



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NA COMUNIDADE

Maria João Ferreira de Matos



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Maria João Ferreira de Matos

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PREVENÇÃO DE
LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NA COMUNIDADE

IV Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Clara de Araújo

Outubro de 2017

RESUMO

A abrangência da Enfermagem de Reabilitação não se limita apenas às instituições hospitalares e/ou de outra tipologia e vai até ao local onde o cidadão vive, trabalha e se relaciona, o que exige um profissional capaz de mobilizar conhecimentos e competências, com vista a um cuidado holístico, como é o caso da comunidade.

As lesões músculo-esqueléticas são um problema de saúde multifatorial que se constituem como uma prioridade de atuação da Enfermagem de Reabilitação, a diferentes níveis, sendo que a promoção da saúde será fundamental para trazer ganhos em saúde a toda a população.

Nesta ótica foi realizado um Estágio de Natureza Profissional com os objetivos gerais de desenvolver competências especializadas na prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação e de contribuir para a mudança de cuidados na prevenção das lesões músculo-esqueléticas na comunidade, nomeadamente, pela capacitação dos cuidadores informais de doentes dependentes no domicílio e da comunidade escolar.

Para melhor dar resposta aos objetivos descritos previamente utilizou-se por base a Metodologia de Projeto e desenvolveram-se três atividades major: “Prática de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Comunidade”; “Prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas nos Cuidadores Informais de Doentes Dependentes no Domicílio” e “Na Escola Eu Aprendo... Às Lesões Músculo-esqueléticas Não me Rendo!”.

As intervenções desenvolvidas permitiram ir de encontro à capacitação dos cuidadores informais de doentes dependentes no domicílio, pois a amostra abrangida evidenciou melhoria em relação a quinze das vinte medidas preventivas de lesões músculo-esqueléticas ensinadas/instruídas e treinadas e no caso da comunidade escolar os comportamentos transmitidos como ideais/corretos nas sessões sobre “Educação Postural” foram os mais expressados pelos alunos. Contudo, verificou-se uma baixa taxa de adesão e valorização dos exercícios preventivos das lesões músculo-esqueléticas, tanto nos cuidadores informais, como nos estudantes.

Considera-se, assim, que os objetivos planeados foram cumpridos na sua generalidade, dando realce à alteração do paradigma primordial da Enfermagem de Reabilitação, que é a prevenção terciária, em benefício da prevenção primária e secundária.

Realça-se a importância de continuar a investir nesta área específica, incluindo novos estudos, validando instrumentos de medida adequados e até levando intervenções deste cariz a outras populações, no âmbito do campo de atuação da Enfermagem de Reabilitação.

Palavras-chave: Enfermagem em Reabilitação, Prevenção de Doenças, Doenças Músculoesqueléticas, Distribuição Espacial da População (Comunidade), Movimentação e Reposicionamento de Pacientes, Cuidadores, Saúde Escolar.

ABSTRACT

The scope of rehabilitation nursing does not end in the hospitals and/or similar institutions but it continues up to the place where the citizen lives, works and socializes, which requires a professional who is capable of mobilizing knowledge and skills, in order to provide a holistic care, as it is the case of the community.

The musculoskeletal injuries, which are a multifactorial health problem, constitute a priority in the Rehabilitation Nursing practice at different levels, being the health promotion something pivotal in bringing health gains to the entire population.

Bearing this in mind, a Professional Internship took place, with the general objectives of developing specialised skills in the practice of Rehabilitation Nursing care, and of contributing for a change of care services in the prevention of musculoskeletal injuries in the community, namely, by the training of informal caregivers of dependent patients at home and in the school community.

In order to give a better response to the aims that were previously mentioned, the Project Methodology was used as a basis, and three major activities were developed: "Practice of Rehabilitation Nursing Care in the Community"; "Prevention of Musculoskeletal Injuries in Informal Caregivers of Dependent Patients at Home" and "At school I learn... To the Musculoskeletal Injuries I Don't Surrender!"

The interventions carried out, allowed us to meet the training of the informal caregivers of dependent patients at home, since the sample covered showed improvement in relation to fifteen of the twenty preventive measures of musculoskeletal injuries taught/instructed and trained and in the case of the school community the behaviors transmitted as ideal/correct in the sessions of "Postural Education" were the most expressed by the students. However, there was a low rate of adherence and valorization of the preventive exercises of musculoskeletal injuries, both in informal caregivers and in students.

It is considered, therefore, that the planned objectives were fulfilled in their generality, emphasizing the alteration of the primordial paradigm of Rehabilitation Nursing, which is the tertiary prevention, for the benefit of primary and secondary prevention.

It should be emphasised the importance of continuing to invest in this specific area, by including new studies, validating adequate measuring instruments or even bringing similar interventions to other populations, as far as the action in the field of Rehabilitation Nursing is concerned.

Key-words: Rehabilitation Nursing, Disease Prevention, Musculoskeletal Diseases, Residence Characteristics, Moving and Lifting Patients, Caregivers, School Health

AGRADECIMENTOS

E porque nenhum percurso académico desta índole é feito de forma solitária, fica o agradecimento às seguintes pessoas:

À minha família, sem a qual este trajeto não seria de todo possível. Obrigada pelos incentivos constantes, pela ajuda e encorajamento. Mãe, contigo aprendi a não desistir e a ter sempre uma atitude otimista. Pai, obrigada pelo orgulho e vaidade que sei que tens em mim. Tininha e Bé o facto de fazerem parte da minha vida já ajuda a que tudo seja mais fácil. Tia Luísa foste um apoio incansável em todo este momento formativo. Paulo, porque estamos juntos neste caminho e porque acreditaste sempre em mim. Mesmo nos momentos menos bons todos vocês conseguiram fazer-me sorrir e avançar...

À equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade de Viana do Castelo, pelo seu acolhimento e apoio. Em especial, um muito obrigada ao enfermeiro Artur Marinho e ao enfermeiro Humberto Domingues, pelo apoio e pela dedicação que sempre tiveram para comigo.

Ao Camilo e ao António pela sua genialidade matemática.

À Professora Doutora Clara Araújo um profundo obrigada por me ter concedido o privilégio da sua orientação. Agradeço as sugestões constantes e a exigência, bem como a oportunidade de me fazer crescer enquanto pessoa e profissional. Obrigada pela celeridade no esclarecimento de dúvidas. Agradeço ainda, as palavras sábias de apoio, paciência e cuidado, em todos os momentos.

Aos doentes, cuidadores, famílias, professores e a todos os meninos que participaram nas atividades deste estágio. Sem vocês nada disto seria real!

Obrigada!

DEDICATÓRIA

Este relatório é dedicado a todos os profissionais de Enfermagem de Reabilitação no terreno e a todos aqueles que já o são ou virão a ser, mas que (ainda) não tiveram oportunidade para exercer esta tão nobre especialidade.

A todos uma brisa de esperança!

Aos utentes, famílias e a toda a comunidade escolar que, sempre, primaram por me acolher tão bem.

Ao enfermeiro Artur Marinho e ao enfermeiro Humberto Domingues, porque sem eles nada deste percurso seria possível!

À minha mãe e à minha madrinha, os meus pilares!

À minha avó e ao meu avô, os exemplos que estarão sempre presentes!

*“A felicidade que tanto procuramos somente podemos encontrá-la no
brilho dos olhos das pessoas a quem fazemos felizes...”*

Eddie Vedder – Pearl Jam, s.d.

ÍNDICE DE GRÁFICOS E QUADROS

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Pirâmide etária da população residente na área de influência da Unidade de Cuidados na Comunidade de Viana do Castelo	79
Gráfico 2 – Distribuição dos estudantes observados no momento da entrada para a escola	90
Gráfico 3 - Distribuição dos temas principais abordados pelos estudantes, nos desenhos e textos de avaliação da sessão informativa sobre “Educação Postural”	117
Gráfico 4 - Distribuição dos temas principais abordados pelos estudantes das turmas do 4ºano das escolas de Ensino Básico 1, nos desenhos e textos de avaliação da sessão informativa sobre “Educação Postural”	117
Gráfico 5 - Distribuição dos temas principais abordados pelos estudantes das turmas do 6ºano das escolas de Ensino Básico 2/3, nos desenhos e textos de avaliação da sessão informativa sobre “Educação Postural”	118

QUADROS

Quadro 1 – Distribuição sociodemográfica da amostra de cuidadores informais de doentes dependentes no domicílio	82
Quadro 2 – Distribuição da amostra de cuidadores informais quanto ao grau de dependência do doente nas atividades de vida diárias, de acordo com a Escala de <i>Barthel</i>	83
Quadro 3 – Distribuição da amostra de cuidadores informais quanto à prestação de cuidados ao doente dependente no domicílio	84
Quadro 4 – Distribuição da amostra de cuidadores informais quanto à saúde dos participantes	86
Quadro 5 – Distribuição da amostra de estudantes quanto ao momento da chegada à escola	91
Quadro 6 – Distribuição da amostra de estudantes quanto ao transporte da mochila	93
Quadro 7 – Objetivos específicos e plano de ação do Estágio de Natureza Profissional	95
Quadro 8 – Distribuição da amostra de cuidadores informais, relativamente à utilização de medidas preventivas de lesões músculo-esqueléticas, aquando da execução das tarefas de movimentação manual do doente, no domicílio	104
Quadro 9 – Distribuição da amostra de cuidadores informais, relativamente à utilização de medidas preventivas de lesões músculo-esqueléticas, aquando da execução das tarefas de movimentação manual do doente, no domicílio, após a realização das sessões informativas teórico-práticas	107
Quadro 10 – Distribuição da amostra de estudantes quanto ao género	111
Quadro 11 – Distribuição da amostra de estudantes quanto à idade	112
Quadro 12 – Distribuição da amostra de estudantes quanto às medidas antropométricas	113
Quadro 13 – Distribuição da amostra de estudantes quanto ao peso das mochilas (total e vazia)	114
Quadro 14 – Distribuição da relação peso total da mochila/peso do estudante	115
Quadro 15 – Distribuição dos subtemas abordados pelos estudantes, nos desenhos e textos de avaliação da sessão informativa sobre “Educação Postural”	119

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS, SIGLAS E SÍMBOLOS

Agrupamento(s) de Centros de Saúde – ACES

Agrupamento(s) de Escolas – AE

Amostra - n

Atividade(s) de Vida Diárias - AVD

Biblioteca Virtual em Saúde – BVS

Citado por – cit. por

Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem – CIPE

Cuidador(es) informal(ais) - CI

Cuidador(es) informal(ais) de doentes dependentes no domicílio - CIDDD

Cuidados Continuados Integrados - CCI

Cuidados de Saúde Primários – CSP

Decreto-Lei – DL

Descritores em Ciências da Saúde - *DeCS*

Desvio Padrão - σ

Educação Para a Saúde - EPS

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação - EEER

Ensino Básico - EB

Equipa de Cuidados Continuados Integrados - ECCI

Estágio de Natureza Profissional – ENP

Frequência absoluta - n_i

Frequência relativa - f_i

Instituto Nacional de Estatística - INE

Internacional Ergonomics Association – IEA

Lesão(ões) músculo-esquelética(s) – LME

Maior - $>$

Máximo – Máx.

Média aritmética - $\bar{x}$

Menor - $<$

Mínimo – Mín.

Missão para os Cuidados de Saúde Primários – MCSP

Movimentação manual de doentes – MMD

Não aplicável - NA

Número – n.º

Ordem dos Enfermeiros – OE

Organização Mundial da Saúde - OMS

Plano Nacional de Saúde – PNS

População – N

Por cento - %

Por exemplo - p. ex.

Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados - RNCCI

Sem data – s.d.

Statistical Package for Social Sciences® - SPSS

Unidade de Cuidados na Comunidade – UCC

Unidade de Cuidados na Comunidade de Viana do Castelo – UCCVC

Unidade de Saúde Familiar - USF

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Entidade Pública Empresarial - ULSAM, EPE

SUMÁRIO

Resumo.....	III
Abstract.....	V
Agradecimentos	VII
Dedicatória	IX
Índice de Gráficos e Quadros.....	XIII
Lista de Abreviaturas, Acrónimos, Siglas e Símbolos.....	XV
INTRODUÇÃO	21
CAPÍTULO I - A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE: UMA NECESSIDADE PRIORITÁRIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL.....	25
1.1 – A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	27
1.2 – A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE	31
1.3 – AS UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	36
1.3.1 – As Equipas de Cuidados Continuados Integrados	37
1.4 - O MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN: UM REFERENCIAL TEÓRICO DE BASE PARA A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE	40
CAPÍTULO II - A PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NA COMUNIDADE: QUE DESAFIOS PARA A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	43
2.1 – A ERGONOMIA, CIÊNCIA COMPLEMENTAR DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	45
2.1.1 – Fatores de Risco Ergonómicos	47
2.1.2 – A Mecânica Corporal na Prevenção das Lesões Músculo-esqueléticas	49
2.2 – AS LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS, COMO UM FOCO DE ATENÇÃO PRIORITÁRIO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	51
2.3 – AS LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NOS CUIDADORES INFORMAIS DE DOENTES DEPENDENTES NO DOMICÍLIO: UMA REALIDADE SUBVALORIZADA, ESQUECIDA, INEXPLORADA E/OU MENOSPREZADA.....	54
2.3.1 – Ser Cuidador Informal: que Preparação para o (seu) Autocuidado.....	58
2.4 – SAÚDE ESCOLAR: UMA ÁREA EMERGENTE DE ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO ÂMBITO DA PREVENÇÃO DAS LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NA COMUNIDADE.....	62

CAPÍTULO III - OPÇÕES METODOLÓGICAS	67
3.1 – ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL	69
3.1.1 – População	71
3.2 - OBJETIVOS GERAIS.....	72
3.3 - METODOLOGIA.....	72
3.4 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO E ANÁLISE DOS DADOS.....	73
3.5 – ASPETOS ÉTICOS	74
 CAPÍTULO IV - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO, OBJETIVOS ESPECÍFICOS E PLANEAMENTO DE AÇÕES	 77
4.1 – POPULAÇÃO ABRANGIDA PELA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE VIANA DO CASTELO.....	79
4.2 – CUIDADORES INFORMAIS DE DOENTES DEPENDENTES NO DOMICÍLIO	81
4.2.1 - Participantes	81
4.2.2 – Procedimentos de Recolha de Dados	81
4.2.3 - Análise Descritiva dos Resultados.....	82
4.2.3.1 – Caracterização sociodemográfica da amostra	82
4.2.3.2 – Caracterização da amostra quanto à prestação de cuidados ao doente	83
4.2.3.3 – Caracterização da amostra quanto à saúde dos participantes	85
4.3 – COMUNIDADE ESCOLAR.....	88
4.3.1 - Participantes	88
4.3.2 – Procedimentos de Recolha de Dados	89
4.3.3 - Análise Descritiva dos Resultados.....	89
4.3.3.1 – Caracterização da amostra	90
4.3.3.2 – Caracterização da amostra quanto ao momento de chegada à escola	91
4.3.3.3 – Caracterização da amostra quanto ao transporte da mochila.....	92
4.4 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS E PLANO DE AÇÃO	95
 CAPÍTULO V - EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES PLANEADAS: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE	 97
5.1 - ATIVIDADE 1: Prática de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Comunidade	99
5.2 – ATIVIDADE 2: Prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas nos Cuidadores Informais de Doentes Dependentes no Domicílio	103
5.3 – ATIVIDADE 3: Na Escola eu Aprendo... Às Lesões Músculo-esqueléticas Não me Rendo!	110
 CONCLUSÕES E SUGESTÕES.....	 123

BIBLIOGRAFIA	131
ANEXOS	141
ANEXO I - Autorização da realização do Estágio de Natureza Profissional	143
ANEXO II - Caracterização sócio-demográfica da população abrangida pela Unidade de Cuidados na Comunidade de Viana do Vastelo	145
APÊNDICES	147
APÊNDICE I - Formulário de caracterização do cuidador informal de doentes dependentes no domicílio e operacionalização das variáveis de estudo	149
APÊNDICE II - Grelha de observação de comportamentos: Saúde Escolar	151
APÊNDICE III - Cronograma de atividades do Estágio de Natureza Profissional	153
APÊNDICE IV - Grelha de observação de comportamentos: cuidadores informais de doentes dependentes no domicílio	155
APÊNDICE V - Plano da sessão informativa sobre “Prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas, para Cuidadores Informais de Doentes Dependentes no Domicílio”	157
APÊNDICE VI - Manual de prevenção de lesões músculo-esqueléticas, para cuidadores informais de doentes dependentes no domicílio	159
APÊNDICE VII - Plano da sessão informativa sobre “Prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas no Domicílio: Princípios Básicos”	161
APÊNDICE VIII - Convites para a sessão informativa sobre “Prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas no Domicílio: Princípios Básicos”	163
APÊNDICE IX - Apresentação <i>Power Point</i> ® exposta na sessão informativa sobre “Prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas no Domicílio: Princípios Básicos”	165
APÊNDICE X - Folheto informativo sobre “Prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas no Domicílio: Princípios Básicos”	167
APÊNDICE XI - Questionário de Satisfação da sessão informativa sobre “Prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas no Domicílio: Princípios Básicos”	169
APÊNDICE XII - Fotografias da sessão informativa sobre “Prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas no Domicílio: Princípios Básicos”	171
APÊNDICE XIII - Certificado de participação na sessão informativa sobre “Prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas no Domicílio: Princípios Básicos”	173
APÊNDICE XIV - Grelha de registo das medidas antropométricas e do peso das mochilas dos estudantes	175
APÊNDICE XV - Plano da sessão informativa sobre “Educação Postural”	177
APÊNDICE XVI - Apresentação <i>Power Point</i> ® exposta na sessão informativa sobre “Educação Postural” ...	179
APÊNDICE XVII - Fotografias das sessões informativas sobre “Educação Postural”	181
APÊNDICE XVIII - Grelha de análise dos desenhos/textos dos estudantes acerca da sessão informativa sobre “Educação Postural”	183

APÊNDICE XIX - Exemplos de desenhos/textos dos estudantes acerca da sessão informativa sobre “Educação Postural”	185
APÊNDICE XX - Questionário de satisfação da sessão informativa sobre “Educação Postural”	187
APÊNDICE XXI - Poster e marcador de livros sobre “Educação Postural”	189
APÊNDICE XXII - Informações aos encarregados de educação sobre “Educação Postural”	191
APÊNDICE XXIII - Exercícios de português e matemática realizados por uma turma do 4º ano, com a utilização das medidas antropométricas e do peso das mochilas avaliadas	193

INTRODUÇÃO

A abrangência da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) não se limita apenas às instituições hospitalares e/ou de outra tipologia e vai até ao local onde o cidadão vive, trabalha e se relaciona.

Este profissional desenvolve o seu trabalho com e para a pessoa e respetiva família, dentro do seu quotidiano, sem esquecer a população em geral, o que exige um profissional capaz de mobilizar conhecimentos e competências, com vista a um cuidado holístico, como é o caso da comunidade.

As lesões músculo-esqueléticas (LME) ao serem consideradas como um problema de saúde multifatorial que afetam e poderão afetar indivíduos de diversas faixas etárias, inseridos em vários contextos, tornam-se, deste modo, uma prioridade de atuação da Enfermagem de Reabilitação, a diferentes níveis, sendo que a intervenção preventiva primária e secundária será fundamental para trazer ganhos em saúde, de uma forma geral, a toda a população.

Foi dentro deste contexto que a realização de um Estágio de Natureza Profissional (ENP) na comunidade foi considerado como a opção mais viável, no sentido de complementar a formação académica efetivada no decorrer do ciclo de estudos da componente de especialização.

Neste alinhamento, o presente relatório surge, assim, integrado no ENP que decorreu de 3 de outubro de 2016 a 31 de março de 2017, na Unidade de Cuidados na Comunidade de Viana do Castelo (UCCVC), da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Entidade Pública Empresarial (ULSAM, EPE), num total de 450 horas.

Este ENP teve como objetivo geral o desenvolvimento de competências especializadas na prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, fundamentados na ética, deontologia, responsabilidade profissional e em conhecimentos científicos, técnico-instrumentais e sócio-relacionais, de acordo com o Regulamento número (n.º) 125, da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011b).

Com o objetivo central de contribuir para a mudança de cuidados, desenvolveu-se um foco de interesse para este momento formativo que consistiu na intervenção do EEER na prevenção de LME na comunidade, com enfoque nos cuidadores informais de doentes dependentes no domicílio (CIDDD) e na vertente da Saúde Escolar.

Ao longo do percurso de vida efetuado, até ao presente, surgiu interesse por esta temática em particular, que emergiu não só da realidade observada e vivenciada em

estágios anteriores desenvolvidos neste curso, como também das leituras exploratórias efetuadas, que reforçaram a perceção geral de que as queixas a nível músculo-esquelético dos CIDDD são um facto confirmado, constatando-se que os conhecimentos teórico-práticos desta população, nesta área específica, são praticamente inexistentes.

A atuação do EEER na prevenção das LME a nível da Saúde Escolar foi, desde logo, considerada, igualmente, como um tema extremamente interessante e enquadrado no assunto central escolhido para desenvolver neste ENP, pois a Enfermagem de Reabilitação é a disciplina indicada, pelas competências que lhe são atribuídas para a intervenção, no sentido da minimização das consequências das posturas incorretas, nas camadas mais jovens.

Durante este ENP, para melhor desenvolver este tema e as atividades inerentes ao mesmo, utilizou-se por base a “Metodologia de Projeto” que implica uma série de etapas que são: o diagnóstico de situação, a definição de objetivos, o planeamento de intervenções, a execução, a avaliação e a divulgação dos resultados (Nunes [et al], 2010).

Desta forma, este trabalho será estruturado em cinco capítulos: os dois primeiros capítulos referem-se ao enquadramento teórico do ENP, principalmente em relação à realidade da Enfermagem de Reabilitação na comunidade em Portugal e à prevenção das LME, como um desafio para o EEER; o terceiro capítulo revela as opções metodológicas inerentes ao progresso do ENP; o quarto capítulo apresenta o diagnóstico de situação da população abrangida pelas atividades do estágio e revela os objetivos específicos e o planeamento de ações; e, por fim, no quinto e último capítulo faz-se a descrição e a avaliação dos procedimentos decorrentes da execução das atividades planeadas.

Numa última parte, são expostas as principais conclusões, os pontos fortes, os pontos fracos, as sugestões e alguns dos contributos desta intervenção para a continuidade de cuidados dentro desta área.

A realização do ENP e do presente relatório teve por base uma vasta pesquisa bibliográfica baseada em livros da área, artigos de revistas científicas nacionais e internacionais, bibliografia cinzenta (dissertações de Mestrado e teses de Doutoramento), bem como uma larga pesquisa em bases de dados tais como a B-ON, SCIELO, MEDLINE, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.

Os descritores¹ utilizados foram: Enfermagem em Reabilitação, Prevenção de Doenças, Doenças Músculosqueléticas, Distribuição Espacial da População (Comunidade), Movimentação e Reposicionamento de Pacientes, Cuidadores, Saúde Escolar. Também, complementarmente, utilizou-se como motor de pesquisa o *Google*[®] académico.

Como base, para a construção estrutural deste relatório, empregou-se o guia de “Orientações para a Elaboração e Apresentação de Trabalhos Científicos” da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo (2013).

Pretende-se, então, que este momento escrito reflita de uma forma objetiva e contribua para o desenvolvimento do percurso pessoal e profissional na área especializada da Enfermagem de Reabilitação.

¹ De acordo com a taxonomia dos descritores em Ciências da Saúde (DeCS), 2017.

CAPÍTULO I

A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE: UMA NECESSIDADE PRIORITÁRIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

1.1 – A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A Enfermagem de Reabilitação, como especialidade, teve a sua origem na evolução da perspetiva do cuidar, especificamente, quando passou a ser considerada como um processo criativo, que começa nos cuidados preventivos imediatos, continua a sua atuação nas primeiras fases de doença ou acidente, prolonga-se para a fase de recuperação e envolve a adaptação de todo o ser a uma nova vida (Hoeman, 2011).

A Enfermagem de Reabilitação em Portugal, ao contrário de outros países, não surgiu decorrente da Segunda Grande Guerra Mundial, nem da Guerra Colonial que se iniciou, em 1961 (OE, 2003).

Segundo a OE, esta disciplina já teria surgido anteriormente, nos anos 50, sob a responsabilidade da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, com a necessidade de construção de um centro de reabilitação, localizado mais precisamente em Alcoitão, no sentido de preencher as lacunas existentes face ao tratamento dos grandes deficientes motores (*ibidem*).

A Enfermagem de Reabilitação portuguesa nasceu, então, com a Enfermeira Sales Luís a assumir a responsabilidade da formação dos novos enfermeiros de reabilitação neste Centro, sendo que “no dia 18 de Outubro de 1965, teve início o 1.º Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, com programa provisório (...). Terminaram este curso 14 enfermeiras (...)”, as quais realizaram estágios em instituições que recebiam militares provenientes do ultramar (*idem*, p.12).

O primeiro plano de estudos nacional definitivo surgiu com base no programa provisório e foi aprovado a 10 de maio de 1967. O curso tinha a duração de 42 semanas (20 com disciplinas teórico-práticas e 22 de estágio) (OE, 2003). “Este segundo Curso já integrou enfermeiros provenientes de outras instituições (...). Os conteúdos programáticos centravam-se na aquisição de conhecimentos científicos aprofundados, do foro anátomo-fisiológico e clínico relacionados, do foro psicossocial, vocacional e de enfermagem de reabilitação, dirigindo-se ao todo do utente (...)” (*idem*, p.12-13).

Em 1969 iniciou-se o processo de formação da Sociedade Portuguesa dos Enfermeiros Especializados em Enfermagem de Reabilitação, impulsionado pelo Enfermeiro José Pacheco dos Santos que, mais tarde (novembro de 1978), passou a chamar-se de Associação Portuguesa de Enfermeiros Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2003).

No princípio dos anos 70 deu-se início à revisão do plano curricular do Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, que foi aprovado em 1974, através de um grupo de trabalho nomeado para o efeito e da auscultação de todos os enfermeiros

de reabilitação e respetivas enfermeiras superintendentes das instituições onde estes trabalhavam (*ibidem*). “A avaliação dos resultados obtidos (...) levaram a estruturar o Curso em módulos (...) que permitiram uma maior interação nos conteúdos programáticos e uma maior valorização da psicologia do deficiente.” (*idem*, p.13).

Posteriormente, já na década de 80, foi aprovado um novo Plano de Estudos, com a duração de 18 meses, habilitando os enfermeiros para a prestação de cuidados, para a gestão e para a docência, seguindo-se a criação, em 1994, dos Cursos de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem de Reabilitação, com a duração de dois anos letivos (OE, 2003).

Neste momento, no nosso país, encontra-se a vigorar o Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, com a duração de dois semestres e o Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, com a duração de três/quatro semestres, em diversas entidades formativas do Ensino Superior.

No que concerne à regulamentação da profissão, em 2011, é criado, pela OE, o Regulamento 122 e através de legislação produzida e aprovada pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da OE, é editado o Regulamento 125, publicados em Diário da República, que definem as competências comuns de um enfermeiro especialista e as competências específicas de um EEER, respetivamente. Este último, “(...) visa prover um enquadramento regulador para certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar” destes profissionais (OE, 2011b, p.8658).

Esta mesma entidade, em 2015, cria o Regulamento 350, que alude aos “Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação”, que se “(...) constitui um instrumento essencial para a promoção da melhoria contínua destes cuidados e um referencial para a reflexão sobre a prática especializada de Enfermagem de Reabilitação” (OE, 2015, p.16655).

De acordo com dados da OE, a 31 de dezembro de 2016 existiam em Portugal 3350 EEER, sendo que, 2370 encontram-se a exercer funções em unidades hospitalares, 357 em centros de saúde e os restantes noutra tipologia institucional (OE, 2016a).

A importância do EEER decorre, cada vez mais, da crescente longevidade da população associada ao progresso científico e tecnológico, verificado nas últimas décadas, quer em termos de prevenção, diagnóstico, tratamento, quer nos cuidados em fim de vida, o que tem exigido uma maior necessidade de diferenciação dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos.

Um enfermeiro especialista é aquele que apresenta um conhecimento aprofundado num domínio específico da Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2011a).

A Enfermagem de Reabilitação “enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (OE, 2011b, p.8658).

De acordo com a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), esta especialidade de Enfermagem está “envolvida no diagnóstico e tratamento das respostas humanas de indivíduos e grupos a problemas de saúde correntes ou potenciais com características de habilidade funcional alterada e estilo de vida alterado” (BVS, 2017).

Esta disciplina tem, assim, como foco de atenção “a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades”, ao longo de todo o ciclo de vida (OE, 2015, p. 16656). “Os seus objectivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto-estima” (OE, 2011b, p.8658).

Segundo o Regulamento 125 de 2011, as competências específicas do EEER visam cuidar de pessoas, de todas as idades, com necessidades especiais, decorrentes de alterações da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentar, da eliminação e da sexualidade, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, com limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as suas capacidades (OE, 2011b).

Sendo assim, os EEER, enquanto parte integrante de uma equipa multidisciplinar, “ajudam indivíduos e famílias a adaptarem-se às mudanças de vida causadas pela doença e pela incapacidade” (Kelly-Hayes; Phipps *in* Hoeman, 2011, p.183).

Estes profissionais lançam mão de diversos recursos para estruturar o dia-a-dia do doente, integrando o cuidador, a fim de lhes possibilitar uma participação ativa e efetiva no seu processo de doença, tentando preservar e potenciar as suas capacidades remanescentes; minimizar as consequências causadas pela doença; prevenir complicações decorrentes da mesma, dando especial atenção ao ambiente em que estão inseridos (OE, 2015).

Desta forma, os EEER são detentores de um elevado nível de conhecimentos e experiência que lhes permite conceber, implementar e monitorizar planos e programas de Enfermagem de Reabilitação diferenciados, com vista à promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação, proporcionando ao doente e à família o direito à dignidade e à qualidade de vida (OE, 2011b; OE, 2015).

Segundo Menoita (2012), a reabilitação, enquanto processo educativo, tem de ser dinâmica, contínua e progressiva e tem como objetivo melhorar ou substituir a função e limitar o impacto da incapacidade da pessoa e a sua reintegração na família e na comunidade.

Assim, a Enfermagem de Reabilitação é considerada uma intervenção dotada de criatividade para conseguir a máxima funcionalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos alvo dos cuidados (Hoeman, 2011).

Segundo Hesbeen (2003), independentemente da condição física da pessoa ou do motivo da sua doença, o importante é que a reabilitação crie na pessoa uma maneira de viver com sentido para ela e compatível com a sua situação.

Assim, o conhecimento profundo e especializado do EEER permite-lhe adotar eficazmente uma perspetiva holística do cuidado, considerando a pessoa, a família e o ambiente como partes integrantes e indissociáveis nos seus processos de decisão.

Desta forma, a Enfermagem de Reabilitação constitui-se como “uma área de intervenção clínica reconhecida, [que] dá resposta a necessidades concretas da população e às novas exigências em cuidados, contribuindo fortemente para a obtenção de ganhos em saúde” (OE, 2015, p.16655), nos mais diversos contextos.

Um desses contextos é, então, a comunidade.

1.2 – A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE

O panorama atual dos cuidados de saúde, no que diz respeito à prevenção, ao tratamento da doença, à reabilitação e aos cuidados em fim de vida, está hoje centrado na comunidade, sendo cada vez mais curto o tempo de duração dos internamentos hospitalares.

Sabendo que, numa era em que as políticas nacionais de saúde encaminham-se para a manutenção das pessoas com dependência no domicílio, em que o cuidado prestado pela família assume particular relevância, é facto consumado que a atuação da Enfermagem de Reabilitação na comunidade é considerada fundamental, para colmatar as consequências daí advindas, exigindo uma crescente necessidade de cuidados de saúde especializados nesta área, pois esta disciplina “(...) promove a autonomia, a independência e a reintegração na comunidade” (Lutz; Davis *in* Hoeman, 2011, p.25).

É sabido que “a medida de uma reabilitação bem sucedida é a generalização ou a transferência de competências para o ambiente natural (...)” (*ibidem*), mas, os esforços desenvolvidos, nos tempos que correm para dar resposta às pessoas na comunidade, que carecem de continuidade de cuidados, têm sido incrementados sendo, no entanto, ainda escassos.

Depreende-se, então, que no exercício da Enfermagem de Reabilitação na comunidade, a intervenção do EEER transforma-se num vetor mais exigente, pois está a lidar-se com uma esfera única, que é o domicílio e o ambiente da pessoa e da sua família.

O termo “comunidade” pode, assim, ser definido como o grupo de “seres humanos enquanto unidade social ou todo coletivo; ligados pela partilha de localização geográfica; situações ou interesses” (OE, 2016b, p.143). “As comunidades podem ser de âmbito local, nacional, internacional ou mesmo de natureza global, podendo ter interesses específicos ou gerais” (Portugal, 2015a, p.63).

Já “domicílio”, de acordo com o Decreto-Lei (DL) 101 de 2006, define-se como “a residência particular, o estabelecimento ou a instituição onde habitualmente reside a pessoa em situação de dependência” (p.3857).

O “ambiente” engloba os “elementos e condições externos que envolvem, influenciam e afetam a vida e o desenvolvimento de um organismo ou população” (BVS, 2017), “(...) no que respeita à capacidade de executar ações ou tarefas” (OE, 2015, p.16656).

Assim sendo, enquanto este profissional, em contexto hospitalar ou especializado, exerce funções num meio em que é preconizado um trabalho que incorre o risco de se tornar

individualizado, “protegido” e “programado”, na comunidade esta realidade é completamente diferente (Faro, 2006).

Como se deduz, a Enfermagem de Reabilitação dá particular atenção aos elementos ambientais, no exercício do cuidar (Faro, 2006). Estes elementos não se cingem só à parte física onde o indivíduo habita (o domicílio), trabalha e funciona, mas também à dinâmica familiar e a outros sistemas de suporte que possam afetar a independência de cada pessoa (Hoeman, 2011).

Esta especialidade de Enfermagem constitui-se como uma ciência da inclusão social, ao abranger a pessoa alvo dos cuidados de reabilitação, na esfera familiar e social (Faro, 2006). “Trata-se [assim] de uma especialidade, na área da saúde, a qual aborda o indivíduo em constante interação com a sociedade, seu meio ambiente” (*idem*, p.129).

Para além do mais, será importante compreender que o objetivo fulcral da reabilitação na comunidade estende-se além do domicílio de cada pessoa e família e tem como objetivo central a melhoria do nível de saúde da população de cada área geográfica, através do recrutamento dos recursos da comunidade em questão (Dias, 2010).

De acordo com Rodrigues (2014), o EEER “tem um papel fundamental na comunidade, não só como prestador de cuidados diretos à pessoa/família, como também no âmbito da formação/educação para a saúde [EPS]. É na comunidade que estará mais próximo das pessoas e das suas necessidades” (p.30), pois “(...) a partilha de conhecimento com a comunidade promove a sua saúde e poder (...)” (Boylan; Buchanan *in* Hoeman, 2011, p.189).

Indo ao encontro do supramencionado, é permitido declarar que, na comunidade o âmbito de atuação do EEER alarga-se para outras vertentes, como por exemplo (p. ex.) a Saúde Escolar, a Saúde Ocupacional, entre outras.

A Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação afirma que os EEER, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), local onde se prevê uma abordagem pluridisciplinar centrada na família e no ciclo de vida, podem integrar projetos e programas que tenham em conta a realidade de saúde e social, nomeadamente em programas de Saúde Escolar e de Intervenção Comunitária, particularmente, nos cuidados domiciliários, entre outros (Rocha, 2010).

De acordo com os “Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação”, a tomada de decisão dos especialistas em reabilitação baseia-se, portanto, não só na conceção, implementação, monitorização e avaliação de planos de reabilitação diferenciados, baseados em necessidades específicas da pessoa e sua família, mas também a grupos específicos da população (OE, 2015).

Dando enfoque ao que foi dito, Greve (2007) assegura que a Enfermagem de Reabilitação não pode, portanto, esquecer que devem constituir alvo da sua ação a família; os pequenos grupos ao qual o doente pertence (p. ex. a igreja, os grupos de lazer, os colegas de trabalho); a escola; e os demais grupos sociais, dos quais todas as pessoas, deficientes ou não, fazem parte.

Este profissional “encara a comunidade como um todo e promove a colaboração e a comunicação entre todos os prestadores” (Boylan, Buchanan *in* Hoeman, 2011, p.189).

Sintetizando, a Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação refere que o EEER na comunidade pode desenvolver o seu trabalho nas seguintes vertentes (Rocha, 2010):

- Na formação, em empresas e em organizações públicas;
- Nas autarquias, para garantir as condições necessárias ao nível arquitetónico, particularmente no que respeita às acessibilidades;
- No âmbito da segurança social, para colaborar na avaliação das necessidades de ajudas técnicas, indispensáveis à promoção da autonomia e na referenciação;
- Nos cuidados domiciliários, para avaliar as condições habitacionais e para orientar nas alterações necessárias na estrutura física, assim como em outras ações de promoção da saúde e prevenção de doença/morbilidade junto dos indivíduos, família e/ou cuidadores informais (CI), nomeadamente em instituições de saúde e de carácter social;
- Na vertente da Saúde Ocupacional, ao desenvolver ações de educação que visam a promoção da saúde e prevenção de doenças ocupacionais, que conduzem à recorrência aos serviços de saúde e a estados de morbilidade;
- Na vertente da Saúde Escolar, com o intuito de intervir na perspetiva da promoção, desenvolvendo ações para a prevenção de doenças e para o fortalecimento de fatores de proteção;
- No âmbito dos Cuidados Continuados Integrados (CCI), em qualquer das tipologias de unidades de internamento ou integrados nas equipas comunitárias, para promover e potencializar a capacidade de reabilitação de cada pessoa ou ajudar a lidar com as incapacidades e desvantagens.

Por tudo isto, no ambiente comunitário, destaca-se a importância da capacidade pró-ativa, criativa e motivadora do EEER, perante a vasta e complexa área de intervenção que lhe é imputada, nunca descurando a singularidade de cada pessoa/família/grupo e a sua centralidade no planeamento das intervenções.

A prática na comunidade capacita os EEER para alargarem a sua base de conhecimentos, tentando métodos novos e criativos para atingir os objetivos propostos e serem flexíveis: primeiro, porque em cada domicílio encontram um ambiente novo e, segundo, porque cada comunidade é única e dinâmica (Boylan, Buchanan *in* Hoeman, 2011).

É importante perceber que um programa de reabilitação, neste campo de atuação, “pode ser intrinsecamente diferente de outro, porque o seu desenho incorpora os atributos, necessidades e recursos únicos de uma determinada comunidade” (*idem*, p.188).

Deste modo, é competência do EEER antecipar os problemas futuros e, através da prevenção, minimizar o impacto dos riscos individuais, biomecânicos e psicossociais.

Por “prevenção” entende-se o “conjunto de ações que visa erradicar, eliminar ou reduzir o impacto de determinada doença ou incapacidade, ou ainda, conter sua dispersão” (BVS, 2017).

Na comunidade torna-se essencial a antecipação de problemas, daí que, tal como é preconizado pelo Regulamento 125 de 2011, a intervenção do EEER “visa promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de enfermagem de reabilitação (...) [e/ou intervir] (...) na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade de cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade (...)” (OE, 2011b, p.8658)

Para tal, incluído nas “suas intervenções utiliza técnicas específicas de reabilitação, prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas em todas as fases do ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados, nomeadamente na preparação do regresso a casa, na continuidade de cuidados e na reintegração do cliente no seio da comunidade, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social” (OE, 2015 p.16656).

Faro (2006) afirma, nesta linha de ideias, que a expansão da reabilitação, como estratégia de assistência em Enfermagem, tem aberto caminhos na promoção da saúde, prevenção de doenças crónicas e degenerativas e na inclusão social, ou seja, “a reabilitação deve ser precoce no que tange à prevenção de incapacidades e à promoção da saúde” (p.131).

Segundo a Carta de Ottawa (1986, citado por² Administração Regional de Saúde do Norte, 2008), a “Promoção da Saúde” é “o processo que permite capacitar as pessoas a

² (cit .por)

melhorar e a aumentar o controlo sobre a sua saúde (e seus determinantes – sobretudo, comportamentais, psicossociais e ambientais)”, considerando-se, portanto, que o EEER é um profissional com as competências necessárias para conduzir os indivíduos, famílias, grupos e comunidade nesse sentido preciso.

Pela sua importância para este trabalho, realça-se o enunciado descritivo 3.2, dos “Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação”, que é intitulado de “A promoção da saúde”, que anuncia que o EEER, a par das competências de cuidados gerais já anteriormente adquiridas, tem um papel importante a este nível, pois “(...) ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”, onde se destaca (OE, 2015, p.16657):

- “A identificação da situação da saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade;
- A criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificadas;
- A promoção do potencial de saúde do cliente (...);
- O fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades (...);
- A cooperação com estruturas da comunidade, visando a promoção de um ambiente seguro para a população em geral, e para a população com necessidades especiais;
- A conceção e desenvolvimento de planos e programas que permitam maximizar as capacidades funcionais da pessoa, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal;
- A promoção de medidas que visem prevenir a deficiência (...).”

Mas, para cumprir com as competências anteriormente citadas, o EEER deverá estar inserido numa equipa multidisciplinar, onde o doente e a família estão no centro dessa mesma equipa (Hoeman, 2011). O objetivo desse trabalho em conjunto será o mesmo: trabalhar em colaboração para satisfazer as necessidades dos doentes, cuidadores e familiares (*ibidem*).

Partindo destes pressupostos é coerente afirmar que urge ousar mudar a prática da Enfermagem de Reabilitação, sobretudo na forma como se lida com cada pessoa e com cada família de acordo com a sua singularidade, saindo das paredes hospitalares e transpondo esta disciplina, para outras realidades/grupos/populações/focos de intervenção no seio de cada comunidade, configurando-se, assim, um novo paradigma, suplantando a componente curativa do cuidar e dando enfoque prioritário à promoção da saúde de toda a população.

1.3 – AS UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

Os CSP são o pilar central do sistema nacional de saúde português, tal como refere Pisco (2007).

A reforma nestes cuidados, iniciada em 2005, teve como objetivo melhorar o desempenho dos centros de saúde através da sua reorganização em equipas multiprofissionais que se complementassem entre si, estando mais próximas dos cidadãos e assumindo compromissos de acessibilidade, de qualidade dos cuidados e satisfação dos utilizadores (*ibidem*).

Para isso, a reconfiguração dos Centros de Saúde obedeceu a um duplo movimento: à constituição de pequenas unidades funcionais autónomas – as Unidades de Saúde Familiar (USF); e à criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) (*ibidem*).

Em 2008, o DL 28 formalizou a criação dos ACES, do Serviço Nacional de Saúde, para otimizar a gestão de recursos dos centros de saúde, os quais foram integrados nas Administrações Regionais de Saúde, estabelecendo o seu regime de organização e funcionamento (DL 28/2008; Despacho 10143/2009).

Os ACES são, então, órgãos próprios de governação e de gestão, com autonomia administrativa que nunca existiram nos CSP, cujo objetivo é garantir a prestação de CSP aos cidadãos de determinada área geográfica (DL 28/2008). Contemplam, ainda, o envolvimento e a participação da comunidade e podem compreender as seguintes unidades funcionais: USF, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidades de Saúde Pública, Unidades de Recursos Assistenciais partilhados e outras unidades ou serviços (*ibidem*).

Tal como constatado anteriormente, entre as unidades implementadas constam as UCC, às quais compete “prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, actuando na EPS, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Despacho 10143/2009, p.15438).

A atividade das UCC desenvolve-se com autonomia organizativa e técnica, mas sempre com interligação às outras unidades funcionais do ACES. O seu âmbito de intervenção é comunitário, numa lógica de base populacional, em parceria com estruturas da comunidade local (*ibidem*).

A coordenação de uma UCC cabe a um enfermeiro com, pelo menos, o título de enfermeiro especialista e com experiência na respetiva área profissional (*ibidem*).

Cada UCC tem como missão “contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo directo, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra” (*idem*, p.15438).

Os cuidados de saúde prestados por este tipo de unidades de saúde devem ser definidos considerando o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde (PNS) (*ibidem*). Porém, as atividades da carteira de serviços de uma UCC incidem, prioritariamente, nas seguintes áreas (*idem*, p.15440):

- a) “Contributos para o diagnóstico de saúde da comunidade;
- b) Intervenções em programas no âmbito da protecção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade, tais como o Programa Nacional de Saúde Escolar;
- c) Projectos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a factores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência (...);
- d) Projectos de intervenção domiciliária com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores, no âmbito da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados³ (...);
- e) Projectos de promoção de estilos de vida saudável com intervenções a nível de programas de saúde já existentes, ou a implementar e desenvolver, em parceria com outras instituições que podem cooperar para a aquisição de hábitos de vida saudáveis da população ao longo do ciclo de vida”.

Tal como foi exposto previamente, os programas e projetos da carteira de serviços de uma UCC integram-se no plano de ação do ACES, em estreita articulação com a Equipa Coordenadora Local, no âmbito da RNCCI (*ibidem*). A cada UCC é-lhe atribuída a competência para constituir as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Vejamos, de seguida, como é que surgiram, como são constituídas e como se organizam estas equipas na comunidade.

1.3.1 – As Equipas de Cuidados Continuados Integrados

De acordo com a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), até à criação da RNCCI, cada hospital encaminhava os seus doentes para instituições que pudessem recebê-los, não havendo qualquer diferenciação de cuidados (MCSP, 2007).

Até ser criada a RNCCI, o apoio domiciliário a pessoas em situação de dependência com necessidade de cuidados de saúde e apoio social encontrava-se assegurado pelas respostas de Apoio Domiciliário Integrado e por outros serviços (*ibidem*).

³ (RNCCI)

A RNCCI surge e define-se como um novo modelo organizacional, criado pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, através do DL 101 de 2006, que é formado por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social.

Estas novas respostas promovem a continuidade de cuidados de forma integrada, preventiva, recuperadora e paliativa a pessoas e respetivas famílias, em situação de dependência, com perda de autonomia e com doença incurável (DL 101/2006).

Por “CCI” entende-se “o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (*idem*, p.3857).

A referenciação para a RNCCI poderá ser feita através de proposta da Equipa de Gestão de Altas de cada hospital, que é uma equipa multidisciplinar que tem o objetivo de preparar e gerir a alta hospitalar em articulação com outros serviços, para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais (*ibidem*). O ingresso na RNCCI também poderá derivar do Centro de Saúde, independentemente da tipologia de cuidados necessária ser de internamento, ambulatório ou domiciliário (MCSP, 2007).

A proposta é apresentada à Equipa Coordenadora Local⁴, sendo que a admissão na RNCCI é sempre efetuada por decisão desta, seguindo-se a seleção do melhor recurso da Rede, de acordo com as necessidades do utente/família (DL 28/2008; MCSP, 2007).

Com o aparecimento da RNCCI, a gestão desse encaminhamento passou a ser realizada de forma específica, segundo quatro tipologias de cuidados em regime de internamento: Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção e Unidades de Cuidados Paliativos (DL 101/2006).

