



RESPONSÁVEIS PELO PROJETO

EESC- Maria do Rosário Martins – Coordenadora da UCC Chamusca/Golegã

EEER- Emília Rato

EEER- Karla Almeida

DESIGNAÇÃO DO PROJETO

“CUIDAR A REABILITAR”

1-IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

A área de atuação da UCC Chamusca/ Golegã engloba o Concelho da Chamusca e da Golegã, com uma área geográfica total de 827 Km², e uma população residente de 16033 habitantes (Censos, 2011).

A dispersão da população e ao seu envelhecimento constitui um constrangimento para muitos dos utentes/prestadores de cuidados, no que se refere acesso aos Cuidados de Saúde, onde se incluem cuidados de reabilitação. Assim, torna-se fundamental que as equipas prestem cuidados de enfermagem reabilitação no domicílio contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, da autonomia e da reinserção social dos utentes/prestadores de cuidados.

As Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), da responsabilidade das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) Agrupamentos de Centros de Saúde, assentam numa perspetiva multidisciplinar com pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma, necessitando de cuidados no domicílio.

O projeto **“Cuidar a Reabilitar”** foi elaborado, procurando assumir-se como um elemento estruturante num caminho rumo à qualidade dos cuidados de enfermagem, garantindo a otimização da prestação dos cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio e pretendendo obter ganhos em saúde para os utentes em ECCI inseridos em programas de reabilitação.

O problema está centrado no utente?

Sim, o foco de atenção das intervenções de enfermagem de reabilitação é o utente e o seu prestador de cuidados.



A intervenção de enfermagem pode produzir ganhos em saúde para o utente / prestador de cuidados?

Sim, uma vez que se através da avaliação dos resultados se verificar um aumento da taxa de efetividade da prevenção da rigidez articular, uma mudança positiva no *status* dos diagnósticos relacionados com a dependência dos utentes nos autocuidados, assim como uma modificação positiva no *status* dos diagnósticos relacionados com o conhecimento do prestador de cuidados face aos autocuidados, as intervenções podem traduzir-se em ganhos em saúde para o utente.

Inclui-se no enquadramento conceptual e enunciados descritivos da enfermagem?

Sim, o enquadramento concetual refere “...*procura-se ao longo de todo o ciclo vital prevenir a doença e promover os processos de readaptação...*” na página 8.

Os enunciados descritivos mais diretamente relacionados com as intervenções de enfermagem de reabilitação em geral e com este projeto em particular são:

A promoção da saúde - Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os utentes a alcançarem o máximo potencial de saúde;

A prevenção de complicações - Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos utentes;

O bem-estar e o auto cuidado - Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos utentes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente;

A readaptação funcional - Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde.



São focos da CIPE?

Sim, são focos da CIPE a “Rigidez articular”, a “Limpeza das vias aéreas” e “Autocuidado alimentar-se”, Autocuidado higiene”, “Autocuidado vestuário”, “Autocuidado uso do sanitário”, “Autocuidado transferir-se” e “Autocuidado deambular”.

Fazem parte do Core de focos do Resumo Mínimo de Dados?

Sim, fazem parte do Core de focos do resumo mínimo de dados a “Rigidez articular”, a “Limpeza das vias aéreas” e “Autocuidado alimentar-se”, Autocuidado higiene”, “Autocuidado vestuário”, “Autocuidado uso do sanitário”, “Autocuidado transferir-se” e “Autocuidado deambular”

2-PERCEBER O PROBLEMA

Para perceber mais profundamente o problema consultaram-se os registos de enfermagem disponíveis a fim de elaborar um breve historial da situação e fez-se uma revisão bibliográfica para conhecer as intervenções com evidência científica de sucesso e fundamentar a atuação do enfermeiro de reabilitação, tendo por base as suas competências.

Constatou-se que a maior parte dos registos foram efetuados sem mobilização de diagnósticos e as intervenções são validadas sem nota associada de avaliação, o que impossibilita a monitorização de indicadores.

Na bibliografia não se encontraram dados referentes a projetos de reabilitação desenvolvidos em ECCI. Pensamos que se deve ao fato de serem unidades recentes e não haver muitos enfermeiros de reabilitação nos cuidados de saúde primários.

