (2011) pode comprometer os resultados das intervenções. Por isso mesmo o seu controlo é importante na manutenção da capacidade para andar. Nos doentes que integraram o projeto, verificou-se uma evolução positiva da sensação álgica conforme documenta o gráfico 1, eventualmente associada à mobilização. No seu estudo Alkhawajah e Alshami (2019) comprovaram que a mobilização ativa proporcionou grandes benefícios no alívio da dor local (joelho) mas também benefícios em termos da dor generalizada e da função física (marcha), resultados que foram ao encontro de outros estudos sobre a mobilização em geral e os seus os benefícios (Alkhawajah e Alshami, 2019).

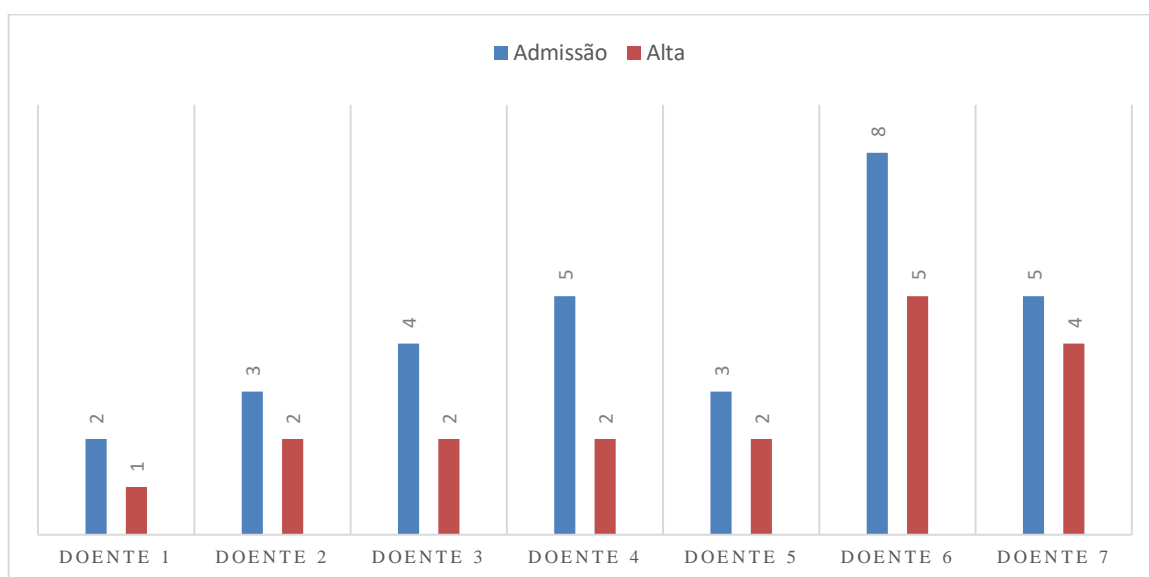


Gráfico 1 – Percepção de dor na admissão e na alta nos doentes que integraram o projeto
Fonte: o próprio

O compromisso da mobilidade, como consequência de uma doença/traumatismo reproduz-se em complicações ao nível de todos os sistemas, sendo que as consequências relativas à função respiratória podem constituir uma ameaça à vida (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Assim, o compromisso da função respiratória é um risco presente, tendo em consideração o período de imobilidade a que os doentes nestes contextos são sujeitos, pode ser mais ou menos prolongado, e pode ser reduzido com a intervenção dos EEER com o objetivo de melhorar a ventilação do doente.

O treino da marcha deve ser iniciado logo que os doentes consigam adquirir posição ortostática, manter o equilíbrio e tomem consciência do seu corpo, de modo a que possam corrigir posturas incorretas (Menoita, 2012). A bibliografia reporta que a preparação para o treino de marcha deve ser feita com início em contrações isométricas, mobilizações passivas, ativas, ativas assistidas e ativas resistidas, rolar no leito para o lado são e para o afetado, ponte e treino de equilíbrio sentado e em pé (Branco e Santos, 2010). Deste modo, as intervenções de ER descritas preparam os grupos musculares para o treino de marcha e, foi por aí que se iniciaram todos os contactos com os doentes incluídos no projeto.

Para prevenir acidentes, antes do início de cada treino de marcha, foi importante verificar a segurança dos doentes no que se refere ao ambiente, e para além de acautelar que o chão não estava molhado, escorregadio ou apresentava irregularidades de forma a prevenir acidentes, como as quedas, foi também importante o uso de sapatos fechados e antiderrapantes, pedidos à família para o efeito.

Numa fase inicial, optámos pelo treino de marcha assistido colocando as mãos ao nível da cintura pélvica dos doentes de modo, a proporcionar-lhes suporte. Posteriormente o treino de marcha era realizado com andarilho para melhor equilíbrio, embora esta escolha tenha variado com as características de cada doente, da sua situação clínica e das suas capacidades quando se iniciava o treino de marcha.

Nos doentes submetidos a Artroplastia total do joelho, após o primeiro levante com sucesso, deu-se logo início ao treino de marcha, sendo que todos os doentes foram instruídos ao uso de andarilho e canadianas para sua segurança e prevenção do risco de quedas. Estas intervenções tiveram início por curtas distâncias, cerca de 10 metros, distancia aproximada entre as camas e a casa de banho, com períodos de repouso e, seguidamente, com treino de subir e descer escadas.

Nos doentes com hemiparesia esquerda optamos por recorrer ao uso do tripé em substituição do andarilho, dado o comprometimento do hemicorpo contralateral à lesão, e à assimetria na distribuição de peso para o hemicorpo não afetado (Ferreira, 2015). Tendo em conta que nestes serviços, os programas de reabilitação funcional iniciam-se o mais precocemente possível, mas respeitando as orientações e estratégias para a fase aguda da doença e estabilização hemodinâmica da pessoa, nem sempre os doentes reuniam critérios para o início precoce do treino de marcha.

No decorrer da implementação destes planos de intervenção foram ainda realizados exercícios que permitem evitar ou diminuir a espasticidade, treinar o equilíbrio, estimular a sensibilidade, reeducar o mecanismo reflexo-postural e estimular os movimentos voluntários do lado afetado (Menoita, 2012).

Apesar de, no momento da alta, todos os participantes apresentarem ainda um grau de dependência moderado no autocuidado andar, acreditamos que após a alta e já no ambiente que

lhes é familiar tenham melhorado. De acordo com (Gomes, 2013) após processos agudos de doença os doentes podem continuar dependentes nos seus autocuidados até 2 semanas após a alta. Para minimizar a dependência é fundamental o ensino tanto ao próprio como aos seus familiares e/ou cuidadores de modo a garantir a continuidade dos cuidados. Assim, como se procedeu à exposição e referenciação dos doentes para instituições de apoio, recorremos a um processo que envolveu a avaliação necessidades de saúde e psicossociais dos doentes e o planeamento dos cuidados. As intervenções incluíram encontros com os familiares que, mesmo que fossem breves, permitiram comprovar a sua importância para dar conhecimento aos cuidadores da nova condição de saúde do doente e, para informar e formar sobre os recursos disponíveis na comunidade capazes de facilitar a qualidade de vida da pessoa e dos seus cuidadores.

Sintetizando, na generalidade os doentes integraram o projeto de intervenção apresentaram melhoria do equilíbrio corporal e estabilidade em posição ortostática, o que tornou possível o início das atividades de treino de marcha. Para estes resultados positivos foi necessário também treinar os autocuidados como o levantar-se e transferir-se.

Podemos então afirmar que os planos de intervenção nos doentes que integraram o projeto, contribuíram para a manutenção da função do andar e na generalidade dos casos ocorreu uma melhoria relativamente ao andar comprometido o que foi ao encontro aos resultados esperados. Tal facto deve-se à relação entre o equilíbrio e a força muscular que, são fatores essenciais para a marcha e para a conservação da função de ortostatismo (Marques-Vieira e Caldas, 2016).

8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O presente capítulo tem como finalidade descrever, analisar e refletir acerca das competências adquiridas durante as atividades desenvolvidas em estágio e, em todo o percurso académico. De acordo com Barata (2016), o termo competência refere-se a uma experiência de realização, para a habilidade e para a dimensão dos conhecimentos, num determinado domínio. Em particular, no domínio da Enfermagem, o mesmo autor, designa competência como o conjunto de “conhecimentos, capacidades e atributos pessoais” que se articulam de forma consistente na prática diária dos cuidados (Barata, 2016, p.126).

Como já foi descrito anteriormente, o primeiro período de estágio decorreu no serviço de Medicina Interna de uma unidade de saúde do interior do país e o segundo período no serviço de Ortopedia dessa mesma unidade, ambos inseridos no Estágio Final do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Para a sua concretização foi necessário começar por construir um projeto de estágio com objetivos de intervenção a serem concretizados no decurso do estágio final.

8.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As intervenções dos EEER passam atualmente por um processo de afirmação em todos os seus contextos de atuação (contextos de cuidados, investigação, formação, e na definição de políticas de saúde) (Santos, 2016), dando resposta às necessidades da população que se encontra cada vez mais envelhecida (Freitas, 2017).

O Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro baseado no Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro sublinham que os enfermeiros especialistas devem possuir conhecimento específico no seu domínio, a enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. O presente documento, defende ainda que o Enfermeiro Especialista é o

enfermeiro a quem é reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na área de especialidade a que lhe foi atribuído o título de Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019).

Os documentos jurídicos acima supracitados, demonstram que estes profissionais devem apresentar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, o que se traduz num leque de competências específicas, alusivas a uma área de intervenção. Podemos enquadrar esta definição na nossa prática aquando do estágio final, quando definimos quais os doentes em análise para dar resposta aos objetivos propostos e, ao planear e aplicar as intervenções definidas para cada doente. Muitas das vezes a estabilidade hemodinâmica dos doentes condicionou a intervenção de ER, contudo pensamos que a nossa intervenção se adaptou à condição individual de cada doente.

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

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal referem-se à prática do exercício profissional, ético e legal em que o Enfermeiro Especialista (EE) apresenta um exercício seguro, profissional e ético. Para o desenvolvimento desta competência, é necessário o EE ter conhecimentos no domínio ético-deontológico e garantir que na prática de cuidados são respeitados os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento nº140/2019). Durante a realização dos estágios, toda a nossa atuação foi sustentada pelo Código Deontológico dos Enfermeiros e pela Carta dos Direitos do Doente Internado, assim como pelos dispostos internos da unidade de saúde. Desenvolvemos atividades em consonância com a restante equipa multidisciplinar, cuidadores/famílias e doentes de forma a colmatar as dificuldades encontradas, com o intuito de a segurança, privacidade e a dignidade humana. De entre estas destacamos a salvaguarda dos direitos dos doentes e, do seu direito à confidencialidade e anonimato com a aplicação do consentimento informado acerca do projeto de estágio.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, as competências do enfermeiro especialista preconizadas foram adquiridas e desenvolvidas em contexto de estágio ao realizar

planos de cuidados individualizados, de acordo com as necessidades identificadas para cada doente e, em parceria com os mesmos, pondo em prática os conhecimentos adquiridos durante o trajeto teórico deste mestrado. Foram sempre respeitados os direitos dos doentes até mesmo quando estes não se encontravam capazes de os manifestar, as decisões acerca da sua condição e as intervenções desenvolvidas visaram sempre os seus interesses. Foi importante a tríade doente/família/cuidador para conseguir atingir os objetivos propostos para cada um, respeitando sempre a sua dignidade e os princípios da beneficência, autonomia, justiça e não maleficência.

Aquando da realização das intervenções planeadas, foi sempre tido em conta o respeito pelos direitos humanos, assim como a segurança, a privacidade ou a dignidade do doente, na tentativa de maximizar a sua funcionalidade, melhorar a qualidade de vida e, permitir a inserção na sociedade. Para tal, o projeto realizado foi submetido para aprovação da Comissão de Ética da unidade de saúde em causa, tendo sido devolvido com parecer positivo. Para salvaguardar também a confidencialidade e o anonimato dos participantes no estudo, foi elaborado um documento de consentimento informado anexo ao projeto.

Como foi atrás explanado, os regulamentos nº 122/2011 de 18 de fevereiro e o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, preconizam que o enfermeiro especialista seja capaz de conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade.

No domínio da melhoria continua da qualidade, pretende-se que o enfermeiro especialista, desenvolva iniciativas estratégicas na área da governação clínica, e que colabore e participe na gestão de programas de melhoria contínua da qualidade e participar na disseminação necessária até a um nível operacional (Regulamento n.º 140/2019). Desta forma, o enfermeiro especialista deve identificar problemas, definir objetivos, traçar intervenções e avaliar os resultados das suas intervenções. Podemos dizer que este nível de competência foi atingido ao identificar uma situação problemática nos contextos de estágio e, a partir da análise da produção de cuidados efetuada realizar o projeto de intervenção sistematizada de ER.

Como já foi referido anteriormente, as úlceras por pressão são indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem (DGS, 2011) e, como tal, é papel do enfermeiro especialista a melhoria da qualidade e a gestão dos cuidados (regulamento nº 122/2011). Em particular os EEER devem apostar na consciencialização e formação da equipa multidisciplinar para estratégias de alívio de

pressão, nomeadamente o posicionamento terapêutico. É norma, em ambos os serviços onde decorreu o contexto de estágio a prevenção de úlceras por pressão. O risco de os doentes desenvolverem este problema é monitorizado de acordo com o que preconiza a DGS (2011), de 2 em 2 dias com a aplicação da Escala de Braden. Nestes contextos recorre-se, como referido, ao posicionamento terapêutico a cada 2 ou 3 horas, assim como à hidratação constante, redução das forças de pressão e cisalhamento e, adequada nutrição do doente, avaliação diária do doente para prevenção das úlceras por pressão, conforme descrito pela AHA/ASA (2016).

A realização de uma revisão integrativa da literatura baseada na temática definida do andar comprometido enquanto consequência da imobilidade, também contribuiu para a aquisição desta competência. A criação deste projeto de intervenção, permitiu aos serviços onde foi realizado o estágio uma melhoria na gestão de recursos e de cuidados prestados aos doentes. Contudo, no serviço de ortopedia, a implementação das intervenções definidas foi condicionada pelas rotinas do serviço e pela escassez de recursos humanos. Neste contexto, os EEER são simultaneamente prestadores de cuidados gerais o que pode induzir o erro clínico, contudo durante a nossa permanência foram desenvolvidos esforços para que tal não acontecesse e, foi também realçada a importância para a existência de EEER dedicados a tempo inteiro aos cuidados especializados para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e da organização do serviço em geral.

Contribuímos ainda com a realização de um manual de orientação para cuidadores de doentes submetidos a Artroplastia total da anca (Apêndice III) dotando o serviço de ortopedia de mais uma ferramenta de informação acerca deste procedimento.

Outra das competências comuns do enfermeiro especialista é a criação de um ambiente seguro e terapêutico, para o doente, para a equipa e para as instituições (Regulamento n.º 122/2011, Regulamento n.º 140/2019). Adicionado a este, deve ser capaz de gerir os cuidados de enfermagem, em articulação com a equipa multiprofissional, liderar e adaptar os recursos às situações, visando a otimização da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019).

Podemos então dizer que esta competência foi adquirida através do planeamento dos cuidados especializados a prestar aos doentes em consonância com os enfermeiros orientadores e os enfermeiros chefes de serviço, permitindo que a nossa intervenção fosse realizada de acordo com as necessidades, prioridades e segurança dos doentes. Para promover um ambiente seguro

fizemos uma avaliação atenta, contínua e rigorosa das condições clínicas de cada doente de forma a promover a sua segurança durante o plano de intervenção de ER, nomeadamente, sempre que o doente não reunia condições para realizar a sessão esta era adiada e planeada posteriormente.

Os documentos que regulamentam estas competências apontam que o enfermeiro especialista deve possuir competências no sentido do desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade e, possuir com alicerce da sua prática clínica especializada níveis elevados de conhecimento, encontradas no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 122/2011, Regulamento nº 140/2019).

Todo o percurso do curso de mestrado na área de especialização de enfermagem de reabilitação proporcionou o aumento dos conhecimentos na área específica de enfermagem de reabilitação, através das suas componentes teóricas, pela pesquisa bibliográfica e, pela partilha de conhecimentos com os tutores durante todo este trajeto.

A realização do estágio mostrou-se mais um momento de aprendizagem uma vez que aqui foi possível concretizar os conhecimentos teóricos apreendidos na sua função prática. É ainda importante salientar que durante o estágio surgiram sempre situações que careceram de novas pesquisas e investimento teórico a aplicar no contexto prático. Estas pesquisas associadas à presença nas 1^{as} Jornadas de Enfermagem de Reabilitação da Unidade Local de Saúde da Guarda (Anexo E) onde se partilharam experiências e conhecimentos, surgem ainda como base de sustentação para a realização da revisão integrativa da literatura.

8.2. Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Os cuidados especializados em ER objetivam a melhoria da função, a promoção da independência, a satisfação máxima da pessoa e, inerentemente, a preservação da autoestima (OE, 2011).

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 125/2011) os EEER para além das competências comuns a todos os enfermeiros especialistas devem ainda ser capazes de cuidar

“de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”; ser capazes de capacitar “a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”; e maximizar “a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (p. 8658).