Além das unidades de internamento atrás descritas, foram criadas equipas domiciliárias, denominadas de ECCI e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (*ibidem*). AS ECCI, da responsabilidade das UCC dos ACES (Despacho 10143/2009), constituem-se como a interface visível entre os CSP e os CCI.

Definem-se como “equipas multidisciplinares (...), para a prestação de serviços domiciliários, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social cuja situação não requer

⁴ Existe uma em cada ACES, cuja área de influência recai no domicílio do utente.

internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma, fomentando a resposta integrada a situações de saúde e sociais da população e potencializar os recursos da comunidade, reforçando as capacidades e competências dos cuidadores, recorrendo à articulação dos diferentes profissionais da equipa e outros recursos do centro de saúde e comunidade” (DL 101/2006, p.3862).

A MCSP (2007) esclarece que, “apesar de ser contemplada a possibilidade de ter que recorrer ao regime de internamento para prestação de cuidados, em consequência da sua intensidade, complexidade ou do contexto sócio familiar, estes deverão, preferencialmente, ser prestados em contexto domiciliário” (p.6). As ECCI surgiram, precisamente, para preencher a inexistência/escassez de cuidados a este nível.

Integram, portanto, a carteira de serviços das ECCI: cuidados domiciliários de Enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora; ações paliativas; cuidados de fisioterapia; apoio psicossocial e ocupacional, envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; EPS aos doentes, familiares e CI; apoio nas necessidades básicas, no desempenho das AVD e nas atividades instrumentais da vida diária; e coordenação/gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais (*ibidem*).

As ECCI têm como objetivo assegurar a prestação de cuidados, todos os dias do ano, no horário de funcionamento das 8 às 20 horas, nos dias úteis e aos fins-de-semana e feriados, com garantia mínima das 9 às 17 horas (*ibidem*). Pela variedade e complexidade de situações e dos contextos das práticas, as ECCI na comunidade apresentam uma constituição multidisciplinar e intersetorial (MCSP, 2007; DL 101/2006).

Conclui-se, então, que a carteira de serviços preconizados para uma ECCI vai ao encontro das competências delegadas ao EEER, pelo que estas equipas integram estes profissionais e os seus cuidados especializados em contexto domiciliário.

Segundo a OE (2010, p.22), os EEER são fundamentais tanto nas unidades de internamento de CCI, como nas ECCI domiciliárias, porque a sua atuação “se dirige essencialmente à recuperação e à adaptação ou manutenção funcional da pessoa, ao treino do prestador de cuidados com o objectivo de preparar o regresso a casa (...)”.

A RNCCI, nas suas várias tipologias/unidades de cuidados, está presente em todo o país, em todos os concelhos e potencia os cuidados prestados nos hospitais e nos CSP.

Com a incorporação dos EEER nos CSP e com o aparecimento das ECCI, esses profissionais foram alocados com o objetivo de dar resposta às necessidades atrás descritas. Atualmente, o EEER é um elemento importante na composição destas equipas na comunidade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e respetivos familiares em situação de dependência no domicílio.

1.4 - O MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN: UM REFERENCIAL TEÓRICO DE BASE PARA A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE

Ao longo de todo o ENP e para a elaboração deste relatório, foi adotado o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, no sentido de fundamentar e encaixar a intervenção do EEER na comunidade, uma vez que, resumidamente, este construto teórico propõe uma visão da pessoa como um todo, em interação com múltiplos sistemas (o seu ambiente).

Também apresenta uma orientação holística, direcionada para a prevenção, a qual foi particularmente útil na prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação na comunidade.

E porque é que os pressupostos desta teoria sustentam a prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação na comunidade?

McEwen e Wills (2009) asseveram que o Modelo de Sistemas de Betty Neuman acrescenta valor à expansão da ciência da Enfermagem, pois é útil não somente para a área dos cuidados intensivos agudos, mas também nas situações de saúde comunitária, por dar enfoque à prevenção como intervenção.

Já Tomey e Alligood (2004) corroboram com o mencionado ao afirmar que este referencial teórico é usado na prática comunitária e na Enfermagem de saúde pública.

O Modelo dos Sistemas de Neuman é um quadro conceptual que combina diversas teorias (ecológica, epidemiológica, do estresse e *coping*), incluindo a teoria geral dos sistemas e reflete a natureza dos organismos vivos, enquanto sistemas abertos (Hoeman, 2011).

Uma influência importante para Neuman, foi a teoria de Gestalt, que dá ênfase à “homeostase”, como o processo através do qual um organismo mantém o seu equilíbrio (Tomey; Alligood, 2004). Os mesmos autores referem que, este Modelo considera a adaptação da pessoa como um processo dinâmico e contínuo, que visa promover o equilíbrio de cada ser, ou seja, a homeostase (*ibidem*). Mas quando esse mecanismo falha, muitas vezes, devido a estímulos produtores de tensão, de que resulta o estresse, surge a doença, podendo mesmo ocorrer a morte (*ibidem*).

Este referencial teórico “usa [então] uma abordagem de sistemas focalizada nas necessidades humanas de proteção e de alívio do estresse. Neuman acreditou que as causas do estresse podem ser identificadas e remediadas pelas intervenções de enfermagem”, onde o enfermeiro poderá dar resposta às necessidades de equilíbrio dos seres humanos, através da identificação de problemas, estabelecimento de metas, onde a prevenção é considerada como a intervenção de eleição (McEwen; Wills, 2009, p.176).

Neuman, na sua teoria, desenvolveu inúmeros conceitos que caracterizam o seu modelo, de entre os quais será, especialmente, importante destacar: (Neuman; Fawcett, 2002 citado [cit.] por McEwen; Wills, 2009, p.177):

- **Pessoa**⁵: “sistema paciente/paciente, um composto de variáveis (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais), cada uma delas sendo uma parte de todas as partes...formas do todo do paciente... (...)”;
- **Saúde**: “um *continuum*; a saúde e a doença estão em extremidades opostas. A saúde do paciente equivale à estabilidade ideal do sistema que é o melhor estado de saúde em determinado momento”;
- **Ambiente**: “forças, tanto internas quanto externas, em torno do paciente, influenciando e sendo influenciadas por ele em qualquer ponto do tempo, e um sistema aberto”;
- **Enfermagem**: “a principal preocupação é manter a estabilidade do sistema do paciente, pela investigação minuciosa dos estressores ambientais e de outros estressores, e do auxílio a ele para manter a saúde ideal”.

Esta autora desenhou o Modelo de Sistemas em três passos, os quais foram tidos em conta e respeitados ao longo de todo este ENP. São eles (McEwen; Wills, 2009; George [et al], 2000):

- **Diagnóstico de Enfermagem**: é o primeiro passo e presume que o enfermeiro recolha uma base de dados adequada para analisar as variações no bem-estar, fazendo o diagnóstico subsequente;
- **Metas de Enfermagem**: são negociadas com o paciente e constituem-se como o segundo passo. Nesta fase, dá-se privilégio à atuação do enfermeiro segundo níveis de prevenção;
- **Resultados de Enfermagem**: é o terceiro passo, no qual é avaliada a confirmação da mudança ou, então, a reformulação do segundo passo.

Com este sistema, acredita-se que os enfermeiros possam atuar de forma atempada com a pessoa, através de três níveis de prevenção, que funcionam em sentido circular (Tomey; Alligood, 2004; George [et al], 2000):

- **Prevenção primária**: protege o organismo, através da promoção da saúde, antes que este se depare com o estressor principal. Quando este é devidamente identificado, envolve a redução da probabilidade da pessoa contactar com o estressor e/ou fortalece o organismo para diminuir a sua reação, quando em contacto com o mesmo;

⁵ Pode ser um indivíduo, família, grupo, comunidade ou questão social (Tomey; Alligood, 2004).

- **Prevenção secundária**: visa reduzir o efeito ou possível efeito dos estressores, através do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz dos sintomas da doença;
- **Prevenção terciária**: visa reduzir os efeitos residuais do estressor depois do tratamento e o fortalecimento das resistências. Inclui as ações reabilitadoras de Enfermagem, com o intuito de manter ou reencontrar o equilíbrio do sistema.

De realçar que, para desenvolver as atividades inerentes ao foco de interesse deste ENP, foram privilegiadas as intervenções que visaram a prevenção primária e a prevenção secundária das LME na comunidade.

Betty Neumam, através do seu Modelo de Sistemas, defendeu que a Enfermagem é uma profissão única, pois consegue estar intrinsecamente relacionada com todas as variáveis que poderão afetar a resposta do indivíduo aos fatores de estresse (Tomey; Alligood, 2004). “Ao apoiar a estabilidade, a enfermeira proporciona o vínculo entre o sistema do cliente, o ambiente, a saúde e a enfermagem” (George [et al], 2000, p.231).

A Enfermagem de Reabilitação é uma disciplina que vai ao encontro dessa conjuntura, pois, e particularmente em contexto comunitário, procura promover a adaptação da pessoa aos estressores ambientais, que possam de alguma forma destabilizar o sistema e comprometer a sua saúde, sem deixar de considerar que cada cliente é único, fazendo com que este referencial teórico determine práticas verdadeiramente holísticas.

Neste ENP, que se desenrolou em contexto comunitário, procurou agir-se sempre com base nestes pressupostos teóricos, os quais acompanharam e alicerçaram todo este percurso académico.

CAPÍTULO II

A PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NA COMUNIDADE: QUE DESAFIOS PARA A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

2.1 – A ERGONOMIA, CIÊNCIA COMPLEMENTAR DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Os profissionais de saúde especializados constituem um grupo de excelência para a aplicação dos princípios da abordagem participativa da Ergonomia (Serranheira; Uva; Leite, 2012).

Será, então, importante que o EEER detenha um conhecimento aprofundado na área da Ergonomia, no sentido, de dotar a sua prática de saberes específicos, no que diz respeito à prevenção das LME na comunidade, pois, de acordo com Faro (2006) “é preciso reconhecer a magnitude do que concerne à abrangência da Reabilitação, ou seja, é essencialmente dinâmica, multi e interdisciplinar, fazendo interface com várias ciências (...)”, ciências essas que se compõe para o desenvolvimento e implementação da reabilitação, envolvendo uma abordagem holística do indivíduo (p.129).

Partindo destas afirmações, para desenvolver este ENP, foi importante aprofundar conhecimentos, como já foi dito anteriormente, no âmbito da Ergonomia, pois esta ciência desempenha, então, um papel central na prevenção das LME.

Embora a aplicabilidade desta ciência esteja, hoje em dia, muito direcionada para o ambiente laboral, foi importante perceber os princípios por que esta se rege, para depois os transpor para a realidade dos CIDDD e da Saúde Escolar, pois de acordo com a *Internacional Ergonomics Association* (IEA), a Ergonomia ajuda a harmonizar os fatores que interagem com as pessoas em termos das suas necessidades, habilidades e limitações (IEA, 2017).

A Ergonomia emerge de uma evolução histórica que contribuiu para uma maior consciencialização e participação dos trabalhadores, capacitando-os para a identificação e correção de problemas no seu contexto de trabalho com vista à promoção da sua saúde, conforto, segurança, bem-estar e eficiência (Rebelo, 2017).

Derivado do grego *ergon* (trabalho) e *nomos* (leis), a “Ergonomia” é a disciplina científica que estuda as interações dos homens e outros elementos dos sistemas, que se estendem a todos os aspetos da atividade humana, ou seja, é uma ciência que promove uma abordagem holística, na qual considera os fatores físicos, cognitivos, sociais, organizacionais, ambientais e outros, aplicando teorias, princípios e métodos, de modo a otimizar o bem-estar humano e o desempenho geral do sistema (IEA, 2017).

O principal objetivo prático da Ergonomia é elevar a qualidade de vida do ser humano e, assim, aumentar o seu desempenho no trabalho e nas AVD, diminuindo a fadiga,

evitando as doenças e os acidentes, tendo por consequência um melhor resultado qualitativo e quantitativo das tarefas realizadas (Rebelo, 2017).

Para construir o seu saber, esta ciência socorre-se de várias disciplinas, como a Anatomia, a Fisiologia, a Antropometria, a Biomecânica, a Gestão, a Economia, a Psicologia Cognitiva, entre outras (Másculo; Vidal, 2011; Rebelo, 2017).

Um dos contributos que é necessário ter em conta é o da Fisiologia do Trabalho, que classifica o esforço muscular em duas formas, formas essas que é necessário ter em conta, aquando da compreensão da atividade humana, pois poderão trazer consequências nefastas ao indivíduo, se praticadas durante longos períodos de tempo (Másculo; Vidal, 2011):

- **Trabalho muscular dinâmico** (rítmico): caracterizado por uma sequência rítmica de contração e relaxamento da musculatura em trabalho, como p. ex. nas atividades inerentes à movimentação manual de doentes (MMD);
- **Trabalho muscular estático** (postural): representado por um estado de contração prolongado da musculatura corporal, o que, em geral, implica uma certa imobilidade, pois o músculo não pode ser distendido e permanece num estado de tensão prolongado, como p. ex. a postura sentada de um estudante na sala de aula.

Para além do mais, há diversos fatores de risco que podem concorrer, igualmente, para a existência de acidentes e lesões/doenças na execução das atividades laborais e de vida diária do ser humano. Exemplo disso são os fatores de risco biológicos; mecânicos; físicos; químicos; individuais (p. ex. a idade, género, características antropométricas, situação de saúde, má condição física; a falta de força adequada para executar tarefas); organizacionais (p. ex. a longa duração das tarefas; a ausência de pausas; a deficiência da organização do trabalho; a exigência de aceleração e desaceleração excessivas); psicossociais (p. ex. a fadiga e/ou outros fatores psicológicos) e biomecânicos (Sousa [et al], 2005; Portugal, 2008).

De realçar que as crianças estão expostas a fatores de risco específicos, diferentes dos adultos, mas também eles conducentes a efeitos negativos para a saúde músculo-esquelética, destacando-se os de natureza (Carnide, 2006):

- **Física**: manutenção da postura de sentado por longos períodos de tempo, adoção de posturas desfavoráveis devido ao desajustamento do mobiliário escolar às características antropométricas ou à natureza da atividade desenvolvida e a manipulação de cargas motivadas pelo transporte incorreto de mochilas;

- **Psicossocial**: frequência e duração das tarefas escolares, exigências de atenção e concentração, motivação, envolvimento dos pais e dos educadores, coesão dos alunos, autonomia na realização das tarefas e cooperação;
- **Individual**: antecedentes clínicos de LME, idade, género, características antropométricas e morfológicas, prática de atividade física.

Os fatores de risco ergonómico merecem especial destaque, pois, ao contrário de outros tipos de riscos, estes estão quase sempre presentes em muitas das tarefas e atividades do dia-a-dia de cada pessoa (Rebelo, 2017).

2.1.1 – Fatores de Risco Ergonómicos

Os fatores de risco ergonómicos estão, muitas vezes, interligados com outros tipos de riscos, dos quais não podem ser separados, mas não devendo ser confundidos.

Assim, nesta categoria, identificam-se cinco fatores de risco ergonómicos: posturas adotadas, esforço físico, movimentação de cargas, movimentos repetitivos e atividades monótonas (Sousa [et al], 2005).

Relativamente às posturas adotadas e ao esforço físico, é importante compreender que a maior parte das atividades físicas e manuais obrigam à adoção de posturas inadequadas, como a hiperflexão ou hiperextensão da coluna dorso-lombar; as sobrecargas musculares; e/ou a pressão sobre os nervos, plexos nervosos e cartilagens, entre outras (*ibidem*).

Contudo, hoje em dia, assiste-se à substituição do trabalho manual pelo trabalho mental, automatizado e informatizado, que se traduz numa cada vez maior percentagem de tempo consumido a realizar tarefas de carácter estático (*ibidem*). O uso de monitores resulta numa acentuada diminuição da atividade física, conduzindo à adoção de posturas rígidas, associadas a contrações musculares estáticas de longa duração, podendo sobrecarregar os músculos do pescoço, dos ombros e dos braços, bem como toda a coluna vertebral (*ibidem*).

Juntamente com as posturas adotadas e o esforço físico, outro fator de risco ergonómico é a manipulação de cargas, que é qualquer operação de levantamento/sustentação, deslocação e transporte de uma carga por uma ou mais pessoas, que comporta riscos, nomeadamente, na região dorso-lombar (DL 330/1993).

De salientar que a movimentação de cargas pode ser realizada de forma manual ou mecânica. A primeira diz respeito a “qualquer operação de transporte e sustentação de uma carga, por um ou mais trabalhadores, que devido às suas características ou condições ergonómicas desfavoráveis, comporte risco(s) para os mesmos (...)” e a movimentação mecânica de cargas “traduz-se no manuseamento de cargas (...), socorrendo-se do uso de um equipamento de trabalho para execução dessa tarefa” (Sousa [et al], 2005, p.26-27; DL 330/1993).

A movimentação manual de cargas encontra-se regulamentada pelo DL 330 de 25 de setembro de 1993. Esta legislação promoveu a necessidade de se efetuar a avaliação de riscos das operações que envolvam a movimentação manual de cargas de modo a determinar o risco para os profissionais e identificar também as responsabilidades específicas para o empregador e para o profissional (DL 330/1993).

Os fatores de risco na movimentação manual de cargas são os seguintes (*ibidem*):

- Características da carga (p. ex. carga muito pesada, grande e/ou volumosa);
- Esforço físico necessário (p. ex. quando é necessário realizar um movimento de flexão e/ou torção do tronco);
- Características do meio de trabalho (p. ex. espaço livre de movimentação insuficiente; piso irregular/desnivelado);
- Exigências da atividade (p. ex. esforços físicos frequentes e prolongados; período insuficiente de repouso fisiológico);
- Fatores individuais de risco (p. ex. falta de capacidade física; roupa, calçado e outros equipamentos inadequados; falta/insuficiente formação; existência prévia de LME);

Por fim, os movimentos e as atividades repetitivas e monótonas implicam uma elevada mobilização anatómica, principalmente dos membros superiores, exigem elevada atenção e podem afetar pessoas que realizam o mesmo tipo de movimento diversas vezes ao dia, o que pode acarretar lesões a nível da coluna cervical e dos membros superiores (Sousa [et al], 2005).

2.1.2 – A Mecânica Corporal na Prevenção das Lesões Músculo-esqueléticas

A prevenção das consequências deste tipo de fatores de risco remete-nos para a importância da análise da situação real do desempenho das atividades e o contexto específico onde são desempenhadas tanto a nível laboral como fora deste, bem como de outras variáveis intervenientes.

Igualmente, um conhecimento específico na área da Ergonomia e particularmente dos princípios básicos de mecânica corporal permite ao EEER contribuir para minimizar os efeitos da sobrecarga física, nomeadamente, na adoção de práticas seguras ao intervir na prevenção das LME relacionadas com as atividades que contenham fatores de risco ergonómicos anteriormente falados.

A mecânica corporal contribui para “usar corretamente as estruturas corporais, aumentar a eficácia e poupar energia (...)”, para minimizar o impacto das atividades que contribuam para a ocorrência de LME (OE, 2013, p.35).

De acordo com Potter e Perry (2006), a mecânica corporal caracteriza-se pelos esforços coordenados dos sistemas músculo-esquelético e nervoso para manter o equilíbrio, a postura e o alinhamento do corpo nas diversas atividades, promovendo a utilização mais eficaz da energia muscular (cit. por OE, 2013, p.35).

Para a utilização de uma correta mecânica corporal é fundamental conhecer os seguintes conceitos (Lemos; Teixeira; Mota, 2009; Potter; Perry, 2006; Marziale; Robazzi, 2000 cit. por OE, 2013, p.36):

- **“Postura**: posição do corpo no espaço, que envolve o mínimo de sobrecarga das estruturas com o menor gasto de energia para o máximo de eficiência na utilização do corpo;
- **Alinhamento**: posição do corpo em que os segmentos corporais estão colocados respeitando a sua anatomia e fisiologia. Diminui também a força sobre as articulações, tendões, ligamentos e músculos, mantém a tonicidade muscular e contribui para a estabilidade. A coluna vertebral é o «eixo» de um bom alinhamento;
- **Equilíbrio**: posição do corpo em que o peso se encontra dividido equitativamente pela superfície de apoio e que permite manter a postura correta. Implica alinhamento. O equilíbrio tem três componentes em articulação que importa detalhar: base de sustentação, centro de gravidade e linha de gravidade.”

Uma das estratégias de atuação, para uma avaliação ergonómica eficaz, consiste, p. ex., na observação ou filmagem da atividade da pessoa durante a interação com os elementos de um sistema, para numa fase posterior analisar o seu comportamento, pois “esta análise permitirá (...) compreender os princípios que fundamentam uma melhor interação com os envoltórios do dia a dia. É ainda possível compreender as tarefas

que são mais problemáticas, o tipo de dificuldades encontradas e a frequência com que ocorrem (Rebelo, 2017, p.23).

Perante o que foi exposto, só conhecendo os principais fatores de risco ergonómicos é que o EEER poderá agir em conformidade, utilizando uma avaliação ergonómica eficaz e a aplicação dos princípios básicos de mecânica corporal.

Seguidamente, podem, ser consideradas algumas medidas preventivas, como sejam (Sousa [et al], 2005; OE, 2013):

- Adoção dos princípios básicos de mecânica corporal na movimentação manual de cargas;
- Limitação das cargas a transportar;
- Rotatividade de tarefas repetitivas;
- Gestão do tempo;
- Ações ergonómicas nos locais de desempenho das atividades;
- Ações formativas e informativas.

Só tendo em conta estes aspetos é que o enfermeiro de reabilitação conseguirá contribuir para a criação de um ambiente adequado que promova a eficiência, segurança e conforto dos indivíduos, famílias e comunidade em geral.

Um conhecimento aprofundado na área da Ergonomia desempenha, então, um papel central na prevenção das LME, pois permite a avaliação das condições e do ambiente de desempenho das tarefas/atividades e a realização e a implementação de propostas de soluções que visem a redução dos riscos ergonómicos referidos, reduzindo, deste modo, a frequência destas lesões.

2.2 – AS LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS, COMO UM FOCO DE ATENÇÃO PRIORITÁRIO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O sistema músculo-esquelético é um dos maiores do organismo e engloba os ossos, as articulações, os músculos e estruturas de suporte (Phipps; Sands; Marek, 2003). “Todos os componentes trabalham juntos para produzir movimento [e uma] estrutura de suporte. Qualquer distúrbio neste sistema resulta em disfunção músculo-esquelética” (*idem*, p.2133).

De uma forma geral, definem-se as LME como estadios patológicos do sistema músculo-esquelético, que surgem em consequência do efeito cumulativo do desequilíbrio entre as solicitações mecânicas repetidas do trabalho e as capacidades de adaptação da zona corporal atingida, por insuficiência do tempo para a recuperação da fadiga (Ranney, 2000).

As LME constituem um conjunto de doenças inflamatórias e degenerativas do sistema locomotor, que podem atingir músculos, articulações, ligamentos, nervos, ossos e, geralmente, localizam-se nos membros superiores e na coluna vertebral, mas podem ter outras localizações, como os joelhos ou os tornozelos, dependendo da área do corpo afetada e da atividade de risco desenvolvida (Portugal, 2008).

Genericamente, os sintomas das LME incluem (*idem*, p.11):

- “Dor, a maior parte das vezes localizada, mas que pode irradiar para áreas corporais;
- Sensação de dormência (...) na área afetada ou em área próxima;
- Sensação de peso;
- Fadiga ou desconforto localizado;
- Sensação de perda ou mesmo perda de força.”

A sintomatologia músculo-esquelética é um assunto delicado, devido à sua génese, mas também, ao seu diagnóstico e tratamento.

Segundo Ranney (2000) o processo de evolução dos sintomas pode ser caracterizado em quatro estadios:

- **Estadio I:** a pessoa apresenta sensação de peso e desconforto na área afetada, com dor espontânea. Os sinais inflamatórios estão ausentes, a dor não irradia e melhora com o repouso. O prognóstico é bom;
- **Estadio II:** a dor torna-se mais intensa e persistente, sendo tolerada. Provoca quebra na produtividade. Demora mais tempo a recuperar com o repouso, pode ser acompanhada de sensação de formiguelo e calor, com leves distúrbios da

sensibilidade e a recuperação é mais lenta mesmo com repouso. O prognóstico é favorável.

- **Estadio III:** a intensidade de dor aumenta tornando-se mais persistente. É comum a ocorrência de dor noturna. Edema e alterações da sensibilidade estão presentes. O sistema nervoso autónomo pode sofrer alterações, provocando sudção e palidez. A produtividade é muito afetada e, às vezes, a tarefa torna-se impossível de ser realizada. O prognóstico é reservado.
- **Estadio IV:** a dor torna-se contínua e, às vezes, insuportável. O edema torna-se persistente e, nesta fase, a atrofia e as deformidades são características. Alterações no perfil psicológico podem acompanhar este quadro. A capacidade de trabalho é anulada e advém em incapacidade. O prognóstico é desfavorável.

O diagnóstico das LME não é simples, pois a dor e o desconforto podem ser confundidos com outras patologias. No entanto, o diagnóstico precoce é essencial para poder preservar o mais possível a qualidade de vida da pessoa (Portugal, 2008).

Se a exposição aos fatores de risco, previamente abordados, se mantiver, os sintomas que no início têm cariz intermitente, tornam-se gradualmente persistentes, interferindo com a capacidade laboral do indivíduo (*ibidem*), mas, também, com as suas atividades do dia-a-dia.

As LME podem ser agrupadas de acordo com a estrutura corporal afetada (Portugal, 2008):

- **Distensão/contratura muscular:** lesão que envolve uma contusão/estiramento e rutura das fibras musculares;
- **Tendinites/tenossinovites:** lesões a nível dos tendões e bainhas tendinosas (p. ex. tendinite do punho, epicondilite e os quistos das bainhas dos tendões);
- **Síndromes canaliculares:** lesão a nível de um nervo (p. ex. síndrome do túnel cárpico);
- **Raquialgias:** lesão osteoarticular e/ou muscular ao longo de toda a coluna vertebral ou em alguma parte desta (p. ex. cervicalgias e lombalgias);
- **Síndromes neurovasculares:** lesão nervosa e vascular em simultâneo.

De realçar que, e contrariamente ao que se possa pensar, as LME não afetam só os adultos e idosos, pois a nível pediátrico, “as crianças e jovens, ainda em processo de crescimento, possuem um sistema musculoesquelético imaturo, uma ossificação incompleta e uma grande quantidade de tecido cartilaginoso que contribuem para uma

maior vulnerabilidade e para um aumento da incidência de lesões por sobrecarga” (Portugal, 2015a, p.14).

Uma das afeções mais comuns da criança/adolescente é a escoliose, que consiste num desvio lateral da coluna vertebral, de causa postural ou estrutural (Serra; Oliveira; Castro, 2012).

Segundo Coelho (2009) a conduta para o tratamento das LME inicia-se com um tratamento conservador, nomeadamente analgésicos e anti-inflamatórios, tratamento de reabilitação, reforço muscular, orientações preventivas e gerais sobre a organização do trabalho, ou mesmo o afastamento da atividade repetida. Em alguns casos há, ainda, a indicação para a intervenção cirúrgica.

A prevenção e o tratamento das LME pressupõe, desta forma, a atuação de uma equipa multidisciplinar capaz de dar resposta efetiva e eficaz à situação em causa.

Perante todas estas competências elucidadas e salientando que as LME nos estados avançados são irreversíveis, incapacitantes, com sofrimento psicológico que poderá ser intenso, faz todo o sentido que o enfermeiro de reabilitação intervenha na sua prevenção, antes que haja a manifestação das lesões de uma forma mais exacerbada.

Como já foi frisado previamente neste relatório, a intervenção do EEER visa promover o diagnóstico precoce e implementar ações preventivas, por forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais, prevenir complicações, evitar ou minimizar incapacidades instaladas e manter ou recuperar a independência na reabilitação das atividades de vida diárias (AVD) (Hoeman, 2011).

O EEER está particularmente preparado para desenvolver este tipo de programas, na medida em que é detentor de um conjunto de conhecimentos em diversos vetores, especialmente na área da Ergonomia, contribuindo, em última análise, para prevenir/reduzir as LME, com vista à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidade em geral.

A prevenção das LME nos CIDDD e na Saúde Escolar será alvo, de seguida, de uma análise teórica mais aprofundada.

2.3 – AS LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NOS CUIDADORES INFORMAIS DE DOENTES DEPENDENTES NO DOMICÍLIO: UMA REALIDADE SUBVALORIZADA, ESQUECIDA, INEXPLORADA E/OU MENOSPREZADA

O aumento de pessoas incapazes de satisfazer autonomamente as suas AVD e de viver de uma forma autónoma, devido a um estado de dependência temporário ou permanente, concomitantemente com as alterações verificadas nas políticas de saúde, coloca o núcleo de pessoas mais próximo do doente, num plano central e decisivo, no que concerne ao apoio e cuidados que presta, no domicílio e, por sua vez, na comunidade.

Esse núcleo é, na grande maioria das vezes, a “família” do doente que, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 2015, é definida como um “grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (OE, 2016b, p.143).

Perante o panorama atual, são, então, grandes os desafios que se colocam às famílias, pois o facto de um membro da família iniciar um processo de dependência altera a dinâmica familiar, acarretando uma mudança de papéis, gerando impacto negativo na economia familiar, na saúde e na qualidade de vida dos seus membros (Regadas; Marques, 2012).

Estas transformações pressupõem que a família adote novas funções quando a pessoa com necessidade de cuidados regressa a casa, apelando a um novo estatuto dos membros familiares, num desenvolvimento responsável e consciente dos valores socioculturais da família e da sociedade (Menoita, 2012).

Quando a família assume a responsabilidade de cuidar do seu familiar, normalmente, emerge do seu seio um elemento que se destaca na prestação desses cuidados, designando-se por “cuidador”, “familiar cuidador” e/ou “CI”, entre outros termos/expressões utilizados na gíria comum das ciências da saúde/sociais.

A CIPE, versão de 2015, define “cuidador” como “aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade; aquele que atende às necessidades de um dependente”, entendendo-se, neste caso, que poderá ser um indivíduo com ou sem formação e/ou laços de consanguinidade com o doente (OE, 2016b, p.143).

“Familiar cuidador” significa, por sua vez, um “cuidador: responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família” (*ibidem*).

Já, segundo Oliveira, Queirós e Guerra, o “CI” é concebido como o “familiar ou amigo que é solicitado a assegurar a maior parte dos cuidados que o doente requer quando retorna ao seu contexto familiar”, ao contrário de “cuidador formal” que é o “profissional de saúde que assume formalmente o exercício de uma profissão, pela qual optou de livre vontade e para a qual teve preparação académica e profissional” (2007, p.182).

Face a todos estes conceitos, é necessário ter em conta que o familiar ou o amigo que assume a maior parte dos cuidados e que se ocupa pela responsabilidade integral da supervisão, orientação e acompanhamento de outros é, normalmente, chamado de “cuidador principal” (Sena; Gonçalves, 2008). Os outros familiares que colaboram, pontualmente, na prestação de cuidados com maior ou menor regularidade, são os “cuidadores secundários” (*ibidem*).

Face ao que foi dito, escolheu-se a designação de “CI” para assinalar o indivíduo alvo das atividades preconizadas para este ENP, no âmbito da prevenção das LME, visto que a sua definição encaixa melhor com o tipo de prestadores de cuidados ao doente dependente no domicílio, que são e foram encontrados na comunidade.

Posto isto, estas denominações o que têm em comum é que identificam pessoas que se responsabilizam pelos cuidados de outrem e, conseqüentemente, asseguram respostas às necessidades humanas de uma pessoa em situação de dependência.

De acordo com o DL 101 de 2006, uma situação de “dependência” é aquela: “em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária” (p.3857).

No decorrer deste ENP, a família e, especialmente, o CI principal foram considerados como um foco de atenção prioritário, uma vez que se defende que a intervenção do EEER não se poderá cingir apenas à pessoa dependente como o núcleo desse processo.

Assim, ao invés dos profissionais de saúde, nomeadamente, o EEER, centrar a sua prática apenas na doença e nas necessidades físicas das pessoas com morbilidade, valoriza-se hoje uma reintegração adequada do doente com dependência na comunidade, tendo em atenção variáveis como os sistemas de suporte familiar, a localização geográfica, o acesso aos serviços de cuidados de saúde e recursos da comunidade, os recursos financeiros e as barreiras arquitetónicas e/ou psicossociais (Hoeman, 2011).

Desta forma, como foi dito, acredita-se que não basta interceder apenas com o doente, mas deve-se incluir a família em todo o processo de reabilitação, isto porque, prestar cuidados durante longos períodos de tempo no domicílio pode ser extremamente difícil e desgastante a nível físico, emocional, social, familiar e financeiro (Figueiredo, 2007), para além de que os CI constituem uma população de risco, pois apresentam uma baixa perceção da sua qualidade de vida e de saúde em geral (Figueiredo; Sousa, 2008; Martins, 2006).

Na atualidade, termos como fadiga, estresse, impacto e/ou sobrecarga, entre outros, são, muitas vezes, empregues pela comunidade científica, para descrever situações que afetam significativamente a vida dos CI.

A sobrecarga do CI – objetiva e subjetiva – diz respeito ao conjunto das consequências físicas, psicológicas e sociais, que ocorrem na sequência de um contacto próximo com um doente dependente, tais como: isolamento, ansiedade, depressão, diminuição da autoestima, sentimento de culpa, aumento da morbilidade, fadiga, perturbações do sono, dores músculo-esqueléticas, restrição da vida social e de lazer, negligência pelas necessidades próprias, conflitos familiares e laborais, entre outros (Schulz; Visitanier; Williamson, 1990; Sequeira, 2010).

A sobrecarga objetiva representa as consequências no familiar, como resultado da interação com os sintomas e os comportamentos do doente que se concretizam em alterações no quotidiano, na vida doméstica, nas relações familiares e sociais, no lazer, na saúde física e mental do cuidador e que são potencialmente quantificáveis (*ibidem*). A sobrecarga subjetiva consiste na perceção pessoal do familiar cuidador sobre as consequências do cuidar, nomeadamente nos sentimentos, atitudes e reações emocionais à experiência do cuidado (*ibidem*).

Vários autores fazem referência a esta variável nos seus estudos e referem que a sobrecarga, principalmente a nível físico, deve-se a um excesso de atividades a desenvolver pelo CI, ao esforço físico pela complexidade das mesmas, ao abandono de tratamentos por dedicar o seu tempo ao doente e à diminuição das horas de sono, com o consequente cansaço (Cruz [et al], 2004; Veríssimo; Moreira, 2004).

Deste modo, os familiares que cuidam dos seus entes queridos estão propensos a uma maior morbilidade, visto que a assistência aos doentes aliada à falta de preparação e de resistência física e ao receio de não conseguirem realizar a tarefa de forma adequada desencadeiam tanto desgaste físico, quanto mental (Lage, 2007; Costa [et al], 2013).

Também, o conjunto diário de esforços empregues – que excedem as reais capacidades físicas – associado à falta de tempo e de descanso insuficiente e/ou ao esquecimento da

toma da medicação, conduzem (voluntária ou involuntariamente) à negligência da sua própria saúde (Burton [et al], 1997, cit. por Loureiro, 2009).

Além dessas questões, a não adesão a comportamentos de promoção à saúde poderá conduzir este grupo específico de pessoas à dependência na idade avançada e, consequentemente, à necessidade também de um cuidador (Costa [et al], 2013).

Schulz e Beach (1999), no seu estudo, mostram que os indivíduos que reportam tensão permanente associada à prestação de cuidados informais têm alto risco de mortalidade durante os primeiros quatro anos da experiência (cit. por Lage, 2007).

Portanto, “a saúde física do cuidador informal condiciona o seu próprio desempenho na prestação de cuidados ao seu doente, bem como o *stress* que dela emerge. O *stress*, por sua vez, pode influenciar a saúde do mesmo ao potenciar agravamento ou ainda o desenvolvimento de patologias” (Loureiro, 2009, p.37).

Após a revisão da literatura efetuada, especificamente em estudos sobre o impacto de cuidar de doentes dependentes, reparou-se que a referência à incidência das LME nos CI está pouco explorada, havendo, de facto, uma ligeira abordagem, mas a inexistência ou escassez de dados estatísticos sobre esta variável foi uma realidade constatada, fazendo crer que esta possa estar a ser, de certa forma, negligenciada, subvalorizada e/ou menosprezada.

Num estudo consultado, intitulado de “Idosos Dependentes: Famílias e Cuidadores”, 40,7% dos cuidadores entrevistados manifestaram dor lombar (Karsch, 2003), podendo, tais sintomas, estar relacionados com as atividades diárias de cuidados, com os pacientes e com as suas condições físicas, gerando, consequentemente, sobrecarga músculo-esquelética e má postura (Costa [et al], 2013).

As condições físicas desses cuidadores levam a inferir que são doentes em potencial e que a sua capacidade funcional está constantemente em risco (Karsch, 2003), principalmente se forem do género feminino. Santos (2015) afirma que o facto da sintomatologia das LME ser maior nas mulheres, poderá estar relacionado com a menor força muscular, opinião corroborada pelo Guia de Orientação para Prevenção das Lesões Musculoesqueléticas e Relacionadas com o Trabalho (Portugal, 2008) que defende que o género tende a ser considerado como um fator de risco.

Noutro estudo sobre as consequências de ser cuidador familiar, a maioria dos participantes relatou problemas na sua saúde física, tais como dores nas costas e braços, hipertensão arterial e alterações no sono, atribuída às exigências dos cuidados e ao tempo limitado do próprio autocuidado (Fonseca; Penna; Soares, 2008).

Já Brito (2002) identificou vários problemas de saúde nos CI como problemas osteoarticulares, gripe, cansaço e depressão.

Costa [et al] (2013) refere que quanto à ocorrência de dores articulares, 44,8% dos cuidadores estudados manifestaram presença de dor, localizada na coluna lombar, membros superiores e coluna cervical. Isto pode ser explicado porque o estresse inerente ao cuidar gera alterações bioquímicas no cérebro que, por meio da libertação de neurotransmissores, aumenta a excitabilidade neural, resultando no processo de dor (*ibidem*).

Como se pode concluir, pelos dados apresentados, a incapacidade física potencialmente gerada por estas queixas é causadora de tensão, pela intensa exigência requerida pelo dependente, o que exige esforço físico e atenção constante do CI, gerando impactos negativos e sobrecarga nos domínios não só domínio físico, mas também, psicológico, social e financeiro (*ibidem*).

2.3.1 – Ser Cuidador Informal: que Preparação para o (seu) Autocuidado

Àqueles que assistem nas AVD dos doentes dependentes, nomeadamente, nos cuidados de higiene, vestir/despir, posicionar, transferir e transportar, entre outros, são impostos níveis elevados de maior sobrecarga e tensão.

Todas as tarefas mencionadas implicam a MMD, que corresponde à “movimentação ou reposicionamento de pacientes em sua cama, de cama para cama, da cama para cadeira ou qualquer outra mudança de postura ou de superfície para outra” (BVS, 2017).

Atualmente existe na literatura considerável discussão em torno da (falta de) capacitação do CI, a qual pode acarretar, se escassa ou inexistente, processos deletérios do cuidar (Costa [et al], 2013).

O exercício do papel de prestador de cuidados acarreta, como já foi precedentemente abordado, níveis consideráveis de sobrecarga física, emocional, social e financeira, onde investir na formação é essencial, nomeadamente ao nível do “conhecimento, o domínio das técnicas, a segurança quanto à actuação e à protecção pessoal” (Nogueira, 2003, cit. por Machado 2013, p.139).

Como refere Augusto (2005), as pessoas que cuidam de pessoas dependentes, apesar da sua vontade para cuidarem no domicílio, fazem-no, em grande parte das vezes, sem uma preparação adequada. A alta de uma pessoa dependente de um hospital para o seu domicílio é um processo, frequentemente, causador de angústia para a pessoa doente como para a pessoa que vai tratar dela (*ibidem*).

Roger e Bonet (2000) salientam que as consequências são ainda mais acentuadas se o cuidador não tiver conhecimentos, habilidades ou o apoio suficiente para prestar efetivamente esses cuidados, como acontece quando se cuida no domicílio (cit. por Paúl; Fonseca, 2006).

Tal como refere Duarte (2012), “o domicílio requer do enfermeiro: a ênfase na educação da pessoa e da família; a avaliação do ambiente da casa; a compreensão dos recursos da comunidade; a utilização da evidência para se adaptar aos cuidados domiciliários; a assumpção de um papel de *advogado* para capacitar a pessoa e a família; e que seja uma influência no sistema de cuidados de saúde” (p.188).

Para perceber que tipo de intervenção é tida por parte dos enfermeiros generalistas e dos enfermeiros especialistas, de acordo com as necessidades e expectativas dos cuidadores, tanto na preparação da alta hospitalar de um doente dependente, numa situação de transição de um internamento para o domicílio, assim como no domicílio, consultaram-se alguns estudos realizados neste âmbito específico.

De acordo com os resultados do estudo de Martins (2014) a maioria dos cuidadores analisados perceciona que o apoio/acompanhamento de Enfermagem é insuficiente e centra-se dentro da própria família e, em alguns casos, a nível da vizinhança. Também, esta população apresentou expectativas relativamente às intervenções dos enfermeiros, centrando-as ao nível do apoio/ajuda e, essencialmente, na aquisição de formação para o desenvolvimento de habilidades e competências para cuidar do idoso dependente (*ibidem*).

Lemos, Magalhães e Mata (2013), no seu projeto de intervenção intitulado de “Avaliação das Dificuldades dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes”, concluíram que as principais dificuldades sentidas pelos mesmos centravam-se na falta de formação ou preparação para lidar com a dependência do idoso.

Sequeira (2010), num estudo efetuado em 2007 junto de 182 cuidadores de idosos dependentes com e sem demência, menciona que os cuidadores se deparavam com dificuldades no cuidar (p. ex. restrições sociais, problemas relacionais, falta de apoio familiar e exigências do cuidar) e que estas eram causadas pela falta de informação e de preparação para o desempenho do papel.

Por outro lado, perante estas necessidades, e numa lógica de promoção da saúde, as sessões de EPS que são realizados aos cuidadores pelos profissionais de Enfermagem, orientam-se, essencialmente, para os cuidados de higiene e são realizados, maioritariamente, no dia da alta hospitalar, não capacitando o cuidador para cuidar do seu ente querido no domicílio (Barreiras, 2013).

De acordo com a investigação de Branco (2015), as áreas trabalhadas nas sessões de EPS com os cuidadores e a equipa de Enfermagem foram, designadamente, a higiene, o vestuário, a alimentação, o posicionamento, a marcha e a transferência do doente. Esta autora conclui que, apesar destes conhecimentos transmitidos terem sido úteis, tanto no plano teórico e demonstrativo, para que algumas das estratégias de cuidado fossem mais bem compreendidas pelos cuidadores, os mesmos foram insuficientes para quem tem pela primeira vez uma pessoa dependente para cuidar diariamente (*ibidem*).

Já Guedes (2011), menciona que, e indo ao encontro do panorama global exposto anteriormente, “relativamente ao contributo dos enfermeiros na sua preparação para cuidar da pessoa idosa dependente, os dados revelaram que os ensinamentos realizados junto dos cuidadores, focam essencialmente o cuidar instrumental. Cuidam só da pessoa idosa dependente descurando o familiar cuidador e a família” (p.12).

Como se pode facilmente compreender, e tal como afirmam Veríssimo e Moreira (2004) “verifica-se de um modo global, que os cuidadores valorizam em primeiro lugar as necessidades da pessoa cuidada, relegando para um plano secundário as suas necessidades” (p.63), em que “o apoio recebido por estes não corresponde às suas necessidades, particularmente ao nível do apoio domiciliário, o que pode ser explicado pela baixa cobertura e desenvolvimento dos serviços domiciliários, quer ao nível dos serviços de saúde, quer dos serviços sociais” (p.64).

Para colmatar estas evidências, evidencia-se o papel do EEER como gestor e organizador de recursos que possibilitem a potencialização das forças das famílias, enquanto sistemas sociais dinâmicos e pró-ativos nos seus processos de vida, onde se incluem situações de doença e de dependência, sem negligenciar as necessidades dos membros que a compõem.

De acordo com Andreasen (2003), Spar e La Rue (2005), as repercussões que surgem ao familiar cuidador vão variando no processo de cuidar, dependendo da evolução do estado de saúde da pessoa dependente, sendo que a sobrecarga/estresse é mais intensa no início do cuidar, com probabilidades de diminuir à medida que o familiar cuidador se vai adaptando à nova situação e vai adquirindo mais competências para cuidar. Por isso mesmo, Paúl e Fonseca (2006) afirmam que cuidar de um familiar debilitado e/ou dependente também poderá integrar aspetos positivos como a solidariedade, a proximidade e a intimidade.

Assim, é-se da opinião que o EEER, por se encontrar mais próximo e mais em contacto com o(s) CI e devido às competências específicas que lhe são atribuídas, é o profissional

indicado para atuar, com o intuito de prevenir os danos músculo-esqueléticos nesta camada da população.

A ISO TR 12296 identifica métodos e técnicas para a avaliação de riscos nas operações de MMD, assim como estratégias e soluções para a redução desses riscos (ISO/TR, 2012). Este documento não deverá ser descurado na prática clínica diária do EEER, neste âmbito específico.

Deste modo, a implementação de programas de promoção da saúde deverá incidir não só nos aspetos inerentes às AVD e aos autocuidados dos doentes dependentes, mas igualmente deverá abordar os princípios básicos de mecânica corporal, bem como a execução regular de programas de exercícios que interrompam as cadeias de tensões acumuladas no quotidiano, decorrentes da execução das técnicas de MMD, não esquecendo o aconselhamento sobre produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), atendendo aos recursos disponíveis e ao ambiente em que os destinatários estão inseridos (OE, 2013).

Costa e Othero (2014) corroboram com o que foi antes dito ao defenderem que a diminuição da sobrecarga dos cuidados nos membros da família prestadores de cuidados poderá passar pelo ensino acerca dos princípios básicos de mecânica corporal e/ou técnicas de relaxamento e conservação de energia, competência esta que se encontra no campo de atuação do EEER.

Partindo do princípio que “os cuidados de enfermagem ideais são aqueles que «satisfazem as necessidades dos doentes», o que inclui envolver a família (...)” (Carvalhais; Sousa, 2011, p.80), acredita-se que o EEER, ao considerar a família como um sistema ativo no processo de prestação de cuidados à pessoa com dependência em ambiente domiciliário, contribui para que o CI preste cuidados à pessoa dependente, com segurança e com conhecimentos, sem descurar as suas próprias necessidades, tornando o ato de cuidar fonte de bem-estar comum e natural tanto para o cuidador, como para sujeito passivo que recebe os cuidados.

2.4 – SAÚDE ESCOLAR: UMA ÁREA EMERGENTE DE ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO ÂMBITO DA PREVENÇÃO DAS LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NA COMUNIDADE

A Carta de Ottawa, em 1986, reconheceu que a saúde é gerada e vivida pelas pessoas nos espaços da sua vida diária e é através da interação entre os ambientes e as pessoas que se cria um padrão de saúde do indivíduo, da família, da escola e da comunidade (Portugal, 2015a).