O enfermeiro de reabilitação intervém nas pessoas com deficiência, sendo que esta corresponde, segundo a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (2004; 15), a “um desvio relativamente ao que é geralmente aceite como estado biomédico normal (padrão) do corpo e das suas funções”. A deficiência pode ter um carácter permanente ou temporário, progressivo, regressivo ou estável, intermitente ou contínua.



Atua junto da pessoa com incapacidade, tendo a noção que nem todas as deficiências levam a incapacidade, mas a incapacidade provém de uma deficiência e pode gerar ou não desvantagens. Nestes casos o objetivo é prevenir a ocorrência de desvantagens.

Atua junto da pessoa com desvantagem/handicap, com o objetivo de ajudar a reduzir ou anular a sua desvantagem. Esta desvantagem pode não ser permanente.

Segundo Hesbeen (2003; 43), uma desvantagem é “uma situação danosa, associada às consequências dos obstáculos com que a pessoa e os seus próximos se confrontam no quotidiano da vida, decorrentes de uma deficiência, de uma incapacidade ou de características particulares”.

O enfermeiro de reabilitação deve assumir-se como um gestor de obstáculos, podendo estes ter a sua origem no ambiente físico, no ambiente humano, no ambiente administrativo e financeiro, ou estarem relacionados com fatores pessoais.

São competências do Enfermeiro de Reabilitação (de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação):

- Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática dos cuidados;
- Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- Maximizar a funcionalidade e desenvolver as capacidades da pessoa.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação comportam um conjunto de técnicas / procedimentos, devidamente regulamentados.

Elencar-se-á de seguida as intervenções de enfermagem de reabilitação mais intimamente relacionadas com a operacionalização deste projeto:

- Atuar ao nível da promoção da saúde, criando momentos de educação para a saúde individuais e em grupo, formais e informais, tendo como principal objetivo incentivar a adoção de estilos de vida saudáveis;
- Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que possam determinar limitações da atividade e incapacidades;
- Conceber programas de enfermagem de reabilitação à pessoa com necessidade de reeducação funcional respiratória ou motora com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;



- Ensinar, demonstrar e treinar os utentes e os seus familiares/cuidadores no âmbito dos programas de enfermagem de reabilitação definidos e tendo como objetivo a promoção do autocuidado e a continuidade de cuidados;
- Elaborar e implementar programas de treino das Atividades de Vida Diárias visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida da pessoa;
- Ser conselheiro e perito no que se refere à reabilitação, articulando-se com os outros elementos da equipa de enfermagem para garantir a continuidade de cuidados;
- Manter uma visão holística da pessoa e seus familiares / cuidadores, referenciando-os para outros profissionais de saúde quando adequado;
- Trabalhar em estreita colaboração / coordenação com toda a equipa de saúde, estabelecendo parcerias e promovendo sinergias entre os diversos intervenientes.

Estas intervenções serão concretizadas mobilizando diversos procedimentos técnicos, destacando-se entre outros os seguintes:

Na Reeducação Funcional Motora:

- Avaliação funcional Índice Barthel, Índice de Katz e IAI a todos os utentes internados em ECCI e em programa de reabilitação;
- Avaliação da amplitude articular, força muscular, sensibilidade e equilíbrio;
- Atividades terapêuticas, nomeadamente: auto mobilizações, posição de gancho, ponte, rolar no leito e facilitação cruzada;
- Treino de equilíbrio estático e dinâmico (sentado e na posição de pé);
- Transferências entre superfícies;
- Treino de marcha com andarilho, canadianas, tripé;
- Treino de marcha de subir e descer escadas;
- Treino de Atividades de Vida Diárias, nomeadamente: higiene, vestir, alimentação e usar o sanitário
- Mobilizações passivas, ativas-assistidas, ativas e ativas-resistidas;
- Exercícios de fortalecimento muscular geral e específico;

➤ Ensino/treino de utentes/prestadores de cuidados sobre mobilizações, transferências e autocuidados.