Para desenvolver a competência “**de cuidar** de pessoas com necessidades especiais” (Regulamento n.º 125/2011, p.8658) como as pessoas que se encontravam nos contextos onde decorreu o estágio, foi necessário realizar um conjunto de intervenções. Entre elas avaliar a funcionalidade ou capacidade funcional e, a partir desta avaliação diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades. Os cuidados aos doentes começavam sempre pela sua avaliação. Avaliamos aspetos psicossociais como as capacidades cognitivas, e envolvimento da família, a capacidade de desempenhar as AVD, a força, o equilíbrio e, a dor suscetíveis de comprometer as respostas humanas da pessoa como o andar normal. Concebemos também “planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas” das pessoas idosas com vista ao “autocontrolo e auto -cuidado” (Regulamento n.º 125/2011, p.8658). A orientação prática do cuidar requer de quem cuida conhecimentos e habilidades e a consciência de preservar a dignidade do outro, passível de ser comprometida, se esse outro, se tornar objeto e não sujeito dos cuidados (Grilo e Mendes, 2015). A idade acrescida dos doentes admitidos nestes contextos, associada à situação aguda de doença acarretam maiores alterações da sua funcionalidade. Aqui, e indo ao encontro à Teoria do Défice do Autocuidado de Orem, as intervenções foram planeadas e desenvolvidas para melhoria das capacidades dos doentes, em parceria com os orientadores, facilitando o retorno à vida ativa, à participação na sociedade e, ao exercício da cidadania. Assim a competência “cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” foi inerentemente desenvolvida através da aplicação de cuidados de forma holística.

Para **capacitar** as pessoas “com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (Regulamento n.º 125/2011, p.8659) desenvolvemos planos de intervenção para o treino de marcha, com vista à adaptação do doente às suas limitações e, à maximização da sua autonomia, envolvendo ainda os seus cuidadores. Estes planos contemplaram o ensino e treino de métodos e técnicas que visam a recuperação funcional do doente, de acordo com as suas necessidades. Verificamos que existia algum receio em realizar técnicas de mobilização precoce nos doentes internados por parte dos enfermeiros

generalistas. Aqui foi fundamental desenvolvermos ações de sensibilização e ensino acerca desta temática, indo ao encontro com o descrito por Leong, Rasnah e Chong (2017). Estes autores dão primordial atenção a esta competência dos enfermeiros especialistas ao verificarem que a sua avaliação condiciona a atuação dos enfermeiros generalistas no processo de mobilização dos doentes (Leong, Rasnah e Chong, 2017). Dizem existir pouca evidência no que concerne à mobilização precoce do doente por iniciativa dos enfermeiros de cuidados gerais, o que interfere no processo de recuperação do andar comprometido (Leong, Rasnah e Chong, 2017).

Por sua vez, o treino de AVD focou-se em intervenções no âmbito do ensino e treino de autocuidados de acordo com as necessidades individuais encontradas e, na avaliação e utilização de produtos de apoio sempre que necessário. Esta intervenção foi consolidada com a visita ao Departamento de Atividades de Vida Diárias no Centro de Medicina Física e Reabilitação de Alcoitão. Aqui, pudemos observar e produtos de apoio direcionados para o autocuidado, assim como observar sessões de ensino e treino de técnicas para adaptação aos autocuidados de pessoas com limitação nestas atividades.

Também contribuímos para **maximizar** a funcionalidade dos doentes com a realização de intervenções de ER. Os cuidados prestados foram transversais a todos défices de autocuidado na tentativa de limitar os danos causados pela situação aguda de doença que os doentes atravessavam. Estes basearam-se em programas de reeducação funcional respiratória, reeducação funcional motora e treino de AVD.

Uma vez que o intuito era maximizar a funcionalidade da pessoa, capacitando-a para o autocuidado, as avaliações iniciais realizadas e, a constante monitorização de cada doente permitiu adaptar os programas de intervenção consoante as suas necessidades. O EEER procura com isto, maximizar a sua autonomia, independência e promover a sua qualidade de vida (Hoeman, 2011). Uma vez que, “identifica as necessidades de intervir para otimizar e ou reeducar a função motora e/ou sensorial” (Regulamento nº 125/2011) e os resultados das nossas intervenções sugerem que todos os doentes melhoraram em termos funcionais, em termos de força e de equilíbrio e por isso contribuímos para a maximização da sua funcionalidade.

8.3. Competências de Mestre

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

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

Está preconizado que no final do mestrado e, segundo o Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro, os estudantes consigam comunicar as conclusões retiradas de todo o seu percurso académico, incluindo os conhecimentos e raciocínios que lhes sejam subjacentes. Com os resultados obtidos foi possível dar início a uma nova fase, a produção científica, também explanada na elaboração do artigo “Quais as intervenções de Enfermagem suscetíveis de minimizar as complicações associadas ao compromisso do andar/marcha em indivíduos adultos e idosos em situação de doença aguda?” cujo resumo foi submetido e aceite para posterior comunicação no XI Congresso Extremenho, VI Hispano Luso de Enfermería do Centro Universitário de Plasencia, ainda sem data definida face à situação pandémica que o mundo atravessa. Os resultados alcançados, tanto com a realização do artigo como com a conceção e implementação do mesmo serviram de alicerce ao desenvolvimento de outros projetos e à contínua procura pelo conhecimento, indo ao encontro do Decreto-Lei nº 63/2016 que refere que as competências permitem desenvolver o nosso conhecimento de forma autónoma.

Aqui vamos de encontro à competência que se refere à comunicação de conclusões, conhecimentos e raciocínios através da produção científica, concretizado na apresentação do presente relatório, exposição dos resultados e na sua defesa pública.

Todo o percurso realizado e, as competências nele adquiridas refletem que o conhecimento é infindável e que devemos buscá-lo continuamente.

CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos definidos para a unidade curricular, a elaboração deste relatório pretendeu comprovar a nossa capacidade de reflexão crítica sobre as práticas realizadas, fundamentando-a com base na teoria e evidência científica, manifestando assim as competências de mestre e de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação adquiridas. Em resposta à questão formulada “Quais as intervenções de ER suscetíveis de prevenir uma das de complicações decorrentes da imobilidade, o andar comprometido?” podemos dizer que intervenções no âmbito da reeducação funcional motora foram de extrema importância para a melhoria da funcionalidade destes doentes, de entre as quais destacamos a mobilização precoce e o treino de marcha. Para realizar intervenções do âmbito motor foi ainda relevante desenvolver exercícios de reeducação funcional respiratória, que permitiram a melhoria da ventilação e do padrão respiratório e, conseqüentemente aumentaram a tolerância do doente aquando do treino motor. Por sua vez, o treino de AVD contribuiu ainda para prevenir as complicações decorrentes da imobilidade uma vez que, permitiu o desenvolvimento da autonomia do doente e a sua posterior integração na comunidade. Estes programas contaram sempre com a cooperação da equipa multidisciplinar visando a maximização da funcionalidade do doente para promover a sua autonomia e qualidade de vida.

Decorrente da aplicação das intervenções definidas no projeto de intervenção, verificou-se que os participantes, melhoraram o desempenho no autocuidado andar. Na generalidade dos casos, verificou-se ainda o aumento da força muscular e do equilíbrio corporal nos doentes inseridos no projeto. Estes ganhos, já foram documentados por vários autores, nomeadamente, Sousa e Carvalho (2016), que referem que existem ganhos aquando da intervenção de ER ao nível do aumento da força muscular e da amplitude articular, da diminuição da dor, da melhoria do equilíbrio, do desempenho das AVD, da qualidade de vida e, na redução do tempo de internamento. Comprovamos o descrito com a melhoria significativa do nível de autonomia nos autocuidados, avaliado pelo Índice de Barthel, em todos os participantes, revelando que ocorreu investimento no treino dos mesmos. Tanto no serviço de Medicina Interna, como de Ortopedia

existe um protocolo de analgesia para controlo da dor, que foi sempre considerado tanto prévia como posteriormente à aplicação de intervenções de ER, contribuindo para a eficácia dos cuidados prestados.

Posto isto, podemos afirmar que ocorreu melhoria significativa da funcionalidade na maioria dos casos estudados e que, com a continuidade dos cuidados, foram prevenidas as complicações decorrentes da imobilidade a que estavam sujeitos pela situação de doença aguda. Contudo, tendo em conta o tempo de contacto e, a necessidade de continuidade de cuidados na transição do ambiente hospitalar para o domicílio, verificamos que não foi possível adquirir uma marcha 100% eficaz nos casos estudados.

É essencial referir, que as melhorias no índice de risco de quedas não foram significativas o que pressupõe que haja acompanhamento destes doentes no período pós-alta e que, surja a implementação de programas de enfermagem de reabilitação na comunidade, com o intuito de prevenir complicações decorrentes da imobilidade.

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

As limitações estão presentes em todos os estudos e este não foi exceção. Enquanto estudante, as intervenções planeadas no âmbito do andar comprometido, preconizadas neste projeto, foram realizadas apenas durante os turnos em que decorreu o estágio final, induzindo muitas das vezes à quebra na continuidade dos cuidados ao doente.

Outro aspeto a ter em conta, é que a maioria dos turnos de estágio foram desenvolvidos durante o período da manhã. Este período é, por norma, o turno com maior número de rotinas e de intervenções de outros grupos profissionais e, muitas das vezes, a aplicação dos planos de enfermagem de reabilitação definidos foram condicionados por fatores externos como: a presença de pessoas estranhas ao contexto, a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, ruídos ou outro tipo de tarefas que condicionam a predisposição do doente.