A Escola, além de ter uma função pedagógica específica, tem um cariz social e político voltado para a transformação da sociedade, relacionado com o exercício da cidadania e o acesso às oportunidades de desenvolvimento e de aprendizagem, razões que justificam ações direcionadas para a comunidade escolar, dando resposta às necessidades de promoção da saúde (Rocha, 2010).

É nas escolas que as crianças e os jovens vivem momentos em que os hábitos e as atitudes estão a ser desenvolvidos e dependendo da idade ou da abordagem, poderão estar a ser revistos (*ibidem*).

São grandes os desafios que se colocam hoje em dia nas escolas, em que os cuidados de saúde nesses locais específicos, sem perder a sua identidade, devem ter uma preparação específica, o que exige uma visão alargada de uma realidade social e económica complexa e mutante, a par de continuar a ajudar as gerações de jovens a atingir a plenitude do seu potencial de saúde (Portugal, 2015a).

De acordo com a Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (2013), “em Portugal, a Escola é frequentada por cerca de 1600000 alunos/as, numa rede de 9500 estabelecimentos de educação e ensino reunidos em mais de 800 Agrupamentos, tornando-se o local privilegiado para promover a saúde ao longo desta importante etapa do ciclo de vida” (cit. por Portugal, 2015a, p.12).

Entende-se, então, como “Saúde Escolar”, as ações voltadas para a comunidade escolar para a concretização das propostas de promoção da saúde, onde se considera que o período escolar é fundamental para se trabalhar a saúde na perspetiva da sua promoção, desenvolvendo ações para a prevenção de doenças e para o fortalecimento dos fatores de proteção (BVS, 2017).

A Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde ajuda os países a atingir as metas e os objetivos das políticas da Organização Mundial da Saúde (OMS), para a saúde e o bem-estar, *Health 2020* e Europa 2020 e conduz a uma efetiva implementação da promoção e EPS em meio escolar (Portugal, 2015a).

Deste modo, “a promoção da saúde em meio escolar, (...) tem como ponto de partida as necessidades reais da população escolar, desenvolve processos de ensino e aprendizagem que melhoram os resultados académicos e contribui para elevar o nível de literacia para a saúde e melhorar o estilo de vida da comunidade educativa” (*idem*, p.12).

A promoção da saúde deverá ser, então, o modelo de intervenção adotado na capacitação da comunidade educativa que compreende crianças, alunos/as, pessoal docente e não docente, pais/mães ou encarregados/as de educação (Portugal, 2015a).

Pelo exposto, o EEER, ao ser um profissional que atua como um agente fulcral na obtenção de ganhos em saúde da população, contribui para o PNS, como interveniente e parceiro na criação de ganhos em saúde em diversas áreas de atuação (Rocha, 2010).

Uma das vertentes de atuação do EEER na comunidade é, então, a Saúde Escolar.

Este profissional, para conduzir a sua prática de uma forma mais rigorosa, deverá assentar a sua atuação nos princípios das Escolas Promotoras de Saúde, numa metodologia de trabalho por projeto e ter em conta os dados epidemiológicos inerentes à saúde da população escolar (Portugal, 2015a).

De acordo com o *Disability Adjusted Life Years* (2010), a maior carga de doença, na saúde escolar expressa em anos de vida perdidos foi devida a perturbações mentais e comportamentais (22% dos 5 aos 14 anos de idade e 26% dos 15 aos 19 anos de idade), LME (13,5% dos 5 aos 14 anos de idade e 20% dos 15 aos 19 anos de idade) e acidentes (8,8% dos 5 aos 14 anos de idade e 18% dos 15 aos 19 anos de idade) (cit. por *ibidem*).

Isto pode explicar-se pelo facto de que é entre os 10 e os 16 anos de idade que a criança/adolescente passa por intensas transformações físicas, que culminam num expressivo crescimento corpóreo, podendo acarretar, consequentemente, uma maior suscetibilidade ao aparecimento de distúrbios posturais (Moreira; Cornelian; Lopes, 2013).

Como se pode concluir pelos dados expostos, entre os 5 e os 19 anos, as LME têm um peso crescente na qualidade de vida das crianças e adolescentes (13,5% para 20%), com reflexos na saúde a médio e a longo prazo, pelo que uma intervenção sistematizada do EEER neste campo específico, torna-se prioritário.

Mais especificamente, a evidência da existência de alterações degenerativas da coluna, nomeadamente a escoliose, a hipercifose e a hiperlordose em várias fases do crescimento alerta para a importância e para a urgência de uma intervenção precoce (Phélip, 1999, cit. por Carnide, 2006; Moreira; Cornelian; Lopes, 2013).

Teixeira, no seu estudo desenvolvido em 2014 e intitulado de “Prevalência de Perturbações Músculo-esqueléticas no Adolescente”, concluiu que a maioria (80,8%) dos inquiridos referiu perturbações músculo-esqueléticas nos últimos três meses, sobretudo ao nível dos ombros (27,8%), zona dorsal (25,3%), coxa/anca (25,3%), pescoço (23,4%) e zona lombar (22,8%), verificando-se, ainda, que as perturbações músculo-esqueléticas são mais prevalentes nos adolescentes do género feminino.

Este tipo de problemas nas idades mais jovens trazem, igualmente, um impacto económico substancial, com custos diretos e indiretos relacionados com a incapacidade, onde existe uma evidência crescente de que os mesmos têm um valor preditivo sobre a experiência de LME na idade adulta (Adams; Mannion; Dolan, 1999; Harreby; Nygaard; Hesselsoe [et al], 1995; Salminen; Erkontalo; Pentti [et al], 1999, cit. por Carnide, 2006).

O Programa Nacional de Saúde Escolar 2015, publicado pela Direção-Geral da Saúde, que tem como horizonte temporal o ano de 2020, afirma que este tipo de lesões a nível músculo-esquelético “(...) resultam, frequentemente, da sobrecarga física associada ao peso em excesso de mochilas, à adoção de posturas incorretas, por desajustamento do mobiliário escolar às suas características antropométricas, e à atividade desportiva inadequada, por tipo de prática ou excesso de exercício” (Portugal, 2015a, p.13-14).

Rocha (2010) atestando o anteriormente mencionado, acrescenta que, dentro da Saúde Escolar, pela cultura social existente, é fundamental distinguir dois aspetos fundamentais geradores de lesões/doenças, incapacidades e morbilidades no sistema músculo-esquelético, sobre os quais é essencial a intervenção da Enfermagem de Reabilitação, que são: as posturas incorretas (p. ex. enquanto o aluno está sentado na secretária a escrever) e o transporte de cargas inadequado (p. ex. a mochila escolar).

Este autor, acrescenta ainda que estes dois tipos de fatores “(...) levam a posições viciosas, deformidades e patologias osteoarticulares e musculotendinosas que vão influenciar a qualidade de vida das crianças e propiciar futuros adultos detentores de limitações e incapacidades, produzindo, assim, a curto prazo, gastos acrescidos pela necessidade de cuidados de saúde e absentismo e limitação laboral” (*idem*, p.3).

Moreira, Cornelian e Lopes (2013), no seu estudo, concluem que a alteração postural é muito frequente em adolescentes, podendo ser ocasionada por posições inadequadas e rotineiras, como por exemplo, o manter a posição sentada ou durante o ato de carregar a mochila com peso inadequado.

Logo, como se deduz, a utilização regular de mochilas, frequentemente pesadas, comportando os manuais e materiais para todo o dia escolar, apresenta uma

multiplicidade de riscos, sobretudo durante o período de crescimento e especialmente na adolescência (Araújo, 2011).

A *American Pediatrics Society*, a Direção-Geral da Saúde e a Direção-Geral do Consumidor, devido a esta problemática, sugerem que o peso das mochilas, pastas e similares não deve ultrapassar 5% do peso corporal das crianças da pré-escola e 10% do peso corporal do aluno do ensino básico (Schulze, 2003; Portugal, 2015c, Direção-Geral do Consumidor, 2015). Uma mochila vazia não deve pesar mais do que 500 gramas (*ibidem*).

No âmbito da capacitação da comunidade educativa para a adoção de estilos de vida saudáveis, o Programa Nacional de Saúde Escolar 2015 elenca sete áreas prioritárias de intervenção, sendo uma delas a “Educação Postural”, que se constitui como uma importante estratégia para influenciar as condições de saúde músculo-esqueléticas ao longo da vida, no sentido da promoção de hábitos posturais corretos, numa intervenção sistematizada ao nível do plano preventivo e educacional (Portugal, 2015a).

Portanto, dentro da “Educação Postural”, deverá ser privilegiada uma atuação que previna os riscos decorrentes de uma postura sentada incorreta; no modo de transporte da mochila; na adequação das características do mobiliário escolar às AVD e às fases de crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens, enquanto fatores responsáveis pela aquisição ou agravamento de problemas de saúde a nível músculo-esquelético (Portugal, 2015a).

Assim, o EEER deverá socorrer-se de outras ciências, na construção da sua prática diária, sendo que dentro da Saúde Escolar e, especificamente, na perspetiva da Educação Postural essa realidade não é exceção.

Mais uma vez, a Ergonomia poderá contribuir para uma prática sustentada do EEER, pois aplicada ao contexto escolar visa a conceção adequada dos espaços de formação, tornando indispensável um melhor conhecimento da atividade dos docentes e dos alunos, o que requer a consideração das situações de ensino no seu todo (Carnide, 2006).

Perante o que foi dito, defende-se que o EEER é o profissional indicado para melhorar os conhecimentos de anatomia, biomecânica e fisiopatologia da coluna e fornecer orientações ergonómicas e posturais para as AVD da comunidade escolar, reforçando os fatores de proteção inerentes (Portugal, 2015a).

Na opinião de Moreira, Cornelian e Lopes (2013), quando intervenções adequadas são iniciadas nesta fase, a correção ou amenização dos problemas ocasionados pelos desvios posturais é possível, uma vez que os jovens estão numa fase de pleno desenvolvimento físico, considerando que uma parte expressiva desses desníveis

posturais pode apresentar correção a partir de um adequada correção postural e alongamento muscular.

Uma das conclusões do estudo de Teixeira (2014) é que o EEER tem um importante papel no sentido da promoção de comportamentos saudáveis na comunidade escolar, relacionados com o correto uso da mochila e em termos posturais, no sentido da manutenção da coluna vertebral saudável durante o percurso escolar, medidas estas que se irão refletir, posteriormente, na idade adulta.

Esta mesma autora afirma que “sendo este um problema multifatorial, é importante a intervenção da família, dos profissionais do ensino e dos profissionais de saúde, com especial relevância os enfermeiros especialistas de reabilitação no controle desta problemática. O destaque do enfermeiro especialista em reabilitação prende-se com as competências que lhe são inerentes, nomeadamente o papel fundamental que pode desenvolver na prevenção das perturbações músculo-esqueléticas nos adolescentes” (*idem*, p.83).

Contudo, segundo Carnide (2006), pouco interesse tem sido manifestado relativamente ao posto comum de todos nós: a escola!

Portanto, acredita-se que a consciencialização acerca da postura correta deve começar na idade escolar, já que a evidência sugere que é este o período em que as crianças e os adolescentes carregam peso excessivo nas suas mochilas, além de passarem grande parte do tempo a estudar e/ou à frente do computador e/ou na sala de aula, sentados de forma inadequada, trazendo um desalinhamento postural que persistirá por toda sua vida adulta, através das LME, entretanto, adquiridas.

Foi partindo deste panorama que se desenvolveram as atividades preconizadas para este ENP, no âmbito específico da Saúde Escolar.

CAPÍTULO III

OPÇÕES METODOLÓGICAS

3.1 – ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL

O ENP, que aqui é alvo de descrição neste relatório, desenvolveu-se na UCCVC, da ULSAM, EPE. A autorização para a realização deste ENP, encontra-se no anexo I deste relatório.

A ULSAM, EPE, criada a 1 de outubro de 2008, pelo DL 183 de 2008, retificado pelo DL 12/2009, de 12 de Janeiro, é constituída por duas unidades hospitalares (o Hospital de Santa Luzia em Viana do Castelo e o Hospital Conde de Bertiandos em Ponte de Lima), doze unidades de CSP (Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira), uma unidade de saúde pública e duas unidades de convalescença (DL 12/2009; Portugal, 2016).

A prestação de CSP à população é garantida pelo ACES do Alto Minho, constituído por 12 centros de saúde, num total de 38 unidades funcionais (Portugal, 2016): 4 USF, Modelo B e 10 USF, Modelo A; 11 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados; 12 UCC; 1 Unidade de Saúde Pública.

Uma dessas UCC é a UCCVC.

A UCCVC funciona das 8 às 20 horas, durante os dias úteis e das 9 às 17 horas aos sábados, domingos e feriados (UCCVC, 2015). Esta unidade situa-se, temporariamente, na Rua Padre Torres, 4925-083 Portuzelo. Está previsto um projeto de investimento denominado “reinstalação da USF Tiago de Almeida e da UCCVC”, que faz parte da reestruturação dos CSP, na malha urbana de Viana do Castelo, melhorando, assim, a rede de serviços e a satisfação das necessidades da população abrangida (ULSAM, EPE, 2016).

Este organismo é composto por um EEER, que acumula funções de coordenação, um enfermeiro especialista em Saúde Comunitária, um enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, uma enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstetrícia e uma enfermeira com formação graduada em Cuidados Paliativos (UCCVC, 2015). A tempo parcial, colaboram um médico especialista em Medicina Geral e Familiar, uma nutricionista, um psicólogo, duas assistentes sociais, uma fisioterapeuta, um assistente operacional e um assistente administrativo (*ibidem*).

A UCCVC tem uma área de influência de 183,43km², que corresponde às localidades situadas a norte do Rio Lima (Afife, Amonde, Areosa, Cardielos, Carreço, Freixieiro de Soutelo, Lanheses, Meadela, Meixedo, Monserrate, Montaria, Nogueira, Outeiro, Perre, Santa Marta de Portuzelo, Santa Maria Maior, Serreleis, Torre, Vila Mou e Vilar de Murteda), num total de 20 freguesias (*ibidem*). As freguesias mais povoadas, da área

geográfica compreendida pela UCCVC, são as que constituem a cidade de Viana do Castelo (sede do Concelho) e as freguesias menos povoadas são Freixieiro de Soutelo, Amonde e Vilar de Murteda (*ibidem*).

Na área de abrangência desta UCC existem duas unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, três USF (USF Gil Eanes, USF Atlântico e USF Tiago de Almeida) e o Centro Hospitalar de Santa Luzia (*ibidem*). No seu conjunto, as diferentes unidades funcionais possuem 51823 utentes inscritos (*ibidem*).

Na vertente da Saúde Escolar, a UCCVC abrange cinco agrupamentos escolares (AE) (*ibidem*)⁶: AE de Arga e Lima, que engloba 8 escolas; AE da Abelheira, que conta com 7 escolas; AE Pintor José de Brito, que inclui 8 escolas; AE de Monserrate, que abarca 8 escolas; AE de Santa Maria Maior, que abrange 3 escolas.

A definição dos programas e projetos a desenvolver pela UCCVC sustentam-se nas áreas e subáreas da Carteira Básica de Serviços, preconizadas pelo Despacho 10143 de 2009. Estes procuram ser adequados às necessidades identificadas na população residente na área de influência desta unidade funcional e encontram-se em vigor no triénio 2015 – 2017 (UCCVC, 2015)

Para além desses programas e projetos, esta unidade contempla a ECCI de Viana do Castelo, que se constitui como uma equipa multiprofissional, constituída por um EEER, um enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, uma enfermeira com formação graduada em Cuidados Paliativos, um médico especialista em Medicina Geral e Familiar, uma assistente social, uma nutricionista, um psicólogo, uma fisioterapeuta, um assistente operacional e um assistente administrativo (*ibidem*).

A ECCI da UCCVC presta cuidados domiciliários a 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 impede as pessoas de se deslocarem de forma autónoma (*ibidem*). Esta equipa assegura (*ibidem*):

- Cuidados domiciliários de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas;
- Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, médicos, de Serviço Social, de Nutrição e de Fisioterapia;
- Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- EPS aos doentes, familiares e CI;

⁶ Colabora, também, com instituições de ensino privado e semi-privado.

- Apoio na satisfação das necessidades básicas, no desempenho das AVD e nas atividades instrumentais de vida diária;
- Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.
- Produção e tratamento de informação de forma a garantir a organização de indicadores de avaliação.

A ECCI tem capacidade instalada para 20 utentes da RNCCI, residentes na área de influência da UCCVC, que se encaixem numa ou em várias das seguintes situações: existência de dependência funcional e/ou incapacidade de gestão do regime terapêutico; indivíduos com idade avançada e critérios de fragilidade e/ou portadores de doenças crónicas evolutivas e dependência funcional grave por doença física progressiva ou permanente; pessoas com doença terminal; doentes com critérios para inclusão numa das unidades de internamento da RNCCI, mas que tivessem recusado a mesma; indivíduos com alta de uma unidade hospitalar, com necessidade de continuidade de cuidados, mas que não reúnam critérios de inclusão nas unidades de internamento da RNCCI; e CI que necessitem de treino (*ibidem*).

Consideram-se como critérios de exclusão de referenciação para a ECCI utentes com episódio de doença em fase aguda, que requeiram internamento hospitalar, utentes que necessitem exclusivamente de apoio social, utentes cujo objetivo seja o estudo de diagnóstico, inexistência de cuidador e pessoas que se encontrem institucionalizadas (lares, residências assistidas ou estabelecimentos similares) (*ibidem*).

3.1.1 – População

A população (N) incluída nas práticas efetivadas, de acordo com os objetivos gerais e o domínio escolhido para este ENP, é formada pelos utentes (indivíduos em situação de dependência) inscritos na UCCVC e na ECCI de Viana do Castelo, pelos respetivos CI, mais proximamente envolvidos na prestação de cuidados ao seu familiar e pela comunidade escolar (crianças, alunos/as, pessoal docente e não docente, pais/mães ou encarregados/as de educação) abrangida pela área geográfica da UCCVC.

3.2 - OBJETIVOS GERAIS

No sentido da complementaridade da formação académica especializada realizada no decorrer da componente de especialização do ciclo de estudos em Enfermagem de Reabilitação, desenvolveu-se este ENP, que teve como principais objetivos:

- Desenvolver competências especializadas na prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação na comunidade, fundamentadas na ética, deontologia, responsabilidade profissional e em conhecimentos científicos, técnico-instrumentais e sócio relacionais;
- Contribuir para a mudança de cuidados na prevenção das LME na comunidade.

3.3 - METODOLOGIA

Para melhor dar resposta aos objetivos descritos previamente e desenvolver a prática de cuidados em Enfermagem de Reabilitação e as atividades inerentes à prevenção de LME na comunidade, utilizou-se por base e como modelo a “Metodologia de Projeto” (Nunes [et al], 2010).

A “Metodologia de Projeto” define-se como um “conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real (...). É uma metodologia ligada à investigação, centrada na resolução de problemas” (*idem*, p.3). Tem como objetivo principal, a aquisição de capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real (Nunes [et al], 2010). Esta metodologia constitui-se, assim, como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática (*ibidem*).

Esta metodologia envolve sempre trabalho em grupo, pois pressupõe a implicação de todos os intervenientes e da população em que se centra o projeto, uma vez que o planear e o implementar ações envolve a colaboração de investigadores e da população abrangida, prolongando-se ao longo de um período de tempo mais ou menos extenso e associado à ideia de cooperação interdisciplinar (Leite [et al], 2001; Ponte [et al], 1998 cit. por Nunes [et al], 2010).

Esta metodologia implica uma série de etapas que vão ao encontro do “Processo de Enfermagem”, o qual é considerado uma metodologia de trabalho que permite prosseguir as etapas de identificação de problemas, até à resolução e/ou minimização dos mesmos da vida da pessoa/família, através de intervenções de carácter individualizado,

especializado e centrado na mesma, levando assim à promoção da melhor qualidade de vida (Andrade, 2005, cit. por Nunes [et al], 2010).

Foram respeitadas, as seguintes etapas da Metodologia de Projeto (Nunes [et al], 2010):

- **Diagnóstico de situação:** nesta fase, há a recolha de informações e a definição dos problemas quer quantitativa quer qualitativamente, estabelecendo-se prioridades, identificando-se causas prováveis e selecionando-se, posteriormente, os recursos e os grupos intervenientes;
- **Definição de objetivos:** os objetivos apontam os resultados que se pretende alcançar, podendo ir desde o geral ao mais específico. Na metodologia de projeto assumem-se como representações antecipadoras centradas na ação a realizar;
- **Planeamento de intervenções:** aqui, é elaborado um plano detalhado do projeto cobrindo as várias vertentes da gestão, onde se realiza o levantamento dos recursos, bem como as limitações condicionantes do próprio trabalho. São, também, definidas as atividades a desenvolver e ainda definidos os métodos e técnicas de pesquisa, bem como o respetivo cronograma;
- **Execução:** esta etapa materializa a realização das ações, colocando em prática o que foi planeado;
- **Avaliação:** implica a verificação dos objetivos definidos inicialmente. Caso o(s) objetivo(s) não tenha(m) sido atingido(s) é necessário perceber quais os fatores que influenciaram a consecução do objetivo e quais as consequências;
- **Divulgação dos resultados – Relatório final:** é a fase em que se dá a conhecer/divulgar à população em geral e a outras entidades a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema. Tem a finalidade de informar o público, assegurando o conhecimento externo do projeto e a possibilidade de discutir as estratégias adotadas na resolução do problema.

3.4 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO E ANÁLISE DOS DADOS

O programa de análise estatística que foi utilizado no tratamento dos dados quantitativos recolhidos foi o *IBM Statistical Package for Social Sciences®* (SPSS), versão 24 e o *Excel* 2013, para *Windows®*.

Para tratar os dados recolhidos, utilizaram-se técnicas de estatística descritiva, nomeadamente as medidas de tendência central, como a média aritmética ($\bar{x}$); distribuição de frequências [frequência absoluta (n_i) e frequência relativa (f_i)]; e medidas de dispersão – desvio padrão (σ).

3.5 – ASPETOS ÉTICOS

O Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2005), do seu artigo 78º (“Princípios Gerais”) ao artigo 81º (“Dos Valores Humanos”), identifica os valores que devem nortear a prática de Enfermagem, mencionando que as intervenções desta disciplina devem ter como preocupação a liberdade e a dignidade da pessoa humana, assim como o respeito e o cumprimento dos valores, que se encontram salvaguardados pela Declaração Universal dos Direitos do Homem, celebrada pelas Nações Unidas e pela Constituição da República Portuguesa, na Lei de Bases da Saúde.

É da responsabilidade dos profissionais de saúde zelar pelo respeito da dignidade da pessoa na sua fase de doença, dado que é durante este fenómeno que ela se apresenta mais vulnerável e dependente (Osswald; Neves, 2014).

Toda a relação profissional entre o enfermeiro e o cliente deverá ser baseada no reconhecimento da dignidade da pessoa e estará obrigada a quatro princípios fundamentais da bioética, que constituem o Modelo Principalista: Autonomia, Beneficência, Não-Maleficência e Justiça (Beauchamp; Childress, 2009).

Desta forma, os princípios éticos inerentes à prática de cuidados especializados e à realização de qualquer investigação foram sempre tidos em atenção no desenrolar deste ENP.

Assim, pode afirmar-se veemente que o respeito pela dignidade da Pessoa Humana constituiu-se como o leito de todos os cuidados prestados neste ENP, revelando-se como um imperativo ético indispensável na humanização das práticas quotidianas.

Foram, então, também respeitados os domínios da responsabilidade profissional, éticos e legais, de acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista, preconizadas no Regulamento Geral 122 de 2011 (OE, 2011a), nomeadamente o desenvolvimento de uma prática profissional e ética no campo de intervenção e a promoção de práticas de cuidados, que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Igualmente, foram assegurados os princípios da não maleficência, consentimento informado, confidencialidade e anonimato, bem como os seguintes direitos (Fortin, 2009):

- Direito à auto-determinação e à intimidade – os participantes tiveram o direito de decidir se é sua vontade participar ou não nas atividades preconizadas no ENP e se desejam que a informação inerente às mesmas fosse partilhada;
- Direito ao anonimato e à confidencialidade – foi respeitado o anonimato e a confidencialidade no sentido em que todo o processo de desenvolvimento das

atividades e a divulgação dos resultados das mesmas são apresentados, sem que nenhum dos participantes possa ser reconhecido;

- Direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo – foram preservados, da forma mais completa possível, os participantes do desconforto e do prejuízo. Assim sendo, os participantes poderiam “abandonar” as atividades propostas em qualquer fase. A decisão da criança ou adolescente em recusar ou continuar a sua participação foi sempre respeitada.
- Direito a um tratamento justo e equitativo – todo o participante foi informado acerca da natureza, fim, métodos, duração e resultados das atividades do ENP, para o qual é solicitado participar.

Perante o que foi exposto, o compromisso tido neste ENP foi o da prestação de cuidados que promovesse o bem-estar dos doentes, famílias e comunidade, no respeito pelos seus direitos e dignidade, num agir pelos valores profissionais, fundamentado nos princípios éticos e nos deveres escritos no Código Deontológico, no sentido da excelência e da segurança dos cuidados.

CAPÍTULO IV

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO, OBJETIVOS ESPECÍFICOS E PLANEAMENTO DE AÇÕES

Na fase inicial deste ENP partiu-se, para melhor conhecer e sistematizar as reais necessidades da população abrangida pela UCCVC, para o diagnóstico de situação da comunidade em questão.

Este período decorreu de 3 de outubro a 30 de novembro de 2016⁷.

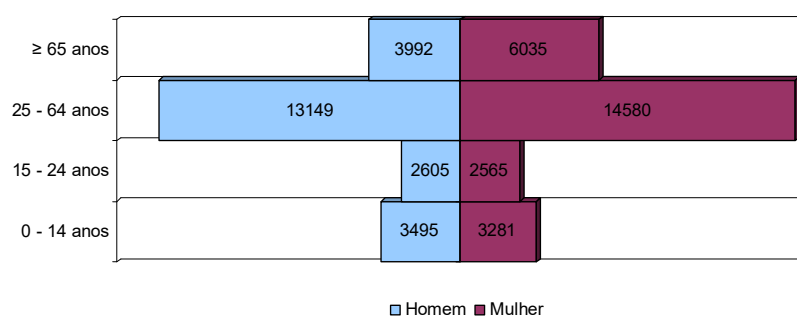
4.1 – POPULAÇÃO ABRANGIDA PELA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE VIANA DO CASTELO

A ULSAM constitui-se como uma entidade pública empresarial integrada no Serviço Nacional de Saúde, que abrange a totalidade do distrito de Viana do Castelo, com uma área territorial de 2.213 Km² e uma população residente estimada de 244836 pessoas, 13,3% dos quais com menos de 15 anos e 23,1% com idade igual ou superior a 65 anos (Portugal, 2011; Portugal, 2016).

O índice de envelhecimento nesta região continua a aumentar mais acentuadamente do que na restante região norte e continente, o que reforça o fenómeno duplo de envelhecimento da população do Alto Minho, caracterizado pelo aumento da população idosa e diminuição da população jovem (Portugal, 2016; ULSAM, EPE, 2016).

Os resultados dos Censos 2011, disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), indicam que nas freguesias do concelho de Viana do Castelo, abrangidas pela UCCVC, residem 49702 pessoas, que se distribuem de acordo com a seguinte pirâmide etária (Portugal, 2011):

Gráfico 1 – Pirâmide etária da população residente na área de influência da UCCVC



Os dados relativos ao índice de dependência de jovens, idosos e total da população são apresentados no anexo II, devidamente distribuídos pelas diferentes freguesias da área de influência da UCCVC (Portugal, 2015b).

⁷ Ver apêndice III (cronograma de atividades).

A maior taxa de dependência total verifica-se em Vilar de Murteda, Meixedo e Montaria e a mais baixa é encontrada na freguesia da Meadela.

Os dados referentes ao índice de envelhecimento de cada uma das freguesias do concelho de Viana do Castelo encontram-se, igualmente, no anexo II.

O índice de envelhecimento da população total da UCCVC é de 148% (Portugal, 2015b).

Das 20 freguesias apresentadas, apenas uma (Meadela) apresenta menor número de idosos (81,6%) por cada 100 indivíduos jovens. Todas as outras freguesias apresentam elevados índices de envelhecimento, sendo que cinco (Afife, Lanheses, Meixedo, Monserrate e Vila Mou) evidenciam mais de 200 idosos por cada 100 residentes com idades até 15 anos. Três freguesias apresentam valores superiores a 350% (Amonde, Montaria e Vila Mou).

Dentro da Saúde Escolar, esta UCC inclui um total de 7645 estudantes, 861 docentes e 291 profissionais não docentes, distribuídos por cinco AE, num total de 363 turmas (UCCVC, 2015), tal como se pode concluir com a análise do quadro C, do anexo II.

4.2 – CUIDADORES INFORMAIS DE DOENTES DEPENDENTES NO DOMICÍLIO

No período respeitante ao cumprimento do diagnóstico de situação, encontravam-se a ser alvo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, pela ECCI da UCCVC 14 utentes e respetivos CI.

4.2.1 - Participantes

Para conferir um maior rigor a esta fase, utilizou-se o método de amostragem não probabilística accidental (Fortin, 2009). Para isso, foi solicitada à equipa de Enfermagem da ECCI que identificasse os CIDDD mais significativos e envolvidos na prestação de cuidados ao doente dependente.

Consideraram-se, assim, como critérios de inclusão os CI, em seguimento pela ECCI da UCCVC, que reunissem os requisitos seguintes:

- Ter 18 ou mais anos;
- Ser CI de um doente dependente, que segundo a Escala de *Barthel*⁸, apresentasse moderada, grave ou total grau de dependência nas AVD⁹;
- Estar a ser acompanhado(a) pela especialidade de Enfermagem de Reabilitação, da ECCI da UCCVC;
- Ser considerado(a) candidato(a) a participar nas várias fases/atividades propostas para este ENP, pela ECCI da UCCVC¹⁰;
- Consentir de livre vontade participar nas várias fases/atividades propostas para este ENP.

Atendendo a que os critérios de inclusão foram rigorosamente respeitados, a amostra (n) de CIDDD ficou constituída por 10 participantes.

4.2.2 – Procedimentos de Recolha de Dados

Nesta etapa específica, os dados foram recolhidos através de uma entrevista estruturada/uniformizada (Fortin, 2009).

O formulário da entrevista foi organizado em três partes distintas, com o intuito da recolha de dados sociodemográficos, de prestação de cuidados ao doente dependente no

⁸ Araújo [et al], 2007.

⁹ Pressupõe-se que quanto maior o grau de dependência, mais tarefas de MMD poderão ser executadas pelo CI.

¹⁰ Preconizaram-se incluir os CIDDD com previsão de permanência como alvo dos cuidados da ECCI durante o período respeitante à realização do ENP, no sentido de serem incluídos em todas as atividades planeadas.

domicílio e relativos à saúde do CIDDD. Seguidamente essas partes foram operacionalizadas em variáveis de estudo (apêndice I).

As entrevistas foram efetuadas aquando das visitas domiciliárias do EEER da UCCVC, para a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao doente dependente¹¹.

4.2.3 - Análise Descritiva dos Resultados

Partindo do tratamento estatístico de dados realizado a partir do programa SPSS, apresentam-se, agora, os resultados e a análise estatística dos dados recolhidos, relativos ao diagnóstico de situação dos CIDDD, abrangidos pela ECCI da UCCVC.

4.2.3.1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

Como se pode observar no quadro 1, a amostra deste estudo é constituída por 10 indivíduos (CIDDD), do género feminino (100%), de idade adulta ($\bar{x}$ de idades = 53 anos, com σ de 15 anos), sendo a maioria composta por elementos casados (80%). Mais de metade dos inquiridos possui o ensino secundário (60%) e 90% da amostra pertence ao grupo de “*trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores*”. 60% dos indivíduos encontram-se no ativo, existindo ainda uma percentagem razoável de CI desempregados (30%). Quanto à relação de parentesco com os doentes, 30% dos participantes são cônjuges/companheiros destes, 30% filhos(as) e 30% amigos(as).

Quadro 1 – Distribuição sociodemográfica da amostra de CIDDD (n=10)

VARIÁVEL	ni	fi %	Mínimo-Máximo ¹²	$\bar{x}$	σ
GÉNERO					
Feminino	10	100	-	-	-
Masculino	0	0	-	-	-
IDADE (anos)	-	-	25-73	53	15
ESTADO CIVIL					
Solteiro	1	10	-	-	-
Casado/união de facto	8	80	-	-	-
Divorciado/separado	0	0	-	-	-
Viúvo	1	10	-	-	-
PROFISSÃO					
Pessoal administrativo	1	10	-	-	-
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	9	90	-	-	-

¹¹ Ver apêndice III (cronograma de atividades).

¹² (Mín.-Máx.)

Quadro 1 – (continuação)

VARIÁVEL	ni	fi %	Mín.- Máx.	$\bar{x}$	σ
SITUAÇÃO PROFISSIONAL					
Ativo	6	60	-	-	-
Desempregado	3	30	-	-	-
Aposentado/reformado	1	10	-	-	-
Baixa por doença/assistência a familiar	0	0	-	-	-
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS					
1º Ciclo	3	30	-	-	-
2º Ciclo	1	10	-	-	-
3º Ciclo	0	0	-	-	-
Secundário	6	60	-	-	-
Licenciatura/Mestrado/Doutoramento	0	0	-	-	-
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O DOENTE					
Cônjuge/companheiro	3	30	-	-	-
Filho(a)	3	30	-	-	-
Genro/nora	1	10	-	-	-
Irmão(ã)	0	0	-	-	-
Amigo(a)	3	30	-	-	-

4.2.3.2 – Caracterização da amostra quanto à prestação de cuidados ao doente

Quanto à prestação de cuidados, de acordo com o quadro 2, percebe-se que os CI prestam cuidados maioritariamente a doentes no domicílio que, de acordo com a Escala de *Barthel*, apresentam total grau de dependência¹³ (80%).

Quadro 2 – Distribuição da amostra de cuidadores informais quanto ao grau de dependência do doente nas AVD, de acordo com a Escala de *Barthel* (n=10)

VARIÁVEL		ni	fi %
ESCALA DE <i>BARTHEL</i>	Moderadamente dependente (40-55)	0	0
	Gravemente dependente (20-35)	2	20
	Totalmente dependente (<20)	8	80

Observa-se, também, no quadro 3, que os familiares cuidam em média dos doentes dependentes no domicílio há 68 meses ($\sigma=73$ meses). Mais de metade dos cuidadores (60%) relata que não possui ajuda de terceiros a prestar cuidados ao doente dependente. Dos cuidadores que mencionam que detêm ajuda a cuidar, 66,7% dessa ajuda é proveniente de outros familiares (apoio informal).

¹³ Não incluídos na amostra os doentes com independência ou ligeira dependência das AVD.

No que concerne aos cuidados executados que impliquem a MMD, 100% dos inquiridos indica que executa diariamente posicionamentos no leito, 90% cuidados de higiene no leito/chuveiro, 80% transferência cama ↔ cadeira e 60% a mobilização/transporte do doente.

A totalidade dos CIDDD inquiridos admite que adota posturas incorretas na MMD, nomeadamente a flexão da coluna vertebral (100%) e a não flexão dos membros inferiores (joelhos) (30%).

50% da amostra possui conhecimentos teórico-práticos sobre MMD/mecânica corporal, adquiridos numa variedade de contextos, como por exemplo em cursos ministrados pelo Instituto do Emprego e Formação Profissional e em unidades de saúde/apoio social.

Quanto às condições existentes no domicílio, 90% dos doentes usufruem de cama articulada e somente 11,1% são reguláveis em altura. 70% dos quartos dos doentes dependentes no domicílio apresentam espaço amplo e que não impede a liberdade de movimentos.

Por fim, 50% dos CI utiliza produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) na MMD. Destes 50%, o lençol de posicionamento é o meio utilizado pela totalidade dos indivíduos.

Quadro 3 – Distribuição da amostra de cuidadores informais quanto à prestação de cuidados ao doente dependente no domicílio (n=10)

VARIÁVEL	ni	fi %	Mín.- Máx.	$\bar{x}$	σ
TEMPO DE EXPERIÊNCIA COMO CI (meses)	-	-	3-252	68	73
ÚNICO PRESTADOR DE CUIDADOS					
Sim	4	40	-	-	-
Não	6	60	-	-	-
QUEM AJUDA A CUIDAR (n=6)					
Apoio informal (familiares)	4	66,7	-	-	-
Apoio formal (institucional)	2	33,3	-	-	-
CUIDADOS EXECUTADOS DIARIAMENTE AO DOENTE QUE IMPLIQUEM A MMD					
Cuidados de higiene no leito/chuveiro	9	90	-	-	-
Posicionamentos	10	100	-	-	-
Transferência cama ↔ cadeira	8	80,0	-	-	-
Mobilização/transporte	6	60,0	-	-	-

Quadro 3 – (continuação)

VARIÁVEL	ni	fi %	Mín.- Máx.	$\bar{x}$	σ
ADOÇÃO DE POSTURAS INCORRETAS					
Sim	10	100	-	-	-
Não	0	0	-	-	-
TIPO DE POSTURAS INCORRETAS ADOTADAS					
Flexão da coluna vertebral	10	100	-	-	-
Não flexão dos joelhos	3	30	-	-	-
CONHECIMENTOS SOBRE MMD/MECÂNICA CORPORAL					
Sim	5	50	-	-	-
Não	5	50	-	-	-
TIPO DE CONHECIMENTOS SOBRE MMD/MECÂNICA CORPORAL E ONDE FORAM ADQUIRIDOS (n=5)					
EPS sobre “cuidados ao doente dependente”, numa Unidade de Cuidados Continuados	1	20	-	-	-
Curso de Assistente de Apoio Familiar e à Comunidade/Geriatria, do Instituto de Emprego e Formação Profissional	2	40	-	-	-
Curso de “Técnicas de Posicionamento”, promovido pelo Centro de Dia da paróquia	1	20	-	-	-
EPS sobre “mecânica corporal”, realizada por um EEER num internamento hospitalar	1	20	-	-	-
EXISTÊNCIA DE CAMA ARTICULADA					
Sim	9	90	-	-	-
Não	1	10	-	-	-
EXISTÊNCIA DE CAMA ARTICULADA, REGULÁVEL EM ALTURA (n=9)					
Sim	1	11,1	-	-	-
Não	8	88,9	-	-	-
UTILIZAÇÃO DE PRODUTOS DE APOIO NA MMD (ajudas técnicas e dispositivos de compensação)					
Sim	6	60	-	-	-
Não	4	40	-	-	-
TIPO DE PRODUTOS DE APOIO NA MMD UTILIZADOS (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) (n=6)					
Lençol de posicionamento	6	100	-	-	-
Elevador de doentes	1	16,6	-	-	-
ESPAÇO DO QUARTO EXÍGUO E QUE IMPEDE A LIBERDADE DE MOVIMENTOS					
Sim	3	30	-	-	-
Não	7	70	-	-	-

4.2.3.3 – Caracterização da amostra quanto à saúde dos participantes

No quadro 4 faz-se a caracterização da amostra quanto à saúde dos participantes.

Mais de metade dos CIDDD (60%) não pratica exercício físico. Dos que praticam, em média fazem-no 3,7 dias por semana, durante 1 hora, desde caminhadas até cardiofitness, zumba e pilates.

80% dos indivíduos inquiridos menciona não ser detentor de nenhuma sintomatologia músculo-esquelética antes de começar a cuidar do seu ente querido no domicílio. No presente, consideram que a sua situação de saúde em média é boa ($\bar{x}=3,3$; $\sigma=2$) e 50% refere que se manteve igual desde que começou a cuidar do familiar. Já 40% expressa que a sua saúde piorou desde que assumiu tal função.

Para terminar, a região anatómica que os CIDDD referem sentir mais dor no presente, decorrente de realizar tarefas de MMD é a lombar, com 60% dos inquiridos a manifestá-la, seguindo-se a região dos ombros (escapular), com 50% de referências à mesma. Em média, a dor que sentem na região lombar é de 4,6 ($\sigma=2$) e nos ombros é de 5,2 ($\sigma=1,7$).

Quadro 4 – Distribuição da amostra de cuidadores informais quanto à saúde dos participantes (n=10)

VARIÁVEL	ni	fi %	Mín.- Máx.	$\bar{x}$	σ
PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO					
Sim	4	40	-	-	-
Não	6	60	-	-	-
FREQUÊNCIA SEMANAL DA PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO (dias) (n=4)	-	-	3-5	3,7	0,9
TEMPO DISPENDIDO NA PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO (horas) (n=4)	-	-	0-1	1	0
MODALIDADE DE EXERCÍCIO FÍSICO PRATICADO (n=4)					
Caminhadas	2	50	-	-	-
Cardiofitness	1	25	-	-	-
Zumba e pilates	1	25	-	-	-
SINTOMATOLOGIA MÚSCULO-ESQUELÉTICA ANTES DE COMEÇAR A CUIDAR					
Sim	2	20	-	-	-
Não	8	80	-	-	-
TIPO DE SINTOMATOLOGIA MÚSCULO-ESQUELÉTICA ANTES DE COMEÇAR A CUIDAR (n=2)					
Artroses nos dedos das mãos	1	50	-	-	-
Tendinite no punho direito	1	50	-	-	-
SITUAÇÃO DE SAÚDE NO MOMENTO	-	-	0-7	3,2	2
SITUAÇÃO DE SAÚDE DESDE QUE COMEÇOU A CUIDAR DO FAMILIAR					
Piorou	4	40	-	-	-
Manteve-se	5	50	-	-	-
Melhorou	1	10	-	-	-

Quadro 4 – (continuação)

VARIÁVEL	ni	fi %	Mín.- Máx.	$\bar{x}$	σ
DOR NO MOMENTO DECORRENTE DA MMD EM 9 REGIÕES ANATÓMICAS					
Pescoço	3	30	3-7	5	2
Ombros	5	50	3-5	5,2	1.7
Região torácica	3	30	3-4	3,6	0.5
Cotovelos	1	10	-	4	-
Região lombar	6	60	2-8	4.6	2
Punhos/mãos	2	20	2-3	2.5	0.7
Ancas/coxas	3	30	2-7	4	2.6
Joelhos	2	20	2-7	4.5	3.5
Tornozelos/pés	0	0	-	-	-

4.3 – COMUNIDADE ESCOLAR

A UCCVC, no seu campo de atuação, na perspetiva da Saúde Escolar, engloba cinco AE, com um total de 7645 alunos.

4.3.1 - Participantes

Nesta fase específica do ENP, a amostra de elementos participantes, da comunidade escolar abrangida pela UCCVC, foi constituída, utilizando-se o método de amostragem não probabilística acidental (Fortin, 2009).

Os critérios de inclusão requeridos foram:

- Abranger 50% dos estudantes dos AE;
- Incluir as escolas do Ensino Básico (EB) 1 e do EB 2/3 dos AE selecionados;
- Os responsáveis dos AE consentirem de livre vontade que a comunidade escolar, que representam, participe nas várias fases/atividades propostas para este ENP.

Atendendo a que os critérios de inclusão foram rigorosamente respeitados, a amostra de elementos da comunidade escolar ficou constituída por dois AE (AE de Monserrate e AE de Santa Maria Maior), uma vez que estas duas organizações englobam 4239 estudantes, o que representa mais de 50% da população escolar da UCCVC.

Partindo deste dado, agendaram-se reuniões de esclarecimento com os respetivos responsáveis dos AE selecionados¹⁴, os quais não causaram qualquer tipo de impedimento ao desenvolvimento das atividades propostas para este ENP na vertente da Saúde Escolar.

As escolas eleitas para a realização das práticas de prevenção de LME no AE de Monserrate, foram a escola EB1 de Monserrate¹⁵ e a escola EB2/3 Dr. Pedro Barbosa¹⁶. No AE de Santa Maria Maior as escolas designadas foram a EB1 do Carmo¹⁷ e a Escola EB2/3 Frei Bartolomeu dos Mártires¹⁸.

Desta forma, chegou-se à constituição da comunidade escolar abrangida pelas atividades preconizadas para este ENP.

¹⁴ Ver apêndice III (cronograma de atividades).

¹⁵ Uma vez que o AE de Monserrate é constituído por seis escolas EB1, optou-se pela EB1 de Monserrate, pois é a que apresenta maior número de alunos do agrupamento, nesta categoria.

¹⁶ Única escola de EB2/3 do AE de Monserrate.

¹⁷ Única escola de EB1 do AE de Santa Maria Maior.

¹⁸ Única escola de EB2/3 do AE de Santa Maria Maior.

4.3.2 – Procedimentos de Recolha de Dados

Nesta etapa específica, pretendeu observar-se os comportamentos dos estudantes no momento da entrada para a escola, pelo que os dados foram recolhidos através do método de observação estruturada direta não participante, uma vez que este método é considerado como o ideal para medir os comportamentos humanos ou os acontecimentos (Fortin, 2009).

Para anotar as observações realizadas, criou-se uma grelha de observação de comportamentos, com o objetivo de perceber as condutas dos estudantes relativos ao momento de entrada na escola e ao transporte da mochila (apêndice II).

A seleção destes parâmetros foi baseada nas recomendações emitidas pela Direção-Geral do Consumidor (2015) e corroboradas pela Direção-Geral da Saúde, sobre o tema “Regresso às Aulas em Segurança” e de acordo com os objetivos centrais deste ENP, nomeadamente na prevenção de LME na comunidade.

Os comportamentos dos estudantes das escolas selecionadas foram observados na parte da manhã, antes do início das atividades letivas, aquando da entrada dos mesmos para as instituições de ensino. Para cada escola houve a criação de uma oportunidade de observação direta não participante, existindo, portanto, quatro momentos no total¹⁹.

A equipa de observação de comportamentos compôs-se pela mestranda em Enfermagem de Reabilitação, em conjunto com o enfermeiro responsável pelos programas e projetos de Saúde Escolar da UCCVC, os quais se posicionaram em lugares estratégicos junto à porta principal das escolas visadas, 30 a 45 minutos antes da hora de entrada dos alunos, no sentido de serem observados e registados um maior número de comportamentos.

4.3.3 - Análise Descritiva dos Resultados

Partindo do tratamento estatístico de dados realizado a partir do programa SPSS, apresentam-se, agora, os resultados e a análise estatística dos dados recolhidos, relativos ao diagnóstico de situação da amostra da comunidade escolar abrangida pela carteira de serviços da UCCVC.

¹⁹ Ver apêndice III (cronograma de atividades).