Na Reeducação Funcional Respiratória

- Avaliação do padrão respiratório;
- Exercícios de relaxamento e controlo da respiração;
- Correção postural;
- Reeducação diafragmática (posterior, anterior, direita e esquerda) com e sem resistência;
- Reeducação costal superior, inferior e lateral com e sem resistência;
- Abertura costal seletiva com abdução/adução do membro superior (com e sem resistência);
- Abertura costal global com bastão (com e sem resistência);
- Manobras acessórias para facilitar a eliminação das secreções brônquicas: vibrações, compressões e percussões;
- Técnica de tosse dirigida / assistida;
- Técnica de drenagem postural modificada;
- Utilização de dispositivos auxiliares na eliminação das secreções (nomeadamente o Flutter e Accapela);
- Aspiração de secreções;
- Treino específico dos músculos respiratórios com recurso à espirometria incentiva;
- Ensino/treino global de utentes/prestadores de cuidados, sobre limpeza de vias áreas, tosse assistida, posições de relaxamento; exercícios de reeducação costal e diafragmática entre outros.

Outras intervenções:

- Avaliação do reflexo de deglutição e com posterior treino de deglutição se necessário;
- Reeducação vesical e intestinal.



3-FORMULAR OBJECTIVO INICIAL

Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da UCC Chamusca/Golegã admitidos em ECCI com critério para programa de reabilitação utilizando metodologia científica.

4-PERCEBER AS CAUSAS

A ECCI Chamusca foi homologada em outubro de 2010 com a afetação de poucos recursos humanos e materiais. Teve o seu início de atividades em junho de 2013, apenas com um Enfermeiro de Reabilitação, mantendo a falta de recursos materiais, nomeadamente de viatura para transporte dos profissionais ao domicílio.

Em junho de 2014 a área geográfica de atuação da ECCI foi alargada ao Concelho da Golegã, e o número de vagas contratualizado aumentou para 35 vagas.

Em dezembro de 2014 a equipa foi reforçada, incluindo dois Enfermeiros de Reabilitação, pelo que se mostrou pertinente a elaboração deste projeto.

Identificação das dimensões em estudo

As dimensões que estão em estudo são a Efetividade e a Adequação técnica científica.

Unidade de Estudo

As unidades de estudo são os utentes dependentes e os seus prestadores de cuidados da área de abrangência da UCC Chamusca/Golegã, em ECCI com programa de reabilitação, de janeiro a dezembro de 2015.

Tipo de dados

Indicadores de estrutura, de processo e de resultado.



Fonte de dados

As fontes de dados serão os registos de enfermagem no processo clínico (SAPE) e plataforma GestCare.

Tipo de avaliação

A avaliação será interna e efetuada pelos enfermeiros de reabilitação da UCC.

Critérios de avaliação

Critérios explícitos a todos os utentes em ECCL com programa de reabilitação será efetuada:

- A avaliação mensal do Índice Barthel, Índice de Katz e IAI;
- A avaliação da dependência dos utentes nos autocuidados através da elaboração do diagnóstico de enfermagem na admissão e na alta;
- A avaliação do conhecimento dos utentes ou dos prestadores de cuidados face aos autocuidados através da elaboração de diagnóstico de enfermagem na admissão e na alta.

Os registos em SAPE e na plataforma da GestCare.

Quem colhe os dados e como

Os dados serão colhidos pelos enfermeiros de reabilitação da UCC entre janeiro e dezembro de 2015, através do preenchimento da tabela em Excel.

Qual a relação temporal

A relação será retrospectiva pois os dados serão colhidos através dos registos de enfermagem em SAPE.



Definição da população e seleção da amostra

Utentes residentes na área de atuação da UCC Chamusca/ Golegã com alterações da funcionalidade a nível motor, cognitivo e/ou cardiorrespiratório e os seus prestadores de cuidados, tendo como prioridade os utentes em ECCL.

Medidas corretivas passíveis de serem usadas

Medidas educacionais, através de formação dos enfermeiros da UCC e dos prestadores de cuidados.

Medidas estruturais através da elaboração de guias de boas práticas, protocolos e de instruções de trabalho.

5- PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ACTIVIDADES

Objetivos Gerais:

- Promover ambientes capacitadores da saúde, segurança, participação, autonomia e independência;
- Promover o papel da família/cuidador no processo de reabilitação;
- Valorizar o papel de cada pessoa no seu processo de reabilitação.

Objetivos Específicos:

- Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação baseados nos diagnósticos de enfermagem, personalizados e diferenciados, aos vários níveis de prevenção, promoção da autonomia e independência funcional, minimizando os efeitos das deficiências e desvantagens apresentadas ou adquiridas, nomeadamente a utentes com:

- Alterações da funcionalidade a nível motor;
- Alterações da funcionalidade a nível cardiorrespiratório;
- Alterações da funcionalidade a nível cognitivo;
- Alterações da funcionalidade a nível da deglutição
- Alterações da funcionalidade a nível da eliminação;
- Alterações da funcionalidade a nível da sexualidade.



- - Utilizar o conhecimento científico e todos os outros saberes para intervir em equipas multidisciplinares colaborando e assessorando no planeamento e implementação dos cuidados;
 - Promover a autonomia nos autocuidados através de implementação de programas de reabilitação desenvolvidos com os prestadores de cuidados para garantir a continuidade dos cuidados;
 - Promover o *empowerment* e aquisição de competências do utente e/ou prestadores de cuidados para aumentar a autonomia e a qualidade de vida;
 - Implementar de Classes de Movimento;
 - Desenvolver atividades/programas de formação extensíveis a todos os enfermeiros da UCC;
 - Desenvolver atividades/programas de formação extensíveis a todos os cuidadores informais dos utentes em ECCL;
 - Desenvolver uma atitude de questionamento e de reflexão sobre as práticas promovendo a atualização científica e técnica no seio da equipa de enfermagem.

Recursos

Humanos: Dois enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

Materiais:

- Rolo para posicionamento;
- Superfície de trabalho;
- Bastão para exercício de abertura costal;
- Sacos de areia;
- Halteres;
- Disco de transferência;
- Cinto de transferência;
- Jogos de motricidade fina e de estimulação cognitiva;
- Goniómetro;
- Accapela;
- Flutter;
- Espirómetro de incentivo;



- PEAK-FLOW (Avaliação do fluxo expiratório máximo);
- Pratos, copos, talheres, pentes, escovas de dentes e calçadeiras adaptadas;
- Pedaleira, entre outros.

Metodologia

As intervenções de enfermagem serão implementadas de acordo com os seguintes procedimentos metodológicos:

- Sinalização dos utentes para ECCL e para o programa de enfermagem de reabilitação através de:
 - Hospital, Centro de Saúde;
 - IPSS do Concelho;
 - Família e/ou comunidade;
- Avaliação inicial de enfermagem de reabilitação realizada no domicílio nas primeiras 48 horas após a sinalização; recorrendo a escalas e testes, validados e mensuráveis, nomeadamente:
 - Instrumento avaliação inicial (IAI);
 - Escala de Equilíbrio de Berg;
 - Escala de espasticidade de Ashworth;
 - Escala de avaliação da força muscular de Lower;
 - Índice de Katz;
 - Índice de Barthel.
- Elaboração e Implementação do Plano Individual de Intervenção de enfermagem de reabilitação;
 - Avaliação dos resultados do Programa de reabilitação através da monitorização dos seguintes indicadores:

Indicadores Epidemiológicos:

- Taxa de utentes inseridos em programas de enfermagem de reabilitação motora;
- Taxa de utentes inseridos em programas de enfermagem de reabilitação respiratória;
- Taxa de Prevalência de utentes dependentes no auto cuidado Vestuário;



- Taxa de Prevalência de utentes dependentes no auto cuidado Alimentar-se;
- Taxa de Prevalência de utentes dependentes no auto cuidado Beber;
- Taxa de Prevalência de utentes dependentes no auto cuidado Uso do Sanitário;
- Taxa de Prevalência de utentes dependentes no auto cuidado Transferir-se;
- Taxa de Prevalência de utentes dependentes no auto cuidado Deambular;
- Taxa de Prevalência de utentes dependentes no auto cuidado Higiene;
- Taxa de Prevalência de utentes com limpeza de vias aéreas comprometida;
- Taxa de Prevalência da rigidez articular.