Sublinhamos também a dificuldade acrescida em encontrar evidência específica no âmbito das intervenções de enfermagem aplicadas ao andar comprometido, produzida por enfermeiros neste contexto, sendo fundamental valorizar este autocuidado na medida em que influencia diretamente os restantes. Nesta perspetiva salientamos a importância do desenvolvimento da investigação em enfermagem na área de especialização de reabilitação, através da valorização desta prática por parte das equipas de saúde e dos restantes grupos profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alkhawajah, H.A. e Alshami, A.M. (2019). *The effect of mobilization with movement on pain and function in patients with knee osteoarthritis: a randomized double-blind controlled trial*. BMC Musculoskeletal Disord 20, 452 (2019). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2841-4>

Almeida, A; Veras, R. e Doimo, L. (2010). *Avaliação do equilíbrio estático e dinâmico de idosas praticantes de hidroginástica e ginástica*. Revista Brasileira de Cineantropom Desempenho Humano 12 (1). 55-61.

Alves, M. C. (2012). *O Impacte da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica nas Atividades do Autocuidado*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Alves, A., Ferreira, O., e Baixinho, C. (2016). *Apreciação da pessoa a posicionar*. In *Terapêutica de posição-Contributo para um cuidado seguro*. Loures: Lusodidacta.

American Heart Association/ American Stroke Association (2016). *Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery*. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/early/2016/05/04/STR.0000000000000098>

Azevedo, P e Gomes, B. (2015). *Effects of early mobilisation in the functional rehabilitation of critically ill patients: a systematic review*. Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n. ° 5, pp.129-138.

Baker, M., Pryor, J. e Fisher, M. (2019). *Nursing practice in inpatient rehabilitation: A narrative review*. Vol. 22 n° 2. Jarna.

Barata, L. F. (2016). *Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida Profissional – A Importância da Formação Contínua*. In Cristina Marques-Vieira e Luís Sousa,

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. (pp.25-34). Loures: Lusodidacta.

Berger, L. e Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas – Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

Bhimani, R. H., McAlpine, C.P., e Henly, S.J. (2012) *Understanding spasticity from patient's perspectives over time*. *Journal of Advance Nursing*. pp 2504 – 2514. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccmeAN=201168827> Selang=pt-bresite=ehost-live.

Bolas, R. (2017). *Pessoa em Programa de Reabilitação Cardíaca*. In: C. Vieira, e L. Sousa. Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida (pp. 381-403). Loures: Lusodidacta.

Botelho, A. (2005). *A Funcionalidade dos Idosos*. In: C. Paúl e A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 111-135). Lisboa: Climepsi Editores

Branco, P., S.; Medeiros, L., S.; Tomás, R.; Cláudio, S.; Almeida, S. e Carvalho, T., E. (2008). *Temas de Reabilitação – Ortóteses e outras ajudas técnicas*. Servier.

Branco, T., Santos, R. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau. ISBN: 978- 989-8269-09-6.

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

Canadian Medical Association (2012). *Tackling immobility in hospitalized seniors*. Canadian Medical Association or its licensors. Outubro, 2012. Nº 184(15) pág.1666/1667.

Coutinho, C., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M. e Vieira, S. (2009). *Investigação-ação: metodologia preferencial nas práticas educativas*. Revista de Psicologia, Educação e Cultura, 2 (XIII), 455-479.

Choi, J. (2016). *Effect of Pictograph-Formatted Discharge Instructions for Low-Literate Older Adults After Hip-Replacement Surgery*. Nursing Research 65(2). Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=5esid=91d8306c-037d-4704-8875-a09c1a85deea%40sessionmgr104ebdata=Jmxhbm9cHQYnImc210ZT1laG9zdC1sa-XZl#AN=113905252edb=ccm>

Coelho, C., Barros, H. e Sousa, L. (2017). *Reeducação da Função Sensoriomotora*. In: C. Vieira, e L. Sousa (Eds.). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida (pp. 227-251). Loures: Lusodidacta.

Demura, S., e Uchiyama, M. (2007). *Proper assessment of the falling risk in the elderly by physical mobility test with as obstacle*. Tonoku Journal of Experimental Medicine, 212, 13-20.

Diário da República (2008). Resolução da Assembleia da República n.º 35/2008 de 29 de julho. Diário da República n.º 145/2008 – 1ª Série

Diário da República. (2009). Decreto-Lei n.º 93/2009 de 16 de abril de 2009. *Sistemas de Atribuição de Produtos de Apoio*. Diário da República série n.º 74, (16-04-2009). 2275-2277.

Diário da República. (2016). Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro de 2016. Diário da República n.º 176/2016 – 1ª Série

Diário da República. (2019). Decreto de lei n.º 392/2019 de 3 de maio – *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>

Direção Geral da Saúde (2003). *Norma n.º 09/DGCG de 14/06/2003 – A Dor como 5º sinal Vital*. Registo sistemático da intensidade da dor. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>.

Direcção-Geral da Saúde (2003). *Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso: Recomendações para Intervenção*. Direcção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde Terapêutica, Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003, 36 p. (Orientações Técnicas; 13). Disponível em: <https://nocs.pt/fracturas-extremidade-proximal-femur-idoso/>

Direcção Geral de Saúde. (2009). *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Circular Normativa nº: 40A/DSPCD de 27/10/09. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx>

Direcção Geral de Saúde. (2010). *Acidente Vascular Cerebral - Itinerários Clínicos*. Lisboa: Lidel.

Direcção Geral de Saúde. (2011). *Norma da Direcção Geral de Saúde nº 054/2011. Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Lisboa.

Direcção Geral de Saúde. (2011). Orientação da Direcção Geral de Saúde nº 17/2011. *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Lisboa.

Direcção Geral de Saúde. (2014). *Tabela Nacional de Funcionalidade. Norma nº 14/2014*. Lisboa: Lidel.

Direcção Geral de Saúde (2015). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias - Relatório de Análise da Capacidade Instalada de Reabilitação Respiratória nos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa.

Direcção Geral de Saúde (2015). *Programa Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde. (2017) *Programa Nacional para as doenças Cerebrovasculares*. Lisboa.

Enright, S. (2003). *Tratamento das doenças respiratórias*, p. 293-334. In Stuart Porter (ed.). *Fisioterapia de Tidy*. Elsevier ISBN 978-85-352-1531-1.

European Society of Cardiology. (2012). *Acute and Chronic Heart Failure*. Disponível em: <http://www.escardio.org/guidelinessurveys/escguidelines/Pages/Guidelineslist.aspx>

Fernandes, Carla. (2015). *Funcionalidade, Aptidão Física e Qualidade De Vida Do Idoso Da Região Minho-Lima Contributos para a Enfermagem De Reabilitação*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo. Disponível em: http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1420/1/Carla_Fernandes.pdf

Ferreira, M. P. F. (2015). *Doente com AVC: ganhos na qualidade de vida após intervenção do enfermeiro de reabilitação*. Disponível em: <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/1290>

Ferro J, Pimentel J. (2006). *Neurologia: princípios, diagnóstico e tratamento*. Lisboa: Lidel.

Fisher, S., Graham, J., Ottenbacher, K., Deer, R., Ostir, G. (2016). *Inpatient walking activity to predict readmission in older adults*. Arch Phys Med Rehabil. 2016 September; 97(9 Suppl): S226–S231. Doi: 10.1016/j.apmr.2015.09.029.

Fortin, M. F.; Côté, J. e Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.

Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes*. Lisboa: Lidel.

Freitas, L. (2017). *Reabilitação – a eficiência que faz a diferença*. Seção Regional da Região Autónoma da Madeira. Funchal. Ordem dos Enfermeiros.

Gardona, RGB; Barbosa, DA. (2018). *The importance of clinical practice supported by health assessment tools*. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2018;71(4):1815-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018710401>

Gault, M. e Willems, M. (2013). *Aging, functional capacity and eccentric exercise training*. *Aging and Disease*, 4 (6). 351-363. Doi: 10.14336/AD.2013.0400351

Glenn-Molali, N. (2011). *Alimentação e Deglutição*. In Shirley Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. (pp. 295-317). Loures: Lusodidacta

Gomes, J. (2013). *A pessoa com Artroplastia total da anca - Atividades de vida diária e qualidade de vida*. Trabalho apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1324/1/Jacinta_Gomes.pdf

Grilo, E. N., Mendes, F. R. P. (2015). *Cuidados de Longa Duração e Cuidar de Enfermagem: Uma Perspetiva dos Idosos*. RIASE 1, 3: 339 - 355. Doi: 10.24902/r.riase.2015.1(3).339

Hausdorff, J. M., Schweiger, A., Herman, T., Yogev Seligman, G., e Giladi, N. (2008). *Dual-task decrements in gait: contributing factors among healthy older adults*. The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 63(12), 1335–1343.

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

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação-Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. Loures: Lusodidacta. 4ªed.