4.3.3.1 – Caracterização da amostra

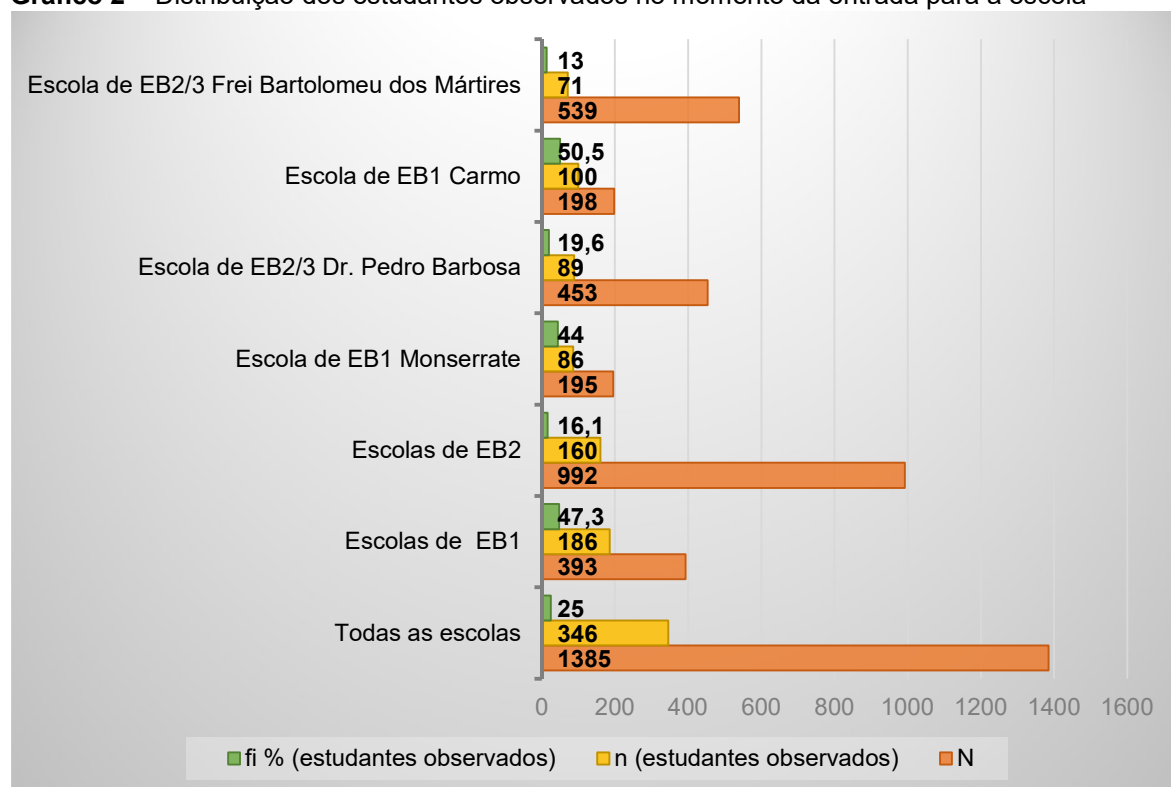
A comunidade escolar abrangida pelas atividades preconizadas para este ENP é constituída por duas escolas de EB1 e duas escolas de EB2/3, que comportam no total 1385 estudantes.

Após a análise do gráfico 2 conclui-se que foi possível observar 346 discentes, no momento de entrada para a escola, o que corresponde à observação de 25% dos alunos.

Em comparação, foi possível observar mais alunos do EB1 (186) em detrimento dos alunos do EB2/3 (160).

A escola de EB1 de Monserrate apresenta um total de 195 alunos, sendo que foram observados à entrada 86, o que corresponde a 44% da totalidade dos indivíduos estudantes que constituem esta instituição de ensino. Já a escola de EB2/3 Dr. Pedro Barbosa tem 453 discentes, tendo sido possível observar 89, o que corresponde a 19,6% do seu conjunto total. A escola de EB1 do Carmo apresenta 198 estudantes, dos quais foram analisados 100, o que corresponde a 50,5% do total de estudantes que constitui aquela escola. Por fim, na escola de EB2/3 Frei Bartolomeu dos Mártires, que é composta por 539 indivíduos estudantes, houve a oportunidade de observar 71, que corresponde a 13% do seu total.

Gráfico 2 – Distribuição dos estudantes observados no momento da entrada para a escola



4.3.3.2 – Caracterização da amostra quanto ao momento de chegada à escola

Prosseguindo, tal como ilustrado no quadro 5, dos 346 alunos observados, a maioria (209) chega à escola a pé, o que corresponde a uma percentagem de 60,4%.

Por sua vez, comprova-se que 211 alunos dos quatro estabelecimentos de ensino chegam à escola sozinhos, ou seja, sem acompanhamento por um adulto, o que corresponde a 60,9%. Contudo, 65,1% dos estudantes observados nas escolas de EB1, no momento da entrada para a mesma, são acompanhados por um adulto, ao invés dos alunos das escolas de EB2/3 que, de acordo com o total de observações realizadas nesta categoria, apenas 8,8% tem assistência de uma pessoa mais velha.

Por fim, dos 135 alunos que, no momento da entrada para a escola, estão acompanhados por um adulto, a maioria (62,9%) tem ajuda no transporte da mochila, pelo mesmo. Dos 121 alunos das escolas de EB1, 78 deles têm ajuda do adulto que os acompanha, no transporte da mochila (64,5%) e dos 14 alunos do EB2/3 observados neste parâmetro, 50% beneficia da ajuda do adulto no transporte da mochila.

Quadro 5 – Distribuição da amostra de estudantes quanto ao momento da chegada à escola

VARIÁVEL		ni	fi %
CHEGADA À ESCOLA A PÉ	Escola de EB1 de Monserrate (n=86)	44	51,1
	Escola de EB 2/3 Dr. Pedro Barbosa (n=89)	56	62,9
	Escola de EB1 do Carmo (n=100)	60	60
	Escola de EB2/3 Frei Bartolomeu dos Mártires (n=71)	49	69
	TOTAL (n=346)	209	60,4
	TOTAL: Escolas de EB1 (n=186)	104	55,9
	TOTAL: Escolas de EB2/3 (n=160)	105	65,2
CHEGADA À ESCOLA DE CARRO	Escola de EB1 de Monserrate (n=86)	42	48,9
	Escola de EB 2/3 Dr. Pedro Barbosa (n=89)	33	37,1
	Escola de EB1 do Carmo (n=100)	40	40
	Escola de EB2/3 Frei Bartolomeu dos Mártires (n=71)	22	31
	TOTAL (n=346)	137	39,6
	TOTAL: Escolas de EB1 (n=186)	82	44,1
	TOTAL: Escolas de EB2/3 (n=160)	55	34,8
CHEGADA À ESCOLA SOZINHO	Escola de EB1 de Monserrate (n=86)	38	44,2
	Escola de EB 2/3 Dr. Pedro Barbosa (n=89)	81	91
	Escola de EB1 do Carmo (n=100)	27	27
	Escola de EB2/3 Frei Bartolomeu dos Mártires (n=71)	65	91,5
	TOTAL (n=346)	211	60,9
	TOTAL: Escolas de EB1 (n=186)	65	34,9
	TOTAL: Escolas de EB2/3 (n=160)	146	91,2

Quadro 5 – (continuação)

VARIÁVEL		ni	fi %
CHEGADA À ESCOLA ACOMPANHADO POR ADULTO	Escola de EB1 de Monserrate (n=86)	48	55,8
	Escola de EB 2/3 Dr. Pedro Barbosa (n=89)	8	9
	Escola de EB1 do Carmo (n=100)	73	73
	Escola de EB2/3 Frei Bartolomeu dos Mártires (n=71)	6	8,5
	TOTAL (n=346)	135	39,1
	TOTAL: Escolas de EB1 (n=186)	121	65,1
	TOTAL: Escolas de EB2/3 (n=160)	14	8,8
COM AJUDA DO ADULTO NO TRANSPORTE DA MOCHILA	Escola de EB1 de Monserrate (n=48)	30	62,5
	Escola de EB 2/3 Dr. Pedro Barbosa (n=8)	5	62,5
	Escola de EB1 do Carmo (n=73)	48	65,8
	Escola de EB2/3 Frei Bartolomeu dos Mártires (n=6)	2	33,3
	TOTAL (n=135)	85	62,9
	TOTAL: Escolas de EB1 (n=121)	78	64,5
	TOTAL: Escolas de EB2/3 (n=14)	7	50

4.3.3.3 – Caracterização da amostra quanto ao transporte da mochila

Analisando a amostra, quanto ao transporte da mochila aquando da chegada à escola, através do quadro 6, constata-se que 10,1% dos alunos observados transporta mais do que uma mochila. Do conjunto de alunos do EB1 observados a percentagem foi de 0%. Por escolas, é perceptível que a escola de EB2/3 Dr. Pedro Barbosa apresenta uma maior percentagem neste parâmetro, sendo que 34% dos estudantes visualizados transporta mais do que uma mochila.

No que diz respeito ao transporte de outros objetos para além da mochila (p. ex. bolas, skates, lancheiras), chega-se à conclusão que este dado se verifica em 16,8% do total de alunos observados.

O transporte da mochila com duas/uma alça colocada(s) no ombro também foi alvo de análise. Neste tópico, conclui-se que 50,6% dos estudantes transporta a mochila com as duas alças colocadas, 34,4% com uma alça e os restantes transportam a mochila de alças na mão (5,2%) e/ou uma mochila de rodas (9,8%). Contudo, analisando por escolas, atesta-se que mais de metade dos alunos do EB2/3 (56,3%) transporta a mochila com, apenas, uma alça colocada.

Quanto ao ajustamento da mochila, 55,8% da amostra transporta a mochila bem ajustada ao corpo e 17,4% mal ajustada, ficando a restante percentagem atribuída aos alunos que transportam a mochila de alças na mão (5,2%) e/ou a mochila de rodas (9,8%).

Analisando por escolas, foi claro que, a maioria dos alunos do EB1 e do EB2/3 que carrega a mochila às costas, fá-lo de uma forma bem ajustada.

Dos 34 alunos que utilizam mochilas de rodas, 29 pertence aos indivíduos das escolas de EB1.

Quadro 6 – Distribuição da amostra de estudantes quanto ao transporte da mochila

VARIÁVEL		ni	fi %
TRANSPORTE DE MAIS DE UMA MOCHILA	Escola de EB1 de Monserrate (n=86)	0	0
	Escola de EB 2/3 Dr. Pedro Barbosa (n=89)	34	38,2
	Escola de EB1 do Carmo (n=100)	0	0
	Escola de EB2/3 Frei Bartolomeu dos Mártires (n=71)	1	1,4
	TOTAL (n=346)	35	10,1
	TOTAL: Escolas de EB1 (n=186)	0	0
	TOTAL: Escolas de EB2/3 (n=160)	35	21,9
TRANSPORTE DE OUTROS OBJETOS PARA ALÉM DA MOCHILA	Escola de EB1 de Monserrate (n=86)	20	23,2
	Escola de EB 2/3 Dr. Pedro Barbosa (n=89)	16	17,9
	Escola de EB1 do Carmo (n=100)	9	9
	Escola de EB2/3 Frei Bartolomeu dos Mártires (n=71)	13	18,3
	TOTAL (n=346)	58	16,8
	TOTAL: Escolas de EB1 (n=186)	29	15,6
	TOTAL: Escolas de EB2/3 (n=160)	29	18,1
TRANSPORTE DA MOCHILA COM DUAS ALÇAS	Escola de EB1 de Monserrate (n=86)	52	60,5
	Escola de EB 2/3 Dr. Pedro Barbosa (n=89)	44	49,4
	Escola de EB1 do Carmo (n=100)	59	59
	Escola de EB2/3 Frei Bartolomeu dos Mártires (n=71)	20	28,2
	TOTAL (n=346)	175	50,6
	TOTAL: Escolas de EB1 (n=186)	111	59,7
	TOTAL: Escolas de EB2/3 (n=160)	64	40
TRANSPORTE DA MOCHILA COM UMA ALÇA	Escola de EB1 de Monserrate (n=86)	11	12,8
	Escola de EB 2/3 Dr. Pedro Barbosa (n=89)	43	48,3
	Escola de EB1 do Carmo (n=100)	18	18
	Escola de EB2/3 Frei Bartolomeu dos Mártires (n=71)	47	66,2
	TOTAL (n=346)	119	34,4
	TOTAL: Escolas de EB1 (n=186)	29	15,6
	TOTAL: Escolas de EB2/3 (n=160)	90	56,3
TRANSPORTE DA MOCHILA BEM AJUSTADA	Escola de EB1 de Monserrate (n=86)	48	55,8
	Escola de EB 2/3 Dr. Pedro Barbosa (n=89)	60	67,4
	Escola de EB1 do Carmo (n=100)	48	48
	Escola de EB2/3 Frei Bartolomeu dos Mártires (n=71)	37	52,1
	TOTAL (n=346)	193	55,8
	TOTAL: Escolas de EB1 (n=186)	96	51,6
	TOTAL: Escolas de EB2/3 (n=160)	97	60,6

Quadro 6 – (continuação)

VARIÁVEL		ni	fi %
TRANSPORTE DA MOCHILA MAL AJUSTADA	Escola de EB1 de Monserrate (n=86)	15	17,4
	Escola de EB 2/3 Dr. Pedro Barbosa (n=89)	27	30,3
	Escola de EB1 do Carmo (n=100)	29	29
	Escola de EB2/3 Frei Bartolomeu dos Mártires (n=71)	30	42,3
	TOTAL (n=346)	101	29,2
	TOTAL: Escolas de EB1 (n=186)	44	23,7
	TOTAL: Escolas de EB2/3 (n=160)	57	35,6
TRANSPORTE DA MOCHILA NA MÃO (DE ALÇAS)	Escola de EB1 de Monserrate (n=86)	5	5,8
	Escola de EB 2/3 Dr. Pedro Barbosa (n=89)	1	1,1
	Escola de EB1 do Carmo (n=100)	12	12
	Escola de EB2/3 Frei Bartolomeu dos Mártires (n=71)	0	0
	TOTAL (n=346)	18	5,2
	TOTAL: Escolas de EB1 (n=186)	17	9,1
	TOTAL: Escolas de EB2/3 (n=160)	1	0,6
TRANSPORTE DA MOCHILA NA MÃO (DE RODAS)	Escola de EB1 de Monserrate (n=86)	18	20,9
	Escola de EB 2/3 Dr. Pedro Barbosa (n=89)	1	1,1
	Escola de EB1 do Carmo (n=100)	11	11
	Escola de EB2/3 Frei Bartolomeu dos Mártires (n=71)	4	5,6
	TOTAL (n=346)	34	9,8
	TOTAL: Escolas de EB1 (n=186)	29	15,6
	TOTAL: Escolas de EB2/3 (n=160)	5	3,1

4.4 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS E PLANO DE AÇÃO

Partindo do diagnóstico de situação efetuado, traçaram-se os seguintes objetivos específicos e planearam-se as subseqüentes ações interventivas, para este ENP.

Quadro 7 – Objetivos específicos e plano de ação do ENP

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PLANO DE AÇÃO
Potenciar habilidades na prática da avaliação inicial, planeamento, execução e avaliação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao doente/família, inseridos numa comunidade	Realização da avaliação inicial para recolha de dados de Enfermagem de Reabilitação;
	Identificação de necessidades de intervenção;
	Formulação de diagnósticos e planeamento de intervenções: conceção de programas de reabilitação individualizados, de acordo com a linguagem da CIPE;
	Discussão/validação do programa de Enfermagem de Reabilitação com o doente/família e equipa de cuidados;
	Execução do programa de reabilitação, através do ensino, instrução, demonstração, assistência/execução, treino e supervisão, ao doente/família, de técnicas, no âmbito dos programas de reabilitação individualizados concebidos;
	Avaliação dos resultados dos programas de Enfermagem de Reabilitação implementados: gestão adaptativa contínua do programa;
	Realização de registos de Enfermagem de Reabilitação, de acordo com a linguagem da CIPE, no sistema informático SClínico e <i>Gestcare</i> ;
	Utilização, quando aplicável, de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), na execução do programa de reabilitação planeado.
Capacitar os CIDDD sobre as medidas preventivas de LME, inerentes à execução dos procedimentos de MMD	Avaliação da utilização de medidas preventivas de LME, pelos CIDDD, aquando da execução das tarefas de MMD, no domicílio;
	Realização de sessões informativas teórico-práticas aos CIDDD sobre a prevenção de LME, no domicílio;
	Avaliação da utilização de medidas preventivas de LME, pelos CIDDD, aquando da execução das tarefas de MMD, no domicílio, após a realização das sessões informativas teórico-práticas sobre a prevenção de LME;
	Realização de uma sessão informativa sobre prevenção de LME no domicílio, para CIDDD, nas instalações da UCCVC.
Capacitar a comunidade escolar para a prevenção de LME nos estudantes	Realização da avaliação das medidas antropométricas e do peso das mochilas dos estudantes;
	Realização de sessões informativas teórico-práticas sobre “Educação Postural”, nas escolas;
	Avaliação dos contributos adquiridos pelos estudantes com as sessões informativas teórico-práticas realizadas nas escolas, sobre “Educação Postural”;
	Avaliação da satisfação dos docentes das escolas sobre as sessões informativas teórico-práticas sobre “Educação Postural” realizadas;
	Participação nas reuniões de pais para informar sobre alguns dados estatísticos obtidos e sobre medidas preventivas de LME.

Para dar resposta aos objetivos específicos e ao plano de ação subscrito previamente, foram nomeadas três atividades, para o efeito:

- **Atividade 1:** Prática de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Comunidade;
- **Atividade 2:** A Prevenção de LME nos CIDDD;
- **Atividade 3:** Na Escola eu Aprendo... Às LME não me Rendo!

No que diz respeito à calendarização das atividades propostas, a construção de um cronograma de intervenções constituiu-se como um importante recurso organizador deste ENP, que se foi completando e reformulando através de um processo contínuo e em constante renovação/atualização, sendo que o resultado final encontra-se exposto no apêndice III.

No capítulo que se segue, apresenta-se a análise das atividades desenvolvidas, com as respetivas intervenções, estratégias, meios e recursos utilizados, para a sua execução com sucesso.

CAPÍTULO V

EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES PLANEADAS: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE

5.1 - ATIVIDADE 1: PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE

O desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Reabilitação na abordagem e intervenção junto do doente, família e comunidade, promove a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, a prevenção de complicações, a maximização das capacidades e a re-integração na comunidade (OE, 2015).

Ao longo deste ENP foi desígnio constante intervir o mais oportunamente possível, de forma a ir de encontro aos objetivos gerais e específicos delineados. Foi, por isso, essencial elaborar uma proposta de atuação o mais realista e exequível possível.

Durante este período e progressivamente foi intenção desenvolver habilidades científicas, técnico-instrumentais, sócio-relacionais e crítico-reflexivas, na prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação aos doentes e famílias na comunidade, sempre tendo em conta os aspetos éticos, legais e deontológicos no exercício da profissão.

Para tal, diariamente, foram realizadas visitas domiciliárias aos doentes/famílias em seguimento pela UCCVC.

Uma das competências que foi permitido aprimorar foi a avaliação inicial, para a recolha de dados de Enfermagem de Reabilitação.

Para que esta ação interventiva tivesse sucesso, foi essencial, a consulta do processo clínico de cada doente/família, para seguidamente se proceder à entrevista e à avaliação focalizada e pormenorizada, através da observação e do exame físico. Para complementar a prática clínica, houve a ocasião de aplicar instrumentos de medida adequados e foi essencial a pesquisa e o conhecimento dos resultados dos exames de diagnóstico de cada doente.

Alguns dos instrumentos de medida utilizados foram: a Escala de Coma de Glasgow; de Barthel; de Tinetti; de Braden; de Morse; de Guss; de Borg Modificada; o Índice de Katz; a Escala de Lawton; a Escala de Ashworth Modificada; a Escala de avaliação da força muscular da Medical Research Council; o Índice da Marcha Dinamic; o Goniómetro (amplitude articular); a Fita métrica (perimetria); etc.

Assim sendo, a colheita de informações incidia, no estado de consciência; dados pessoais e sociais; hábitos/estilos de vida; antecedentes pessoais/familiares patológicos; sinais vitais; funções corporais (motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, alimentação, sexualidade, eliminação); capacidade funcional de realização das AVD; aspetos psicossociais facilitadores/inibidores do processo de reabilitação, entre outros.

Para realizar uma avaliação inicial completa foi fundamental considerar os aspetos psicossociais facilitadores/inibidores do processo de reabilitação. Deste modo, foi perceptível que o medo, a desmotivação, a tristeza, a depressão, a falta de expectativas, o desconhecimento/incerteza do diagnóstico, a alteração da imagem/funções corporais, a dependência e/ou outras causas poderão comprometer/condicionar todo este percurso.

Pelo que foi anteriormente mencionado conclui-se que, o EEER, por um lado, terá que ter uma sensibilidade acrescida, para identificar essas situações e capacidades alargadas, nomeadamente a nível relacional e motivacional, para concretizar a sua atuação em conformidade, de forma a promover e a facilitar todo o processo de reabilitação. Por outro lado, o facto de desenvolver essas competências no ambiente domiciliário de cada pessoa/família constituiu-se como um desafio constante, pois obriga a um maior sentido de adaptabilidade, flexibilidade e criatividade.

Após o desenvolvimento da avaliação inicial de Enfermagem de Reabilitação foi importante fazer um plano mental e identificar as necessidades de cada doente e família em particular, seguindo-se a formulação de diagnósticos e o planeamento de intervenções, no sentido da conceção de programas de Enfermagem de Reabilitação, verdadeiramente individualizados. Todo este processo permitiu desenvolver, conjuntamente, a vertente crítico-reflexiva, ao selecionar os focos, os diagnósticos e as ações de Enfermagem de Reabilitação mais pertinentes e apropriadas.

Concebido o programa de reabilitação, esteve sempre presente a preocupação de o discutir não só com o EEER da UCCVC, mas também, com a restante equipa de cuidados, com o doente e respetiva família, para que todos fizessem parte integrante deste processo.

Depois desta fase, era executado o programa de reabilitação planeado, o qual possibilitou a oportunidade da prática de cuidados a doentes do foro neurológico, ortopédico/ortotraumatológico, respiratório, oncológico, entre outros, em diferentes fases do processo de reabilitação.

Dentro dos vários programas implementados, foi possível, de acordo com a fase de reabilitação em que cada doente se encontrava, ensinar, instruir, treinar, demonstrar, assistir/executar e supervisionar o doente, incluindo o CI, na realização de várias técnicas, tais como: cinesioterapia (exercícios de mobilidade articular, auto-mobilizações, rolamento, facilitação cruzada, ponte, carga no cotovelo, etc); posicionamentos e mobilizações; levante e transferências; treino de marcha e subir/descer escadas; treino de equilíbrio; estimulação cognitiva, sensorial e proprioceptiva; técnicas de reeducação

funcional respiratória; ensino sobre a utilização de produtos de apoio; desempenho/treino de AVD; prevenção de complicações; etc.

Para isso, foi essencial a seleção e a utilização de diversos recursos materiais e de produtos de apoio existentes, como por exemplo o cinto para mobilização/transferência, material para treino de marcha com obstáculos, material para estimulação da motricidade fina, entre outros.

Muitas vezes, aproveitava-se o facto de o CI estar presente, para realizar EPS relativamente aos vários procedimentos implementados, no sentido, não só da promoção da autonomia, mas também do estímulo para a adoção das técnicas ensinadas, quando o EEER não se encontrasse presente. O treino de marcha, a promoção do autocuidado do doente e do próprio CI e a prevenção de complicações foram dos temas mais abordados, no sentido da consciencialização das limitações de cada indivíduo e na promoção do potencial para desenvolvimento de conhecimentos e capacidades de cada um.

No sentido de promover a continuidade dos cuidados, procurou dotar-se as famílias de conhecimentos e competências necessários à prestação de cuidados no domicílio, consoante as necessidades manifestadas, estimulando a consciencialização das limitações, a promoção das potencialidades e capacidades adaptativas e a negociação de estratégias adaptativas do domicílio/comunidade. Por isso, procurou-se, sempre, não só responder às questões solicitadas, mas por iniciativa própria, iniciar essa prática autonomamente em relação aos mais diversos temas.

De facto, a intervenção familiar é uma ação autónoma dos EEER e na comunidade, é um importante recurso na negociação de mecanismos para melhorar a qualidade de vida do doente, sem descurar as necessidades dos cuidadores.

Surgiu, igualmente, espaço/oportunidade para aconselhar a aquisição de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), para colmatar a existência de barreiras arquitetónicas detetadas e/ou facilitar o desempenho das AVD, tendo em conta a situação do doente, os recursos económicos existentes e prevenindo a sobrecarga do cuidador (p. ex. alteador sanitário, luvas de posicionamento, tábua de banheira, etc).

Quanto à componente teórico-científica, é de reforçar que, quando situações novas surgiam, houve a necessidade de recorrer à revisão da literatura disponível, no sentido de fundamentar a prática com a evidência teórica mais recente.

Para avaliar os resultados dos programas de Enfermagem de Reabilitação, foi importante aplicar novamente, as escalas já antes mencionadas, na avaliação inicial; realizar o exame físico de cada doente; consultar o processo clínico e os respetivos exames complementares de diagnóstico; trocar informações com a equipa de cuidados e indagar

e valorizar as queixas e os ganhos em saúde dos doentes, juntamente com as famílias, de forma a promover a gestão adaptativa contínua do programa de reabilitação.

E para sistematizar os cuidados prestados e os resultados obtidos com as intervenções de Enfermagem de Reabilitação, de acordo com os diagnósticos formulados para cada indivíduo, foi importante a realização dos registos de Enfermagem, de acordo com a linguagem da CIPE. Relativamente a este tema, foram executados os registos informáticos, nos programas SClinico e Gestcare, de acordo com os critérios de legalidade e rigor científico, sempre com o objetivo de serem o mais completos possível.

Durante este ENP, compreendeu-se, igualmente, o papel do EEER no processo de sinalização e de referenciação para outras unidades de continuidade de cuidados e de articulação com outros elementos da equipa multiprofissional, sempre que necessário.

Esta atividade, que atravessou todo o horizonte temporal deste ENP, ao trazer contributos favoráveis aos indivíduos e famílias alvo dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na comunidade, concorreu para que se considere que as situações de evolução positiva fossem maioritárias e extremamente gratificantes. Mas, por vezes, o retrocesso nos resultados alcançados chegou a acontecer, devido, muitas vezes, ao agravamento da situação clínica do doente, o que fez com que o reajuste das práticas fosse uma preocupação e um cuidado constante.

Estando conscientes da importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação no contexto domiciliário/comunitário, no sentido da maximização das capacidades da pessoa, incluindo a sua família, na melhor readaptação possível ao ambiente e ao estilo de vida de cada um, considera-se que foram desenvolvidas práticas direcionadas à promoção da qualidade de vida da pessoa em situação de perda da autonomia, potenciando a sua independência.

5.2 – ATIVIDADE 2: PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NOS CUIDADORES INFORMAIS DE DOENTES DEPENDENTES NO DOMICÍLIO

Considerando a família, nomeadamente o CI designado para o efeito, como o principal suporte de cuidados dos seus elementos dependentes, torna-se importante incluí-la em todo o processo de cuidados, como parte integrante da atuação do EEER.

A OE (2015), através do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, no seu enunciado descritivo 3.5, refere que é fundamental “envolver o cliente e pessoas significativas no processo de cuidados, ensinando e treinando, tendo em conta os recursos existentes no domicílio” (p.16658).

Partindo desta premissa como base centralizadora deste ENP, após a concretização do diagnóstico de situação dos CIDDD, seguindo-se a sua vontade expressa em participar nesta atividade e depois de prestados os devidos esclarecimentos sobre a mesma, partiu-se para a implementação das intervenções planeadas.

Deste modo, agendaram-se com os CI incluídos na amostra desta atividade (10 no total) um momento formal para observar os procedimentos de MMD no domicílio, adotados por estes²⁰, pois nesta fase específica sentiu-se necessidade da procura de dados que contribuíssem para a resolução do problema selecionado (Nunes [et al], 2010).

O método utilizado foi a observação estruturada direta não participante e para melhor sistematizar as observações realizadas foi criada uma grelha de observação de comportamentos. A grelha de observação concebida fundamentou-se nos princípios orientadores para uma correta mecânica corporal na prestação de cuidados, expressos pela OE (2013) e procurou mensurar 20 parâmetros relativos às condutas dos CI relativos à utilização de medidas preventivas de LME, aquando da execução das tarefas de MMD (apêndice IV).

Os resultados do primeiro momento formal de observação encontram-se expressos, no quadro 8. Mediante a sua análise, conclui-se que todos os CI conhecem as condições do doente e a posição requerida para o movimentar; seguram o doente firmemente, usando a palma da mão e não as pontas dos dedos; e movimentam o doente por rolamento, sempre que possível (100%).

A grande maioria mantém o doente numa posição o mais próxima possível do seu corpo (80%); usa o seu próprio peso para contrabalançar o peso do doente (60%); evita a falta de arrumação no espaço, piso escorregadio/molhado/desnivelado, com cabos e/ou outros obstáculos (70%); está adequadamente vestido e calçado (70%); admite promover a

²⁰ Ver apêndice III (cronograma de atividades).

existência de períodos de repouso suficientes à recuperação da fadiga músculo-esquelética (60%); procura solicitar a ajuda de alguém, sempre que necessário e for possível (60%); e utiliza produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) (60%).

Por outro lado, comprova-se que a totalidade dos CI observados não evita esforços oriundos de movimentos bruscos, frequentes/repetidos, prolongados, com perda de equilíbrio e/ou deslizamento; não evita a utilização dos músculos das costas no levantamento (não utiliza os músculos e os movimentos de impulsão das pernas); e não executa exercícios de alongamento, antes de iniciar as tarefas de MMD.

De igual modo, a grande maioria dos CIDDD não mantém a coluna vertebral reta (não evita a sua flexão e rotação) ao realizar a MMD (90%); não contrai ligeiramente todos os músculos (90%); não flete as pernas na execução dos procedimentos (80%); não posiciona os pés à largura dos ombros (assumindo uma ampla base de sustentação) (90%); não movimenta os pés e as pernas de acordo com o movimento a executar (80%) e em momentos de fadiga e/ou tensão não efetua uma pausa para praticar alguns exercícios de relaxamento e/ou alongamento (90%).

Quadro 8 – Distribuição da amostra de cuidadores informais, relativamente à utilização de medidas preventivas de LME, aquando da execução das tarefas de MMD, no domicílio (n=10)

VARIÁVEL		SIM		NÃO		NA ²¹	
		ni	fi %	ni	fi %	ni	fi %
O CIDDD AO REALIZAR A MMD:	Conhece as condições do doente e a posição requerida para o movimentar	10	100	-	-	-	-
	Evita esforços oriundos de movimentos bruscos, frequentes/repetidos, prolongados, com perda de equilíbrio e/ou deslizamento	-	-	10	100	-	-
	Mantém a coluna vertebral reta (evita a sua flexão e rotação)	1	10	9	90	-	-
	Contrai sempre ligeiramente todos os músculos	1	10	9	90	-	-
	Mantém o doente numa posição o mais próxima possível do seu corpo	8	80	2	20	-	-
	Segura o doente firmemente, usando a palma da mão e não as pontas dos dedos	10	100	-	-	-	-
	Flete as pernas na execução dos procedimentos	2	20	8	80	-	-
	Posiciona os pés à largura dos ombros (assume uma ampla base de sustentação)	1	10	9	90	-	-
	Movimenta os pés e pernas de acordo com o movimento a executar	2	20	8	80	-	-
	Ajusta, se possível, a altura da cama, ao nível da cintura	-	-	1	10	9	90
	Usa o próprio peso para contrabalançar o peso do doente	6	60	2	20	2	20
	Evita a utilização dos músculos das costas no levantamento. Utiliza os músculos e movimentos de impulsão das pernas	-	-	10	100	-	-
	Conhece as condições do doente e a posição requerida para o movimentar	10	100	-	-	-	-

²¹ (Não aplicável)

Quadro 8 – (continuação)

VARIÁVEL		SIM		NÃO		NA	
		ni	fi %	ni	fi %	ni	fi %
O CIDDD AO REALIZAR A MMD:	Evita a falta de arrumação no espaço (apresenta uma área de 2,5m livres desde o centro da cama), piso escorregadio/molhado/desnivelado, com cabos e/ou outros obstáculos	7	70	3	30	-	-
	Está adequadamente vestido e calçado	7	70	3	30	-	-
	Promove a existência de períodos de repouso suficientes à recuperação da fadiga músculo-esquelética	6	60	4	40	-	-
	Solicita a ajuda de alguém, sempre que necessário e for possível	6	60	-	-	4	40
	Utiliza produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação)	6	60	4	40	-	-
	Antes de iniciar as tarefas executa exercícios de alongamento, para aquecimento	-	-	10	100	-	-
	Em momentos de fadiga e/ou tensão efetua uma pausa e pratica alguns exercícios de relaxamento e/ou alongamento	1	10	9	90	-	-

Depois de recolher estas informações, foi agendada uma sessão informativa teórico-prática sobre o tema “Prevenção de LME, para CIDDD”, no ambiente domiciliário de cada CI/doente²². Sempre que possível, foram incluídos outros familiares que, usualmente, costumam ajudar o CI a prestar cuidados ao doente dependente. Dos seis cuidadores que afirmaram possuir ajuda a cuidar, criou-se a oportunidade de abranger, neste momento, dois elementos que auxiliam nos cuidados.

O propósito desta sessão foi dotar os CIDDD de conhecimentos teóricos e habilidades práticas *in loco*, acerca do tema em questão, onde puderam ser demonstrados e aplicados vários produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação). O plano da ação informativa encontra-se no apêndice V.

Para que esta intervenção fosse mais rigorosa e para que os CIDDD pudessem ficar na posse de suporte bibliográfico sobre o assunto, foi criado um “Manual de Prevenção de LME, para CIDDD”, que, de uma forma detalhada, mas com a aplicação de uma linguagem simples e concisa, incidiu sobre vários temas, relativos a este assunto (apêndice VI). Entre eles, incluiu-se uma abordagem às LME; aos princípios básicos de MMD; aos procedimentos de MMD no domicílio; às ajudas técnicas para a MMD no domicílio; aos exercícios para o CIDDD; entre outros conselhos para a prevenção de LME e promoção do conforto dos CIDDD. As referências bibliográficas que contribuíram para construir este manual encontram-se, devidamente incluídos no mesmo.

Apesar do planeamento das sessões informativas ter sido estruturado de forma similar para todos os destinatários, é de realçar que foram tidas em conta as diferenças

²² Ver apêndice III (cronograma de atividades).

observadas na avaliação inicial, na execução das tarefas de MMD no domicílio e proferidas medidas de aconselhamento individualizadas, conforme as características de cada ambiente e necessidades de cada cuidador e de cada doente dependente.

Concluídas as sessões informativas teórico-práticas, com os dez CIDDD, foi, de seguida, agendado um novo momento formal, para efetuar a segunda observação, que incidiu na averiguação da utilização das medidas preventivas de LME, aquando da execução das tarefas de MMD, após a realização destas ações de sensibilização²³.

Esta segunda observação procurou avaliar os resultados desta ação interventiva específica e os contributos trazidos para os CIDDD. Para isso, procurou calendarizar-se esta medida, sensivelmente, um mês depois da consecução da sessão informativa sobre “Prevenção de LME, para CIDDD”, para que estes pudessem ter tempo para interiorizar e praticar os conteúdos ministrados e refletidos no manual que lhes foi facultado.

Os parâmetros observados foram exatamente os mesmos que constavam na grelha de observação de comportamentos utilizada na primeira observação efetuada (apêndice IV). Os resultados da segunda observação encontram-se expressos no quadro 9.

Em comparação com a primeira avaliação, comprova-se uma melhoria significativa em relação a quinze dos vinte itens constantes na grelha de observação.

As variáveis com mudança expressiva de atitudes por parte dos CIDDD são: “evita esforços oriundos de movimentos bruscos, frequentes/repetidos, prolongados, com perda de equilíbrio e/ou deslizamento” (90%); “mantém a coluna vertebral reta (evita a sua flexão e rotação)” (100%); “contrai sempre ligeiramente todos os músculos” (100%); “flete as pernas na execução dos procedimentos” (100%); “posiciona os pés à largura dos ombros (assume uma ampla base de sustentação)” (90%); “movimenta os pés e pernas de acordo com o movimento a executar” (90%); “evita a utilização dos músculos das costas no levantamento e utiliza os músculos e movimentos de impulsão das pernas” (80%). Os restantes itens mantêm-se manifestamente iguais aos resultados alcançados na primeira observação, sendo que o parâmetro “antes de iniciar as tarefas executa exercícios de alongamento, para aquecimento” é o que detém menos adesão por parte dos CIDDD (20%).

²³ Ver apêndice III (cronograma de atividades).

Quadro 9 – Distribuição da amostra de cuidadores informais, relativamente à utilização de medidas preventivas de LME, aquando da execução das tarefas de MMD, no domicílio, após a realização das sessões informativas teórico-práticas (n=10)

VARIÁVEL		SIM		NÃO		NA	
		ni	fi %	ni	fi %	ni	fi %
O CIDDD AO REALIZAR A MMD:	Conhece as condições do doente e a posição requerida para o movimentar	10	100	-	-	-	-
	Evita esforços oriundos de movimentos bruscos, frequentes/repetidos, prolongados, com perda de equilíbrio e/ou deslizamento	9	90	1	10	-	-
	Mantém a coluna vertebral reta (evita a sua flexão e rotação)	10	100	-	-	-	-
	Contrai sempre ligeiramente todos os músculos	10	100	-	-	-	-
	Mantém o doente numa posição o mais próxima possível do seu corpo	10	100	-	-	-	-
	Segura o doente firmemente, usando a palma da mão e não as pontas dos dedos	10	100	-	-	-	-
	Flete as pernas na execução dos procedimentos	10	100	-	-	-	-
	Posiciona os pés à largura dos ombros (assume uma ampla base de sustentação)	9	90	1	10	-	-
	Movimenta os pés e pernas de acordo com o movimento a executar	9	90	1	10	-	-
	Ajusta, se possível, a altura da cama, ao nível da cintura	1	10	-	-	9	90
	Usa o próprio peso para contrabalançar o peso do doente	7	70	1	10	2	20
	Evita a utilização dos músculos das costas no levantamento. Utiliza os músculos e movimentos de impulsão das pernas	8	80	2	20	-	-
	Movimenta o doente por rolamento, sempre que possível	10	100	-	-	-	-
	Evita a falta de arrumação no espaço (apresenta uma área de 2,5m livres desde o centro da cama), piso escorregadio/molhado/desnivelado, com cabos e/ou outros obstáculos	9	90	1	10	-	-
	Está adequadamente vestido e calçado	9	90	1	10	-	-
	Promove a existência de períodos de repouso suficientes à recuperação da fadiga músculo-esquelética	7	70	3	30	-	-
	Solicita a ajuda de alguém, sempre que necessário e for possível	6	60	-	-	4	40
	Utiliza produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação)	6	60	4	40	-	-
	Antes de iniciar as tarefas executa exercícios de alongamento, para aquecimento	2	20	8	80	-	-
	Em momentos de fadiga e/ou tensão efetua uma pausa e pratica alguns exercícios de relaxamento e/ou alongamento	8	80	2	20	-	-

E porque se tratou da realização de um ENP numa unidade de prestação de cuidados na comunidade, uma das ações projetadas, logo desde o início, foi a realização de uma sessão informativa sobre a “Prevenção de LME no Domicílio: Princípios Básicos”, para os CIDDD não incluídos nesta amostra. Assim, foi possível incluir mais CI nesta atividade e difundir as medidas preventivas de LME inerentes à prestação de cuidados a doentes dependentes. Foram incluídos, então, os CI de doentes, que segundo a Escala de *Barthel* apresentassem ligeira dependência nas AVD, os CI recentemente admitidos na UCCVC e

os CIDDD que fossem alvo de cuidados de Enfermagem generalista no domicílio pela USF – Cuidarte.

Com esta sessão pretendeu-se sensibilizar na teoria e na prática para a aplicação dos princípios básicos de MMD no domicílio.

Um dos objetivos específicos desta formação consistiu na demonstração de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) indicados para a MMD. Para isso, através dos conhecimentos do EEER da UCCVC a este nível, foi contactada uma empresa da área sugerida por este. Desta forma, agendou-se uma reunião com sócio-gerente do Centro Geriátrico “Miminhos aos Avós”²⁴, o qual se mostrou extremamente empenhado em colaborar na formação requerida.

A data escolhida para a sua concretização foi o dia 9 de março de 2017²⁵. O plano da sessão encontra-se no apêndice VII.

Partindo-se desta data, produziram-se convites para divulgar a sessão informativa na UCCVC, na USF – Cuidarte e na loja do Centro Geriátrico “Miminhos aos Avós”. Também, foram criados convites individuais para serem entregues pessoalmente aos CI (apêndice VIII).

Uma das estratégias adotadas foi a criação de uma apresentação em formato *Power Point*®, com alguns conteúdos teóricos relativos às LME e aos princípios básicos de MMD no domicílio (apêndice IX). Igualmente, foi produzido um folheto informativo sobre a “Prevenção de LME: Princípios Básicos” para ser concedido a todos os participantes (apêndice X).

Num total, compareceram catorze CI, sendo que dois destes eram já participantes nas intervenções realizadas no âmbito desta atividade.

Para avaliar a satisfação com esta sessão informativa, foi solicitado aos presentes o preenchimento de um questionário de satisfação, que consistiu em cinco perguntas de resposta fechada e uma pergunta de resposta aberta (apêndice XI).

Os resultados obtidos revelaram que 85,7% dos inquiridos consideraram esta sessão informativa como “muito importante” e 14,3% como “importante”. Já 50% dos CI atribuíram aos conteúdos ministrados a “máxima aplicação prática” e 50% “bastante aplicação prática”. Globalmente, 71,4% dos presentes avaliaram este domínio de formação como “extremamente satisfatório” e 28,6% como “bastante satisfatório”. A totalidade da assistência considerou-se motivada para dar continuidade no domicílio aos

²⁴ Ver apêndice III (cronograma de atividades).

²⁵ *ibidem*

conteúdos ensinados na sessão formativa e referiu que serão retirados benefícios positivos com a participação nesta sessão informativa.

As sugestões/comentários proferidos foram, na generalidade, muito positivos, dos quais se destacam:

- “Deveria haver mais sessões teórico-práticas destas.”;
- “Façam mais – muito importante. É muito difícil ser cuidador e todas estas ações são louváveis.”;
- “Parabéns, sessão muito positiva pelos conteúdos ensinados e pela importância na sua aplicação prática.”;
- “(...) Sugestão de como locomover um acamado ao descer ou subir uma escada na cadeira de rodas.”;
- “O meu comentário é tristeza pois estamos num país tão atrasado em relação à ajuda ao idoso e de quem olha por eles (...).”

No final da formação foi proporcionado um pequeno *coffee break*, no sentido da troca informal de informações/dúvidas; da prestação de esclarecimentos pela equipa formadora; da partilha de experiências; e da promoção de um momento de descontração e de bem-estar a todos os que cuidam de um ente querido.

As fotografias de todos os momentos que constituíram esta intervenção podem ser observadas no apêndice XII.

Por fim, foi entregue um certificado de participação no evento, devidamente autenticado pelo EEER, coordenador da UCCVC (apêndice XIII).

Fazendo um balanço geral, considera-se ter ido de encontro às necessidades manifestadas pelos CIDDD, sendo que o *feedback* dos mesmos foi muito positivo. A melhoria das suas práticas diárias, na utilização das medidas preventivas de LME inerentes à execução dos procedimentos de MMD, no domicílio, foi um facto com evidência comprovada.

Para além da intervenção na promoção do autocuidado físico dos CI, através das medidas de prevenção de LME ensinadas, instruídas, demonstradas e executadas, denotou-se que este tipo de ação prática contribuiu, também, para a melhoria da sobrecarga emocional destes indivíduos, pois percecionou-se que os mesmos sentiam, que, por um lado, as suas queixas eram valorizadas e, por outro, o processo de cuidar de outrem ficou, de certa forma, mais facilitado.

Os CIDDD ficaram, assim, com mais conhecimentos e capacidades na utilização das medidas preventivas de LME, inerentes à execução dos procedimentos de MMD, no domicílio.

5.3 – ATIVIDADE 3: NA ESCOLA EU APRENDO... ÀS LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NÃO ME RENDO!

Na procura permanente da excelência do exercício profissional, o EEER ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde (OE, 2015). Uma das estratégias utilizadas é “a cooperação com estruturas da comunidade, visando a promoção de um ambiente seguro para a população em geral, e para a população com necessidades especiais” (*idem*, p.16657).

Partindo-se do diagnóstico de situação realizado à comunidade estudantil, à definição de objetivos específicos e ao planeamento de ações interventivas, chegou, agora, o momento de analisar a concretização desta atividade específica.

Como era inviável, nesta fase, abranger todas as turmas das escolas selecionadas como alvo desta atividade (escola de EB1 de Monserrate, escola de EB1 do Carmo, escola de EB2/3 Dr. Pedro Barbosa e escola de EB2/3 Frei Bartolomeu dos Mártires), decidiu-se, em conjunto²⁶, englobar uma turma de cada escola visada.

Deste modo, ficou determinado que, nas escolas de EB1, as ações seriam executadas numa das turmas do 4ºano de cada instituição de ensino, uma vez, que os estudantes que se encontram nesta faixa etária já possuem alguns conhecimentos curriculares sobre a anatomia da coluna vertebral e já se encontram num processo de autonomização da preparação diária e da escolha da mochila.

Por sua vez, nas escolas de EB2/3, ficou acordado abranger uma turma do 6ºano de cada estabelecimento de educação, pois, segundo a Teoria do Desenvolvimento Humano de Piaget, as idades dos estudantes que compõem estas turmas, correspondem a um estágio onde surge a capacidade da criança para interiorizar as ações, ou seja, onde esta começa a realizar operações mentalmente (Munari, 2010).

Posto isto, foram incluídas nesta atividade, quatro turmas selecionadas pelos responsáveis dos AE de Monserrate e de Santa Maria Maior (duas do 4ºano e duas do 6ºano), em concordância com os docentes/diretores de turma das mesmas.

No total foram envolvidos 81 alunos (20 da turma do 4ºano da escola de EB1 de Monserrate, 20 da turma do 4ºano da escola de EB1 do Carmo, 20 da turma do 6ºano da escola de EB2/3 Dr. Pedro Barbosa e 21 da turma de 6ºano da escola de EB2/3 Frei Bartolomeu dos Mártires).

²⁶ Decisão tomada pela equipa de cuidados da UCCVC, pelas equipas pedagógicas das escolas e pela mestranda em Enfermagem de Reabilitação.

A primeira etapa desta atividade consistiu na recolha de dados, através do registo das medidas antropométricas e do peso das mochilas dos estudantes. Assim sendo, foram combinados quatro momentos formais para a concretização desta avaliação²⁷ e foi criada uma grelha de registos com quatro variáveis (apêndice XIV): género, idade, medidas antropométricas do aluno (peso e altura) e peso das mochilas [total (mochila + material escolar + extra escolar) e vazia (mochila + material extra escolar)]. Neste último parâmetro interessou perceber o impacto/peso do material extra-escolar trazido pelo estudante e não apenas o peso da mochila vazia.