Indicadores de Processo

- Taxa de Efetividade da prevenção da rigidez articular;
- Taxa de Efetividade na prevenção de obstrução das vias aéreas.

Indicadores de Resultado:

- Modificação Positiva no *status* do diagnóstico conhecimento não demonstrado no auto cuidado Higiene;
- Modificação Positiva no *status* do diagnóstico conhecimento não demonstrado no auto cuidado Vestuário;
- Modificação Positiva no *status* do diagnóstico conhecimento não demonstrado no auto cuidado Alimentar-se;
- Modificação Positiva no *status* do diagnóstico conhecimento não demonstrado no auto cuidado Uso do Sanitário;
- Modificação Positiva no *status* do diagnóstico conhecimento não demonstrado no auto cuidado Transferir-se;
- Modificação Positiva no *status* do diagnóstico conhecimento não demonstrado no auto cuidado Deambular;



- Modificação Positiva no *status* do diagnóstico conhecimento não demonstrado do PC no auto cuidado Higiene;
- Modificação Positiva no *status* do diagnóstico conhecimento não demonstrado do PC no auto cuidado Vestuário;
- Modificação Positiva no *status* do diagnóstico conhecimento não demonstrado do PC no auto cuidado Alimentar-se;
- Modificação Positiva no *status* do diagnóstico conhecimento não demonstrado do PC no auto cuidado Uso do Sanitário;
- Modificação Positiva no *status* do diagnóstico conhecimento não demonstrado do PC no auto cuidado Transferir-se;
- Modificação Positiva no *status* do diagnóstico conhecimento não demonstrado do PC no auto cuidado Deambular;
- Modificação positiva no *status* do diagnóstico conhecimento não demonstrado do PC na limpeza das vias aéreas;
- Modificação positiva no *status* do diagnóstico conhecimento não demonstrado do PC na prevenção da rigidez articular;
- Modificação positiva da capacidade funcional (IAI, Índice de Barthel, Índice de Katz).

6-VERIFICAÇÃO DOS RESULTADOS, PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA

Na avaliação dos resultados deve-se verificar se os objetivos foram ou não atingidos através da monitorização dos indicadores definidos, no primeiro ano os indicadores serão monitorizados ao fim de 6 meses de modo a permitir a introdução de medidas corretivas atempadamente. Posteriormente as avaliações serão anuais.

Os resultados e as medidas corretivas a introduzir serão discutidos na reunião semanal de equipa.

7-RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO

O projeto e os resultados serão divulgados:

- Na Intranet do ACES da Lezíria;
- Na página da Internet da Câmara Municipal da Chamusca;



- Na página do *facebook* da Câmara Municipal da Chamusca;
- No jornal regional;
- Em blogues da Comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, F. [et al] – Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: do hospital à comunidade – Um desafio. In: Revista Referência. Coimbra. 2008. p. 45-53.

ARAÚJO, F. [et al] - Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. In: Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. 2007. p. 59-66.

BOAVENTURA, C.M. [et al] - Valores de referência de medidas de pico de fluxo expiratório máximo. In: Revista Arquivos Médicos. São Paulo. Vol 32. (2007). p. 30-34.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão β 2. 2ª edição. Lisboa. 2003. ISBN: 972-98149-5-3.

FERNANDES, M. C., [et al] – Sobrecarga Física, Emocional e Social nos Cuidadores Informais de Doentes com A.V.C. In: Revista Sinais Vitais nº 43. 2002. P. 31-35.

FERRO, J.; PIMENTEL, J. – Neurologia: Princípios Diagnóstico e Tratamento. Lisboa: Lidel Edições Técnicas Lda., 2006. ISBN: 078-972-757-368-4.

HARRISON - Medicina interna. Compêndio. (14ª ed.) Lisboa: Editora McGraw-Hill. 1999.

HEITOR, Maria. C; [et al] – Reeducação funcional respiratória. 2ª ed. Lisboa: Boehringer Ingelheim, 1988.

HESBEEN, Walter – A reabilitação: Criar novos Caminhos. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-43-6.