Hubber, E. F. e Wells, C. (2006). *Exercícios Terapêuticos-Planeamento do tratamento para a progressão*. Loures: Lusodidacta.

Huang, T., Sung, C., Wang, W., Wang, B., T., Sung, C., Wang, W., Wang, B. (2017). *The Effects of the Empowerment Education Program in Older Adults with Total Hip Replacement Surgery*. Journal of Advanced Nursing, 73(8), 1848–1861. Disponível em <https://scihub.tw/10.1111/jan.13267>. doi:10.1111/jan.13267

Instituto Nacional de Estatística (2019). *Indicadores resumo sobre a população - Índice de Envelhecimento por local de residência*. Disponível em:

https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INEexpgid=ine_indicadoreseuserLoadSave=LoadeuserTableOrder=9327etipoSelecao=1econtexto=pqeselTab=tab1esubmitLoad=trueexlang=pt

Instituto Nacional de Reabilitação, I.P. (2017). *Visão global sobre a atribuição de produtos de apoio – relatório 2017*. Disponível em: <http://www.inr.pt/produtos-de-apoio>

Iwaya, Tsutomu., Doi, Tokuhide., Seichi, Atsushi., Hoshino, Yuichi., Ogata, Toru., Akai, Masami. (2017). *Characteristics of disability in activity of daily living elderly people associated with locomotive disorders*. BioMed Central Geriatrics.

Jacob, F. W., e Ishizuka, M. A. (2005). *Fatores de Risco para Quedas em Idosos*. In M. J. Diogo, Neri, A.L., Cachioni, M. (Ed.), *Saúde e Qualidade de Vida na Velhice*.

Jorge, L. (2014). *Reabilitação Em Cuidados Paliativos*. In: A. Costa, e M. Othero. *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 63-76). Loures: Lusodidacta.

Kalisch, Beatrice., Lee, Soohee. e Dabney, Beverly. (2013). *Outcomes of inpatient mobilization: a literature review*. Journal of Clinical Nursing. Doi: 10.1111/jocn.12315.

Kelly-Hayes, M. e Phipps, M. (2011). *Avaliação da função e medidas de resultados*. In S. Hoeman, *Enfermagem de reabilitação - prevenção, intervenção e resultados esperados* (4a ed., pp. 177-186). Loures: Lusodidacta.

Kisner, C. e Colby, L. (2016). *Exercícios terapêuticos - Fundamentos e técnicas*. São Paulo: Manole.

Koc, A. (2015). *Exercise in patients with subacute stroke: A randomized, controlled pilot study of home-based exercise in subacute stroke*. Work, 52(3), 541-547.

Koerich, M., Machado, R. e Costa, E. (2005). *Ética e Bioética: Para dar início à reflexão*. Texto e Contexto - Enfermagem, 14(1), 106-110. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000100014>.

Kortebein, P., Symons, T. B., Ferrando, A., Paddon-Jones, D., Ronsen, O., Protas, E., Evans, W. J. (2008). *Functional Impact of 10 Days of Bed Rest in Healthy Older Adults*. The Journal of Gerontology. Series A, Biological sciences a medical science, 63(10), 1076-81.

Krupp, A.E., Ehlenbach, W.J., King, B. (2019) *Factors nurses in the intensive care unit consider when making decisions about patient mobility*. American Journal of Critical Care, July 2019, vol.28, nº4.

Laksmi, Harimurti, Setiati, Soejono, Aries e Roosheroe (2016). *Management of immobilization and its complication for elderly*. Ata medica Indonesiana de 27 de janeiro de 2016. Pág.233 – 240.

Lautert, L., Dal Pai D., e Ramos F.R.S (2013). *Metodología de los estudios exploratorios en investigación de enfermería*. In M. L. Prado, M.L. Souza, M. Monticelli, M.C. Cometo e P. B. Gómez (eds), Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud.

Leong, Y.L., Rasnah, A.R., Chong, M.C. (2017). *Patient Early Mobilization: A Malaysia's Study of Nursing Practices*. Journal Intensive e Critic Care.Vol. 3 No. 3: 29.

Lista, A., Correia, J., e Fonseca, C. (2017). *A Teoria do Autocuidado, uma proposta reflexiva dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. Journal of Aging and Innovation, 6(2), 13- 16.

Litwic, A., Edwards, M., Dennison, E., e Cooper, C. (2013). *Epidemiology and Burden of Osteoarthritis*. Brit-ish Medical Bulletin, 105, 185–199. Disponível em: <http://doi.org/10.1093/bmb/lds038>

Loeser, R. F. (2010). *Age-Related Changes in the Musculoskeletal System and the Development of Osteo-arthritis*. Clinics in Geriatric Medicine, 26(3), 371–386. Doi: [org/10.1016/j.cger.2010.03.002](http://doi.org/10.1016/j.cger.2010.03.002)

Lorena, C. A. (2014). *Manejo del trastorno de marcha del adulto*. Revista Médica Clínica Las Condes, 25 (2), 265 – 275. Disponível em:

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10epident_articulo=90312987epident_usuario=0epcontactid=epident_revista=202ety=21eaccion=Leorigen=zonadelecturaeweb=www.elsevier.eselan=esefichero=202v25n02a90312987pdf001.pdf

Lourenço, M. e Moreno, M. (2016). *Terapêutica de posição: Princípios e finalidades*. In: O. Ferreira, e C. Baixinho, *Terapêutica de Posição*. (pp. 83-98). Loures: Lusodidacta.

Mahoney, R. I., e Barthel, D. W. (1965). *Functional evaluation: the Barthel Index*. Maryland State Medical Journal, 14, pp. 61-65.

Marconi, M. e Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas.

Marques, C., Vieira, C. e Caldas, A. (2016). *A Relevância do Andar: Reabilitar a Pessoa com Andar Comprometido*. In Cristina Marques-Vieira e Luís Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 547- 557). Loures: Lusodidacta.

McCullagh, Darren, Horgan, e Timmons (2020). *Factors Associated with Walking in Older Medical Inpatients*. Archives of Rehabilitation Research and Clinical Translation, Volume 2, Issue 1, March 2020, 100038. Doi: org/10.1016/j.arrct.2020.100038

Medical Research Council. (1976). *Aids to the examination of the peripheral nervous system - Memorandum No. 45*. London. Disponível em: <https://www.mrc.ac.uk/research/facilities-and-resources-for-researchers/mrc-scales/mrc-muscle-scale/>

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

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

Novo A., Delgado B., Mendes E, Lopes I., Preto L. (2020). *Doença Cardíaca*. In Novo A, Delgado B., Mendes E., Lopes I, Preto L e Loureiro M. (Eds.), *Reabilitação Cardíaca. Evidência e fundamentos para a prática* (pp 1-5). Loures: Lusodidacta.

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. (2011). *Relatório do observatório nacional das doenças respiratórias 2011*. Disponível em: http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2011.pdf

Observatório Português dos Sistemas De Saúde (2016). *Saúde Procuram-se novos caminhos - Relatório da Primavera 2016*. Lisboa: Observatório Português Dos Sistemas De Saúde.

Olson, R. (2011). *Função Musculoesquelética*. In Shirley Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. (pp. 411-442). Loures: Lusodidacta.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª ed.). St. Luís: Mosby

Ordem dos Enfermeiros. (2011). CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento nº 125/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade – Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação*. Lisboa. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_MobilidadeVFsite.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras dos Cuidados de Enfermagem AG 30 05 2014 aprovado por maioria proteg.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf)

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

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

Organização Mundial de Saúde. (2001). *The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva, WHO. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

Organização Mundial de Saúde. (2003). *Promovendo Qualidade de Vida Após Acidente Vascular Cerebral*. (Artmed Ed.). Porto Alegre: Artmed.

Organização Mundial de Saúde. (2004). *CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: OMS, DGS. Disponível em: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf

Parry, S., e Puthcheary, Z. (2015). *The impact of extended bed rest on the musculoskeletal system in the critical care environment*. *Extreme Physiology e Medicine*, 4(16), 1-8: DOI 10.1186/s13728-015-0036-70000

Peças, D. (2016). *A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na recuperação da marcha*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/17517>

Pereira, J., e Guedes, N. (2011). *Como eu, Enfermeiro, faço Reabilitação precoce no doente com lesão cerebral aguda*. *Revista Portuguesa de Medicina Interna* 2011; 18(3). P.83

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. 1.^a Ed. Coimbra: Formasau.

Petronilho, F. e Machado, M. (2016). *Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação*. In Cristina Marques-Vieira e Luís Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp.3-14). Loures: Lusodidacta.

Pinto, L. (2018). *Enfermagem de Reabilitação – Reconstrução da Independência da Pessoa com Défice no Autocuidado*. Dissertação de Mestrado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/23450>

Pirker, W. e Katzenschlager, R. (2016). *Gait disorders in adults and the elderly: A clinical guide*. Wien Klin Wochenschr.129 (3-4). 81-95, acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27770207>.