Os recursos utilizados para a realização destas medições consistiram numa balança mecânica, com carga máxima até 150Kg; numa fita métrica, com 2 metros; e um dinamómetro mecânico, com carga máxima até 50Kg. Todos os instrumentos encontravam-se devidamente calibrados.

Após o tratamento de dados e mediante a análise do quadro 10, dos 81 alunos incluídos, estiveram presentes um total de 77 estudantes (19 da turma do 4ºano da escola de Monserrate – faltou 1; 18 da turma do 6ºano da escola Dr. Pedro Barbosa – faltaram 2; 20 da turma do 4ºano da escola do Carmo; e 20 da turma do 6ºano da escola Frei Bartolomeu dos Mártires – faltou 1).

Quanto ao género conclui-se que 54,5%, dos estudantes pertence ao género feminino e 45,5% ao masculino, sendo que, no total das turmas do 4º ano, 61,5% dos estudantes são do sexo feminino e das turmas do 6º ano, 52,6% dos alunos pertence ao sexo masculino.

Quadro 10 – Distribuição da amostra de estudantes quanto ao género

VARIÁVEL		ni	fi %
GÉNERO	Turma do 4ºano da escola de EB1 de Monserrate (n=19)		
	Feminino	14	73,7
	Masculino	5	26,3
	Turma do 6ºano da escola de EB 2/3 Dr. Pedro Barbosa (n=18)		
	Feminino	9	50
	Masculino	9	50
	Turma do 4ºano da escola de EB1 do Carmo (n=20)		
	Feminino	10	50
	Masculino	10	50
	Turma do 6ºano da escola de EB2/3 Frei Bartolomeu dos Mártires (n=20)		
	Feminino	9	45
	Masculino	11	55

²⁷ Ver apêndice III (cronograma de atividades).

Quadro 10 – (continuação)

VARIÁVEL		ni	fi %
GÉNERO	TOTAL (n=77)		
	Feminino	42	54,5
	Masculino	35	45,5
	TOTAL: turmas do 4ºano das escolas de EB1 (n=39)		
	Feminino	24	61,5
	Masculino	15	38,5
	TOTAL: turmas do 6ºano das escolas de EB2/3 (n=38)		
	Feminino	18	47,4
	Masculino	20	52,6

Quanto à idade, o quadro 11 revela que, em média, os estudantes analisados têm 10,1 anos de idade ($\sigma=1,1$ anos) e que a média de idades dos discentes das turmas do 4ºano das escolas de EB1 é de 9,1 anos ($\sigma=0,5$ anos) e das turmas do 6ºano das escolas de EB2/3 é de 11,1 anos ($\sigma=0,5$ anos).

Quadro 11 – Distribuição da amostra de estudantes quanto à idade

VARIÁVEL		Mín.- Máx.	$\bar{x}$	σ
IDADE	Turma do 4ºano da escola de EB1 de Monserrate (n=19)	9-9	9	0
	Turma do 6ºano da escola de EB 2/3 Dr. Pedro Barbosa (n=18)	11-12	11	0,2
	Turma do 4ºano da escola de EB1 do Carmo (n=20)	9-11	9,3	0,7
	Turma do 6ºano da escola de EB2/3 Frei Bartolomeu dos Mártires (n=20)	10-13	11,2	0,6
	TOTAL (n=77)	9-13	10,1	1,1
	TOTAL: turmas do 4ºano das escolas de EB1 (n=39)	9-11	9,1	0,5
	TOTAL: turmas do 6ºano das escolas de EB2/3 (n=38)	10-13	11,1	0,5

No que diz respeito às medidas antropométricas, como se pode compreender no quadro 12, em média, a totalidade dos alunos pesa 39,3 Kg ($\sigma=8,8$ Kg) e mede 145,3cm ($\sigma=9$ cm).

A média do peso dos alunos das turmas do 4ºano é de 34,3 Kg ($\sigma=5,7$ Kg) e a dos alunos das turmas do 6ºano é de 44,4 Kg ($\sigma=8,7$ Kg). Em relação à altura, os alunos do 4ºano medem em média 139,9 cm ($\sigma=6,6$ cm) e os do 6ºano 150,9cm ($\sigma=7,6$ cm).

Quadro 12 – Distribuição da amostra de estudantes quanto às medidas antropométricas (peso e altura)

VARIÁVEL		Mín.- Máx.	$\bar{x}$	σ
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	Turma do 4ºano da escola de EB1 de Monserrate (n=19)			
	Peso (Kg)	20-40	31,8	4,3
	Altura (cm)	122-155	141	7,1
	Turma do 6ºano da escola de EB 2/3 Dr. Pedro Barbosa (n=18)			
	Peso (Kg)	34-65	44,1	9,3
	Altura (cm)	145-170	152,6	6,8
	Turma do 4ºano da escola de EB1 do Carmo (n=20)			
	Peso (Kg)	28-50	36,8	6
	Altura (cm)	131-155	139,1	6,2
	Turma do 6ºano da escola de EB2/3 Frei Bartolomeu dos Mártires (n=20)			
	Peso (Kg)	28-60	44,6	8,3
	Altura (cm)	135-161	149,3	8,2
	TOTAL (n=77)			
	Peso (Kg)	20-65	39,3	8,8
	Altura (cm)	122-170	145,3	9
	TOTAL: turmas do 4ºano das escolas de EB1 (n=39)			
	Peso (Kg)	20-50	34,3	5,7
	Altura (cm)	122-155	139,9	6,6
	TOTAL: turmas do 6ºano das escolas de EB2/3 (n=38)			
	Peso (Kg)	28-65	44,4	8,7
	Altura (cm)	135-170	150,9	7,6

O quadro 13 revela que, em média, as mochilas dos alunos analisados pesa, no total, 8,9 Kg ($\sigma=2,6$ Kg), sendo que a mochila mais leve apresenta 2,5Kg e a mais pesada 15Kg.

Em termos do EB1, a escola do Carmo é a que mostra uma média de peso total das mochilas superior (9,9 Kg; $\sigma=1,8$ Kg). Quanto ao EB2/3 o maior peso total das mochilas verifica-se na escola Frei Bartolomeu dos Mártires (9,8 Kg, com $\sigma=2,7$ Kg). A média total do peso das mochilas das turmas do 4ºano do EB1 é de 8,7 Kg ($\sigma=2,5$ Kg) e das turmas do 6ºano do EB2/3 de 9 Kg ($\sigma=2,6$ Kg).

No que diz respeito ao peso da mochila vazia (mochila vazia + material extra escolar), em média, os alunos transportam 1 Kg ($\sigma=0,8$ Kg), sendo que a mochila vazia mais leve pesa 0,3 g e a mais pesada 5 Kg. Em termos médios é a escola de EB1 de Monserrate que apresenta uma média superior de peso de mochila vazia (1,5 Kg, com $\sigma=1,4$ Kg), que se pode explicar pela existência de um maior número de mochilas de rodas.

Quadro 13 – Distribuição da amostra de estudantes quanto ao peso das mochilas (total e vazia)

VARIÁVEL		Mín.- Máx.	$\bar{x}$	σ
PESO DAS MOCHILAS	Turma do 4ºano da escola de EB1 de Monserrate (n=19) 15 mochilas de alças e 4 mochilas de rodas			
	Total (Kg)	2,5-13	7,4	2,5
	Vazia (Kg)	0,3-5	1,5	1,4
	Turma do 6ºano da escola de EB 2/3 Dr. Pedro Barbosa (n=18) 18 mochilas de alças			
	Total (Kg)	5-12,5	8,2	2,2
	Vazia (Kg)	0,5-2	0,9	0,4
	Turma do 4ºano da escola de EB1 do Carmo (n=20) 17 mochilas de alças e 3 mochilas de rodas			
	Total (Kg)	5-15	9,9	1,8
	Vazia (Kg)	0,5-2	0,9	0,3
	Turma do 6ºano da escola de EB2/3 Frei Bartolomeu dos Mártires (n=20) 20 mochilas de alças			
	Total (Kg)	3,5-14	9,8	2,7
	Vazia (Kg)	0,3-3	0,8	0,7
	TOTAL (n=77) 70 mochilas de alças e 7 mochilas de rodas			
	Total (Kg)	2,5-15	8,9	2,6
	Vazia (Kg)	0,3-5	1	0,8
	TOTAL: turmas do 4ºano das escolas de EB1 (n=39) 32 mochilas de alças e 7 mochilas de rodas			
	Total (Kg)	2,5-15	8,7	2,5
	Vazia (Kg)	0,3-5	1,2	1
	TOTAL: turmas do 6ºano das escolas de EB2/3 (n=38) 38 mochilas de alças			
	Total (Kg)	3,5-14	9	2,6
	Vazia (Kg)	0,3-3	0,9	0,6

Em percentagem, depois de ser analisado o quadro 14, o peso médio da totalidade das mochilas corresponde a 23,7% do peso médio dos alunos avaliados ($\sigma=7,9\%$). A percentagem mínima observada é de 9,2% e a máxima 43,3%.

Tendo por base de referência que o peso das mochilas, pastas e similares não deve ultrapassar os 10% do peso corporal do aluno, em média, os indivíduos analisados transportam 13,7% de peso a mais, para além do recomendado.

Assim, conclui-se que todos os estudantes das escolas analisadas transportam mais do dobro do peso, face ao indicado.

Este peso é superior na turma do 4ºano da escola de EB1 do Carmo, com a totalidade dos alunos a transportar em média 17,6% a mais do peso recomendado. Os estudantes da turma do 6ºano da escola de EB2/3 Dr. Pedro Barbosa são os que apresentam uma média inferior, com 9,2% a mais ao recomendado, face ao seu peso médio.

Quadro 14 – Distribuição da relação peso total da mochila/peso do estudante

VARIÁVEL		Mín.- Máx.	$\bar{x}$	σ	$\bar{x} - 10\%$
RELAÇÃO PESO TOTAL DAS MOCHILAS/PESO DO ESTUDANTE (%)	Turma do 4ºano da escola de EB1 de Monserrate (n=19)	12,5-43,3	23,6	8,4	13,6
	Turma do 6ºano da escola de EB 2/3 Dr. Pedro Barbosa (n=18)	11,5-36,7	19,2	6,4	9,2
	Turma do 4ºano da escola de EB1 do Carmo (n=20)	12,8-38,4	27,6	5,9	17,6
	Turma do 6ºano da escola de EB2/3 Frei Bartolomeu dos Mártires (n=20)	9,2-42,8	24	8,2	14
	TOTAL (n=77)	9,2-43,3	23,7	7,9	13,7
	TOTAL: turmas do 4ºano das escolas de EB1 (n=39)	12,5-43,3	25,6	7,5	15,6
	TOTAL: turmas do 6ºano das escolas de EB2/3 (n=38)	9,2-42,8	21,7	7,8	11,7

Perante os dados obtidos, partiu-se para a calendarização junto dos docentes/diretores das turmas alvo, de uma sessão informativa, sobre o tema “Educação Postural”²⁸. O objetivo central desta intervenção foi capacitar os discentes e docentes de conhecimentos teórico-práticos sobre as medidas preventivas de LME, no âmbito escolar.

O plano desta sessão encontra-se no apêndice XV.

Como estratégia para melhor conduzir esta ação informativa, foi criada uma apresentação em formato *Power Point*, com os seguintes assuntos: anatomia da coluna vertebral; recomendações práticas para melhorar a postura corporal (na posição sentado; no uso/transporte da mochila); e exercícios de prevenção das LME (apêndice XVI). Esta apresentação foi construída com base nas recomendações da Direção-Geral do Consumidor (2015), de Carnide (2006) e de Rebelo (2017). Procurou-se que esta apresentação fosse o mais criativa e apelativa possível, com recurso a uma linguagem e a conteúdos adaptados a ambas as faixas etárias, das turmas participantes nesta atividade.

No final da sessão foi mostrado um vídeo sintetizador dos conteúdos abordados, com desenhos animados e figuras alusivas ao tema.

No cômputo geral, estiveram presentes nas sessões um total de 73 estudantes (18 da turma do 4ºano da escola de Monserrate – faltaram 2; 19 da turma do 4ºano da escola do Carmo – faltou 1; 18 da turma do 6ºano da escola Dr. Pedro Barbosa – faltaram 2; e 18 da turma do 6ºano da escola Frei Bartolomeu dos Mártires – faltaram 3).

Algumas das fotografias dessas sessões encontram-se no apêndice XVII.

²⁸ Ver apêndice III (cronograma de atividades).

Para avaliar a sessão, foi requisitado a cada aluno que respondesse, de preferência, através de um desenho, ou em último recurso, em formato escrito²⁹ à seguinte pergunta:

- «O que é que aprenderam com esta aula sobre “Educação Postural”?»

Foi escolhida esta forma de avaliação pois os desenhos infantis para as crianças “são o espelho das suas vivências, daquilo que as crianças conhecem e sabem, refletem coisas ou situações que tiveram mais significado para elas e também o que elas vêem, não necessariamente do mesmo modo que os adultos, mas da maneira como elas interpretaram o que observaram” (Felicidade, 2015, p.27).

Para examinar os trabalhos recolhidos, foi criada uma grelha de análise quantitativa dos desenhos/textos dos estudantes (apêndice XVIII), com base nos principais tópicos e subtópicos abordados.

No total, foram recolhidos 56 desenhos e 11 textos escritos (35 desenhos e 2 textos das turmas das escolas de EB1 e 21 desenhos e 9 textos das escolas de EB2/3). Alguns dos desenhos e dos textos dos alunos podem ser vistos no apêndice XIX.

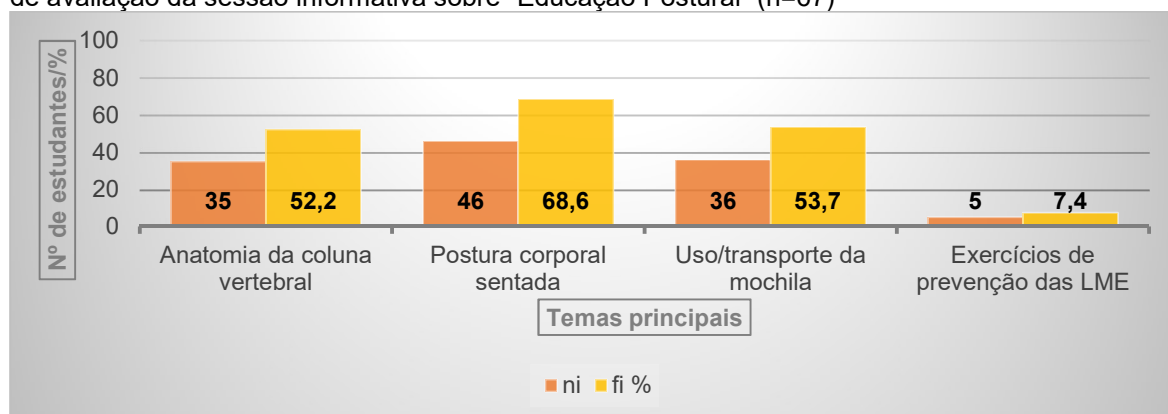
Apesar da não adesão/entrega, por parte de alguns alunos, dos desenhos/textos solicitados para avaliar a sessão informativa sobre o tema “Educação Postural”, o número de trabalhos recolhidos foi extremamente satisfatório e refletor dos conhecimentos adquiridos.

Depois da sua análise pormenorizada, os resultados alcançados encontram-se expressos no gráfico 3, 4 e 5 e no quadro 15.

Após a averiguação do gráfico 3, pode concluir-se que os temas mais valorizados/retidos e representados pelos alunos das quatro turmas, nos seus desenhos/textos são: a “postura corporal sentada” (68,6%); o “uso/transporte da mochila” (53,7%) e a “anatomia da coluna vertebral” (52,2%). O tema menos abordado diz respeito aos “exercícios de prevenção das LME”, com apenas 7,4% de expressão.

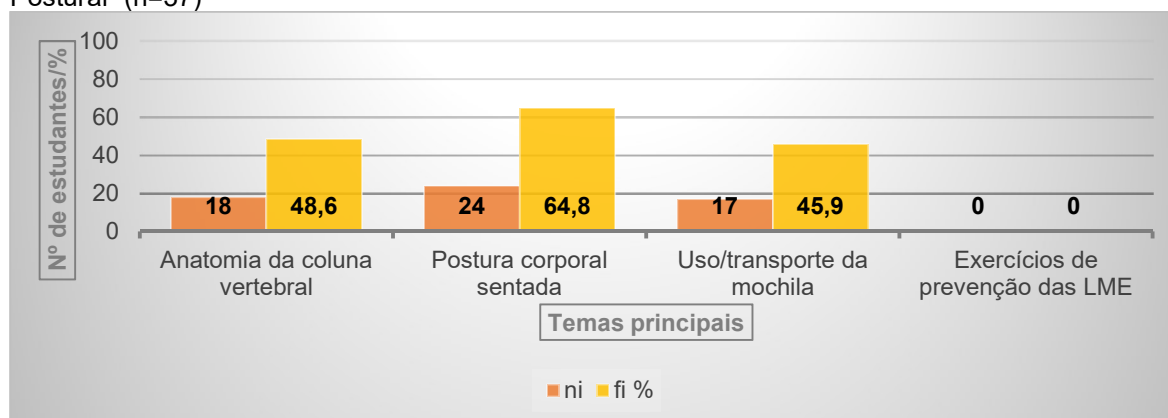
²⁹ Apenas para os alunos que considerassem ter menos apetência para as artes gráficas.

Gráfico 3 - Distribuição dos temas principais abordados pelos estudantes, nos desenhos e textos de avaliação da sessão informativa sobre “Educação Postural” (n=67)



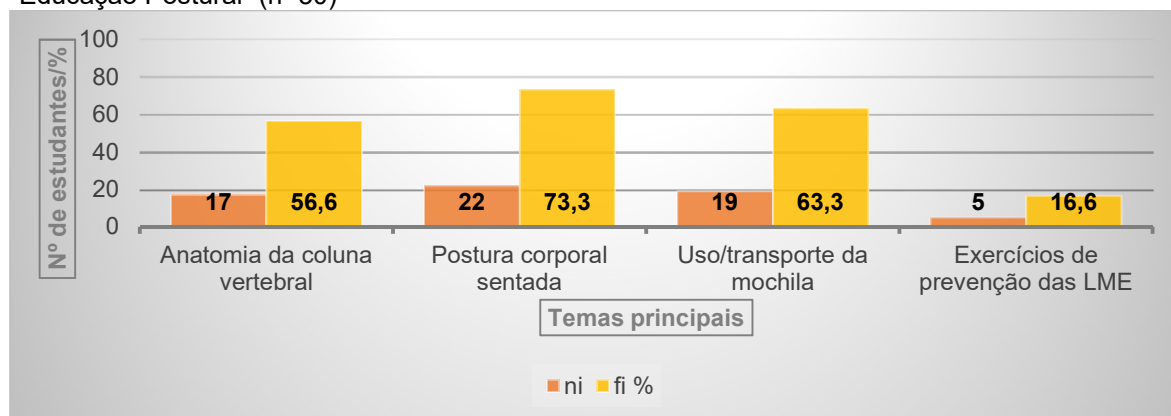
Quanto aos principais conteúdos representados pelos estudantes das turmas do 4ºano das escolas de EB1, verifica-se, no gráfico 4, que nenhum aluno se reporta aos “exercícios de prevenção das LME”. Pelo contrário, o tema principal mais abordado consiste na “postura corporal sentada”, com 64,8% dos alunos a exprimirem-no, seguindo-se a “anatomia da coluna vertebral”, com uma percentagem de 48,6%, quase em igualdade com o assunto relacionado com o “uso/transporte da mochila”, com 45,9%.

Gráfico 4 - Distribuição dos temas principais abordados pelos estudantes das turmas do 4ºano das escolas de EB1, nos desenhos e textos de avaliação da sessão informativa sobre “Educação Postural” (n=37)



Já 73,3% dos estudantes das turmas do 6ºano das escolas de EB2/3, como mostra o gráfico 5, nos desenhos e textos de avaliação da sessão informativa sobre “Educação Postural”, abordam maioritariamente o tema acerca da “postura corporal sentada”, 63,3% reportam-se ao “uso/transporte da mochila”, 56,6% à “anatomia da coluna vertebral” e, apenas, 16,6% aos “exercícios de prevenção das LME”.

Gráfico 5 - Distribuição dos temas principais abordados pelos estudantes das turmas do 6º ano das escolas de EB2/3, nos desenhos e textos de avaliação da sessão informativa sobre “Educação Postural” (n=30)



No quadro 15, pode apreciar-se a distribuição dos subtemas referenciados pelos estudantes, nos desenhos e textos de avaliação da sessão informativa sobre “Educação Postural”, à exceção da categoria sobre os “exercícios de prevenção das LME”, pois esta não possui subtemas.

De uma forma geral, o subtópico mais expressado pela totalidade da amostra consistiu na “postura corporal sentada correta”, com 68,6%. Por outro lado, nenhum dos participantes aludiu ao uso/transporte de “mais do que uma mochila”.

No tema principal sobre a “anatomia da coluna vertebral”, o subtema mais abordado nos desenhos/textos, dos participantes nas ações formativas, envolveu o “alinhamento correto” da coluna vertebral, com 44,7%. Esta tendência verificou-se, também, nos alunos das turmas do 4º ano (45,9%) e nos alunos das turmas do 6º ano (43,3%).

Quanto aos desenhos/textos sobre a “postura corporal sentada”, 68,6% dos discentes representou a adoção da mesma de uma forma “correta”. Igualmente, 64,8% dos alunos das turmas do 4º ano das escolas de EB1 e 73,3% dos alunos das turmas do 6º ano das escolas de EB2/3 fizeram menção a este parâmetro.

Por fim, em relação ao tema sobre o “uso/transporte da mochila”, 28,3% dos estudantes desenharam/escreveram sobre o subtópico “mochila bem ajustada/posicionada”, 26,8% sobre o transporte da mochila “com duas alças” e 16,4% sobre o “peso correto” a carregar.

As turmas do 4º ano valorizaram mais os subtemas sobre o transporte da mochila “com duas alças” colocadas (21,6%) e “bem ajustada/posicionada” (21,6%). Com 18,9% e 16,2% da percentagem calculada, observou-se o registo relativo ao “peso incorreto” e ao “peso correto” na categoria sobre o “uso/transporte da mochila”, respetivamente. Por

parte destes estudantes, não houve menção nos seus desenhos/textos à “organização incorreta da mochila”, ao transporte da mochila “na mão (alças)”, “na mão (de rodas)” e “mais do que uma” mochila. Também, não houve registo sobre a “postura incorreta no levantamento da mochila no chão”.

Para terminar, os alunos do 6ºano fizeram uma maior alusão, nos seus trabalhos, à mochila “bem ajustada/posicionada” (36,6%), ao transporte da mochila “com duas alças” colocadas (33,3%) e ao “tipo de mochila aconselhada” (33,3%). A menor exposição foi feita em relação aos subtemas “organização incorreta da mochila” (3,3%) e à “postura incorreta no levantamento da mochila do chão”.

Quadro 15 – Distribuição dos subtemas abordados pelos estudantes, nos desenhos e textos de avaliação da sessão informativa sobre “Educação Postural”

VARIÁVEL		ni	fi %
TEMA: ANATOMIA DA COLUMNA VERTEBRAL	TOTAL (n=67)		
	Alinhamento correto	30	44,7
	Alinhamento incorreto	16	23,8
	Curvaturas fisiológicas	1	1,4
	Curvaturas patológicas	3	4,4
	TOTAL: turmas do 4ºano das escolas de EB1 (n=37)		
	Alinhamento correto	17	45,9
	Alinhamento incorreto	7	18,9
	Curvaturas fisiológicas	0	0
	Curvaturas patológicas	0	0
	TOTAL: turmas do 6ºano das escolas de EB2/3 (n=30)		
	Alinhamento correto	13	43,3
	Alinhamento incorreto	9	30
	Curvaturas fisiológicas	1	3,3
	Curvaturas patológicas	3	10
TEMA: POSTURA CORPORAL SENTADA	TOTAL (n=67)		
	Correta	46	68,6
	Incorreta	19	28,3
	TOTAL: turmas do 4ºano das escolas de EB1 (n=37)		
	Correta	24	64,8
	Incorreta	9	24,3
	TOTAL: turmas do 6ºano das escolas de EB2/3 (n=30)		
	Correta	22	73,3
	Incorreta	10	33,3

Quadro 15 – (continuação)

VARIÁVEL		ni	fi %
TEMA: USO/TRANSPORTE DA MOCHILA	TOTAL (n=67)		
	Peso correto	11	16,4
	Peso incorreto	10	14,9
	Organização correta da mochila	8	11,9
	Organização incorreta da mochila	1	1,4
	Com duas alças	18	26,8
	Com uma alça	4	5,9
	Tipo de mochila aconselhada	13	19,4
	Bem ajustada/posicionada	19	28,3
	Mal ajustada/posicionada	6	8,9
	Na mão (alças)	2	2,9
	Na mão (de rodas)	2	2,9
	Mais do que uma	0	0
	Postura correta no levantamento da mochila do chão	3	4,4
	Postura incorreta no levantamento da mochila do chão	1	1,4
TEMA: USO/TRANSPORTE DA MOCHILA	TOTAL (n=67)		
	Peso correto	6	16,2
	Peso incorreto	7	18,9
	Organização correta da mochila	1	2,7
	Organização incorreta da mochila	0	0
	Com duas alças	8	21,6
	Com uma alça	2	5,4
	Tipo de mochila aconselhada	3	8,1
	Bem ajustada/posicionada	8	21,6
	Mal ajustada/posicionada	3	8,1
	Na mão (alças); Na mão (de rodas); Mais do que uma	0	0
	Postura incorreta no levantamento da mochila do chão	1	2,7
	TOTAL: turmas do 6ºano das escolas de EB2/3 (n=30)		
	Peso correto	5	16,6
	Peso incorreto	3	10
	Organização correta da mochila	7	23,3
	Organização incorreta da mochila	1	3,3
	Com duas alças	10	33,3
	Com uma alça	2	6,6
	Tipo de mochila aconselhada	10	33,3
	Bem ajustada/posicionada	11	36,6
	Mal ajustada/posicionada	3	10
	Na mão (alças)	2	6,6
	Na mão (de rodas)	2	6,6
	Mais do que uma	0	0
	Postura correta no levantamento da mochila do chão	2	6,6
	Postura incorreta no levantamento da mochila do chão	1	3,3

Para avaliar a satisfação com esta sessão informativa, foi solicitado, também, aos docentes das turmas presentes, o preenchimento de um questionário de satisfação, que consistiu em cinco perguntas de resposta fechada e uma pergunta de resposta aberta (apêndice XX).

Os resultados obtidos revelaram que a totalidade dos docentes inquiridos (4 no total) classificou esta formação como “muito importante”, que os conteúdos ministrados têm “máxima aplicação prática” e avaliaram globalmente esta sessão informativa como “extremamente satisfatória”. Por sua vez, todos os professores (100%) consideraram-se motivados para dar continuidade, em sala de aula, aos conteúdos ensinados nesta ação formativa e sentem que os estudantes vão tirar benefícios positivos ao terem participado nesta aula sobre “Educação Postural”.

As sugestões/comentários proferidos pelos mesmos foram, na generalidade, muito positivos, dos quais se destacam:

- “Trabalho muito bem desenvolvido e adequado à faixa etária. Parabéns!”;
- “Esta formação é oportuna e fornece conselhos úteis e fáceis de pôr em prática no dia-a-dia, de forma a melhorar a saúde.”.

No final da sessão foi entregue um *poster* e um marcador de livros, com o resumo dos conhecimentos transmitidos, para ser afixado, em cada sala de aula, e para ser entregue a cada aluno que participou na sessão, respetivamente (apêndice XXI).

Para difundir os dados estatísticos recolhidos e para uma maior sensibilização para a temática, participou-se nas reuniões de pais das turmas abrangidas. Contudo, por incompatibilidade de horário, só foi possível comparecer às reuniões de pais das turmas do 4ºano das escolas de EB1, pois as datas e horários das reuniões de pais das turmas do 6ºano das escolas de EB2/3 sobrepunham-se à calendarização de uma das turmas do 4ºano. Por uma questão de critério, optou-se por participar somente nas reuniões de pais das turmas do 4ºano³⁰.

No apêndice XXII encontra-se um documento que foi criado, para ser entregue aos pais, no momento da reunião, com informações estatísticas e recomendações úteis, na ótica da prevenção das LME a nível escolar.

Para finalizar, acrescenta-se que uma docente, de uma classe do 4ºano envolvida nesta atividade, utilizou as medições antropométricas e do peso das mochilas feitas àqueles alunos, para lecionar os graus dos adjetivos e para realizar cálculos matemáticos com os mesmos. Alguns destes exercícios encontram-se expostos no apêndice XXIII.

³⁰ Ver apêndice III (cronograma de atividades).

Foi notória a imensa receptividade dos professores às ações desenvolvidas, sendo que, alguns docentes, não incluídos nestas práticas, requereram a participação nesta atividade. Porém, por questões de planeamento e organização de tempo não foi possível dar resposta a todas as solicitações.

Não será demais realçar, concomitantemente, a importância do EEER trabalhar com uma equipa multidisciplinar e multiprofissional. De facto, foi uma experiência extremamente rica “saltar dos muros” das equipas dos profissionais de saúde e conjugar esforços com os profissionais da área da educação, em prol dos futuros adultos desta sociedade.

Neste fio condutor, foi feito um trabalho em que o prato da balança cai para o lado mais positivo, pois afirma-se que a comunidade escolar envolvida foi capacitada para a prevenção das LME nos estudantes.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Finalizado este momento formativo e neste estadio final do relatório de estágio, resta apontar algumas considerações finais sobre o seu desenvolvimento, os resultados alcançados, os pontos fracos e fortes, os contributos que daqui advêm, bem como realizar propostas futuras.

Partindo dos objetivos gerais, reconhece-se que este ENP funcionou como um espaço fundamental onde foram adquiridas habilidades e competências na prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação na comunidade, fundamentadas na ética, deontologia, responsabilidade profissional e em conhecimentos científicos, técnico-instrumentais e sócio relacionais. Da mesma forma, caminhou-se no sentido de contribuir para a mudança de cuidados a nível da prevenção das LME na comunidade, nomeadamente, ao nível dos CIDDD e da Saúde Escolar.

A revisão da literatura efetuada permitiu aprofundar várias temáticas inerentes à intervenção do EEER na prevenção de LME na comunidade, não só para realçar a sua importância, mas também para ajudar na definição dos objetivos específicos, no planeamento e na implementação de uma prática baseada na evidência.

O enquadramento teórico baseou-se na exposição da importância da Enfermagem de Reabilitação na comunidade e em toda a realidade que a enforma, para um conhecimento mais aprofundado do contexto português de cuidados, nesta área específica em que se desenrolou este estágio, que é a comunidade.

A aplicação do Modelo de Sistemas de Betty Neuman à Enfermagem de Reabilitação permitiu denotar a importância do EEER focar toda a sua atenção nos sistemas em que centra a sua prática, como complexidades organizadas, cujo comportamento é determinado pela interação entre os seus componentes.

A família e a comunidade escolar, por exemplo, podem, assim, ser consideradas, cada uma como um sistema, uma vez que existe uma interdependência entre os seus membros, que as transforma numa unidade, de maneira a que os problemas de saúde e/ou as necessidades de um dos seus membros não o afetam só a ele, mas igualmente ao restante grupo, onde a Enfermagem de Reabilitação poderá planear e implementar medidas dentro dos três níveis de prevenção preconizados.

Os conhecimentos teórico-práticos na área da Ergonomia, similarmente, funcionaram como um potente aliado na consecução com sucesso deste ENP. Por isso, confirma-se que a Enfermagem de Reabilitação dever-se-á valer dos contributos de outras disciplinas, para dotar a sua atuação de um maior rigor.

Afunilando saberes dentro da Ergonomia, chegou-se até aos princípios básicos de mecânica corporal, que tributaram em larga escala para fortalecer toda uma atuação prática rigorosa, no âmbito da prevenção de LME na comunidade.

A apresentação de toda a problemática que rodeia as LME levou a que se conhecesse de uma forma mais real, esta que se considera uma área emergente de atuação da Enfermagem de Reabilitação. Não foi difícil perceber, pela evidência teórica consultada, que estes os dois tipos de populações visados revelam imensas necessidades a este nível e que existe aqui um terreno fértil e inexplorado para conhecer e atuar.

Por toda esta conjuntura, desenharam-se as opções metodológicas que vieram dar forma e organizar toda a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação na comunidade. A utilização e aplicação, como base, das etapas da “Metodologia de Projeto”, propostas por Nunes et al (2010), concorreram para uma melhor sistematização das atividades executadas neste momento formativo, pelo que é oportuno manifestar que esta foi uma escolha acertada perante os objetivos delineados.

Seguindo as fases propostas por esta metodologia, de uma forma geral, o diagnóstico de situação colaborou para um conhecimento mais escrupuloso da população abrangida pela UCCVC e, mais especificamente, dos CIDDD e da comunidade escolar compreendida por esta unidade de saúde.

Esta etapa permitiu uma definição de objetivos específicos, um planeamento de ações e uma execução das atividades de estágio mais precisa e sustentada nas reais necessidades diagnosticadas, de acordo com o *timing* destinado para efetivar este ENP (450 horas). As ações realizadas nas atividades foram dotadas de uma multiplicidade de estratégias, meios e recursos.

A área abrangida pela UCCVC é extremamente alargada geograficamente e a população incluída na sua carteira de cuidados é maioritariamente envelhecida. De salientar, por este motivo, que esta instituição de saúde proporcionou uma riqueza de experiências muito vasta. Por tudo isto, considera-se este campo de estágio extremamente rico e diversificado no que concerne às oportunidades proporcionadas.

Relativamente a estágios anteriores sente-se que foi tida uma evolução muito favorável, onde se experimentou, por um lado, um incrementar da confiança e autonomia nos procedimentos implementados e no processo de tomada de decisão e, por outro, contribuiu-se para a reabilitação dos utentes e respetivas famílias, de acordo com os vários graus de dependência e com as necessidades avaliadas.

Todo este processo descrito previamente permitiu, de forma gradual, que se ganhasse confiança na prática de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação à

pessoa/família na comunidade, adquirindo-se habilidades e competências específicas na avaliação inicial, planeamento, intervenção e avaliação dos resultados finais, nunca descuidando a articulação contínua com a equipa de cuidados, tal como preconizado no Regulamento de Competências Específicas do EEER (OE, 2011b).

Em Portugal, a realidade sobre o cuidado informal aos doentes dependentes no domicílio é pouco conhecida, principalmente no que toca às consequências físicas que poderão, eventualmente, acometer os cuidadores. Como tal, foi fundamental investir numa pesquisa mais aprofundada, para que se pudesse trabalhar na construção de modelos de intervenção adaptados às reais necessidades dos CIDDD.

Desta forma, a totalidade dos CIDDD da UCCVC incluídos nas atividades deste ENP pertenciam ao género feminino, o que desde logo funciona como um fator de risco para contrair LME. Mais de metade dos inquiridos encontrava-se no ativo o que, eventualmente, poderá indiciar, agravar e/ou condicionar o desenvolvimento de LME.

O facto de 80% dos participantes prestar cuidados a pessoas que, de acordo com a Escala de Barthel, apresentavam grau de dependência total nas AVD, implica, forçosamente, um número de tarefas elevado com recurso à MMD.

Dentro destes cuidados, todos os CIDDD admitiram adotar posturas incorretas no cuidar. Apesar de metade da amostra possuir conhecimentos teórico-práticos sobre MMD/mecânica corporal, a função de cuidar é realizada maioritariamente de uma forma solitária, ou seja, sem a ajuda de terceiros, o que poderá potenciar a aquisição de LME.

A quase totalidade dos inquiridos mencionou não ser detentor de nenhuma sintomatologia músculo-esquelética antes de começar a cuidar do seu ente querido no domicílio, mas, no presente, foram manifestadas queixas álgicas inerentes à exigência diária de execução de tarefas de MMD, na região lombar e na região escapular.

Todas estas evidências estatísticas contribuíram para o planeamento de ações direcionadas para os dados alcançados. Deste modo, uma das intervenções consideradas foi o aprofundamento das condutas tidas pelos CIDDD, relativamente à utilização de medidas preventivas de LME, aquando da execução das tarefas de MMD.

A totalidade dos CIDDD observados não evitava esforços oriundos de movimentos bruscos, frequentes/repetidos, prolongados, com perda de equilíbrio e/ou deslizamento, utilizava os músculos das costas no levantamento do doente e não executava exercícios de alongamento, antes de iniciar as tarefas de MMD.

Para tentar atenuar estas evidências foram feitas sessões informativas teórico-práticas sobre o tema “Prevenção de LME, para CIDDD”, no ambiente domiciliário de cada doente/cuidador.

Após o término destes momentos formativos com todos os CI incluídos nesta atividade, procurou avaliar-se os resultados e os contributos trazidos para os mesmos.

Em comparação com a primeira avaliação efetuada, comprovou-se que houve melhoria significativa em relação a quinze dos vinte itens observados, à exceção da área respeitante à execução dos exercícios de prevenção de LME, que foi a que obteve menor adesão por parte dos CIDDD.

Dentro desta componente interventiva, surgiu, igualmente, ocasião para gerar outra sessão informativa sobre a “Prevenção de LME no domicílio”, para os CIDDD não incluídos nesta amostra, a qual se revestiu de sucesso pela opinião expressa dos seus intervenientes.

Em relação às competências adquiridas, a capacidade prática para realizar a avaliação inicial, conceber, implementar e avaliar os resultados finais das intervenções, foi potenciada, ao se conceber um plano de ação com o propósito de reduzir os riscos de alteração da funcionalidade, principalmente ao nível do sistema músculo-esquelético dos CIDDD, decorrente da prestação de cuidados ao doente dependente no domicílio, onde foram valorizadas e executadas técnicas específicas de treino do autocuidado de cada familiar cuidador, com o objetivo major da prevenção das LME nesta população, inserida na comunidade (OE, 2011b).

No que diz respeito à comunidade escolar, para realizar um diagnóstico de situação pormenorizado, observaram-se os comportamentos dos estudantes de duas escolas de EB1 e de duas escolas de EB2/3 de dois AE, incluídos na área de abrangência da UCCVC. Foi possível observar 25% dos estudantes que compõe estas escolas.

A maioria dos alunos observados chegava à escola a pé e sem ajuda/acompanhamento por parte de um adulto, inferindo-se que haja o carregamento da mochila às costas, por um período de tempo alargado.

Em relação ao transporte da mochila com duas/uma alça colocada(s) no ombro concluiu-se que metade dos estudantes transportava a mochila com as duas alças colocadas e um terço da amostra com, apenas, uma alça. Contudo, analisando por escolas, constatou-se que mais de metade dos alunos do EB2/3 transporta a mochila com, apenas, uma alça colocada, o que facilmente poderá acometer desvios nas curvaturas fisiológicas da coluna vertebral, como a escoliose. Quanto ao ajustamento da mochila, mais de metade

da amostra transportava a mochila bem ajustada ao corpo, o que já de si é um dado muito animador e preventivo de LME.

Num passo seguinte, foram envolvidos nas atividades subsequentes os alunos de quatro turmas das escolas selecionadas. A primeira etapa consistiu na recolha das medidas antropométricas e do peso das mochilas.

Em relação às medidas antropométricas, em média, os alunos pesavam 39,3 Kg e mediam 145,3cm. Em média, as mochilas dos alunos analisados pesavam 8,9 Kg, sendo que a mochila mais leve encontrada tinha 2,5Kg e a mais pesada 15Kg. Em percentagem, o peso médio da totalidade das mochilas investigado corresponde a 23,7% do peso médio dos alunos avaliados.

Tendo por base de referência que o peso das mochilas, pastas e similares não deve ultrapassar os 10% do peso corporal do aluno, em média, os indivíduos alvo desta intervenção transportavam 13,7% de peso a mais, para além do recomendado, o que poderá acarretar consequências a nível do sistema músculo-esquelético.

Uma das observações empíricas realizadas, aquando da ida às escolas, é a de que as mochilas de rodas, apesar de mais ergonómicas, não são adequadas para os alunos que frequentem escolas com barreiras arquitetónicas acentuadas.

Para corrigir estes dados, foram agendadas sessões informativas nas turmas visadas, subordinadas ao tema “Educação Postural”.

Perante a avaliação da eficácia desta intervenção concluiu-se que os temas mais valorizados pelos alunos foram: a postura corporal sentada correta, o alinhamento correto da coluna vertebral, a mochila bem ajustada/posicionada e o transporte da mochila com duas alças colocadas no ombro. O tema menos abordado dizia respeito aos exercícios de prevenção das LME.

Estes resultados fazem predizer que os comportamentos transmitidos como ideais na prevenção das LME na vertente escolar foram os mais retidos pelos alunos.

Os docentes, por sua vez, também tiveram a oportunidade para avaliar as sessões tendo-as considerado, na generalidade, como muito importantes e com aplicação prática.

Com vista a um envolvimento dos encarregados de educação, foi possível participar em duas reuniões de pais, onde foram transmitidos alguns dados estatísticos alcançados, com o objetivo de sensibilizar para este tema e propor medidas preventivas.

Por todos estes fatores, considera-se que esta atividade foi de encontro aos objetivos delineados, tendo sido adquiridas competências específicas, com o propósito final de

otimizar e/ou reeducar as funções corporais, nomeadamente ao nível do sistema músculo-esquelético da comunidade de estudantes (OE, 2011b).

Pelo que foi relatado, crê-se, por um lado, que todas as atividades inerentes ao contributo na prevenção de LME nos CIDDD e na comunidade escolar foram dotadas de sucesso, pois as ações interventivas que as incorporaram parecem ter sido eficazes na sua capacitação e deram realce à alteração do paradigma primordial da Enfermagem de Reabilitação, que é a prevenção terciária, em benefício, da prevenção primária e secundária. Por outro, foram muito importantes na descoberta de elementos estatísticos que qualificaram esta problemática, pelo que se considera que os objetivos planeados foram cumpridos na sua generalidade.

Um dos pontos fortes deste ENP foi, então, a recolha exaustiva de dados, que caracterizaram as populações visadas e mensuraram a atuação da Enfermagem de Reabilitação. Outro dos pontos fortes foi o estímulo constante à criatividade, no plano de ações interventivas proposto, tendo que se fazer um apelo constante à diversidade, flexibilidade e adaptabilidade, sem descurar a individualidade de cada doente/CI e ambiente escolar. Outro dos pontos fortes foi a adesão tanto da equipa de cuidados da UCCVC, como da população alvo da carteira de cuidados desta instituição, às atividades propostas e efetuadas.

Todavia, o principal ponto fraco deste ENP foi observado na baixa taxa de adesão e valorização dos exercícios preventivos das LME, enquanto mecanismo para interromper as cadeias de tensões acumuladas no quotidiano, tanto nos cuidadores, como nos estudantes. É-se da opinião que este assunto era merecedor de uma abordagem mais alargada em termos temporais, mais focalizada e mais centrada neste ponto, para que o público-alvo ficasse com uma perceção mais pormenorizada em termos teóricos e práticos dos benefícios que estes movimentos poderão trazer na prevenção de LME.

Deste modo, considera-se que o ENP foi uma opção que se revelou muito positiva e bastante enriquecedora, pelos contributos pessoais e profissionais que trouxe. Mudar e inovar é sempre um desafio e por isso pensa-se, que se abriram portas para duas problemáticas que afetam e poderão afetar muitos de nós.

Pelo mencionado, não é demais frisar que nos encontramos numa era em que a resolução da Assembleia da República número 129 de 2016 recomenda ao Governo a criação do estatuto do cuidador informal, através do apoio regular e permanente para a prestação de cuidados, para a promoção do acesso à informação e à formação básica, como forma de aumentar a capacitação para a prestação de cuidados a pessoas

dependentes e para o desenvolvimento de ações no âmbito dos CSP e continuados com o objetivo de identificar as pessoas necessitadas de apoio e os respetivos CI.

Também, o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados (Despacho n.º 3618-A/2016) aposta na literacia em saúde nas áreas do Envelhecimento, Autocuidados e Cuidadores Informais.

Mais uma vez, esta proposta e este programa serão importantes para dar ênfase à possibilidade do EEER contribuir para a formação dos cuidadores. E esta é uma das sugestões contidas neste trabalho: primar no investimento no autocuidado dos CIDDD, designadamente, ao nível da proteção contra as afeções do sistema músculo-esquelético.

Em relação à Saúde Escolar, no corrente ano desencadeou-se uma petição pública “Contra o Peso Excessivo das Mochilas Escolares em Portugal”, liderada pelo ator e encenador José Wallenstein e assinada, primeiramente, pelas Sociedades Portuguesas de Medicina Física e de Reabilitação, de Neuropediatria, de Ortopedia e Traumatologia e de Patologia da Coluna Vertebral (Wallenstein, 2017). Nesta petição reclama-se uma legislação que veicule que o peso das mochilas escolares não deva ultrapassar os 10% do peso corporal das crianças e que introduza a obrigatoriedade das escolas pesarem as mochilas semanalmente, de forma a avaliar se os pais estão conscientes desta problemática e se interferem no sentido de minimizar o peso que os filhos carregam.

Neste contexto, ressalta-se a importância do EEER, como um elo primordial, na identificação destas necessidades na comunidade escolar e na atuação concertada.

Perante o que foi referido, uma das sugestões que emerge deste momento formativo é a validação de um instrumento de colheita de dados para verificar as queixas a nível músculo-esquelético dos CI, inerentes à prestação de cuidados ao doente dependente. Outra das sugestões subsequentes será a avaliação, no âmbito da Saúde Escolar, num contexto mais rural, da existência de diferenças em relação aos comportamentos no momento de entrada na escola, no que diz respeito ao transporte da mochila e ao peso das mesmas e fazer a comparação dos resultados com um cenário mais urbano.

E devido à abrangência da atuação da Enfermagem de Reabilitação na comunidade, porque não implementar atividades no âmbito da prevenção de LME na vertente da Saúde Ocupacional?

Para terminar, por todo o trabalho realizado e pelas etapas ultrapassadas afirma-se que a concretização de um estágio desta natureza num contexto comunitário foi o culminar de um desafio que despertou não num gosto elevado, mas numa paixão pelo trabalho que é realizado pelo EEER em CSP.

BIBLIOGRAFIA

- ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P. – **Promoção da Saúde**. [Em linha]. Porto, 2008. [Consultado em 19 Abr. 2017]. Disponível na WWW <URL: <http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAdade%20P%C3%BAblica/Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAdade>
- ANDREASEN, Nancy Coover – **Admirável Cérebro Novo: Dominar a Doença Mental na Era do Genoma**. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN 9789727960842. 400 p.
- ARAÚJO, F. [et al] - Validação do Índice de Barthel numa Amostra de Idosos não Institucionalizados. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa. ISSN 08709025. N.º 35 (Jul.-Dez. 2007), p. 59 – 66
- ARAÚJO, José António Alves - **Efeito do Transporte de Mochilas na Ocorrência de Sintomas Músculo-Esqueléticos na Coluna Lombar e Membros Inferiores em Adolescentes com Diferentes Níveis de Maturação**. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana, 2011. Dissertação de Mestrado em Ergonomia
- AUGUSTO, B.; CARVALHO R. – **Cuidados Continuados: Família, Centro de Saúde e Hospital como Parceiros no Cuidar**. Formasau, Coimbra, 2005. ISBN: 9789728485603. 124p.
- BARREIRAS, Catarina Carvalhido - **Cuidados ao Doente Crónico Dependente: Expectativas do Cuidador Informal face à Promoção e Educação para a Saúde Realizada pelo Enfermeiro**. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Educação, 2013. Dissertação de Mestrado em Promoção e Educação para a Saúde
- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. - **Princípios de Ética Biomédica**. Barcelona: Masson, S.A., 2009. ISBN: 9788445804803. 542p.
- BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE – **Descritores em Ciências da Saúde** [Em linha] São Paulo: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Área de Gestão do Conhecimento, Bioética e Pesquisa – KBR, 2017. [Consultado em 11 Abr. 2017]. Disponível na www: <URL: http://decs.bvs.br/P/DeCS2017_Alfab-E.htm
- BOILAN, Leslie Neal; BUCHANAN, Lysa Cyr – **Reabilitação de Base Comunitária**. In HOEMAN, Shirley P. – **Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados**. 4ªed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-31-4. p.187-200
- BRANCO, Maria Preciosa Cerqueira - **O Cuidador Informal no Processo de Adaptação à Dependência no Autocuidado**. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Saúde, 2015. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

- BRITO, Luísa – **A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos**. Coimbra: Quarteto Editora, 2002. ISBN: 9789728717193
- CARNIDE, Maria Filomena. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde – **Programa Nacional de Saúde Escolar. Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas. Ergonomia Escolar: Recomendações** [Em linha] Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2006. 26p. [Consultado em 21 Maio 2017] Disponível na www: <URL:

file:///C:/Users/Sony/Downloads/i016193.pdf

- CARVALHAIS, Maribel Domingues; SOUSA, Liliana - Promover a Qualidade de Cuidados de Enfermagem a Pessoas Idosas Hospitalizadas. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. III Série N.º 3 (Mar. 2011), p. 75-84.
- COELHO, Marta Sofia Rodrigues – **Estudo da Frequência de Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT) em Profissionais de Enfermagem: Proposta de um Programa de Ginástica Laboral**. Porto: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, 2009. Monografia realizada no âmbito do 5º ano da Licenciatura em Desporto e Educação Física
- COSTA, Ana; OTHERO, Marília – **Reabilitação em Cuidados Paliativos**. Loures: Lusodidacta, 2014. ISBN 978-989-8075-41-3. 381 p.
- COSTA, Érica Cristine de Souza [et al] – Sobrecarga Física e Mental dos Cuidadores de Pacientes em Atendimento Fisioterapêutico Domiciliar das Estratégias de Saúde da Família de Diamantina (Mg). **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador – Bahia. ISSN 2318-2660. V.37, N.º 1 (Jan. – Mar. 2013), p. 133-150.
- CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro [et al] - Caregivers of Patients with Chronic Pain: Responses to Care. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**. ISSN 2047-309515. V.15, N.º1 (Jan. - Mar. 2004), p. 5-14.
- DECRETO-LEI n.º 330/1993. *In Diário da República I Série*. 226 (1993/09/25) 5391-3865
- DECRETO-LEI n.º 101/2006. *In Diário da República I Série*. 109 (2006/06/06) 3856-3865
- DECRETO-LEI n.º 28/2008. *In Diário da República I Série*. 38 (2008/02/22) 1182-1189
- DECRETO-LEI n.º 12/2009. *In Diário da República I Série*. 171 (2008/09/04) 6225-6233
- DESPACHO n.º 10143/2009. *In Diário da República II Série*. 74 (2009/04/16) 15438-15440
- DESPACHO n.º 3618-A/2016. *In Diário da República II Série*. 49 (2016/03/10) 8660-(5)-8660-(6)
- DIAS, Cláudia – **Reabilitar na Comunidade: Resultados da Intervenção de Enfermagem de Reabilitação nas UCC** [Em linha] Matosinhos: Unidade Local de Saúde de Matosinhos, 2010. [Consultado em 19 Abr. 2017]. Disponível na www: <URL:

file:///C:/Users/Sony/Downloads/Interven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Reabilita%C3%A7%C3%A3o%20nas%20UCC.pdf

- DIRECÇÃO-GERAL DO CONSUMIDOR – **Regresso às aulas em segurança** [Em linha] Lisboa: Direcção-Geral do Consumidor, 2015. [Consultado em 05 Jun. 2017] Disponível na www: <URL:

file:///C:/Users/Sony/Downloads/i021581.pdf

- DUARTE, Susana – Construir a Parceria de Cuidados no Domicílio. In CARVALHO, José Carlos [et al] (Eds.) – **Transferibilidade de Conhecimento em Enfermagem de Família**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto – UNIESEP: Núcleo de Investigação em Enfermagem de Família, 2012. ISBN 978-989-96103-6-1. p. 187 - 194
- FARO, Ana Cristina Mancussi e – Enfermagem em Reabilitação: Ampliando os Horizontes, Legitimando o Saber [Em Linha] **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. São Paulo. V.40(1) (2006), p. 128-133. [Consultado em 19 Abr. 2017]. Disponível na WWW <URL:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a18v40n1.pdf>

- FELICIDADE, Vânia Isabel da Silva - **A Importância do Desenho Infantil na Aquisição de Novas Aprendizagens**. Algarve: Universidade do Algarve: Escola Superior de Educação e Comunicação, 2015. Relatório da Prática de Ensino Supervisionada para obtenção do grau de Mestre em Educação Pré-Escolar
- FIGUEIREDO, Daniela - **Cuidados Familiares ao Idoso Dependente**. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. ISBN 978 972 7962761. 238 p.
- FIGUEIREDO, Daniela; SOUSA, Liliana - Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência [Em Linha] **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa. ISSN 0870-9025. V.26, N.º1 (Jan. – Jun 2008), p. 15 – 24 [Consultado em 18 Maio 2017]. Disponível na WWW <URL:

https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/rpsp-1-2008/02_1-2008.pdf

- FONSECA, Natália da Rosa; PENNA Aline Fonseca Gueudeville, SOARES Moema Pires Guimarães - Ser Cuidador Familiar: um Estudo Sobre as Consequências de Assumir este Papel [Em Linha] **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. ISSN 1678-4561. V.18, N.º4 (2008), p.727-743. [Consultado em 18 Maio 2017]. Disponível na WWW <URL:

file:///C:/Users/Sony/Documents/Enfermagem/V%20-

%20Especialidade/2%C2%BA%20Ano/Bibliografia/Cuidadores/artigo.pdf

- FORTIN, Marie Fabienne – **FUNDAMENTOS E ETAPAS DO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5. 618 p.
- GEORGE, Júlia B. [et al] – **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional**. Porto Alegre: Artmed, 2000. ISBN 85-7307-587-2. 375 p.
- GREVE, Júlia Maria D'Andrea – **Tratado de Medicina de Reabilitação**. Curitiba: Roca, 2007. ISBN: 978-85-7241-6887. 1416p.
- GUEDES - Sara Isabel Coelho Machado - **Cuidar de Idosos com Dependência em Contexto Domiciliário: Necessidades Formativas dos Familiares Cuidadores**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011. Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária
- HESBEEN, W. – **Reabilitação - Criar Novos Caminhos**. Loures: Lusodidacta, 2003. ISBN: 978-792-8383-43-5. 184p.

- HOEMAN, Shirley P. – **Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados**. 4ªed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-31-4. 839p.
- INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO. Escola Superior de Saúde – **Orientações para a Elaboração e Apresentação de Trabalhos Científicos: Projetos, Relatórios, Monografias e Dissertações**. 2013. Acessível na Escola Superior de Saúde, Viana do Castelo, Portugal
- INTERNATIONAL ERGONOMICS ASSOCIATION – **Definition and Domains of Ergonomics** [Em linha] International Ergonomics Association. Zurique, 2017. [Consultado em 02 Maio 2017]. Disponível na www: <URL:

<http://www.iea.cc/whats/index.html>

- ISO/TR 12296:2012. *In International Organization for Standardization* (2012/06) 91p.
- KELLY-HAYES, Margaret; PHIPPS, Marion A. – Avaliação da Função e Medidas de Resultados. *In* HOEMAN, Shirley P. – **Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados**. 4ªed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-31-4. p. 177 - 186
- KARSCH, Ursula M. - Idosos Dependentes: Famílias e Cuidadores [Em linha] **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. V.19, N.º 3 (2003), p. 861-866. [Consultado em 18 Maio 2017]. Disponível na www: <URL:

<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a07.pdf>

- LAGE, Maria Isabel Gomes de Sousa - **Avaliação dos Cuidados Informais aos Idosos: Estudo do Impacte do Cuidado no Cuidador Informal**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto, 2007. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.
- LEMOS, Jacinta; MAGALHÃES, Carlos Pires; MATA, Augusta – Avaliação das Dificuldades dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes. *In* SOUZA, Dayse Nery; RUA, Marília Santos (Coord.) – **Cuidadores Informais de Pessoas Idosas: Caminhos de Mudança**. Aveiro: UA Editora, 2013. ISBN 978-972-789-384-3. p. 53 – 58
- LOUREIRO, Nicole Vaz – **A Sobrecarga Física, Emocional e Social dos Cuidadores Informais de Idosos com Demência**. Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Universidade Fernando Pessoa, 2009. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde
- LUTZ, Barbara J.; DAVIS, Sally M. – Modelos Teóricos e Práticos para a Enfermagem de Reabilitação. *In* HOEMAN, Shirley P. – **Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados**. 4ªed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-31-4. p.15-30
- MACHADO, Paulo Alexandre Puga - **Papel do Prestador de Cuidados: Contributo para Promover Competências na Assistência do Cliente Idoso com Compromisso do Autocuidado**. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2013. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem

- MARTINS, Teresa - **AVC - Acidente Vascular Cerebral - Qualidade de Vida e Bem-estar dos Doentes e Familiares Cuidadores**. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 99728485654. 264 p.
- MARTINS, Orlanda Sofia Parente - **A Família Do Idoso Dependente – Análise das Necessidades/Dificuldades no Cuidar no Domicílio**. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Saúde, 2014. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária
- MÁSCULO, Francisco Soares; VIDAL, Mário César – **Ergonomia: Trabalho Adequado e Eficiente**. [Recurso Eletrónico]. Rio de Janeiro: Elsevier: Abepro, 2011. ISBN 978-85-352-4910-1. 640p. [Consultado em 02 Maio 2017]. Disponível na www: <URL: https://books.google.pt/books?id=Q3Dt7rCijpgC&printsec=frontcover&dq=Ergonomia:+Trabalho+Adequado+e+Eficiente&hl=pt-PT&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Ergonomia%3A%20Trabalho%20Adequado%20e%20Eficiente&f=false
- MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. – **Bases Teóricas para Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009. ISBN 978-0-7817-6283-0. 576p.
- MENOITA, Elsa Carvela - **Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC - Contributos para um Envelhecer Resiliente**. Loures: Lusociência, 2012. ISBN: 978-972-8930-78-3. 242p.
- MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - **A Equipa de Cuidados Continuados Integrados: Orientações para a sua Constituição nos Centros de Saúde** [Em linha] Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Lisboa, 2007. [Consultado em 25 Abr. 2017]. Disponível na www: <URL: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Orientacoes-para-a-constituicao-nos-centros-de-saude2.pdf>
- MOREIRA, Jacqueline; CORNELIAN, Bianca dos Reis; LOPES, Cármen Patrícia Barbosa - A Importância do Bom Posicionamento Postural em Escolares – O Papel do Professor de Educação Física [Em linha] **Revista Uningá**. Maringá/PR. ISSN 2178-2571. Vol.16, N.º3. (Out - Dez 2013), p.42-48. [Consultado em 21 Maio 2017]. Disponível na www: <URL: http://www.mastereditora.com.br/periodico/20131210_185710.pdf
- MUNARI, Alberto – **Jean Piaget**. Recife: Editora Massangana, 2010. ISBN 978-85-7019-546-3. 156p.
- NUNES, Lucília [et al] - Metodologia de Projeto – Coletânea Descritiva de Etapas. [Em Linha]. **Percursos**. Setúbal. ISSN 1646-5067. N.º 15 (Jan.–Mar. 2010), p.1-38. [Consultado em 20 Abr. 2017]. Disponível na WWW <URL: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- OLIVEIRA, Magda A.; QUEIRÓS, Cristina; GUERRA, Marina Prista - O Conceito de Cuidador Analisado numa Perspectiva Autopoiética: do Caos à Autopoiése. [Em linha]. **Revista Psicologia, Saúde & Doenças**. Lisboa. ISSN 1645-0086. N.º 8(2) (2007), p.181-196. [Consultado em 21 Maio 2017]. Disponível na www: <URL: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v8n2/v8n2a03.pdf>

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – História da Enfermagem de Reabilitação. [Em linha]. **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. Nº 9 (Jul. 2003), p.12–13. [Consultado em 11 Abr. 2017]. Disponível na www: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_9%20final.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise dos Casos** [Em linha] Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 972-99646-0-2. 457p. [Consultado em 26 Maio 2016.] Disponível na WWW: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro**. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Março 2010. [Consultado em 24 Abr. 2017]. Disponível na www: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rncci%20-%20v.final%20referencial%20do%20enfermeiro%20-%20abril%202009.pdf>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento n.º 122/2011 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. In: Diário da República. II Série. – Lisboa. ISSN 0870-9963. – N.º 35 (2011.02.18a), p. 8648 - 8653;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento n.º 125/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**. In: Diário República. II Série. - Lisboa. ISSN 0870-9963 – N.º 35 (2011.02.18b), p. 8658 – 8659
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados a Pessoa com Alterações da Mobilidade - Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2013. ISBN - 978-989-8444-24-0. 78p.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento n.º 350/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação**. In: Diário República. II Série. - Lisboa. ISSN 0870-9963. – N.º 119 (2015.06.22), p. 16655 – 16660
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Membros Activos Especialistas** [Em linha] Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2016a. [Consultado em 11 Abr. 2017]. Disponível na www: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/2016_Especialistas_00_Nacionais.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **CIPE Versão 2015 – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem**. Loures: Lusodidacta, 2016b. ISBN: 978-989-8444-35-6. 280p.
- OSSWALD, Walter; NEVES, Maria do Céu Patrão - **Bioética Simples**. 2ª ed. Lisboa: Verbo, 2014. ISBN: 9789722230933. 336 p.
- PAÚL, Maria Constança; FONSECA, António Manuel - **Envelhecer em Portugal**. Lisboa: Climepsi Editores, 2006. ISBN: 9789727961856. 320 p.
- PHIPPS, J. Wilma; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. – **Enfermagem Médico-cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica**. 6ªed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-65-7.

- PISCO, Luís - A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. **Cadernos de Economia**. Lisboa. N.º 80 (Set.2007), p.60-66.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde – **Guia de Orientação para Prevenção das Lesões Musculoesqueléticas e Relacionadas com o Trabalho: Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2008. ISBN 978-972-675-169-4. 28p.
- PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística – **População Residente, População Presente, Famílias, Núcleos Familiares, Alojamentos e Edifícios** [Em linha] Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2011. [Consultado em 26 Maio 2017]. Disponível na WWW <URL:

http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros

- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral de Saúde – **Programa Nacional de Saúde Escolar 2015**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2015a. ISBN: 978-972-675-227. 150 p.
- PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística, PORDATA – **Indicadores de Envelhecimento Segundo os Censos** [Em linha] Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2015b. [Consultado em 26 Maio 2017]. Disponível na WWW <URL:

<http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+Censos+-+525>

- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde – **Histórico de Destaques Regresso às Aulas em Segurança** [Em linha] Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2015c. [Consultado em 05 Jun. 2017] Disponível na www: <URL:

<https://www.dgs.pt/em-destaque/regresso-as-aulas-em-seguranca.aspx>

- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE – **Apresentação, Missão, Visão e Valores** [Em linha] Viana do Castelo: Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE, 2016 [Consultado em 26 Maio 2017] Disponível na www: <URL:

<http://www.ulsam.min-saude.pt/institucional/missao-visao-e-valores/>

- RANNEY, Don – **Distúrbios Osteo-Musculares Crónicos Relacionados ao Trabalho**. São Paulo, Roca. 2002
- REBELO, Francisco – **Ergonomia no Dia a Dia: O Contributo da Ergonomia para a Nossa Qualidade de Vida**. 2ªed. Lisboa: Edições Sílabo, 2017. ISBN 978-972-618-867-4. 164p.
- REGADAS, Susana; MARQUES, Goreti - A Enfermagem e as Famílias Prestadoras de Cuidados. *In* CARVALHO, José Carlos [et al] (Eds.) – **Transferibilidade de Conhecimento em Enfermagem de Família**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto – UNIESEP: Núcleo de Investigação em Enfermagem de Família, 2012. ISBN 978-989-96103-6-1. p. 252 – 258
- RESOLUÇÃO n.º 129/2016. *In* **Diário da República I Série**. 136 (2016/06/18) 2293-2294

- ROCHA, Belarmino Manuel Pereira - **Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016** [Em linha] Porto: Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 2010. 5 p. [Consultado em 21 Maio 2017] Disponível na www: <URL: <http://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>
- RODRIGUES, Ana – **Enfermagem de Reabilitação na Comunidade**. [Em linha]. Prezi, 2014, 33p. [Consultado em 19 Abr. 2017]. Disponível na www: <URL: <https://prezi.com/lc1Inv0sk-i/enfermeiro-de-reabilitacao-na-comunidade/>
- SANTOS, Ana Rita Ventura – **Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o Trabalho nos Enfermeiros em Contexto Hospitalar**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2015. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
- SENA, Edite Lago da Silva; GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase - Vivências de Familiares Cuidadores de Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer: Perspectiva da Filosofia de Merleau-Ponty. [Em Linha] **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis. ISSN 1980-265X. N.º 17 (2) (Abr.-Jun. 2008), p. 232 – 240. [Consultado em 20 Abr. 2017]. Disponível na WWW <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000200003&script=sci_abstract&tlng=pt
- SEQUEIRA, Carlos Alberto da Cruz - Adaptação e Validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit [Em Linha] **Revista Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. Série II, N.º 12 (Março 2010), p. 9-16. [Consultado em 18 Maio 2017]. Disponível na WWW <URL: file:///C:/Users/Sony/Downloads/1Revista_Refer%C3%A9ncia.pdf
- SERRA, Luís M. Alvim; OLIVEIRA, António Fonseca; CASTRO, José Costa - **Crítérios Fundamentais em Fraturas e Ortopedia**. 3ª ed., Lousã: Lidel, 2012. ISBN 9789727577552. 712p.
- SCHULZE, Lawrence (2003). **ErgoKids: How Will Future Generation Deal With Current Exposures?** [Em Linha] Houston: IEA Technical Committee Ergonomics for children and Educational Environments (ECEE), 2003, p.3. [Consultado em 21 Maio 2017]. Disponível na WWW <URL: <http://education.umn.edu/kls/ecee/sumtab.html>.
- SCHULZ, R.; VISITANIER, P.; WILLIAMSON, G. M. - Psychiatric and Physical Morbidity Effects of Caregiving. **Journal of Gerontology**, ISSN 0022-1422. 45 (5) (1990), p. 181-191.
- SERRANHEIRA, Florentino; SOUSA-UVA, António; LEITE, Ema – Capacitar os Trabalhadores para a Prevenção das LMELT: Contributos da Abordagem Participativa da Ergonomia. **Saúde e Trabalho**. Lisboa. N.º 8 (2012), p. 23-46.
- SOUSA, Jerónimo [et al] – **Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em Portugal: Risco Profissional – Factores e Desafios**. Vila Nova de Gaia: Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, 2005. 70p.
- SPAR, James; LA RUE, Asenath – **Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica**. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. ISBN 9789727961399. 284 p.

- TEIXEIRA, Ana Cristina Ferreira – **Prevalência de Perturbações Músculo-esqueléticas no Adolescente**. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde, 2014. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
- TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile e Tomey – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ªed. Loures: Lusodidacta, 2004. ISBN: 9789728383749. 766p.
- UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE VIANA DO CASTELO – **Plano de Ação 2015-2017**. 2015. Acessível na Unidade de Cuidados na Comunidade de Viana do Castelo, Portugal
- UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE VIANA DO CASTELO, EPE – **Plano de Atividades e Orçamento de 2016** [Em Linha] Viana do Castelo: Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE, 2016. 34p. [Consultado em 21 Maio 2017]. Disponível na WWW <URL: <http://www.ulsam.min-saude.pt/category/institucional/instrumentos-de-gestao/>
- VERÍSSIMO, C.M.F.; MOREIRA, I. M. P. B. - Os Cuidadores Familiares/Informais: Cuidar do Doente Idoso Dependente em Domicílio. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. ISSN: 0873-8904. V.8 N.º1 (1º Semestre 2004), p. 60 – 65
- WALLENSTEIN, José - **Petição Contra o Peso Excessivo das Mochilas Escolares em Portugal** [Em Linha] Petição Pública, 2017. 34p. [Consultado em 24 Junho 2017]. Disponível na WWW <URL: <http://peticaopublica.com/pview.aspx?pi=PT84219>

ANEXOS

ANEXO I

AUTORIZAÇÃO DA REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL



Maria João Matos <enfermeiramj@gmail.com>

Autorização de ENP

1 mensagem

Maria João Matos <enfermeiramj@gmail.com>
Para: Maria João Matos <enfermeiramj@gmail.com>

26 de junho de 2017 às 21:22

De: Elisabete Fernandes [mailto:elisabete.fernandes@ulsam.min-saude.pt]

Enviada: terça-feira, 27 de Setembro de 2016 12:10**Para:** Geral ESS <geral@ess.ipvc.pt>**Assunto:** Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação - Estágio na UCC de Viana do Castelo

Bom dia,

Em resposta ao vosso ofício nº 492 de 08 de setembro de 2016, informa-se que foi autorizado a realização do estágio do curso mestrado em enfermagem de reabilitação, para uma estudante, na UCC de Viana do Castelo no período de 03/10/2016 a 31/03/2017.

No primeiro dia de estágio, a aluna deve comparecer no serviço de formação (pisó 1) do hospital para emissão do cartão de identificação e preenchimento da ficha de estagiário.

Solicita-se o envio da respetiva fotografia.

Com os melhores cumprimentos,

Elisabete Fernandes**Assistente Técnica****Serviço de Gestão de Recursos Humanos – Formação****Tel: 258 802 316****E-mail: elisabete.fernandes@ulsam.min-saude.pt**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE



Antes de imprimir este e-mail pense na sua responsabilidade e compromisso com o meio ambiente!

//

Com os melhores cumprimentos,

Elisabete Fernandes



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO-EPE

Sede | Estrada de Santa Luzia | 4904-858 Viana do Castelo

Tlm: | Tel: 258802316 | Fax:

www.cham.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



----- Mensagem reencaminhada -----

From:

To:

Cc:

Bcc:

Date:

Subject:

QUFWUzRyVUFxcE5fQlhTVGdSLVROQTAwMDA=

 **noname.eml**
41K

ANEXO II

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO ABRANGIDA PELA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE VIANA DO CASTELO

CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO ABRANGIDA PELA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE VIANA DO CASTELO

Quadro A – Índice de dependência de jovens, idosos e total, por freguesias do concelho de Viana do Castelo¹

FREGUESIAS	ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA DE JOVENS (%)	ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA DE IDOSOS (%)	ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA TOTAL (%)
Afife	17,2	41,4	58,6
Amonde	13,3	49,4	62,8
Areosa	20,3	27,5	47,8
Cardielos	21,4	33,9	55,3
Carreço	18,6	34,3	52,9
Freixeiro de Soutelo	19,7	35,2	54,9
Lanheses	18	41,8	59,8
Meadela	25,1	20,5	45,6
Meixedo	24	48,3	72,3
Monsserrate	16,8	36,3	53,1
Montaria	14,5	58,2	72,7
Nogueira	25,8	41,7	67,5
Outeiro	22,2	38,9	61,1
Perre	17,3	29,6	46,9
Santa Maria Maior	19,9	29,6	49,5
Santa Marta de Portuzelo	21	28,8	49,8
São Salvador da Torre	23	29,2	52,2
Serreleis	22	32,1	54,1
Vila Mou	19,1	46,9	66
Vilar de Murteda	14,3	55,6	69,9

¹ PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística, PORDATA – Indicadores de Envelhecimento Segundo os Censos [Em linha] Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2015b. [Consultado em 26 Maio 2017]. Disponível na WWW <URL: <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+Censos+-+525>

Quadro B – Índice de envelhecimento, por freguesias do concelho de Viana do Castelo²

FREGUESIAS	ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO (%)
Afife	240,7
Amonde	370,8
Areosa	135,6
Cardielos	158,9
Carreço	184,6
Freixieiro de Soutelo	178,5
Lanheses	232,4
Meadela	81,6
Meixedo	201,5
Monsserrate	216,4
Montaria	402,2
Nogueira	161,7
Outeiro	175,3
Perre	171,3
Santa Maria Maior	148,9
Santa Marta de Portuzelo	137,2
São Salvador da Torre	126,9
Serreleis	146,2
Vila Mou	246,2
Vilar de Murteda	388,9

² Idem

Quadro C - Distribuição da comunidade escolar do ensino público do concelho de Viana do Castelo³

AE		AE ARGALIMA	AE ABELHEIRA	AE PINTOR JOSÉ BRITO	AE MONSERRATE	AE STª Mª MAIOR	TOTAL
N.º total de escolas públicas		8	7	8	8	3	34
N.º DE TURMAS	Jardim-de-infância	9	10	6	8	0	33
	EB1	16	23	19	23	9	90
	EB2	8	13	8	8	10	47
	EB3	12	21	12	14	17	76
	Secundário	8	0	3	42	24	77
	Profissional Equivalente 9º Ano	0	0	0	0	0	0
	Profissional Equivalente 12ºAno	1	0	0	27	12	40
	TOTAL	54	67	48	122	72	363
N.º DE ALUNOS	Jardim-de-infância	131	235	104	162	0	632
	EB1	228	521	356	479	198	1782
	EB2	167	287	166	176	212	1008
	EB3	237	428	245	277	327	1514
	Secundário	125	0	65	1002	541	1733
	Profissional Equivalente 9º Ano	0	0	0	0	0	0
	Profissional Equivalente 12ºAno	51	0	60	654	211	976
	TOTAL	939	1471	996	2750	1489	7645
N.º DE PROFESSORES	Jardim-de-infância	10	16	10	19	0	55
	EB1	20	42	30	33	14	139
	EB2	20	48	21	25	81	195
	EB3	35	48	28	42	0	153
	Secundário	19	0	29	171	78	297
	Profissional Equivalente 9º Ano	0	0	0	0	0	0
	Profissional Equivalente 12ºAno	22	0	0	0	0	22
	TOTAL	126	154	118	290	173	861
N.º DE PROFISSIONAIS NÃO DOCENTES⁴	Funcionários escolares	29	0	50	38	27	144
	Funcionários camarários	12	54	8	41	31	146
	Funcionários externos	0	0	0	0	2	2
	TOTAL	40	54	58	79	60	291

³ UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE VIANA DO CASTELO – Plano de Ação 2015-1017. 2015. Acessível na Unidade de Cuidados na Comunidade de Viana do Castelo, Portugal

⁴ Não inclui manipuladores de alimentos.

APÊNDICES

APÊNDICE I

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL DE DOENTES DEPENDENTES NO DOMICÍLIO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DE ESTUDO

Data: __/__/__

Código_____

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL DE DOENTES DEPENDENTES NO DOMICÍLIO

I - VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

1 - Género:

Feminino ☐ Masculino ☐

2 - Idade: _____ anos

3 - Estado Civil:

Solteiro ☐ Casado/União de Facto ☐ Divorciado/Separado ☐ Viúvo ☐

4 - Profissão: _____

5 - Situação Profissional:

Activo ☐ Desempregado ☐ Aposentado/Reformado ☐ Baixa por doença/assistência a familiar ☐

6 - Habilitações literárias:

1ºciclo (1º/4ºano: instrução primária) ☐ 2ºciclo (5º/6ºano: ciclo preparatório) ☐ 3ºciclo (7º/9ºano:

antigo 5ºano do liceu) ☐ Secundário (10º/12ºano: antigo 7ºano do liceu) ☐ Licenciatura ☐

Mestrado ☐ Doutoramento ☐ Outro ☐

Qual? _____

7 - Relação de parentesco com o doente:

Cônjuge/companheiro ☐ Filho ☐ Genro/nora ☐ Irmão/ã ☐ Outro ☐

Qual? _____

II - VARIÁVEIS SOBRE A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

8 – Grau de dependência nas AVD do familiar que cuida (segundo a Escala de Barthel):

Dependência total ☐ Grave dependência ☐ Dependência moderada ☐

9 - Há quanto tempo cuida do seu familiar? _____ meses _____ anos

10 - É a única pessoa que cuida do seu familiar?

Sim ☐ Não ☐ Quem ajuda/que apoios tem? _____

11 – Que cuidados executa diariamente ao seu familiar?

Cuidados de higiene no leito/chuveiro ☐ Posicionamentos ☐ Transferência cama ↔ cadeira ☐

Mobilização/transporte do doente (ex.: cadeira de rodas) ☐ Outros ☐

Quais? _____

12 – Considera que adota posturas incorretas ao cuidar do seu familiar:

Não ☐ Sim ☐ Quais? _____

13 - Tem conhecimentos sobre movimentação manual de doentes/mecânica corporal?

Não ☐ Sim ☐ Quais/Onde os adquiriu? _____

14 – Tem cama articulada?

Sim ☐ Não ☐

15 – Se sim, é regulável em altura?

Sim ☐ Não ☐

16 – Utiliza produtos de apoio na movimentação manual do seu familiar (ajudas técnicas e dispositivos de compensação)?

Não ☐ Sim ☐ Quais? _____

17 – O espaço/quarto é exíguo e impede a liberdade de movimentos? Sim ☐ Não ☐

III - VARIÁVEIS SOBRE A SAÚDE

18 – Pratica exercício físico?

Não ☐ Sim ☐ _____x/semana, durante _____ horas. Modalidade: _____

19 – Antes de começar a cuidar do seu familiar era portador de algum sintoma/patologia do foro músculo-esquelético?

Não ☐ Sim ☐ Quais? _____

20 - Neste momento, como considera a sua situação de saúde:

Muito boa 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito fraca

21 - Desde que começou a cuidar do seu familiar, a sua saúde:

Piorou ☐ Manteve-se ☐ Melhorou ☐

22 – Neste momento, sente dor nalguma das seguintes zonas?

Pescoço	Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor máxima
Ombros	Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor máxima
Região torácica	Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor máxima
Cotovelos	Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor máxima
Região lombar	Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor máxima
Punhos/mãos	Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor máxima
Ancas/coxas	Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor máxima
Joelhos	Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor máxima
Tornozelos/pés	Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor máxima

Mestranda: Maria João Ferreira de Matos (Enfermeira)

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL DE DOENTES DEPENDENTES NO DOMICÍLIO

OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DE ESTUDO

I - VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

- Género: operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada dicotómica, com duas opções de resposta (Feminino; Masculino);
- Idade: corresponde ao tempo decorrido desde o nascimento, até à data de aplicação do instrumento de colheita de dados. Operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta, sobre a idade do participante (em anos);
- Estado civil¹: operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, com quatro respostas alternativas possíveis (Solteiro; Casado/União de Facto; Divorciado/Separado; Viúvo);
- Profissão²: operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta, sobre a profissão exercida pelos participantes no presente/passado;
- Situação profissional³: operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, com quatro opções de resposta (Ativo; Desempregado; Aposentado/Reformado; Baixa por doença/assistência a familiar);
- Habilitações literárias⁴: operacionalizada através de uma pergunta de resposta mista, com oito hipóteses de resposta (1ºciclo; 2ºciclo; 3ºciclo; Secundário; Licenciatura; Mestrado; Doutoramento; Outro). A opção “Outro” destinava-se às habilitações literárias, não enquadradas nas opções;
- Relação de parentesco com o doente: operacionalizada com uma pergunta de resposta mista, com cinco opções de resposta [Cônjuge/companheiro(a); Filho(a); Genro/nora; Irmão(ã); Outro]. A opção “Outro” dirigia-se ao grau de parentesco, que não se ajustasse às alternativas fornecidas.

¹ De acordo com as variáveis vigentes relativas ao “Estado Civil” propostas por:

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística – Censos 2011 – Resultados Provisórios [Em linha] Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2011b. ISBN 978-989-25-0148-2. 145 p. [Consultado em 29 Maio 2017]. Disponível na WWW <URL: file:///C:/Users/Sony/Downloads/Censos2011_ResultadosProvisorios.pdf>

² Para o tratamento de dados e análise dos resultados, as respostas foram agrupadas em sub-categorias de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões:

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística – Classificação Portuguesa das Profissões [Em linha] Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2011c. ISBN 978-989-25-0010-2. 485 p. [Consultado em 29 Maio 2017]. Disponível na WWW <URL: file:///C:/Users/Sony/Downloads/CP2010.pdf>

³ De acordo com PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística, PORDATA – Emprego e Mercado de Trabalho [Em linha] Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2017. [Consultado em 29 Maio 2017]. Disponível na WWW <URL: http://www.pordata.pt/Subtema/Portugal/Emprego-10>

⁴ De acordo com as variáveis vigentes do “Nível de Instrução” (ver nota de rodapé 1).

II - VARIÁVEIS SOBRE A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

- Grau de dependência do doente nas AVD: para avaliar o comprometimento nas AVD a escolha recaiu sobre a Escala de *Barthel*, face aos vários instrumentos existentes. Este item foi preenchido através da consulta do processo clínico e da observação presencial realizada ao doente. A Escala de *Barthel* é caracterizada por Mahoney, Barthel (1965) por ser um instrumento de avaliação de dez AVD (cit. por Araújo [et al], 2007)⁵. Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que a pontuação “0” corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com “5”, “10” ou “15” pontos, de acordo com níveis de diferenciação. As AVD avaliadas são: o banho; a higiene pessoal; o vestir-se e o despir-se; a alimentação; a eliminação vesical; a eliminação intestinal; o uso da sanita; as transferências (cama/cadeira); o subir e descer escadas; e a mobilização (*ibidem*). A pontuação varia entre 0 a 100 pontos, oscilando de forma inversamente proporcional ao grau de dependência (quanto menor a pontuação maior o grau de dependência), de acordo com os seguintes pontos de corte: 90 a 100 pontos - independente; 60 a 90 pontos - ligeiramente dependente; 40 a 55 pontos - moderadamente dependente; 20 a 35 pontos - gravemente dependente; <20 pontos - totalmente dependente (*ibidem*).
- Tempo de experiência como CI: operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta, sobre o tempo de experiência do familiar como cuidador, em meses e anos (se aplicável);
- Único prestador de cuidados: operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, com duas opções (Sim; Não);
- Pessoa(s) que ajuda(m)/apoio(s) na prestação de cuidados (se aplicável): operacionalizada com uma pergunta de resposta aberta, com o objetivo de ser(em) identificada(s) a(s) pessoa(s) e/ou o(s) apoio(s) na prestação de cuidados ao doente dependente no domicílio;
- Cuidados executados diariamente ao familiar doente⁶: operacionalizada com uma pergunta de resposta mista, com cinco opções de resposta [Cuidados de higiene no leito/chuveiro; Posicionamentos; Transferência cama↔cadeira; Mobilização/transporte

⁵ ARAÚJO, F. [et al] - Validação do Índice de Barthel numa Amostra de Idosos não Institucionalizados. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa. ISSN 08709025. N.º 35 (Jul.-Dez. 2007), p. 59 – 66

⁶ De acordo com as tarefas que impliquem a MMD, preconizados pela definição deste conceito pela BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE – **Descritores em Ciências da Saúde** [Em linha] São Paulo: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Área de Gestão do Conhecimento, Bioética e Pesquisa – KBR, 2016. [Consultado em 11 Abr. 2017]. Disponível na [www: <URL: http://decs.bvs.br/P/decs2016p.htm>](http://decs.bvs.br/P/decs2016p.htm).

do doente; Outro]. A opção “Outro” dirigia-se ao tipo de cuidados que impliquem a movimentação manual do doente (MMD), não contidos nas alternativas dadas;

- Posturas incorretas no cuidar do familiar doente: operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, com duas opções (Sim; Não);
- Tipo de posturas incorretas adotadas (se aplicável): operacionalizada com uma pergunta de resposta aberta, com o objetivo de ser(em) identificada(s) a(s) postura(s) incorreta(s) que o CI considera que adota na prestação de cuidados ao doente dependente no domicílio;
- Conhecimentos sobre MMD/mecânica corporal: operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, com duas opções (Sim; Não);
- Tipo de conhecimentos sobre MMD/mecânica corporal e onde foram adquiridos (se aplicável): operacionalizada com uma pergunta de resposta aberta, com o objetivo de averiguar que conhecimentos têm os CIDDD sobre MMD/mecânica corporal e onde foram adquiridos;
- Cama articulada: operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, com duas opções (Sim; Não);
- Cama articulada regulável em altura (se aplicável): operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, com duas opções (Sim; Não). De acordo com a OE (2013)⁷ é importante ajustar a altura da cama de acordo com o centro de gravidade do cuidador, como atitude preventiva de LME, pelo que se considerou importante indagar esta variável;
- Utilização de produtos de apoio na MMD (ajudas técnicas e dispositivos de compensação): operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, com duas opções (Sim; Não);
- Tipo de produtos de apoio utilizados na MMD (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) (se aplicável): operacionalizada com uma pergunta de resposta aberta, com o objetivo de apurar quais os produtos de apoio utilizados na MMD, pois há evidência científica de que a existência e uso de recursos mecânicos e produtos de apoio, contribui para a redução das LME (OE, 2013)⁸.
- Espaço do quarto exíguo e que impede a liberdade de movimentos: operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, com duas opções (Sim; Não). Achou-se importante investigar esta variável, pois a OE (2013)⁹ refere que a utilização de

⁷ ORDEM DOS ENFERMEIROS - Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados a Pessoa com Alterações da Mobilidade - Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2013. ISBN - 978-989-8444-24-0. 78p.

⁸ *Ibidem.*

⁹ *Ibidem.*

uma correta mecânica corporal na prevenção das LME implica a existência de espaço físico suficiente, recomendando uma área de 2,5 metros livres desde o centro da cama do doente;

III - VARIÁVEIS SOBRE A SAÚDE

- Prática de exercício físico: operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, com duas opções (Sim; Não). De acordo com a OMS (2002, cit. por OE, 2013)¹⁰ o exercício físico melhora não só a aptidão física, mas também os lípidos sanguíneos, a pressão arterial, a densidade óssea, a tolerância à glicose e a sensibilidade à insulina, pelo que se considerou importante questionar esta variável acerca da saúde do CI;
- Frequência semanal de prática de exercício físico, tempo despendido e modalidade praticada (se aplicável): operacionalizada com uma pergunta de resposta aberta, com o objetivo de qualificar a prática de exercício físico tida pelo CIDDD, em termos de frequência semanal, número de horas despendidas e tipo de modalidade praticada;
- Presença de sintomatologia/patologia do foro músculo-esquelético antes de começar a cuidar do familiar: operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, com duas opções (Sim; Não). Aqui, foi fundamental perceber se o CIDDD era portador prévio de alguma sintomatologia/patologia do foro músculo-esquelético antes de começar a cuidar do familiar;
- Tipo de sintomatologia/patologia do foro músculo-esquelético apresentada antes de começar a cuidar do familiar (se aplicável): operacionalizada com uma pergunta de resposta aberta, com o objetivo de perceber que tipo de sintomatologia/patologia do foro músculo-esquelético o CIDDD apresentava antes de começar a cuidar do seu ente querido;
- Situação de saúde: operacionalizada através de uma escala ordinal tipo *Likert*, com pontuações de 0 a 10, sendo que “0” significa que, naquele momento, o CIDDD identifica a sua situação de saúde como “muito fraca” e “10” como “muito boa”. Considerou-se importante investigar esta variável, tendo em conta que, por um lado, os CI poderão apresentar uma maior morbilidade do que aqueles que não têm esta função, mas por outro lado, cuidar de um familiar debilitado e/ou dependente também poderá integrar aspetos positivos;

¹⁰ *Ibidem*

- Alteração da situação de saúde desde que começou a cuidar: operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, com três opções (Piorou; Manteve-se; Melhorou). As razões que levaram a investigar esta variável, prendem-se com a justificação apresentada em relação à variável anterior (situação de saúde);
- Dor sentida, no momento, em 9 regiões anatómicas, decorrente da MMD: operacionalizada através de uma escala ordinal tipo *Likert*, com pontuações de 0 a 10, sendo que “0” significa estar, no momento da entrevista, “sem dor” e “10” com “muita dor”. As 9 regiões anatómicas apresentadas (pescoço, ombros, cotovelos, punhos/mãos, região torácica, região lombar, ancas/coxas, joelhos, tornozelos/pés) foram escolhidas com base no Questionário Nórdico Músculo-Esquelético, validado para a população portuguesa por Mesquita, Ribeiro e Moreira (2010)¹¹, pois este é um instrumento que tem como objetivo avaliar a existência de sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho, neste caso com a prestação de cuidados ao doente dependente.

Mestranda: Maria João Ferreira de Matos (Enfermeira)

¹¹ MESQUITA, C.C.; RIBEIRO, J.C.; MOREIRA, P. – Portuguese Version of the Standardized Nordic Musculoskeletal Questionnaire: Cross Cultural and Reliability [Em Linha] Journal of Public Health. Springer Verlag. ISSN: 2198-1833. 18(5) (2010), p. 461–466. [Consultado em 29 Maio 2016]. Disponível na WWW <URL: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00524120>

APÊNDICE II

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DE COMPORTAMENTOS: SAÚDE ESCOLAR

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DE COMPORTAMENTOS

AGRUPAMENTO:

ESCOLA:

Nº total de Estudantes da Escola:

Data: __/__/__

Momento de observação: entrada na escola

O ESTUDANTE:	Total Parcial
1 – Chega à escola a pé	
2 – Chega à escola de carro	
3 – Chega à escola sozinho (sem estar acompanhado por um adulto)	
4 – Chega à escola acompanhado por um adulto	
5 – Tem ajuda do adulto que o acompanha no transporte da(s) mochila(s)	
6 – Transporta mais do que uma mochila	
7 – Transporta outros objetos para além da mochila (ex. bolas, skates)	
8 - Transporta a mochila com as duas alças colocadas	
9 – Transporta a mochila com uma alça colocada	
10 – Transporta a mochila bem ajustada/posicionada	
11 – Transporta a mochila mal ajustada/posicionada	
12 – Transporta a mochila na mão (mochila de alças)	
13 - Transporta a mochila na mão (mochila tipo <i>trolley</i>)	

Mestranda: Maria João Ferreira de Matos (Enfermeira)

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DE COMPORTAMENTOS - TOTAIS

AGRUPAMENTO:

ESCOLA:

Nº total de estudantes da escola:

Nº total de alunos observados:

Momento de observação: entrada na escola

O ESTUDANTE:	Total
1 – Chega à escola a pé	
2 – Chega à escola de carro	
3 – Chega à escola sozinho (sem estar acompanhado por um adulto)	
4 – Chega à escola acompanhado por um adulto	
5 – Tem ajuda do adulto que o acompanha no transporte da(s) mochila(s)	
6 – Transporta mais do que uma mochila	
7 – Transporta outros objetos para além da mochila (ex. bolas, skates)	
8 - Transporta a mochila com as duas alças colocadas	
9 – Transporta a mochila com uma alça colocada	
10 – Transporta a mochila bem ajustada/posicionada	
11 – Transporta a mochila mal ajustada/posicionada	
12 – Transporta a mochila na mão (mochila de alças)	
13 - Transporta a mochila na mão (mochila tipo <i>trolley</i>)	

Mestranda: Maria João Ferreira de Matos (Enfermeira)

APÊNDICE III

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

CRONOGRAMA DA ATIVIDADE 1: PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE																																		
OUTUBRO, NOVEMBRO																																		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
Diagnóstico de situação																																		
DEZEMBRO, JANEIRO, FEVEREIRO, MARÇO																																		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
Desenvolvimento de habilidades na prática da avaliação inicial, planeamento, execução e avaliação de cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente/família, inseridos na comunidade																																		
ABRIL, MAIO, JUNHO																																		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
Redação do Relatório Crítico de Atividades final do ENP																																		

CRONOGRAMA DA ATIVIDADE 2: PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NOS CUIDADORES INFORMAIS DE DOENTES DEPENDENTES NO DOMÍLIO	OUTUBRO																																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	Diagnóstico de situação																									C1	C2						
	NOVEMBRO																																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	Diagnóstico de situação			C3						C4								C5					C6				C7			C8	C9	C10	
	1ª Observação no domicílio			C1						C2					C3								C4								C5		
	Sessão informativa nos domicílios																										C2						
	DEZEMBRO																																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	1ª Observação no domicílio		C6			C9		C7					C8								C10												
	Sessão informativa nos domicílios					C3									C1								C4										
	JANEIRO																																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	2ª Observação no domicílio													C3														C4				C2	
	Sessão informativa nos domicílios		C5		C6																			C8			C7						
	FEVEREIRO																																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	2ª Observação no domicílio	C1							C6	C10						C5				C9													
	Reunião “Miminhos aos avós”																																
	MARÇO																																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	2ª Observação no domicílio			C7				C8										C9					C10										
	Sessão informativa na UCCVC																																

LEGENDA:

Cuidador

CRONOGRAMA DA ATIVIDADE 3: NA ESCOLA EU APRENDO... ÀS LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NÃO ME RENDO!