Preto, L., Gomes, J., Novo, A., Mendes, M., Granero -Molina, J. (2016). *Efeitos de um Programa de Enfermagem de Reabilitação na Aptidão Funcional de Idosos Institucionalizados*. Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 8 - jan./fev./mar. 2016: pp.55-63. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15019>.

Queirós, P., Vidinha, T., e Filho, A. (2014). *Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem*. Revista de Enfermagem Referência, série IV nº 3, pp. 157-164.

Radwanski, M. (2011). *Enfermagem de Reabilitação Gerontológica*. In Shirley Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*, (pp. 695-714). Loures: Lusodidacta.

Ramas J. (2007). *Effect of training programs and exercise in adult stroke patients: literature review*. Annales de réadaptation et de médecine physique. Pág. 438-444.

Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª série, n.º 35.

Regulamento nº 350/2015 de 22 de junho (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República, 2ª série, n.º 119.

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2º Série, nº 26. Disponível em: [file:///A:/Download_net/0474404750\(3\).pdf](file:///A:/Download_net/0474404750(3).pdf)

Rios, B. (2014). *A pessoa idosa com alterações da mobilidade: Intervenções do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Reabilitação no Domicílio*. (Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação) Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Enfermagem), Lisboa.

Rocha S. (2008). *Doença cerebrovascular aguda: avaliação de protocolo de trombólise: Unidade de AVC's*. Covilhã: Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE. Faculdade de Ciências da Saúde. Dissertação de mestrado. Disponível em: <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/850>

Rodrigues, J. P. dos S. (2012). *Declínio funcional cognitivo e risco de queda em doentes idosos internados*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde de Bragança. Dissertação de mestrado. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7704/1/DECL%C3%8DNIO%20FUNCIONAL%20COGNITIVO%20E%20RISCO%20DE%20QUEDAS%20EM%20DOENTES%20IDOSOS%20INTERNADOS.PDF>

Rodrigues, T. (2018). *Envelhecimento e políticas de Saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Santana, I. et al. (2016). *Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreio e Diagnóstico do Défice Cognitivo*. *Ata Médica Portuguesa*, 29(4), 240-248. Disponível em <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/6889/4651>

Schäffler, A. e Menche, N. (2004). *Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Climepsi Editores.

Silva, J., Camargo, R., Nunes, M., Camargo, T., Faria, C. e Abreu, C. (2014). *Análise da alteração do equilíbrio, da marcha e o risco de queda em idosos participantes de um programa de fisioterapia*. Revista e-ciência, 2. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19095/rec.v2i2.32>

Silva, M. (2017). *Método de Trabalho de Enfermeiro Responsável – Melhoria da Qualidade*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de mestrado. Porto. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20881>

Sociedad Española de Medicina Interna, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria e Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria. (2013). *Desarrollo de Guías de Práctica Clínica en Pacientes con Comorbilidad y Pluripatología*. Madrid: Multimédica Proyectos, S. L. Disponível em <https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2016/05/DesarrolloGuiasPluripatologia.pdf>

Sousa, L., Faro, A. (2011). *História da reabilitação no Brasil, no mundo e o papel da enfermagem neste contexto: reflexões e tendências com base na revisão de literatura*. Enfermería Global, Volume 10, Nº 24, 290-30. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412011000400022escript=sci_arttextetlng=pt

Sousa, L. e Carvalho, M. (2016). *Pessoa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur*. In Cristina Marques Vieira e Luís Sousa, Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. (pp.421-431). Loures: Lusodidacta.

Sousa, L., Vieira, C., e Branco, P. (2017). *Prevenir a Queda: Um Indicador da Qualidade dos Cuidados*. In: C. Vieira, e L. Sousa (Eds.). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Longo da Vida (pp. 559-570). Loures: Lusodidacta.

Viel, E. (2001). *A Marcha Humana a Corrida e o Salto*. São Paulo: Manole.

Vigia, C., Ferreira, C. e Sousa, L. (2016). *Treino de Atividades de Vida Diária*. In Cristina Marques Vieira e Luís Sousa, Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. (pp. 351-363). Loures: Lusodidacta.

Vilelas, J. (2017). *Investigação- O processo de construção do conhecimento*; 2ª Edição. Lisboa: Silabo.

Wong, F.; Yeung, S. (2015). *Effects of a 4-week transitional care programme for discharged stroke survivors in Hong Kong: a randomised controlled trial*. *Health e social care in the community*, 23(6), pp. 619-631.

ANEXOS

Anexo A – Declaração de consentimento informado

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

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

Título do Estudo: Proposta de intervenção sistematizada de Enfermagem de Reabilitação na prevenção de complicações decorrentes da imobilidade: andar comprometido

Enquadramento: Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco, 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 Setúbal.

Orientador: Professora Doutora Eugénia Grilo

Explicação do Estudo: O presente estudo pretende avaliar consequências da imobilidade em doentes internados no serviço de Medicina Interna e Ortopedia, de forma a planear e implementar intervenções de Enfermagem de Reabilitação durante o período de internamento. Estas intervenções contemplam a implementação diária de exercícios de reabilitação, nas suas diversas vertentes, desde a admissão até à alta. Posteriormente serão analisados os resultados obtidos de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

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

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

Investigador: Ana Isabel Calha Mourato

Contactos: anaicmourato@gmail.com Tlm:967428386

Assinatura

Data

____/____/____

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

Assinatura

Data

___/___/___

Se não for o próprio a assinar (por incapacidade).

Grau de relação com o participante ou tipo de representação: _____

Assinatura

Data

___/___/___

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

Anexo B – Requerimento à ULSCB

REQUERIMENTO

Ana Isabel Calha Mourato, estudante do mestrado em enfermagem em associação, área de especialização em enfermagem de reabilitação, solicita autorização para no âmbito do seu estágio final, previamente autorizado pelo Conselho de Administração desta unidade local de saúde, desenvolver um projeto de intervenção de cuidados de enfermagem em doentes com alterações da marcha intitulado “Proposta de intervenção sistematizada de Enfermagem de Reabilitação na prevenção de complicações decorrentes da imobilidade: andar comprometido”.

Deste projeto de intervenção consta a elaboração de um relatório de estágio no âmbito do Curso de Mestrado, a respetiva discussão pública e divulgação no repositório científico do Instituto Politécnico de Portalegre.

O projeto e o respetivo relatório tem a orientação científica e académica da Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias e tem como objetivos avaliar o risco de consequências associadas à imobilidade prolongada nos doentes internados nos serviço de medicina interna e ortopedia da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco e planear e implementar intervenções de Enfermagem de Reabilitação suscetíveis de prevenirem essas consequências, entre elas as relacionadas com compromisso da marcha que serão supervisionadas pelas enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação dos serviços .

Compromete-se também a informar todos os doentes incluídos no projeto do propósito das intervenções e a solicitar a sua autorização escrita ou a de um familiar que os possam representar, para serem incluídos no relatório final, salvaguardando a sua identidade e anonimato e o anonimato da instituição se for esse o entendimento da Comissão de Ética.

Anexa a este pedido o projeto de intervenção

Castelo Branco,

Pede deferimento

Anexo C – Aval da comissão de ética

Comissão de Ética da ULS de Castelo Branco

Exma. Senhora

Ana Isabel Calha Mourato

| Sua Referência | Sua comunicação | Nº Ofício - Data |
|----------------|-----------------|------------------|
| | | 09/12/2019 |

HAL 01 1103 2020-03-12 15:41:33

| Assunto | Requerimento para desenvolver um projecto de intervenção de cuidados de enfermagem em doentes com alterações da marcha |
|---------|--|
|---------|--|

Para conhecimento e devidos efeitos, junto se anexa cópia do parecer da Comissão de Ética da ULSCB, EPE, datado de 27 de janeiro de 2020, e homologado pelo Conselho de Administração da ULSCB, E.P.E, no dia 2 de março de 2020.

Com os melhores cumprimentos,

O Serviço de Investigação, Formação e Ensino da ULSCB, EPE
O Gabinete de Comissões Técnicas da ULSCB, EPE


EPE - ULSCB
Comissão Técnica

Dr. Maria Helena Lopes

Na resposta indicar a mesma referência. Em cada ofício tratar apenas um assunto.

Documento: Requerimento de Ana Isabel Calha Mourato

Assunto: Requerimento para desenvolver um projecto de intervenção de cuidados de enfermagem em doentes com alterações da marcha

Requerente: Ana Isabel Calha Mourato – Estudante do mestrado em enfermagem em associação, área de especialização em enfermagem de reabilitação

Título: "Proposta de intervenção sistematizada de Enfermagem de Reabilitação na prevenção da complicações decorrentes da imobilidade: andar comprometido" que tem como objectivo avaliar o risco de consequências associadas à imobilidade prolongada nos doentes internados e planear e implementar intervenções de enfermagem de reabilitação susceptíveis de prevenir essas consequências, entre elas as relacionadas com compromisso da marcha que serão supervisionadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação dos serviços.

Orientadores do Estudo: Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

População do Estudo: Doentes com imobilidade prolongada internados nos serviços de Medicina Interna e Ortopedia

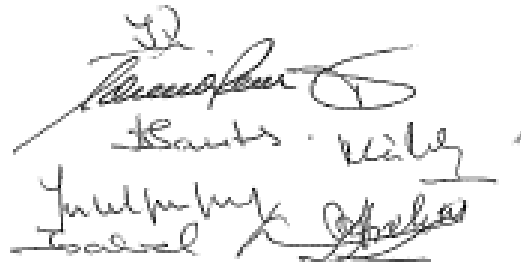
Serviço onde decorre o estudo: Medicina Interna e Ortopedia da ULSCB

Data do pedido: Datado no HAL a 09-12-2019

A Comissão de Ética da ULSCB, EPE concorda com a realização do referido projecto de intervenção, desde que seja mantida a confidencialidade dos sujeitos do mesmo, todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação sejam respeitados e com a devida autorização dos responsáveis dos serviços de Medicina Interna e Ortopedia.

ULS de Castelo Branco, E.P.E., 27 de janeiro de 2020

A Comissão de Ética



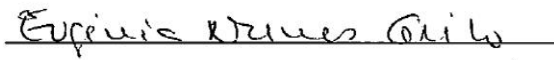
Handwritten signatures of the Ethics Commission members, including names like Santos, Willy, Isabel, and Gabriel.

Anexo D – Declaração do orientador

Declaração

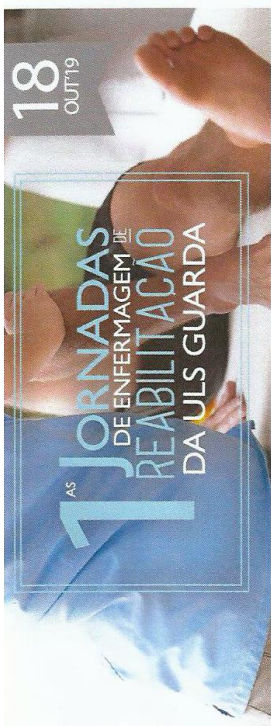
Eugénia Nunes Grilo, professora adjunta do Instituto Politécnico de Castelo Branco declara para os devidos efeitos que aceita a orientação da estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação, 3ª edição, Ana Isabel Calha Mourato, no seu Relatório de Estágio intitulado “Proposta de intervenção sistematizada de enfermagem de reabilitação na prevenção de complicações decorrentes da imobilidade: andar comprometido”

Castelo Branco 07 de novembro de 2019



Eugénia Nunes Grilo (PhD)

Anexo E - 1^{as} Jornadas de Enfermagem de Reabilitação da Unidade
Local de Saúde da Guarda



CERTIFICADO

Certifica-se que o (a) Exmo (a) Sr. (a)

Ana Mourato

participou nas 1.ªs Jornadas de Enfermagem de Reabilitação da ULSG,
realizadas na Escola Superior de Saúde da Guarda, no dia 18 de outubro de 2019.

P'A Comissão Organizadora,

P'A Comissão Científica,

Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico Científico da ESS IPG

Apoio:



APÉNDICES

Apêndice I- Revisão Integrativa da Literatura

Quais as intervenções de Enfermagem suscetíveis de minimizar as complicações associadas ao compromisso do andar/marcha em indivíduos adultos e idosos em situação de doença aguda?

What nursing interventions are likely to minimize complications associated with walking / gait impairment in adults and elderly in acute illness?

Ana Isabel Calha Mourato, RN, Enfermeira de Cuidados Gerais na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Dr. José Maria Grande, Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano EPE. Mestranda em Enfermagem no Instituto Politécnico de Portalegre

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

RESUMO

Objetivo: Melhorar o conhecimento sobre as intervenções de Enfermagem que minimizam as complicações associadas ao compromisso do andar/marcha através da análise de artigos acerca do tema, com a finalidade de construir uma revisão integrativa da literatura sobre o mesmo.

Metodologia: realizar uma revisão integrativa da literatura, recorrendo à metodologia PICOD. Efetuaram-se pesquisas na plataforma EBSCO e B-On, elegendo artigos redigidos em Inglês, publicados entre 2015 e 2019.

Resultados: Numa análise de 8 estudos selecionados, conseguimos aferir que as intervenções de Enfermagem podem reduzir as complicações associadas ao compromisso do andar/marcha, em indivíduos adultos e idosos em situação aguda de doença. Esta prática, no internamento visa a concretização dos objetivos do doente tendo em conta que existem fatores que a podem influenciar e, conseqüente a aplicação de intervenções de enfermagem de reabilitação. Aqui, a componente comportamental torna-se fundamental para o processo de reabilitação. Podemos ainda relacionar a diminuição da capacidade da marcha com o défice do autocuidado em pessoas idosas. Assim, a mobilidade precoce traz vantagens no aumento da autonomia no desempenho dos autocuidados, na independência funcional e, no

desempenho físico. Desta forma, a mobilidade precoce é uma prioridade na redução do tempo de internamento, contudo os métodos são caros, demorados e necessitam de recursos humanos e materiais. De realçar também a importância da comunicação entre família, cuidadores, equipa e doente durante a hospitalização e no processo de transição da prestação de cuidados.

Conclusões: As complicações associadas à imobilidade do idoso, no internamento agudo, são vastas e complexas, mas passíveis de ser colmatadas com a intervenção de uma equipa multidisciplinar. É necessário haver padrões de intervenção bem definidos e, existência de recursos disponíveis, para que os enfermeiros sejam a base da intervenção precoce no processo de reabilitação e, em específico na prevenção de complicações associadas ao andar comprometido. O treino comportamental e cognitivo é um dos aspetos fundamentais a ter em conta no processo de reabilitação destes doentes, em que, as intervenções de enfermagem têm de ser abrangentes e diversificadas. Assim como, a integração dos cuidadores/família se torna fundamental para a melhoria da capacidade funcional do doente no internamento e, na sua situação clínica em geral.

Descritores: Cuidados de Enfermagem, andar/marcha, idoso, complicações da imobilidade

ABSTRACT

Objective: Improve knowledge about nursing interventions that minimize complications associated with walking / walking commitment through the analysis of articles on the subject, with the purpose of building an integrative literature review on the same.

Methods: to carry out an integrative review of the literature, using the PICOD methodology. Research was conducted on the EBSCO and B-On platform, choosing articles written in English, published between 2015 and 2019.

Outcomes: In an analysis of 8 selected studies, we were able to assess that nursing interventions can reduce complications associated with walking / gait impairment in adult and elderly individuals with acute illness. This practice in the hospital aims to achieve the patient's goals considering that there are factors that can influence it and consequently the application of rehabilitation nursing interventions. Here, the behavioural component becomes critical to the rehabilitation process. We can also relate the decrease in gait capacity with the self-care

deficit in the elderly. Thus, early mobility brings advantages in increasing autonomy in self-care performance, functional independence and physical performance. Thus, early mobility is a priority in reducing length of stay, however the methods are expensive, time consuming and require human and material resources. Also noteworthy is the importance of communication between family, caregivers, staff and patients during hospitalization and in the care transition process.

Conclusion: The complications associated with the immobility of the elderly in acute hospitalization are vast and complex but can be addressed with the intervention of a multidisciplinary team. Well-defined intervention patterns and resources must be available for nurses to be the basis for early intervention in the rehabilitation process and, specifically, to prevent complications associated with impaired walking. Behavioural and cognitive training is one of the fundamental aspects to be considered in the rehabilitation process of these patients, where nursing interventions must be comprehensive and diverse. As well, the integration of caregivers / family becomes fundamental for the improvement of the patient's functional capacity in hospitalization and in their general clinical situation.

Descriptors: Nursing Care, walking / gait, elderly, bed rest complications.