OUTUBRO																															
ESCOLA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Carmo																	RI								DS						
Frei										RI																		DS			
Monsserrate						RI																									
Pedro						RI																									DS
NOVEMBRO																															
ESCOLA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Carmo		M																													
Frei																												M			
Monsserrate																								M							
Pedro									DS																						
DEZEMBRO																															
ESCOLA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Carmo																					RP										
Frei																															
Monsserrate									SI																						
Pedro														M																	
JANEIRO																															
ESCOLA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Carmo					RP																										
Frei					RP																										
Monsserrate																															
Pedro					RP																										
FEVEREIRO																															
ESCOLA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Carmo									SI																						
Frei																															
Monsserrate																															
Pedro																															
MARÇO																															
ESCOLA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Carmo																															
Frei																															SI
Monsserrate																															
Pedro															SI																

LEGENDA:

Reunião inicial de apresentação
Diagnóstico de situação
Medições
Sessão informativa
Reunião de Pais

RI
DS
M
SI
RP

Mestranda: Maria João Ferreira de Matos (Enfermeira)

APÊNDICE IV

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DE COMPORTAMENTOS: CUIDADORES INFORMAIS DE DOENTES DEPENDENTES NO DOMICÍLIO

Data da 1ª Observação: ___/___/___ Data da 2ª Observação: ___/___/___ Código: _____

**GRELHA DE OBSERVAÇÃO DE COMPORTAMENTOS PRÉ E PÓS SESSÃO INFORMATIVA
TEÓRICO-PRÁTICA NO DOMICÍLIO**

O Cuidador ao realizar a MMD:	1ª OBSERVAÇÃO			2ª OBSERVAÇÃO		
	Sim	Não	NA	Sim	Não	NA
1 - Conhece as condições do doente e a posição requerida para o movimentar						
2 - Evita esforços oriundos de movimentos bruscos, frequentes/repetidos, prolongados, com perda de equilíbrio e/ou deslizamento						
3 - Mantém a coluna vertebral reta (evita a sua flexão e rotação)						
4 - Contrai sempre ligeiramente todos os músculos						
5 - Mantém o doente numa posição o mais próxima possível do seu corpo						
6 - Segura o doente firmemente, usando a palma da mão e não as pontas dos dedos						
7 - Flete as pernas na execução dos procedimentos						
8 - Posiciona os pés à largura dos ombros (assume uma ampla base de sustentação)						
9 - Movimenta os pés e pernas de acordo com o movimento a executar						
10 - Ajusta, se possível, a altura da cama, ao nível da cintura						
11 - Usa o próprio peso para contrabalançar o peso do doente						
12 - Evita a utilização dos músculos das costas no levantamento. Utiliza os músculos e movimentos de impulsão das pernas						
13 - Movimenta o doente por rolamento, sempre que possível						
14 - Evita a falta de arrumação no espaço (apresenta uma área de 2,5m livres desde o centro da cama), piso escorregadio/molhado/desnivelado, com cabos e/ou outros obstáculos						
15 - Está adequadamente vestido e calçado						
16 - Promove a existência de períodos de repouso suficientes à recuperação da fadiga músculo-esquelética						
17 - Solicita a ajuda de alguém, sempre que necessário e for possível						
18 - Utiliza produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação)						
19 - Antes de iniciar as tarefas executa exercícios de alongamento, para aquecimento						
20 - Em momentos de fadiga e/ou tensão efetua uma pausa e pratica alguns exercícios de relaxamento e/ou alongamento						

Mestranda: Maria João Ferreira de Matos (Enfermeira)

APÊNDICE V

PLANO DA SESSÃO INFORMATIVA SOBRE “PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS, PARA CUIDADORES INFORMAIS DE DOENTES DEPENDENTES NO DOMICÍLIO”

PLANO DA SESSÃO INFORMATIVA SOBRE PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS, PARA CUIDADORES INFORMAIS DE DOENTES DEPENDENTES NO DOMICÍLIO	
OBJETIVO GERAL	Contribuir para a mudança de cuidados na prevenção das LME na comunidade.
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	- Caracterizar as lesões músculo-esqueléticas; - Identificar e demonstrar os princípios básicos de mecânica corporal; - Demonstrar os procedimentos de movimentação manual de doentes dependentes no domicílio; - Demonstrar ajudas técnicas para a movimentação manual de doentes dependentes no domicílio; - Realizar exercícios de prevenção de lesões músculo-esqueléticas.
CONTEÚDOS TEÓRICO-PRÁTICOS	- Lesões músculo-esqueléticas; - Movimentação manual de doentes: princípios básicos; - Procedimentos de movimentação manual de doentes dependentes no domicílio: procedimentos iniciais; mover o doente para um dos lados da cama; mover o doente para cima/para baixo, na cama; mover o doente para cima, na cadeira; Transferir o doente da cama – cadeira; - Ajudas técnicas para a movimentação manual de doentes dependentes no domicílio - Exercícios de prevenção de lesões músculo-esqueléticas
MÉTODOS/ ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	- Método expositivo, demonstrativo e ativo: exposição de conteúdos, teóricos, demonstração de procedimentos práticos e realização de dinâmicas práticas
AVALIAÇÃO	Observação e registo de comportamentos do cuidador a realizar a movimentação manual do doente, pré e pós a sessão informativa teórico-prática no domicílio
RECURSOS PEDAGÓGICOS	- Manual de Prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas, para Cuidadores Informais de Doentes Dependentes no Domicílio; - Produtos de Apoio: luvas de posicionamento, tábua de transferência lisa, disco de transferência, cinto de transferência; - Grelha de observação de comportamentos pré e pós a sessão informativa teórico-prática no domicílio
DURAÇÃO	60 Minutos

Mestranda: Maria João Ferreira de Matos (Enfermeira)

APÊNDICE VI

MANUAL DE PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS, PARA CUIDADORES INFORMAIS DE DOENTES DEPENDENTES NO DOMICÍLIO

MANUAL DE PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS

PARA CUIDADORES INFORMAIS DE DOENTES DEPENDENTES
NO DOMICÍLIO

Enf.ª Maria João Ferreira de Matos



INDICE

	Página
INTRODUÇÃO	3
I – LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS	4
II - MOVIMENTAÇÃO MANUAL DE DOENTES	6
2.1 – Princípios Básicos	6
III - PROCEDIMENTOS DE MOVIMENTAÇÃO MANUAL DE DOENTES DEPENDENTES NO DOMICÍLIO	10
3.1 – Procedimentos Iniciais	10
3.2 – Mover o doente para um dos lados da cama	11
3.3 – Mover o doente para cima/para baixo, na cama	13
3.4 – Mover o doente para cima, na cadeira	15
3.5 - Transferir o doente da cama ⇌ cadeira	16
IV – AJUDAS TÉCNICAS PARA A MOVIMENTAÇÃO MANUAL DE DOENTES DEPENDENTES NO DOMICÍLIO .	21
V - EXERCÍCIOS PARA O CUIDADOR INFORMAL DE DOENTES DEPENDENTES NO DOMICILIO	23
VI – OUTROS CONSELHOS PARA A PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS E PROMOÇÃO DO CONFORTO DO CUIDADOR INFORMAL DE DOENTES DEPENDENTES NO DOMICÍLIO	36
VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

INTRODUÇÃO

A movimentação de doentes dependentes tem por finalidade promover o seu conforto; manter um bom alinhamento corporal; distribuir equitativamente o peso do corpo; prevenir lesões a nível do sistema músculo-esquelético principalmente na coluna vertebral; promover a drenagem de fluidos; facilitar a respiração e a circulação sanguínea; e impedir o desenvolvimento de lesões (feridas) na pele.

Essa actividade é, por norma, fisicamente desgastante para o cuidador e poderá tornar-se um risco para a sua saúde. Grande parte das agressões à coluna vertebral está relacionada, então, com a inadequação de mobiliários e equipamentos utilizados nas actividades de movimentação manual de doentes e com a adopção de má postura corporal.

Este manual tem, então, como finalidade servir como um suporte bibliográfico, com o objectivo de prevenir e minimizar as lesões músculo-esqueléticas (LME) nas tarefas de movimentação manual de doentes dependentes, de acordo com os recursos disponíveis e destina-se a todos os cuidadores informais que acompanhem pessoas no seu ambiente domiciliário.

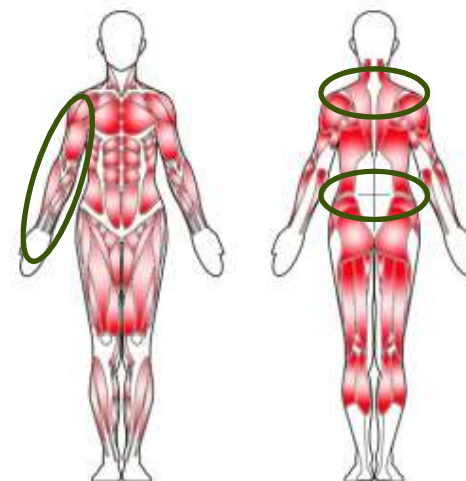
I – LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS

A adopção de posturas ou a execução de movimentos inadequados é, na maioria das vezes, a causa de LME no cuidador informal de doentes no domicílio.

As LME são causadas por um conjunto de actividades ou gestos que pelas suas características/exigências vão para além daquilo que o corpo humano sente como natural.

Constituem, assim, um conjunto de doenças inflamatórias e degenerativas que afectam o sistema músculo-esquelético. São lesões que atingem os músculos, articulações, tendões, ligamentos, nervos e ossos.

Geralmente, como se pode ver na seguinte figura, localizam-se nos membros superiores e na coluna vertebral, mas podem ter outras localizações, nomeadamente, os joelhos ou os tornozelos.



Na maioria dos casos, os sintomas surgem gradualmente e agravam-se no final do dia e/ou durante as tarefas de movimentação manual do doente e aliviam com as pausas e com o repouso.

As LME têm como sintomas a dor, a sensação de dormência na área afectada ou na proximidade, a sensação de peso, fadiga ou desconforto localizado e/ou a sensação ou mesmo perda de força.

No cuidador informal de doentes dependentes no domicílio, as LME poderão ocorrer devido aos seguintes factores:

- Doente demasiado pesado (igual/superior a 30Kg em operações ocasionais ou igual/superior a 20kg em operações frequentes);
- Doente muito volumoso e difícil de pegar;
- Esforços físicos/movimentos demasiado bruscos, frequentes/repetidos e/ou prolongados que interfiram em particular com a coluna vertebral;
- Manipulação do doente:
 - Longe do tronco;
 - Com flexão, torção ou inclinação do tronco;
 - Com equilíbrio instável ou risco de deslizamento;
 - Com elevação/rebaixamento em altura (ex.: transferência cama ⇄ cadeira).
- Espaço livre (ex.: quarto) com dimensões insuficientes;
- Vestuário (roupas, calçado)/equipamentos inadequados/inexistentes;
- Período insuficiente de repouso e/ou de recuperação;
- Falta de capacidade física para realizar as tarefas;
- Inexistência/insuficiência de formação;
- Existência prévia de LME.

II - MOVIMENTAÇÃO MANUAL DE DOENTES

Grande parte dos danos e dores a nível músculo-esquelético podem ser prevenidos, se os cuidadores colocarem sempre em prática os princípios básicos de mecânica corporal, adoptando uma postura correta ao movimentar o doente.

Para reduzir o risco associado à movimentação manual de doentes o cuidador deve adoptar uma boa postura, o que significa manter a coluna vertebral correctamente alinhada, conservando as suas curvaturas naturais e o centro de gravidade corporal directamente sobre a base de apoio, evitando a sua inclinação, torção e/ou curvatura demasiada (ver figura à direita).



2.1 – Princípios Básicos

- 1) Conhecer as condições do doente e a posição requerida para o movimentar:
 - Estado geral do doente, grau de mobilidade, de consciência e diagnóstico;
 - Presença de contracturas, musculatura flácida, áreas dolorosas, infecções, rubores, edemas, lesões ósseas, ausência ou diminuição de sensibilidade, paralisias;

- Incontinência urinária e/ou fecal;
- Peso do doente;
- Presença de equipamento, aparelhos de monitorização, cateteres, talas;
- Adopção de erros posturais no leito e posições tendenciosas;
- Movimentos permitidos, posição requerida e necessária para o doente;
- Horários de movimentação/transferência;
- Existência de grades laterais na cama para a protecção do doente;
- Tipo de colchão (colchões finos, lisos, de água dificultam a movimentação).

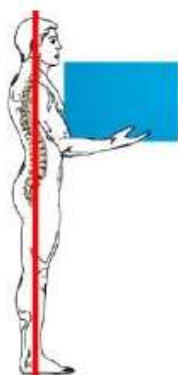
2) Evitar esforços desnecessários oriundos de movimentos bruscos, frequentes/repetidos, prolongados, com perda de equilíbrio e/ou deslizamento;

3) Manter, sempre, a coluna vertebral recta em todos os movimentos;

4) Contrair sempre ligeiramente todos os músculos;

5) Manter o doente numa posição o mais próxima possível do corpo do cuidador. A força necessária para manter o equilíbrio do corpo é maior quando a linha da gravidade está mais afastada do centro da base de sustentação. Por isso, a pessoa que segura um peso junto ao seu corpo faz menos esforço do que aquela que segura o peso com os braços estendidos (ver figura à direita);

6) Segurar o doente firmemente, usando a palma da mão e não as pontas dos dedos (*idem*);



7) Flectir as pernas (ver figura à direita);

8) Evitar a posição incorrecta dos pés. Posicionar os pés à largura dos ombros (a estabilidade é maior quando os pés estão distanciados um do outro cerca de 25-30 cm) para permitir uma boa base de sustentação e movimentar os pés e pernas de acordo com o movimento a executar (ver figura seguinte);



9) Ajustar, se possível, a altura da cama, ao nível da cintura. As camas com alturas reguláveis são as mais recomendadas;

10) Usar o próprio peso para contrabalançar o peso do doente;

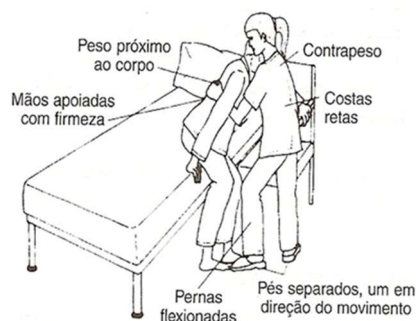
11) Evitar a flexão da coluna para a frente e para trás e a sua rotação para os lados. A coluna vertebral deve servir de suporte e nunca como elemento de articulação. Se houver necessidade de inclinar o tronco deve garantir-se que a coluna não fique arqueada;

12) Evitar a utilização dos músculos das costas nas tarefas de levantamento. Utilizar os músculos e movimentos de impulsão das pernas;

13) Movimentar o doente por rolamento, sempre que possível;

14) Evitar a falta de arrumação no espaço (ex.: quarto) para facilitar a movimentação do doente e a manipulação da cama/cadeira. recomenda-se uma área de 2,5m livres desde o centro da cama;

- 15) Não movimentar o doente enquanto o piso estiver escorregadio/molhado/desnivelado, com cabos e/ou outros obstáculos;
- 16) Estar adequadamente vestido e calçado de forma a permitir a liberdade de movimentos e a estabilidade corporal;
- 17) Promover a existência de períodos de repouso suficientes à recuperação da fadiga músculo-esquelética;
- 18) Solicitar ajuda de alguém, sempre que necessário e for possível;
- 19) Utilizar, sempre que possível, ajudas técnicas para diminuir os esforços e facilitar o manuseamento do doente (ex.: cinto de transferência) (ver capítulo IV);
- 20) Antes de iniciar as tarefas de movimentação manual de doentes executar exercícios de alongamento, para aquecimento das estruturas músculo-esqueléticas (ver capítulo V);
- 21) Em momentos de fadiga e/ou tensão efectuar uma pausa e praticar alguns exercícios de relaxamento e/ou alongamento (ver capítulo V);
- 22) Executar exercício físico regular e adequado ao reforço do sistema músculo-esquelético.



III - PROCEDIMENTOS DE MOVIMENTAÇÃO MANUAL DE DOENTES DEPENDENTES NO DOMICÍLIO

Grande parte dos danos e dores lombares podem ser prevenidos, se os cuidadores usarem a própria mecânica do corpo, adoptando uma boa postura ao movimentar, erguer e transferir o doente dependente.

3.1 – Procedimentos Iniciais

- a) Explicar os procedimentos e pedir a colaboração ao doente, quando possível;
- b) Erguer as grades de protecção da cama do lado oposto à localização do executor da movimentação;
- c) Travar as rodas da cama/cadeirão;
- d) Elevar (se possível) a altura da cama, ao nível da cintura do cuidador ou então a 5cm da altura do cotovelo;
- e) Baixar a cabeceira da cama, antes de iniciar os procedimentos;
- f) Remover a(s) almofada(s);
- g) Fazer a opção do movimento a ser executado.

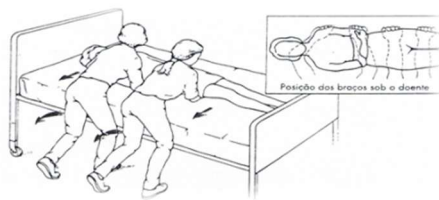
3.2 – Mover o doente para um dos lados da cama

Esta actividade deverá ser executada no mínimo, por dois cuidadores e usando, quando possível, auxiliares como, por exemplo, o resguardo:

- 1) Posicionar os braços do doente sobre o tórax;
- 2) Assumir a posição de pé ao lado da cama para o qual é desejado que o doente seja movimentado;
- 3) Assumir uma postura com base ampla de sustentação, mantendo uma das pernas à frente da outra;
- 4) Manter as costas direitas e inclinar ligeiramente o queixo em direcção ao tórax, contrair os músculos do abdómen e glúteos, flectir os joelhos e baixar os quadris para trazer os braços ao nível da cama;

OPÇÃO 1 – SEM RESGUARDO, COM DOIS CUIDADORES

- i. Um cuidador coloca um dos seus braços sob os ombros e pescoço do doente e o outro sob a região do tórax;
- ii. O outro cuidador coloca um braço sob a região glútea do doente e o outro braço sob a face posterior das coxas;
- iii. Num movimento coordenado entre os cuidadores, transferir o peso do próprio corpo do pé que está a frente para o que está atrás, recuando e assumindo uma posição agachada, trazendo o doente para o lado da cama (ver figura à direita e da página seguinte);



OPÇÃO 2 – SEM RESGUARDO, COM UM CUIDADOR



Nota: quando esta tarefa for impreterivelmente executada apenas por um cuidador, esta deve seguir os mesmos passos da movimentação anterior. Porém, deverá ser realizada por etapas (ver figura anterior).

OPÇÃO 3 – COM RESGUARDO, COM DOIS CUIDADORES

- i. Soltar o resguardo, enrolá-lo lateralmente em direcção ao doente (ver figura da página seguinte);
- ii. Segurar o resguardo o mais próximo possível ao corpo do doente;
- iii. Movimentar o doente, para o lado com um movimento coordenado, sem o arrastar;



Nota: mover o corpo do doente sem o arrastar para não provocar lesões na pele. Deve ter-se cuidado para que o doente não sofra uma queda da cama. Ao mover o doente, o cuidador não deve sentir sobrecarga nos ombros, pois é o seu próprio peso que proporciona a força para mover o doente.

3.3 – Mover o doente para cima/para baixo, na cama

Esta actividade deverá ser executada no mínimo, por dois cuidadores e usando, quando possível, auxiliares como, por exemplo, o resguardo:

- 1) Baixar a cabeceira da cama;
- 2) Posicionar os braços do doente sobre o tórax;
- 3) Assumir ampla base de sustentação mantendo um dos pés à frente do outro, sendo que o pé que está mais próximo da cama fica mais atrás e os pés devem estar dirigidos para a cabeceira;
- 4) Manter as costas direitas, flectir os joelhos, baixar os quadris e posicionar os braços sob o doente;

OPÇÃO 1 – SEM RESGUARDO, COM DOIS CUIDADORES

- i. Um cuidador coloca um dos seus braços sob os ombros e pescoço do doente e o outro sob a região do tórax;
- ii. O outro cuidador coloca um braço sob a região glútea do doente e o outro braço sob a face posterior das coxas;
- iii. Através de um movimento coordenado entre os dois, deslocar o peso do corpo do pé que está atrás para o da frente, o doente é movido, sem arrastar, em direcção à cabeceira/pés da cama (ver figura à direita);



OPÇÃO 2 – SEM RESGUARDO, COM UM CUIDADOR



Nota: quando o doente pode colaborar, esta tarefa poderá ser executada por apenas um cuidador, devendo seguir os mesmos passos da movimentação anterior, solicitando porém, que o doente flexione os joelhos, levando os calcanhares para cima em direcção aos glúteos, segurando-se na cabeceira da cama para auxiliar o movimento para cima, puxando o próprio peso (ver figura anterior).

OPÇÃO 3 – COM RESGUARDO, COM DOIS CUIDADORES

- i. Soltar o resguardo, enrolá-lo lateralmente em direcção ao doente (ver figura seguinte);
- ii. Segurar o resguardo o mais próximo possível ao corpo do doente;
- iii. Movimentar o doente, para cima/para baixo com um movimento coordenado, sem o arrastar;



3.4 – Mover o doente para cima, na cadeira

OPÇÃO 1 – COM DOIS CUIDADORES (ver figura seguinte)



OPÇÃO 2 – COM UM CUIDADOR (ver figura seguinte)



3.5 – Transferir o doente da cama ⇌ cadeira

Esta actividade deverá ser executada no mínimo, por dois cuidadores:

- i. Preparar o cadeirão, cadeira ou cadeira de rodas (travar as rodas, elevar ou retirar o apoio de braço mais próximo do leito e afastar os pedais), colocando-o(a) paralelo(a) à cama;
- ii. Partindo do decúbito dorsal (posição deitada), a pessoa deve flectir e/ou ser ajudada a flectir os joelhos;
- iii. O cuidador de frente para a lateral da cama deve assumir uma ampla base de sustentação colocando um pé à frente do outro, costas direitas e joelhos flectidos;

OPÇÃO 2 – COM DOIS CUIDADORES

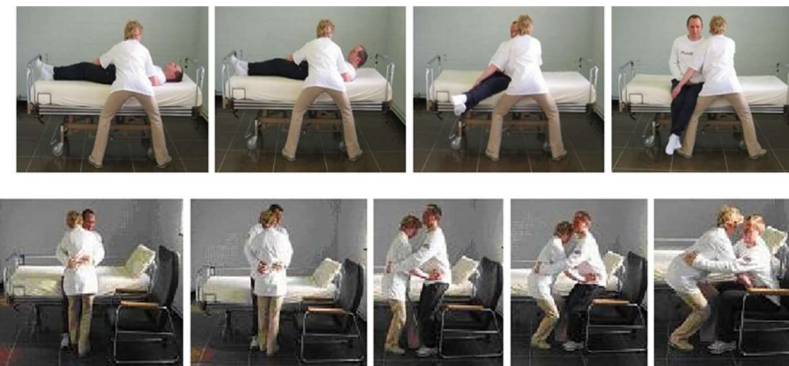
- i. Os dois cuidadores devem colocar-se do mesmo lado da cama;
- ii. Um cuidador coloca um dos braços sob os ombros e pescoço do doente e o outro sob a região lombar;
- iii. O outro cuidador coloca um braço entre a região lombar e a região poplíteia (zona posterior dos joelhos);
- iv. Assistir na elevação do tronco e simultaneamente fazer pressão nas pernas em direcção ao chão, ajudando o doente a sentar-se com um movimento coordenado, deslocando-o para a extremidade do leito;
- v. Descer a base do leito (nas camas ajustáveis em altura), para que os pés do doente fiquem assentes no chão. Assegurar-se de que a pessoa está calçada ou usa meias antiderrapantes;
- vi. Colocando-se paralelamente à cama, o cuidador responsável pela transferência da parte superior do corpo passa os antebraços sob as axilas da pessoa de modo a segurar-lhe os antebraços junto ao tronco.
- vii. O outro elemento, responsável pela transferência da parte inferior do corpo da pessoa, coloca-se de frente para a cama com os antebraços sob os membros inferiores;
- viii. Assumir ampla base de sustentação das pernas, com um pé posicionado à frente do outro, coluna direita, flectir os joelhos, baixar os quadris;
- ix. A transferência é feita em bloco, colocando a pessoa na cadeira/cadeirão;
- x. Para colocar o doente na cama, inverter o procedimento (ver figura da página seguinte).



OPÇÃO 2 – COM UM CUIDADOR

- i. Colocar uma mão ao nível da região cervical e ombros e a outra na região poplíteia (parte posterior dos joelhos) e rodar a pessoa;
- ii. Assistir na elevação do tronco com uma mão e simultaneamente fazer pressão nas pernas em direcção do chão, ajudando o doente a sentar-se com um movimento coordenado, deslocando-o para a extremidade do leito;
- iii. Descer a base do leito (nas camas ajustáveis em altura), para que os pés do doente fiquem assentes no chão. Assegurar-se de que a pessoa está calçada ou usa meias antiderrapantes;

- iv. Solicitar à pessoa para inclinar o tronco a fim de transferir o peso para a frente e assumir a posição de pé;
- v. Assumir ampla base de sustentação das pernas, com um pé posicionado à frente do outro, coluna direita, flectir os joelhos, baixar os quadris;
- vi. Assistir a pessoa durante a transferência, colocando as mãos na região dorsolumbar. Se possível, pedir-lhe para se apoiar no braço oposto da cadeira;
- vii. Colocar os pés nos pedais de apoio da cadeira, que devem estar ajustados de forma a que a pessoa mantenha flexão da anca e joelho a 90°;
- viii. Para colocar o doente na cama, inverter o procedimento (ver figuras seguintes).



Nota: A pessoa que apresenta grau de dependência elevado e/ou não pode colaborar, deverá ser transferida com a ajuda de meios mecânicos (ex.: elevador de doentes), excepto se houver alguma condição que o impeça.

IV – AJUDAS TÉCNICAS PARA A MOVIMENTAÇÃO MANUAL DE DOENTES DEPENDENTES NO DOMICÍLIO



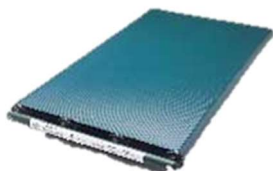
- Luvas de posicionamento



- Lençol de posicionamento



- Lençol de posicionamento para doentes sentados



- Transfer



- Tábua de transferência



- Disco de transferência



- Cinto de transferência



- Elevador de doentes

V - EXERCÍCIOS PARA O CUIDADOR INFORMAL DE DOENTES DEPENDENTES NO DOMICÍLIO

Este conjunto de exercícios tem por objectivo manter a mobilidade da sua coluna e reduzir a tensão psicológica e músculo-esquelética.

A sua execução demora aproximadamente 10 minutos.

Faça estes exercícios regularmente em casa, de forma a manter a sua coluna flexível, os músculos preparados e sem tensão e a sua higiene mental.

Ao realizá-los tenha em atenção os seguintes aspectos:

- Execute os exercícios lentamente preservando sempre o mesmo ritmo;
- Mantenha sempre o seu alinhamento corporal;
- Adapte uma base de sustentação ampla (membros inferiores à largura dos ombros) e com a zona abdominal e glútea contraída;
- Comece pela dissociação dos movimentos respiratórios (inspiração e expiração) e mantenha durante os restantes exercícios;
- As séries/repetições e tempos dos exercícios deverão ser aplicados de uma forma gradual: começar com menos séries, menos repetições e menos tempo e ir aumentando à medida que se sentir mais capaz;
- Por fim, deve terminar com um alongamento (“espreguiçadela”) geral de todas as regiões anatómicas do corpo;
- Se ao executar o exercício surgir dor, verifique se a dor melhora à medida que o vai repetindo. Se persistir, ou agravar pare imediatamente. Dores persistentes e severas, tonturas e vertigens devem ser comunicadas à sua equipa de saúde.

A realização destes exercícios durante o seu quotidiano pode fazer toda a diferença no alcance de uma vida saudável!

EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS

3 inspirações alternadas com 3 expirações

INSPIRAÇÃO



Colocar as mãos na região diafragmática/abdominal. Realizar uma inspiração nasal lenta e profunda, tentando dirigir o ar para o abdómen, empurrando as mãos em direcção ao exterior.

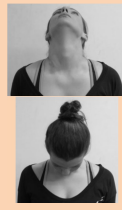
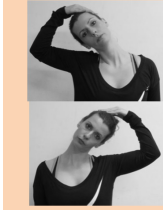
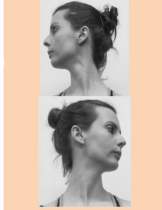
EXPIRAÇÃO



Colocar as mãos na região diafragmática/abdominal. Realizar uma expiração pela boca, lenta e profunda, com os lábios semicerrados, deitando calmamente todo o ar fora, empurrando as mãos para o interior do abdómen.

EXERCÍCIOS DE ALONGAMENTO, FLEXIBILIDADE E MOBILIDADE ARTICULAR

REGIÃO ANATÓMICA



DESCRIÇÃO

Virar lentamente a cabeça para a direita. Repetir para o lado esquerdo.

Puxar a cabeça para a direita, com a mão correspondente. Repetir para o lado esquerdo.

Estender a cabeça para trás. Flectir a cabeça para a frente.

25

REGIÃO ANATÓMICA

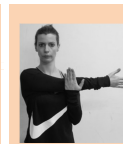
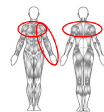


DESCRIÇÃO

Elevar os ombros para cima.

26

REGIÃO ANATÓMICA



DESCRIÇÃO

Levantar alternadamente cada um dos braços.

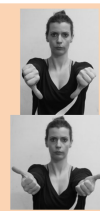
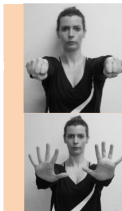
Empurrar e pressionar o cotovelo para a direita, em direcção horizontal ao corpo. Repetir para o braço esquerdo.

Entrelaçar as mãos e estender os braços em direcção vertical, com a região palmar virada para cima.

Colocar os braços atrás das costas, entrelaçar as mãos e estender os braços, com a região palmar virada em direcção ao chão.

27

REGIÃO ANATÓMICA



DESCRIÇÃO

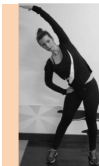
Abrir e fechar as mãos.

Flectir e estender os punhos. *Alternativa:* estender o braço com a região palmar virada para a frente, e com a mão contrária, puxar os dedos em direcção à cabeça/chão. Repetir para a mão contrária.

Rodar os punhos com o polegar em direcção interior e depois exterior.

28

REGIÃO ANATÓMICA

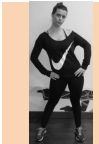


DESCRIÇÃO

Flectir e estender o tronco lateralmente, colocando a mão do lado flectido apoiada na região da cintura pélvica e o braço/mão contrário acompanha a extensão do corpo por cima da cabeça.

Repetir para o lado contrário.

REGIÃO ANATÓMICA

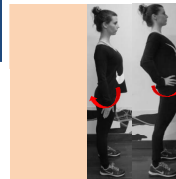


Com as mãos colocadas na bacia, rodar a cintura pélvica, no sentido horário.

Repetir no sentido anti-horário.

29

REGIÃO ANATÓMICA



DESCRIÇÃO

Efectuar a retroversão e anteversão da cintura pélvica, com as mãos colocadas sobre a mesma.

30

REGIÃO ANATÓMICA

DESCRIÇÃO

Flectir o joelho, encostando a região calcânea ao glúteo, com a ajuda das mãos. Repetir para a perna contrária.

Flectir o joelho, elevando-o na vertical e encostando-o ao peito com a ajuda das mãos. Repetir para a perna contrária.

Estender uma perna para a frente, realizar a dorsiflexão do pé e alongar o tronco até alcançar o pé com as mãos. Repetir para a perna contrária.

REGIÃO ANATÓMICA

DESCRIÇÃO

Flectir e estender o pé. Repetir para o pé contrário.

Realizar a eversão e a inversão do pé. Repetir para o pé contrário.

TODOS OS EXERCÍCIOS DEVERÃO SER REALIZADOS PELO MENOS DURANTE 10 SEGUNDOS E/OU 10 REPETIÇÕES – 1 SÉRIE

REGIÃO ANATÓMICA

DESCRIÇÃO

EXERCÍCIO FINAL:

Alongamento geral de todas as regiões anatómicas.

Estender os braços, verticalmente, posicionando as regiões palmares das mãos uma contra a outra, apontando para cima. Contrair todo o corpo. Abduzir os membros inferiores para além da largura dos ombros e de seguida "deixar cair" o tronco para a frente, tentando alcançar o chão com as mãos. Relaxar todo o corpo.

3SÉRIES: 10 SEGUNDOS

EXERCÍCIOS DE AUTOMASSAGEM

MATERIAL: bola de ténis. QUANTIDADE: uma bola por pessoa.

REGIÃO ANATÓMICA

Segurar a bola com a mão, posicioná-la na região cervical, cintura escapular e interescapular, e, alternadamente realizar uma massagem com movimentos circulares. Repetir para as regiões anatómicas contrárias.

Segurar a bola com a mão, posicioná-la na região do quadríceps femoral e realizar uma massagem com movimentos circulares. Repetir para o membro inferior contrário.

REGIÃO ANATÓMICA

Segurar a bola com a região plantar do pé, fazer pressão suave em direcção ao chão e realizar uma massagem com movimentos circulares. Repetir para o pé contrário.

20 segundos para cada exercício

1 - Faça uma massagem debaixo para cima no seu nariz com o dedo polegar e o indicador.

2 - Pressione com os seus polegares as suas pálpebras durante 3 a 4 segundos.

3 - Coloque os indicadores por cima dos seus olhos e realize pequenas massagens circulares.

4 - Com a ajuda do seu polegar e indicador, pressione por cima das suas sobrancelhas.

VI – OUTROS CONSELHOS PARA A PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS E PROMOÇÃO DO CONFORTO DO CUIDADOR INFORMAL DE DOENTES DEPENDENTES NO DOMICÍLIO

Seguidamente apresentam-se algumas medidas/sugestões que podem contribuir, muitas vezes, de forma decisiva para prevenir as lesões músculo-esqueléticas inerentes ao cuidar de outrem e melhorar o seu conforto:

- Faça exercício físico regularmente. Escolha uma actividade física adequada à sua condição física e que lhe dê prazer. Pratique-a com regularidade;
- Escolha, se possível, actividades nas quais utilize movimentos contrários aos das suas tarefas de cuidador;
- Alivie o stresse psicológico. Aprenda a lidar com o seu stresse;
- Controle o seu peso e evite hábitos nocivos.

Faça os seus passeios a pé com regularidade. Andar com regularidade contribui para a saúde dos seus discos intervertebrais, permitindo a saída e entrada de fluídos, tornando-os fortes e flexíveis. Andar pode contribuir para tornar mais fortes os músculos das suas costas. Pode também ajudar a estirar músculos encurtados e tensos, dando à sua coluna um melhor suporte. Andar pode ainda contribuir para diminuir o peso do seu corpo, e dessa forma diminuir o stresse sobre as articulações da sua coluna vertebral.

Comece por fazer um passeio de cinco minutos e vá aumentando o tempo de forma progressiva. Vai ver que vai valer a pena!

Reduza os seus níveis de stresse com actividade física. Aproveite as suas horas de almoço para dar pequenos passeios e para pensar noutros assuntos.

Descubra quais os factores que mais contribuem para o seu stresse, seja na sua actividade como cuidador, nas suas relações pessoais ou nas mudanças da sua vida. Perceber o que aumenta os seus níveis de stresse pode ser um bom começo para aprender a geri-lo de forma positiva.

Adopte estilos de vida saudáveis!



VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO - **Técnicas de Mobilização de Doentes para Prevenir Lesões Músculo-Esqueléticas na Prestação de Cuidados de Saúde**, [Em linha]. Bélgica: Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2007. 13p. Disponível na: [www: <URL: http://osha.europa.eu/pt/publications/e-facts/efact28](http://osha.europa.eu/pt/publications/e-facts/efact28)
- ALEXANDRE, N. M. C; ROGANTE, M. M. - **Movimentação e Transferência de Pacientes: Aspectos Posturais e Ergonômicos**. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 2, p. 165-73, jun. 2000.
- CORDEIRO, M. C. O; MENOITA, E.C.P.C – **Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória. Conceitos, Princípios e Técnicas**. Loures: Lusociência, 2012. ISBN: 978-972-8930-86-8. 380 p.
- CANTERA, I., DOMINGO, P. – **Guias Práticos de Enfermagem – Geriatria**. Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill, 1996
- DECRETO-LEI N.º 330/93 – Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 90/269/CEE, do Conselho, de 29 de Maio, relativa às prescrições mínimas de segurança e de saúde na movimentação manual de cargas. "D.R." – Série I-A, n.º 226 (1993-09-25).
- HUBER, F. E.; WELLS, C. L. – **Exercícios Terapêuticos: Planeamento do Tratamento para Progressão**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-11-6
- INTERNATIONAL STANDARDIZATION ORGANIZATION (ISO)/TR 12296 – **Ergonomics - Manual handling of people in the healthcare sector**. Gênebra: International Standardization Organization, 2012
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – **Manual de Normas de Enfermagem – Procedimentos**

- **Técnicos**. 2ª ed. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, 2011, 285p.
- OLIVEIRA, R. – **Manual Prático de LER: Lesões por Esforços Repetitivos**. Belo-Horizonte, Heath. 1998
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados a Pessoa com Alterações da Mobilidade - Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2013. ISBN - 978-989-8444-24-0. 78p.
- TAYLOR, Carol; Lillis, Carol; Lemone, Priscilla – **Fundamentos de Enfermagem**. 5ª ed. Brasil: Artmed, 2007.
- UVA, A. [et al.] – **Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho – Guia de orientação para a prevenção**. Direção Ge ral de Saúde. 2008



**IV CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO**

Estágio de Natureza Profissional

Mestranda: Enf^a. Maria João Ferreira de Matos

Ano Lectivo 2016/2017

APÊNDICE VII

PLANO DA SESSÃO INFORMATIVA SOBRE “PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NO DOMICÍLIO: PRINCÍPIOS BÁSICOS”

PLANO DA SESSÃO INFORMATIVA SOBRE PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS, PARA CUIDADORES INFORMAIS DE DOENTES DEPENDENTES NO DOMICÍLIO	
OBJETIVO GERAL	Contribuir para a mudança de cuidados na prevenção das LME na comunidade.
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	- Caracterizar as lesões músculo-esqueléticas; - Identificar e demonstrar os princípios básicos de mecânica corporal; - Realizar exercícios de prevenção de lesões músculo-esqueléticas; - Demonstrar ajudas técnicas para a movimentação manual de doentes dependentes no domicílio;
CONTEÚDOS TEÓRICO-PRÁTICOS	- Lesões músculo-esqueléticas; - Movimentação manual de doentes: princípios básicos; - Exercícios de prevenção de lesões músculo-esqueléticas; - Ajudas técnicas para a movimentação manual de doentes dependentes no domicílio.
MÉTODOS/ ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	- Método expositivo, ativo e demonstrativo: exposição de conteúdos, teóricos, realização de dinâmicas práticas, demonstração de procedimentos práticos pela empresa "Miminhos aos Avós".
AVALIAÇÃO	Satisfação com a qualidade dos conteúdos teórico-práticos expostos na sessão informativa.
RECURSOS PEDAGÓGICOS	- Convites para a sessão; - Apresentação em formato <i>Power Point</i>® sobre "Prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas: Princípios Básicos"; - Projetor multimédia; - Folheto informativo sobre "Prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas: Princípios Básicos"; - Produtos de apoio trazidos pela empresa Miminhos aos Avós: luvas de posicionamento, lençol de posicionamento, tábua de transferência com rolos, tábua de transferência lisa, disco de transferência, cinto de transferência, elevador de doentes; - Cadeira de rodas, marquesa hospitalar; - Questionário de satisfação sobre a qualidade dos conteúdos teórico-práticos expostos na sessão informativa; - Certificado de participação na sessão informativa; - Géneros alimentícios para o <i>coffee break</i>.
DURAÇÃO	60 Minutos

Mestranda: Maria João Ferreira de Matos (Enfermeira)

APÊNDICE VIII

CONVITES PARA A SESSÃO INFORMATIVA SOBRE “PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NO DOMICÍLIO: PRINCÍPIOS BÁSICOS”

CONVITE

Convidam-se todos os cuidadores informais de doentes dependentes no domicílio, a participar na sessão informativa sobre

PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NO DOMICÍLIO: PRINCÍPIOS BÁSICOS

Inclui a demonstração de produtos de apoio para a movimentação manual de doentes, com a colaboração de



Data: 09/03/2017, pelas 17horas. **Local:** Sala de Formação da USF Cuidarte – Sta Marta de Portuzelo

Sessão gratuita, mas com inscrição obrigatória através de: Enf. Maria João Matos (917724322/enfermeiramj@gmail.com) e/ou Enf. Artur Marinho (967003751)

CONVITE

Temos a honra de o/a convidar a participar na sessão informativa sobre

PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NO DOMICÍLIO: PRINCÍPIOS BÁSICOS

Inclui a demonstração de produtos de apoio para a movimentação manual de doentes, com a colaboração de



Data: 09/03/2017, pelas 17horas. **Local:** Sala de Formação da USF Cuidarte – Sta Marta de Portuzelo

Sessão gratuita, com inscrição obrigatória através de: Enf. Maria João Matos (917724322/enfermeiramj@gmail.com) e/ou Enf. Artur Marinho (967003751)



CONVITE

Temos a honra de o/a convidar a participar na sessão informativa sobre

PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NO DOMICÍLIO: PRINCÍPIOS BÁSICOS

Inclui a demonstração de produtos de apoio para a movimentação manual de doentes, com a colaboração de



Data: 09/03/2017, pelas 17horas. **Local:** Sala de Formação da USF Cuidarte – Sta Marta de Portuzelo

Sessão gratuita, com inscrição obrigatória através de: Enf. Maria João Matos (917724322/enfermeiramj@gmail.com) e/ou Enf. Artur Marinho (967003751)



CONVITE

Temos a honra de o/a convidar a participar na sessão informativa sobre

PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NO DOMICÍLIO: PRINCÍPIOS BÁSICOS

Inclui a demonstração de produtos de apoio para a movimentação manual de doentes, com a colaboração de



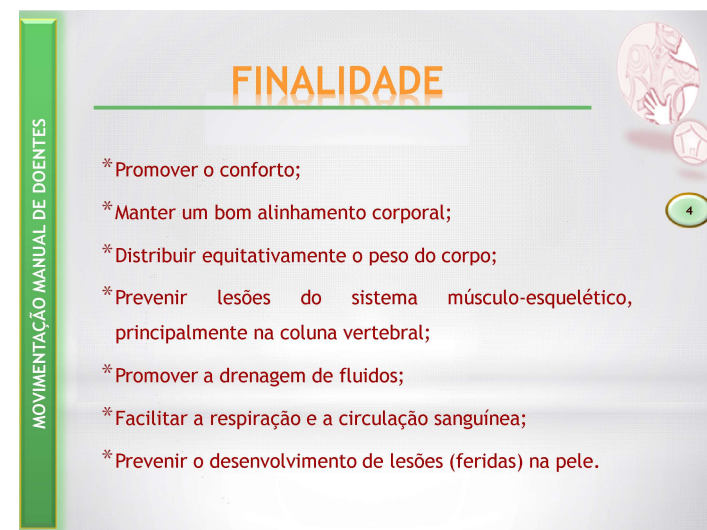
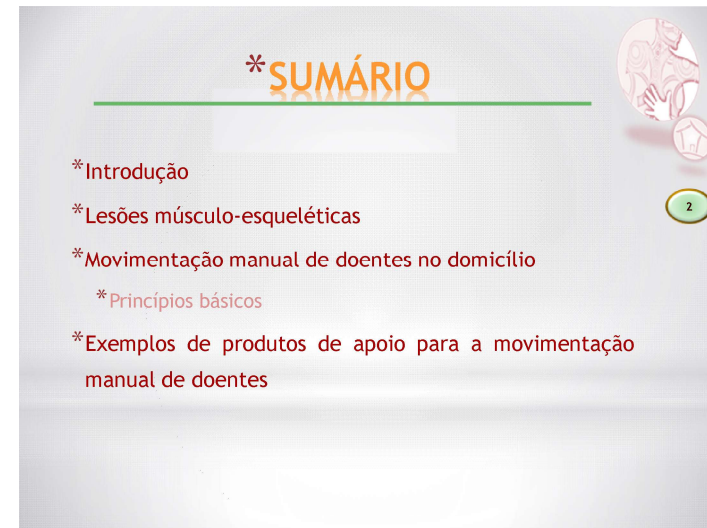
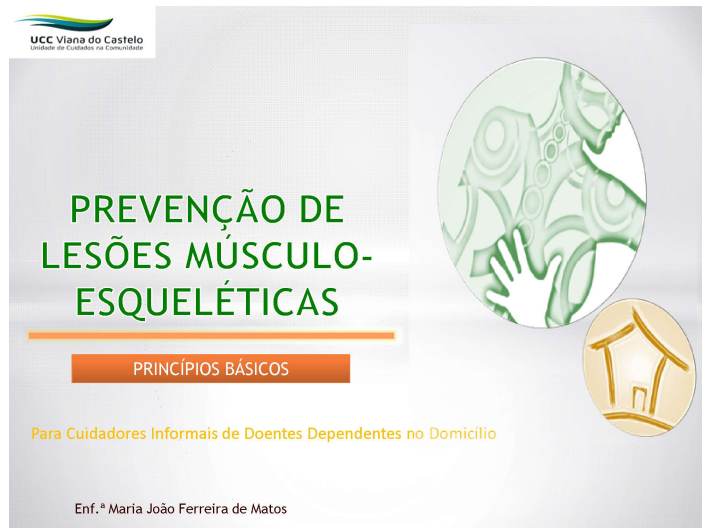
Data: 09/03/2017, pelas 17horas. **Local:** Sala de Formação da USF Cuidarte – Sta Marta de Portuzelo

Sessão gratuita, com inscrição obrigatória através de: Enf. Maria João Matos (917724322/enfermeiramj@gmail.com) e/ou Enf. Artur Marinho (967003751)



APÊNDICE IX

**APRESENTAÇÃO *POWER POINT*® EXPOSTA NA SESSÃO INFORMATIVA SOBRE
“PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NO DOMICÍLIO:
PRINCÍPIOS BÁSICOS”**





* A movimentação manual de doentes dependentes no domicílio é, por norma, fisicamente desgastante para o cuidador e poderá tornar-se um risco para a sua saúde.



5



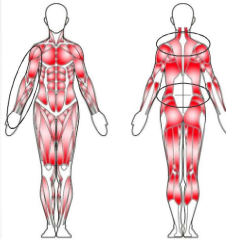
* **LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS**

6

* Grande parte das lesões músculo-esqueléticas (LME) nos cuidadores de doentes dependentes no domicílio está relacionada com a inadequação de mobiliários e equipamentos utilizados nessas actividades e com a adopção de má postura corporal e movimentos inadequados.



7



* Neste caso específico, as LME localizam-se nos membros superiores e na coluna vertebral, mas podem ter outras localizações, nomeadamente, os joelhos ou os tornozelos.



8



9

* Na maioria dos casos, os sintomas surgem gradualmente e agravam-se no final do dia e/ou durante as tarefas de movimentação manual do doente e aliviam com as pausas e com o repouso.



10

***MOVIMENTAÇÃO MANUAL DE DOENTES NO DOMICÍLIO**

* Grande parte dos danos e dores a nível músculo-esquelético podem ser prevenidos, se os cuidadores colocarem sempre em prática os princípios básicos de mecânica corporal, adoptando uma postura correta ao movimentar o doente.



11



12

* Para reduzir o risco o cuidador deve adoptar uma boa postura, o que significa manter a coluna vertebral correctamente alinhada, conservando as suas curvaturas naturais e o centro de gravidade corporal directamente sobre a base de apoio, evitando a sua inclinação, torção e/ou curvatura demasiada.