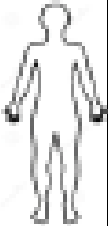

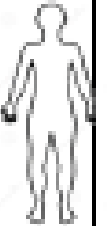







Apêndice II – Instrumento de Registo de Enfermagem de Reabilitação

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

| | | |
|-----------------|----------|------|
| CORREÇÃO | Idade | SEXO |
| DIAGNÓSTICO | | |
| ANTEC. PESSOAIS | | |
| DATA ADMISSÃO | DEFEITOS | |
| DATA ALTA | DEFEITOS | |

| | RASTHEL (AVP'S) | TINETTI (EQUILIBRIO) | MOSSE (QUEDA) | DOR | MMSE (COGNICÃO) | MBC (DISPNEIA) | LOWER (FORÇA) | | | | |
|------|--------------------|-------------------------|------------------|-----|--------------------|-------------------|---------------|---|-----|---|--|
| | | | | | | | M'S | | M'S | | |
| | | | | | | | D | E | D | E | |
| ADM | | | | | | | | | | | |
| ALTA | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|-----------------|-------------------------------------|------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DATA | | | | | | | | | | | | | |
| PRESSÃO ARTERIAL | | | | | | | | | | | | | |
| FC | | | | | | | | | | | | | |
| FR | | | | | | | | | | | | | |
| SAT. O2% | | | | | | | | | | | | | |
| BPPV | AVALIAÇÃO | PADRÃO RESPIRATÓRIO | AMPLITUDE | | | | | | | | | | |
| | | | SIMETRIA | | | | | | | | | | |
| | | | TIPO | | | | | | | | | | |
| | | | RITMO | | | | | | | | | | |
| | | MÚSCULOS ACETABULARES | | | | | | | | | | | |
| | OXIGENOTERAPIA | | | | | | | | | | | | |
| | AUSCULTAÇÃO | MERMURIO VESICULAR | LOCALIZAÇÃO | D | E | D | E | D | E | D | E | D | E |
| | | | 10 | | | | | | | | | | |
| | | | 20 | | | | | | | | | | |
| | | | 30 | | | | | | | | | | |
| | | RUIDOS ADVENTÍCIOS | LOCALIZAÇÃO | D | E | D | E | D | E | D | E | D | E |
| | | | 10 | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | |
| TOSSIR | SINAL | | | | | | | | | | | | |
| | EFICAZIA EPICAZ | | | | | | | | | | | | |
| | SECREÇÕES | | | | | | | | | | | | |
| BPPV | POSTERVENÇÃO | TERAPIA DE POSIÇÃO | | | | | | | | | | | |
| | | DISSOCIAÇÃO DE TEMPOS RESPIRATÓRIOS | | | | | | | | | | | |
| | | DIRECÇÃO GLOBAL | ABDOMINO DIAFRAGMÁTICA | GLOBAL | | | | | | | | | |
| | | | | POSTERIOR | | | | | | | | | |
| | | | | HEMICUPULA | | | | | | | | | |
| | | | | ANTERIOR | | | | | | | | | |
| | | COSTAL | | GLOBAL | | | | | | | | | |
| | | | | SELECTIVA DTA | | | | | | | | | |
| | | | | SELECTIVA ESQ | | | | | | | | | |
| | | DRENAGEM POSTURAL | | | | | | | | | | | |
| CORRECÇÃO POSTURAL | | | | | | | | | | | | | |
| MAQUINAS ACESSÓRIAS | | | | | | | | | | | | | |
| TOSSIR DIRIGIDA OU ASSISTIDA | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|------------|---|--|---|--|---|---|---|---|---|---|---|--|
| AFILIAÇÃO | TONUS MUSCULAR (ESCALA DE ASHWORTH) GRAU 0 → 1 → 1+ → 2 → 3 → 4 TONUS NORMAL HIPERTONIA GRAVE | |  |  |  |  |  | | | | | |
| | FORÇA MUSCULAR (ESCALA DE LOWRY) GRAU 0 → 1 → 2 → 3 → 4 → 5 AUSENCIA DE FORÇA MUSCULAR | |  |  |  |  |  | | | | | |
| ENTRETIÇÃO | EXERCÍCIOS TERAPÊUTICOS | Rolamento | | | | | | | | | | |
| | | Ponte | | | | | | | | | | |
| | | Rotação controlada da articulação coxo-femural | | | | | | | | | | |
| | | Flexão/extensão controlada da articulação coxo-femural | | | | | | | | | | |
| | | Auto-mobilização | | | | | | | | | | |
| | | Carga no cotovelo | | | | | | | | | | |
| | | Com bola | | | | | | | | | | |
| | | Isométricos | | | | | | | | | | |
| | | Isotônicos | | | | | | | | | | |
| | MOBILIDADE | LOCALIZAÇÃO | | D | E | D | E | D | E | D | E | |
| | | MEMBRO SUPERIOR | PASSIVA, ATIVA, ATIVA | | | | | | | | | |
| | | | ASSÉTIDA, RESISTIDA | | | | | | | | | |
| | | MEMBRO INFERIOR | PASSIVA, ATIVA, ATIVA | | | | | | | | | |
| | | | ASSÉTIDA, RESISTIDA | | | | | | | | | |
| | | DO QUEL MEMBRO | SENTADO | ESTÁTICO | | | | | | | | |
| | | | EM PÉ | DINÂMICO | | | | | | | | |
| | | PROPRIOCEPTIVO | | | | | | | | | | |
| | | LEVANTE SINGLO | | | | | | | | | | |
| | | TRANSFERÊNCIA SINGLO | | | | | | | | | | |
| | | TREINO DE MARCHA SINGLO | | | | | | | | | | |

Apêndice III – Guia do cuidador do doente submetido a Artroplastia Total da Anca

Recomendações

É recomendado que o doente se dirija ao médico em caso de:

1. Dor intensa na perna operada;
2. Queda;
3. Febre (temperatura superior a 38 °C);
4. Dificuldade em mexer a perna operada;
5. Verificar que a perna operada se encontra mais curta que a outra;
6. Verificar que a perna operada está numa posição diferente do normal.

Nome da empresa

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
Hospital Amato Lusitano
Serviço de Ortopedia

Morada
Avenida Pedro Álvares Cabral
8000-085 Castelo Branco

Telefone Geral
272 000 272

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Guia elaborado por En^h Ana Isabel Calha Mourato
Discente do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação
Estágio Final em Enfermagem de Reabilitação

Guia do Cuidador

Artroplastia Total da Anca



Recomendações e
exercícios que podem
ser realizados em casa
após Artroplastia Total
da Anca

Serviço de Ortopedia

Vestir/Despir/ Calçado

Para vestir/despir as calças ou calçar meias e sapatos, deve sentar a pessoa numa cadeira e dobrar a perna boa, apoiando-a em cima da perna operada. Na perna operada, deve colocar o joelho dessa em cima da cadeira para se conseguir despir ou calçar.

Andar

1. Peça para avançar primeiro a canadiana;
2. Seguidamente a perna com a prótese;
3. No final a perna boa;
4. Repita a ordem.

Banho

O doente pode tomar banho sentado, usando um banco de plástico (não muito baixo para a perna não dobrar acima dos 90°), desde que mantenha a perna esticada.



Para lavar a perna boa pode dobrá-la, colocando-a em cima da outra.

Para lavar a perna operada por levantar-se do banco, colocar o joelho em cima deste evitando que a prótese saia do lugar.

Sanita

Se a sanita for muito baixa é recomendado que lhe coloque um alteador, evitando deste modo que a perna operada fique dobrada a mais de 90°.



Exercícios após as 4 semanas



Flexão do joelho: Peça ao doente para levantar o joelho operado até à cintura (não ultrapassar os 90°). Depois deve voltar lentamente à posição inicial. Peça para repetir 10 vezes



Movimentos de Abdução: Peça ao doente para abrir e fechar a perna operada aguentando 2 segundos. De seguida feche lentamente. Peça para repetir 10 vezes



Extensão da Anca: Peça ao doente que puxe a perna operada atrás com o joelho esticado. Deve voltar lentamente à posição inicial. Peça para repetir 10 vezes

RECOMENDAÇÕES

Nas primeiras semanas ...

- Não apoiar a totalidade do peso corporal na perna operada;
- Não dormir para o lado operado;
- Manter o membro operado afastado da linha média do corpo.

Permanentemente...

- Não cruzar as pernas;
- Não dobrar a perna operada acima dos 90°;
- Não rodar a perna com a prótese, para dentro ou para fora.

Exercícios nas primeiras 4 semanas

Movimentos de abdução: Indique ao doente que abra e feche a perna operada fazendo-a deslizar sobre a cama.

Peça para repetir 10 vezes



Elevação da perna: com o joelho da perna operada em extensão (esticado), eleve a perna, mantenha alguns segundos e desça.

Peça para repetir 10 vezes



Fortalecimento da coxa: coloque um travesseiro por baixo do joelho esticado, e peça ao doente para manter pressão por 3 segundos.

Peça para repetir 10 vezes



Fortalecimento da coxa: quando realizado com facilidade, este exercício pode ser feito sentado na ponta da cama. Apoie a perna boa do doente e faça extensão com a perna operada, durante 3 segundos.

Peça ao doente para relaxar e repetir 10 vezes

Entrar e sair da cama

Entrar na cama: encoste a perna boa na cama, sente a doente e coloque primeiro a perna boa no meio da cama e depois com a ajuda das mãos, coloque (esticada) a perna operada.



Sair da cama: sente o doente, segure na perna operada (esticada) com as mãos e gire o tronco para fora da cama. Apoie a perna boa no chão e levante o corpo com a perna operada esticada.

Sentar/Levantar

Cadeira sem braços

Sentar: Coloque o doente ao lado da cadeira, mantenha a perna operada esticada, sente-o e rode o corpo para a frente.

Levantar: Rode o corpo do doente, mantenha a perna operada esticada, levante-o apoiando os braços do doente na cadeira.



Cadeira com braços

Sentar: Coloque o doente de costas para a cadeira, mantenha a perna com a prótese esticada, coloque as mãos do doente nos braços da cadeira e sente-o.

Levantar: coloque as mãos do doente nos braços da cadeira, mantenha a perna operada esticada, peça ao doente que coloque a força na outra perna para iniciar o levantar.