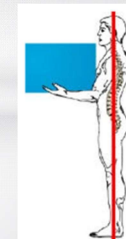
*PRINCÍPIOS BÁSICOS

- * Conhecer as condições do doente e a posição requerida para o movimentar;
- * Evitar esforços oriundos de movimentos bruscos, frequentes/repetidos, prolongados, com perda de equilíbrio e/ou deslizamento;
- * Contrair sempre ligeiramente todos os músculos;

13

*PRINCÍPIOS BÁSICOS

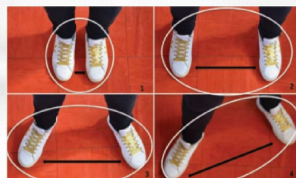
- * Manter o doente numa posição o mais próxima possível do corpo do cuidador;
- * Segurar o doente firmemente, usando as palmas das mãos;
- * Flectir as pernas;



14

*PRINCÍPIOS BÁSICOS

- * Evitar a posição incorrecta dos pés;
- * Posicionar os pés à largura dos ombros e movimentar os pés e pernas de acordo com o movimento a executar;



15

*PRINCÍPIOS BÁSICOS

- * Evitar a flexão da coluna para a frente e para trás e a sua rotação para os lados;
- * Evitar a utilização dos músculos das costas nas tarefas de levantamento. Utilizar os músculos e movimentos de impulsão das pernas;
- * Movimentar o doente por rolamento, sempre que possível;

16

*PRINCÍPIOS BÁSICOS

- * Evitar a falta de arrumação no espaço (ex.: quarto) para facilitar a movimentação do doente e a manipulação da cama/cadeira;
- * Não movimentar o doente enquanto o piso estiver escorregadio/molhado/desnívelado e/ou com obstáculos;
- * Estar adequadamente vestido e calçado de forma a permitir a liberdade de movimentos e a estabilidade corporal;

17

*PRINCÍPIOS BÁSICOS

- * Promover a existência de períodos de repouso suficientes à recuperação da fadiga músculo-esquelética;
- * Usar o próprio peso para contrabalançar o peso do doente;
- * Ajustar, se possível, a altura da cama, ao nível da cintura;

18

*PRINCÍPIOS BÁSICOS

- * Solicitar ajuda de alguém, sempre que for possível;
- * Antes de iniciar as tarefas de movimentação manual de doentes executar exercícios de alongamento;
- * Em momentos de fadiga e/ou tensão efectuar uma pausa e praticar alguns exercícios de relaxamento e/ou alongamento;
- * Executar exercício físico regular e adequado ao reforço do sistema músculo-esquelético.

19

EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS

INSPIRAÇÃO



DESCRIÇÃO

Colocar as mãos na região diafragmática/abdominal. Realizar uma inspiração nasal lenta e profunda, tentando dirigir o ar para o abdômen, empurrando as mãos em direção ao exterior.

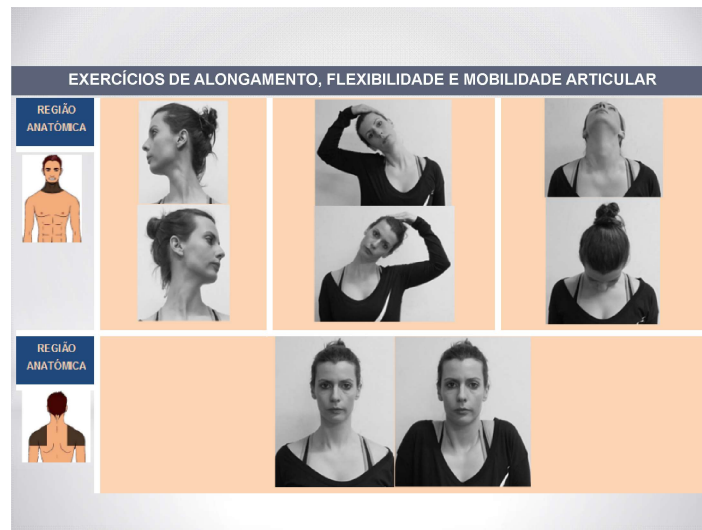
EXPIRAÇÃO



DESCRIÇÃO

Colocar as mãos na região diafragmática/abdominal. Realizar uma expiração pela boca, lenta e profunda, com os lábios semicerrados, deixando calmamente todo o ar fora, empurrando as mãos para o interior do abdômen.

3 Inspirações, alternadas com 3 expirações



* PRINCÍPIOS BÁSICOS

* Utilizar, sempre que possível, produtos de apoio para diminuir os esforços e facilitar a movimentação manual do doente.



23

* EXEMPLOS DE PRODUTOS DE APOIO PARA A MOVIMENTAÇÃO MANUAL DE DOENTES



24

*Obrigada pela vossa
atenção!



25



IV CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Estágio de Natureza Profissional

Mestranda: Enfª. Maria João Ferreira de Matos

Ano Lectivo 2016/2017

26

APÊNDICE X

FOLHETO INFORMATIVO SOBRE “PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO- ESQUELÉTICAS NO DOMICÍLIO: PRINCÍPIOS BÁSICOS”



IV CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Estágio de Natureza Profissional

Mestranda: Enf^a. Maria João Ferreira de Matos

Ano Lectivo 2016/2017



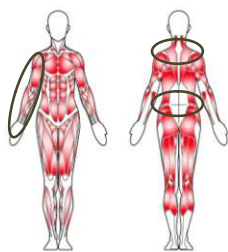
PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS

PRINCÍPIOS BÁSICOS

PARA CUIDADORES INFORMAIS DE DOENTES DEPENDENTES NO DOMICÍLIO

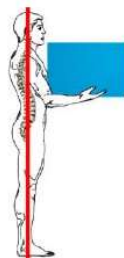
A movimentação de doentes dependentes no domicílio é, por norma, fisicamente desgastante para o cuidador e poderá tornar-se um risco para a sua saúde. Grande parte das lesões músculo-esqueléticas (LME) está relacionada, então, com a inadequação de mobiliários e equipamentos utilizados nessas actividades e com a adopção de má postura corporal e movimentos inadequados.

Neste caso específico, geralmente, as LME localizam-se nos membros superiores e na coluna vertebral, mas podem ter outras localizações, nomeadamente, os joelhos ou os tornozelos.



PRINCÍPIOS BÁSICOS

- 1) Conhecer as condições do doente e a posição requerida para o movimentar;
- 2) Evitar esforços oriundos de movimentos bruscos, frequentes/repetidos, prolongados, com perda de equilíbrio e/ou deslizamento;
- 3) Manter, sempre, a coluna vertebral recta em todos os movimentos;
- 4) Contrair sempre ligeiramente todos os músculos;
- 5) Manter o doente numa posição o mais próxima possível do corpo do cuidador;
- 6) Segurar o doente firmemente, usando as palmas das mãos;
- 7) Flectir as pernas;
- 8) Evitar a posição incorrecta dos pés. Posicionar os pés à largura dos ombros e movimentar os pés e pernas de acordo com o movimento a executar;
- 9) Ajustar, se possível, a altura da cama, ao nível da cintura;



- 10) Usar o próprio peso para contrabalançar o peso do doente;
- 11) Evitar a flexão da coluna para a frente e para trás e a sua rotação para os lados.
- 12) Evitar a utilização dos músculos das costas nas tarefas de levantamento. Utilizar os músculos e movimentos de impulsão das pernas;
- 13) Movimentar o doente por rolamento, sempre que possível;
- 14) Evitar a falta de arrumação no espaço (ex.: quarto) para facilitar a movimentação do doente e a manipulação da cama/cadeira.
- 15) Não movimentar o doente enquanto o piso estiver escorregadio/molhado/desnivelado, e/ou obstáculos;
- 16) Estar adequadamente vestido e calçado de forma a permitir a liberdade de movimentos e a estabilidade corporal;
- 17) Promover a existência de períodos de repouso suficientes à recuperação da fadiga músculo-esquelética;
- 18) Solicitar ajuda de alguém, sempre que necessário e for possível;
- 19) Utilizar, sempre que possível, ajudas técnicas para diminuir os esforços e facilitar o manuseamento do doente;
- 20) Antes de iniciar as tarefas de movimentação manual de doentes executar exercícios de alongamento;
- 21) Em momentos de fadiga e/ou tensão efectuar uma pausa e praticar alguns exercícios de relaxamento e/ou alongamento;
- 22) Executar exercício físico regular e adequado ao reforço do sistema músculo-esquelético.



APÊNDICE XI

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DA SESSÃO INFORMATIVA SOBRE “PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NO DOMICÍLIO: PRINCÍPIOS BÁSICOS”

Data: __/__/__

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

SESSÃO INFORMATIVA:

PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NO DOMICÍLIO: PRINCÍPIOS BÁSICOS

(selecione a alínea que corresponde à sua resposta)

1. Classifique esta sessão informativa, mediante o seu grau de importância:

- A. Muito Importante
- B. Importante
- C. Pouca importância
- D. Sem importância

2. Considera que os conteúdos ministrados têm aplicação prática?

- A. Máxima aplicação prática
- B. Bastante aplicação prática
- C. Alguma aplicação prática
- D. Pouca aplicação prática
- E. Nenhuma aplicação prática

3. Este domínio de formação teve, para si, uma avaliação global de:

- A. Extremamente Satisfatória
- B. Bastante Satisfatória
- C. Satisfatória
- D. Pouco Satisfatória
- E. Nada Satisfatória

4. Considera-se motivado(a) para dar continuidade no seu domicílio aos conteúdos ensinados nesta sessão informativa?

- A. Sim
- B. Não

5. Sente que vai tirar benefícios positivos ao ter participado nesta sessão informativa?

- A. Sim
- B. Não

6. Sugestões/comentários: _____

Obrigada pela sua participação!

Mestranda: Maria João Ferreira de Matos (Enfermeira)

APÊNDICE XII

FOTOGRAFIAS DA SESSÃO INFORMATIVA SOBRE “PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NO DOMICÍLIO: PRINCÍPIOS BÁSICOS”

FOTOGRAFIAS DA SESSÃO INFORMATIVA SOBRE “PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NO DOMICÍLIO: PRINCÍPIOS BÁSICOS”





Mestranda: Maria João Ferreira de Matos (Enfermeira)

APÊNDICE XIII

**CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA SESSÃO INFORMATIVA SOBRE
“PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NO DOMICÍLIO:
PRINCÍPIOS BÁSICOS”**

CERTIFICADO

Certifica-se que _____,
no dia 09 de Março de 2017, esteve presente na sessão informativa sobre

PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NO DOMICÍLIO: PRINCÍPIOS BÁSICOS

que se realizou na sala de formação da USF Cuidarte – Sta. Marta de Portuzelo, com a duração de 60 minutos. Incluiu a demonstração de produtos de apoio para a movimentação manual de doentes, com a colaboração de



Viana do Castelo, 09 de Março de 2017

A Comissão Organizadora,

Enf.ª Maria João Ferreira de Matos
(Mestranda em Enfermagem de Reabilitação)

Enf.º de Reabilitação Artur Marinho
(Coordenador da UCC de Viana do Castelo)



APÊNDICE XIV

GRELHA DE REGISTO DAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E DO PESO DAS MOCHILAS DOS ESTUDANTES

GRELHA DE REGISTO DAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E DO PESO DAS MOCHILAS DOS ESTUDANTES

AGRUPAMENTO:

ESCOLA:

TURMA:

Nº total de Estudantes da Turma:

Data: ____/____/____

ESTUDANTE			MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		PESO DAS MOCHILAS (kg)	
Nº	GÉNERO	IDADE	PESO (kg)	ALTURA (cm)	TOTAL (Mochila + material escolar + extra escolar)	VAZIA (Mochila + material extra escolar)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Mestranda: Maria João Ferreira de Matos (Enfermeira)

APÊNDICE XV

PLANO DA SESSÃO INFORMATIVA SOBRE “EDUCAÇÃO POSTURAL”

PLANO DA SESSÃO INFORMATIVA SOBRE EDUCAÇÃO POSTURAL	
OBJETIVO GERAL	Contribuir para a mudança de cuidados na prevenção das LME na comunidade.
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	- Identificar o alinhamento correto e incorreto, as curvaturas fisiológicas e patológicas da coluna vertebral; - Identificar e demonstrar a postura corporal sentada correta/incorrecta; - Identificar e demonstrar o transporte da mochila correto/incorrecto; - Realizar exercícios de prevenção de lesões músculo-esqueléticas.
CONTEÚDOS TEÓRICO-PRÁTICOS	- Anatomia da coluna vertebral: alinhamento correto/incorrecto, curvaturas fisiológicas/patológicas; - Postura corporal sentada: correta/incorrecta; - Transporte da mochila: peso correto/incorrecto, organização correta/incorrecta, com duas/uma alça no ombro, tipo de mochila aconselhada, mochila bem/mal posicionada, na mão (de alças), na mão (de rodas), mais do que uma, postura correta/incorrecta no levantamento da mochila do chão; - Exercícios de prevenção de lesões músculo-esqueléticas.
MÉTODOS/ ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	- Método expositivo, demonstrativo e ativo: exposição de conteúdos, teóricos, demonstração de procedimentos práticos, realização de dinâmicas práticas.
AVALIAÇÃO	Desenhos/textos realizados pelos discentes em resposta à seguinte pergunta: - «O que é que aprenderam com esta aula sobre “Educação Postural”?» Satisfação dos docentes com a qualidade dos conteúdos teórico-práticos expostos na sessão informativa.
RECURSOS PEDAGÓGICOS	- Apresentação em formato <i>Power Point</i>® sobre “Educação Postural”; - Video sobre “Educação Postural”; (https://www.youtube.com/watch?v=X3KHeQEPVCQ) - Projetor multimédia; - Colunas de som; - Questionário de satisfação sobre a qualidade dos conteúdos teórico-práticos expostos na sessão informativa; - Marcador de livros e poster sobre “Educação Postural”; - Grelha de análise dos desenhos/textos dos estudantes da sessão informativa;
DURAÇÃO	60 Minutos

Mestranda: Maria João Ferreira de Matos (Enfermeira)

APÊNDICE XVI

**APRESENTAÇÃO *POWER POINT*® EXPOSTA NA SESSÃO INFORMATIVA SOBRE
“EDUCAÇÃO POSTURAL”**



SUMÁRIO

- Introdução
- O que é a coluna vertebral?
- O que é que as posturas corporais incorretas podem fazer ao meu corpo?
- O que é que podemos fazer para melhorar a nossa postura corporal?
 - Recomendações.
- Vídeo de conclusão



INTRODUÇÃO

Desde pequenos adquirimos posturas corporais erradas que deixam marcas para toda a vida!



INTRODUÇÃO

Durante o dia adotamos mais de 100 tipos diferentes de posturas. Muitas delas são posturas inadequadas!



INTRODUÇÃO

Saber distinguir uma postura corporal incorreta de uma correta, pode fazer toda a diferença na saúde de uma pessoa!



EDUCAÇÃO POSTURAL

5



EDUCAÇÃO POSTURAL

6

INTRODUÇÃO

As posições incorretas adoptadas na sala de aula e o carregamento de peso excessivo nas mochilas de uma forma contínua, poderão provocar graves danos na coluna vertebral.



EDUCAÇÃO POSTURAL

7

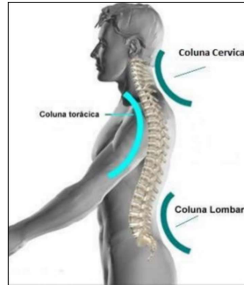


EDUCAÇÃO POSTURAL

8

A COLUNA VERTEBRAL

Representa o conjunto de ossos articulados (vértebras) que formam o eixo de sustentação corporal dos vertebrados, contendo no seu interior um orifício que passa longitudinalmente por cada unidade vertebral, formando um canal onde se aloja a medula espinhal.

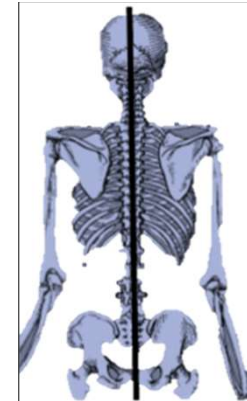


EDUCAÇÃO POSTURAL

9

ALINHAMENTO DA COLUNA VERTEBRAL

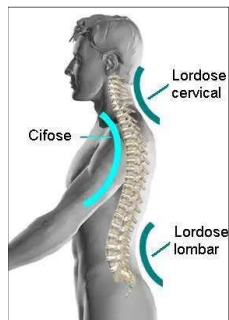
Quando vista de frente ou de costas a coluna deve ser **ALINHADA** (reta) de ponta a ponta.



EDUCAÇÃO POSTURAL

10

CURVATURAS DA COLUNA VERTEBRAL



Quando vista de perfil, a coluna apresenta **CURVATURAS NORMAIS**, que permitem o bom equilíbrio entre as estruturas do corpo humano.

EDUCAÇÃO POSTURAL

11

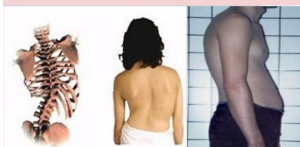
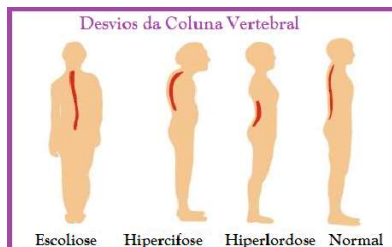


EDUCAÇÃO POSTURAL

12

DESVIOS NAS CURVATURAS DA COLUNA VERTEBRAL

Quando adotamos posturas erradas durante longos períodos de tempo e durante muitos anos, a nossa coluna vertebral pode ficar com desvios.



EDUCAÇÃO POSTURAL 13

MOCHILAS

- O grande peso da mochila faz com que o corpo se incline para a frente ao caminhar. Isto favorece a Cifose;
- Usar a mochila ou sentar na cadeira de forma incorreta, também favorece a Lordose;
- Levar a mochila num só ombro, faz com que o peso fique apenas de um lado. Isto leva à inclinação lateral da coluna causando Escoliose.



EDUCAÇÃO POSTURAL 14

OUTRAS CONSEQUÊNCIAS

- Espasmos musculares no lado que carrega o peso
- Pode provocar um desvio na coluna
- Pressão excessiva sobre a anca, os joelhos e os tornozelos



Lombalgia

Dor na região lombar (parte de baixo das costas)

Sobrecarga

Sobrecarga nas articulações dos tornozelos e do quadril

Bursite

Inflamação nos ombros

Postura errada

Alterações na postura, como pender mais para um dos lados ou para a frente

Inflamações

Inflamações nas articulações dos joelhos

EDUCAÇÃO POSTURAL 15



EDUCAÇÃO POSTURAL 16



RECOMENDAÇÕES

- As crianças estão sentadas no mínimo 4 a 5 horas por dia (exceto ao fim-de-semana);
- Por isso, sentam-se numa determinada posição para verem melhor o quadro, o caderno e/ou o computador ou apenas para se sentirem mais confortáveis no momento;



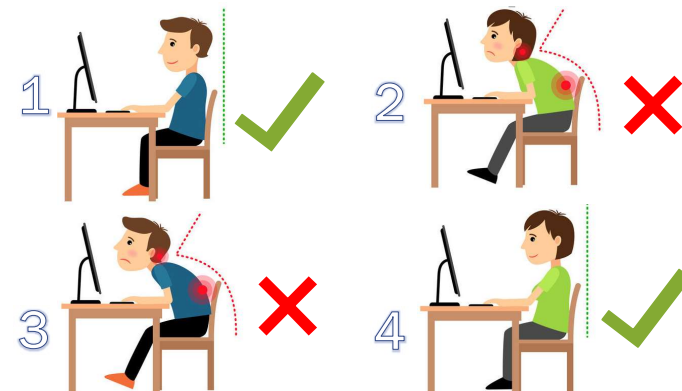
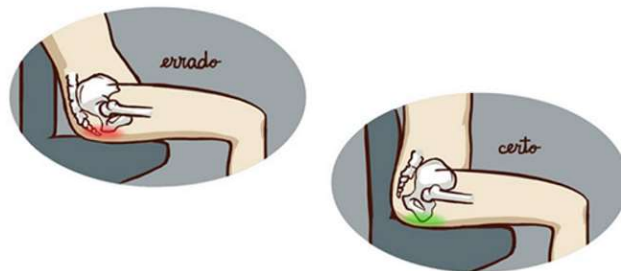
RECOMENDAÇÕES

O estudante deve estar sentado de modo a que tenha uma postura corporal alinhada:

- Haja apoio dos dois pés sobre o chão;
- Tenha os joelhos fletidos a 90°;
- O encosto suporte a coluna. Este deve ser levemente inclinado, possibilitando o relaxamento dessa região.



RECOMENDAÇÕES





RECOMENDAÇÕES

A mochila não deverá pesar mais de 10% do peso corporal do aluno;



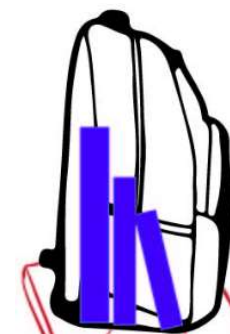
RECOMENDAÇÕES

Quando se anda muito tempo com a mochila às costas, devem fazer-se pausas pelo caminho;



RECOMENDAÇÕES

Ao arrumar o material escolar na mochila, colocar os objetos mais pesados e volumosos, tais como os livros, na vertical, o mais próximo possível das costas;



RECOMENDAÇÕES



- Em vez de ter um caderno grosso, optar por alguns finos e gerir conforme as disciplinas de cada dia;
- Os objetos mais leves, como o estojo e a calculadora, poderão ficar mais afastados do corpo;

ORGANIZE A
MOCHILA E
TIRE O PESO
DAS COSTAS!

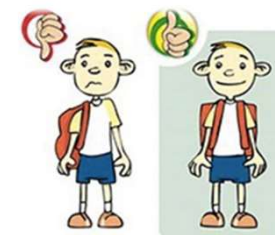


RECOMENDAÇÕES

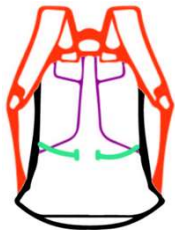


Colocar as alças da mochila
sempre uma em cada ombro;

RECOMENDAÇÕES



RECOMENDAÇÕES



As mochilas devem ter alças acolchoadas e reguláveis, para poderem ser bem ajustadas à coluna vertebral;



RECOMENDAÇÕES

Ajustar as alças para que a mochila fique sempre acima das ancas;



RECOMENDAÇÕES

As alças devem ter no mínimo 4cm de largura na zona dos ombros, e não devem estar muito juntas, para evitar que toquem no pescoço, nem muito afastadas, para não caírem dos ombros;



RECOMENDAÇÕES

Um cinto regulável ao nível da cintura é útil, pois evita que a mochila oscile, além de ajudar a repartir o peso entre os ombros e a zona lombar.



RECOMENDAÇÕES

Nunca se deve levar a mochila pela mão, exceto se for uma mochila de rodinhas;



Não é aconselhável levar alimentos e lancheiras dentro da mochila. Devem ser levados à parte para não aumentar o peso.



EDUCAÇÃO POSTURAL 37

RECOMENDAÇÕES

Se usar uma mochila de rodinhas a alça/pega deve ficar à altura da cintura. Não pode ser muito curta para que não se incline a transportá-la, nem muito comprida para que o peso fique distribuído;



EDUCAÇÃO POSTURAL 38

RECOMENDAÇÕES

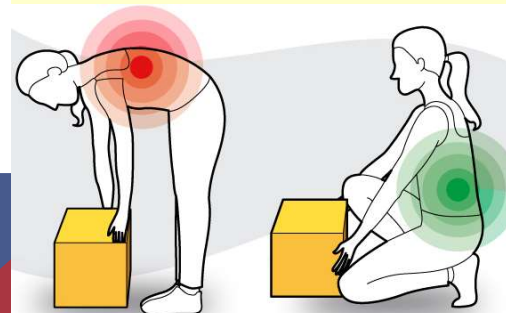
Evitar levar várias mochilas ao mesmo tempo. Quando isso acontecer, pedir ajuda a um adulto, se possível;



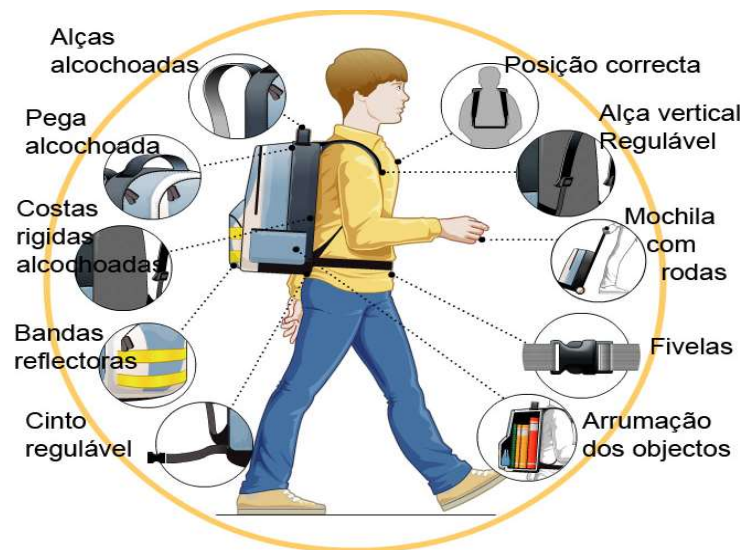
EDUCAÇÃO POSTURAL 39

RECOMENDAÇÕES

Para pegar na mochila do chão, não inclinar as costas, mas fletir os joelhos e agachar o corpo para ficar o mais próximo possível da mesma.



POSTURAL 40



RECOMENDAÇÕES

Para terminar....

Há alguns exercícios que previnem as consequências das posturas corporais incorretas do dia-a-dia!



EDUCAÇÃO POSTURAL

42

EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS

INSPIRAÇÃO



Colocar as mãos na região diafragmática/abdominal. Realizar uma inspiração nasal lenta e profunda, tentando dirigir o ar para o abdómen, empurrando as mãos em direção ao exterior.

EXPIRAÇÃO



Colocar as mãos na região diafragmática/abdominal. Realizar uma expiração pela boca, lenta e profunda, com os lábios semicerrados, deitando calmamente todo o ar fora, empurrando as mãos para o interior do abdómen.

3 INSPIRAÇÕES, ALTERNADAS COM 3 EXPIRAÇÕES

43

ALONGAMENTOS

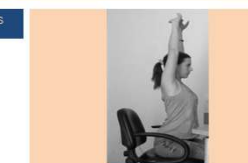
REGIÃO CERVICAL



OMBROS



OMBROS E BRAÇOS



REGIÃO DORSAL



REGIÃO LOMBAR



PUNHOS E MÃOS

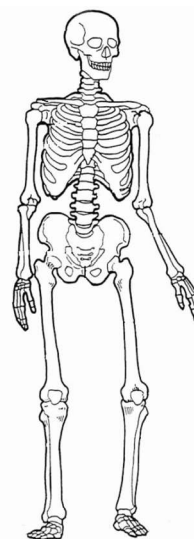


44

UMA POSTURA CORPORAL CORRETA É
ESSENCIAL PARA UMA VIDA SAÚDAVEL E
ATIVA!



EDUCAÇÃO POSTURAL 45



DÚVIDAS



EDUCAÇÃO POSTURAL 46

PARA TERMINAR...

VAMOS VER UM  ?



<https://www.youtube.com/watch?v=X3KHeQEPVCQ>

EDUCAÇÃO POSTURAL 47

Obrigada pela tua
participação!



Enf.ª Maria João Matos
Enf.ª Humberto Domingues

EDUCAÇÃO POSTURAL 48

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

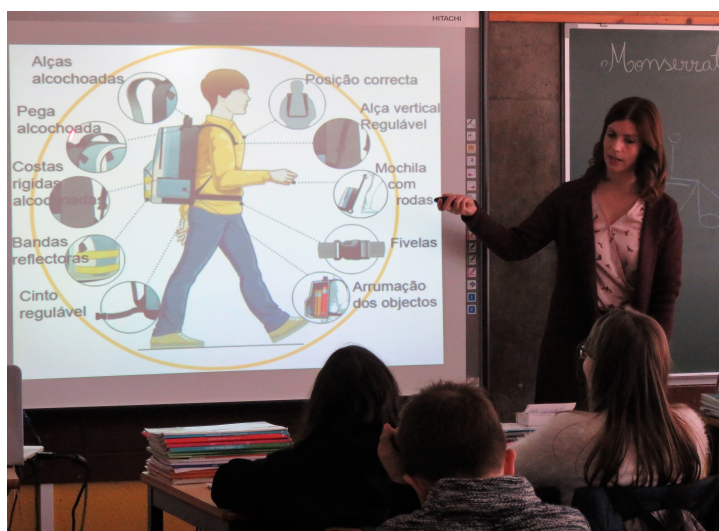
- <http://pt.slideshare.net/andreileite41/power-point-postura-corporal>
- <https://lifestyle.sapo.pt/familia/pais-e-filhos/artigos/6-dicas-para-escolher-a-mochila-escolar-melhor-para-as-costas>
- <https://www.mochilaecia.com.br/blog/24/dicas-para-organizar-a-mochila-e-tirar-o-peso-das-costas>
- <http://www.actitud24.com/mochila-escolar-como-prevenir-el-dolor-de-espalda-en-los-jovenes/>
- https://ind.millenniumbcp.pt/pt/geral/fiscalidade/Pages/atualidades_legais/2014/set_14/mochilas-das-criancas.aspx
- <http://www.dn.pt/portugal/interior/mochilas-nao-podem-ter-mais-de-10-do-peso-dos-alunos-4088102.html>
- <http://barrigasdeamor.pt/cuidados-a-ter-com-as-mochilas-das-criancas/>
- <http://www.mundosimples.com.br/educacao-dicas-12-dicas-uso-mochila.htm>
- <https://www.saudecuf.pt/mais-saude/artigo/a-mochila-ideal-10-regras>
- <http://revistas.rcaap.pt/motricidade/article/viewFile/1556/1253>
- <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/4014/1/Efeitos%20da%20sobrecarga%20das%20mochilas%20escolares%20nas%20altera%C3%A7%C3%B5es%20posturais%20e%20de%20equil%C3%ADbrio.pdf>
- <http://www.am-lisboa.pt/documentos/1455909535S9xFO5cn4Tx56TE1.pdf>



APÊNDICE XVII

FOTOGRAFIAS DAS SESSÕES INFORMATIVAS SOBRE “EDUCAÇÃO POSTURAL”

FOTOGRAFIAS DA SESSÃO INFORMATIVA SOBRE “EDUCAÇÃO POSTURAL”







Mestranda: Maria João Ferreira de Matos (Enfermeira)

APÊNDICE XVIII

GRELHA DE ANÁLISE DOS DESENHOS/TEXTOS DOS ESTUDANTES ACERCA DA SESSÃO INFORMATIVA SOBRE “EDUCAÇÃO POSTURAL”

GRELHA DE ANÁLISE DOS DESENHOS/TEXTOS DOS ESTUDANTES DA SESSÃO INFORMATIVA: EDUCAÇÃO POSTURAL

AGRUPAMENTO/ESCOLA:					TURMA:			Nº total de Estudantes da Turma/Presentes: ____/____								Data: ____/____/____					
TEMAS PRINCIPAIS	DESENHOS/TEXTOS: ____/____																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	TOTAL
ANATOMIA DA COLUNA VERTEBRAL																					
Alinhamento correto																					
Alinhamento incorreto																					
Curvaturas fisiológicas																					
Curvaturas patológicas																					
POSTURA CORPORAL SENTADA																					
Correta																					
Incorreta																					
USO/TRANSPORTE DA MOCHILA																					
Peso correto																					
Peso incorreto																					
Organização correta da mochila																					
Organização incorreta da mochila																					
Com duas alças																					
Com uma alça																					
Tipo de mochila aconselhada																					
Bem ajustada/posicionada																					
Mal ajustada/posicionada																					
Na mão (alças)																					
Na mão (trolley)																					
Mais do que uma																					
Postura correta no levantamento da mochila do chão																					
Postura incorreta no levantamento da mochila do chão																					
EXERCÍCIOS DE PREVENÇÃO DAS LME																					

Mestranda: Maria João Ferreira de Matos (Enfermeira)

**ANÁLISE QUANTITATIVA DOS DESENHOS/TEXTOS DOS ESTUDANTES SESSÃO
INFORMATIVA: EDUCAÇÃO POSTURAL – TOTAIS GERAIS**

AGRUPAMENTO DE MONSERRATE E SANTA MARIA MAIOR

ESCOLAS:

Nº total de estudantes participantes:

Nº total de desenhos:

Nº total de textos:

TEMAS PRINCIPAIS	TOTAL	%
ANATOMIA DA COLUNA VERTEBRAL		
Alinhamento correto		
Alinhamento incorreto		
Curvaturas fisiológicas		
Curvaturas patológicas		
POSTURA CORPORAL SENTADA		
Correta		
Incorreta		
USO/TRANSPORTE DA MOCHILA		
Peso correto		
Peso incorreto		
Organização correta da mochila		
Organização incorreta da mochila		
Com duas alças		
Com uma alça		
Tipo de mochila aconselhada		
Bem ajustada/posicionada		
Mal ajustada/posicionada		
Na mão (alças)		
Na mão (trolley)		
Mais do que uma		
Postura correta no levantamento da mochila do chão		
Postura incorreta no levantamento da mochila do chão		
EXERCÍCIOS DE PREVENÇÃO DAS LME		

Mestranda: Maria João Ferreira de Matos (Enfermeira)

APÊNDICE XIX

EXEMPLOS DE DESENHOS/TEXTOS DOS ESTUDANTES ACERCA DA SESSÃO INFORMATIVA SOBRE “EDUCAÇÃO POSTURAL”

EXEMPLOS DE DESENHOS/TEXTOS DOS ESTUDANTES ACERCA DA SESSÃO INFORMATIVA SOBRE “EDUCAÇÃO POSTURAL”

Educação Postural

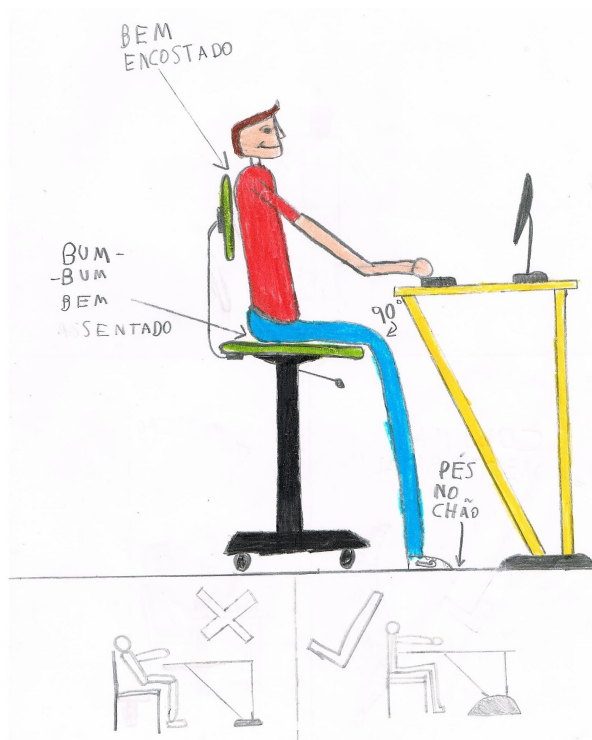
Hoje, eu e os meus amigos estivemos com a enfermeira Maria João Matos e com o enfermeiro Humberto Domingues.

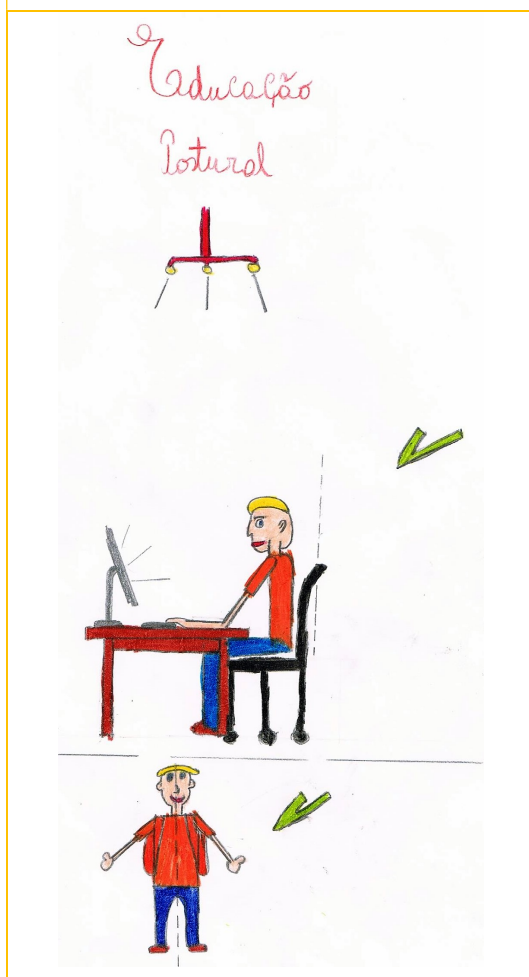
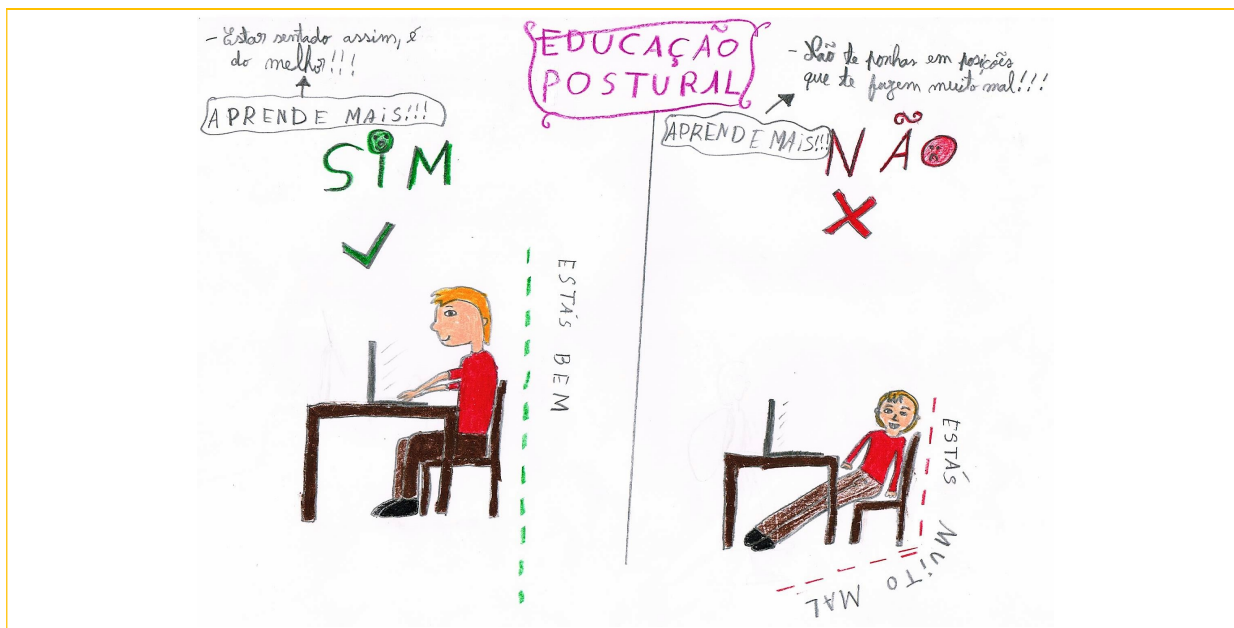
A enfermeira Maria João Matos explicou-nos muitas coisas, com por exemplo: colocarmos o talco à cadeira com as costas direitas, outra coisa foi que o peso da nossa mochila deve ser 10% do nosso peso, e outra coisa ainda é que ao pegarmos numa coisa devemos dobrar os joelhos e não as costas.

Ah, quando estamos sentados na cadeira, não tocamos com os pés no chão devemos medir a altura do chão aos pés e fazer uma cadeira com essa altura.

Eu aprendi muitas coisas com a enfermeira Maria João!

_____, 4.º A EBS de Moncarapal





adi

Educação Postural

Postura Escolar

com esta Posição está ✓

com esta Posição está ✗

Educação Postural

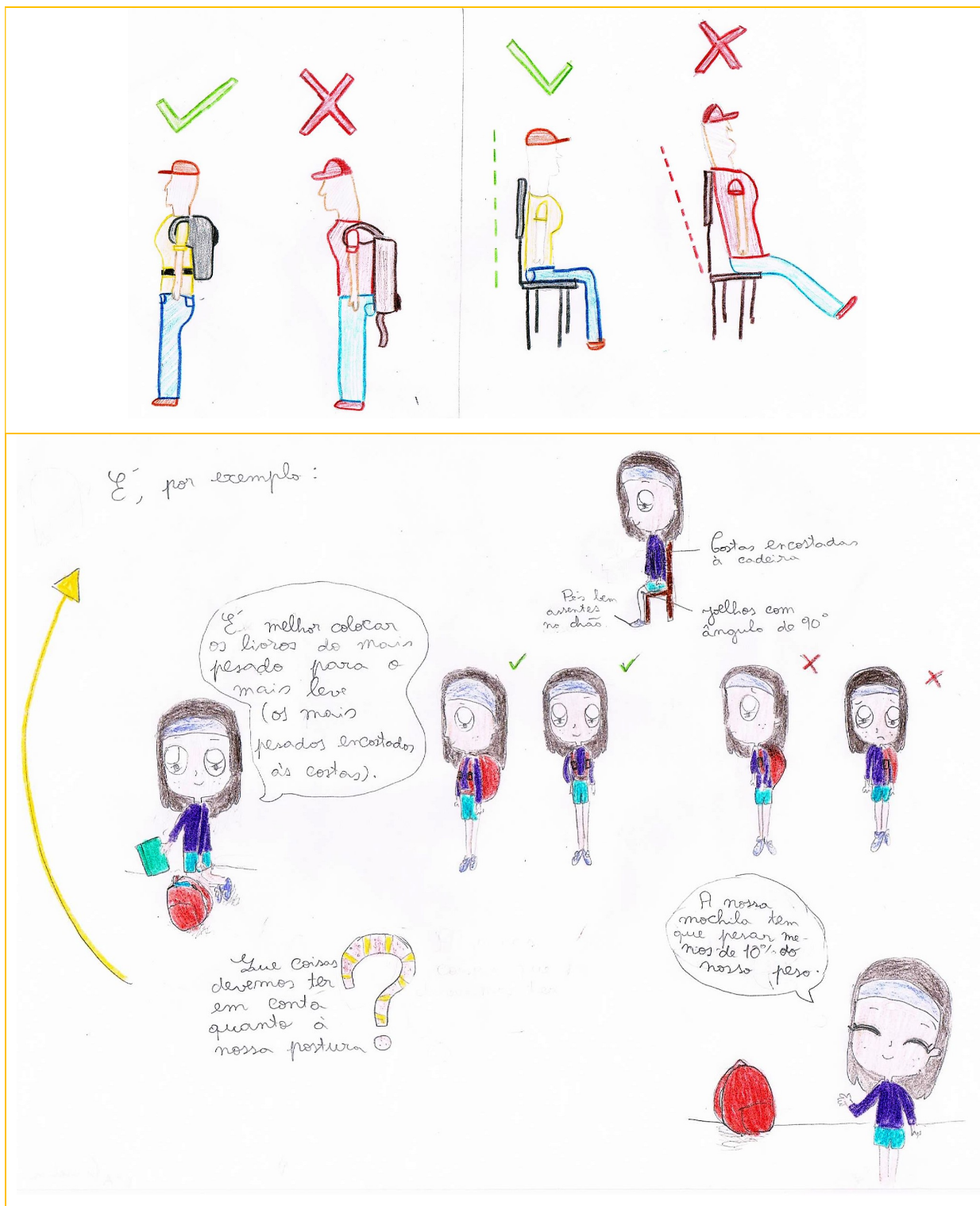
COMO DEVO USAR A MINHA MOCHILA

POSTURA CORRETA

Educação Corporal

Não devemos usar só uma alça da mochila. Devemos encaixar as costas na cadeira e devemos ter uma postura correta. Devemos ter cuidado ao abaixar-nos. Devemos fazer alongamentos todos os dias. A mochila deve ter um certo peso em relação ao nosso peso. Não devemos estar no computador com os cotovelos fora da mesa porque podemos ganhar tendinites. Devemos usar alças acolchoadas, a mochila deve ter cinto regulável, devemos ter uma posição correta. Usar mochilas de rodas para não transportar peso. Quando possível usar mochilas com cintos. Devemos colocar os livros do maior e maior volume para o mais pequeno, menos volume a 90°. Devemos ter os computadores à medida dos nossos olhos.

Educação Postural

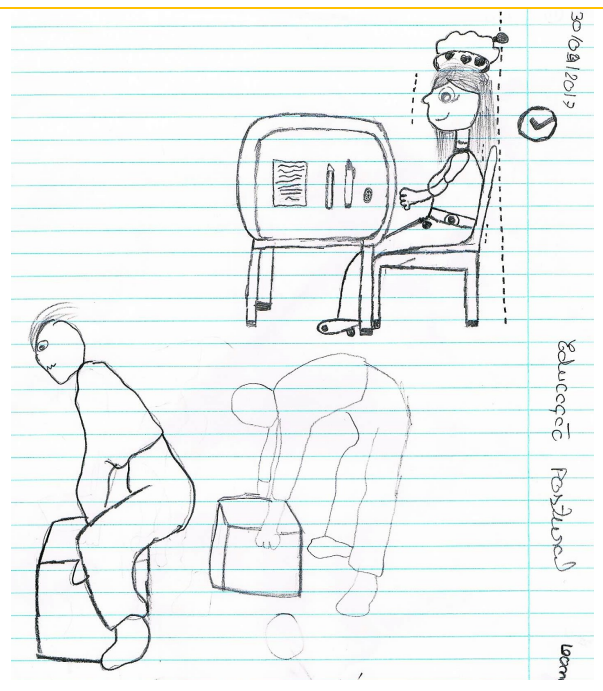
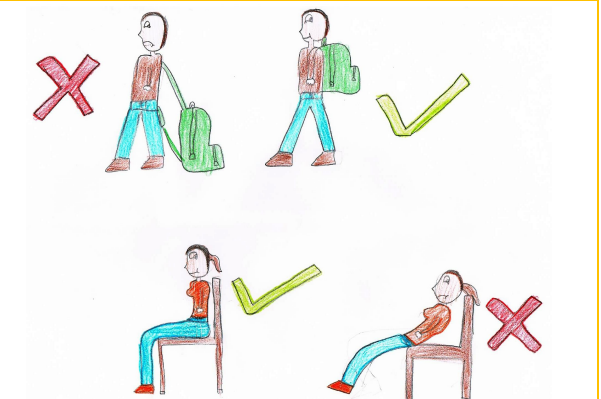
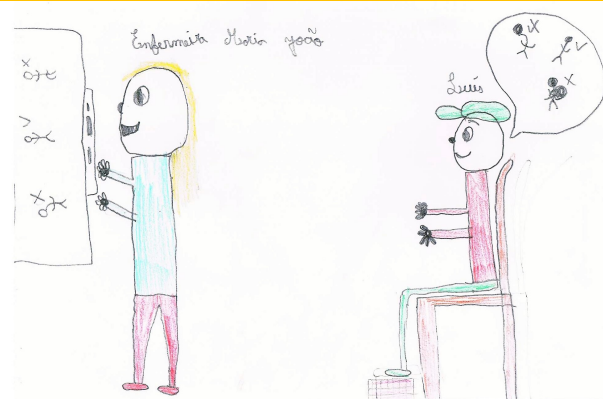


Educação Postural

U que eu aprendi hoje !!!

Hoje aprendi várias coisas sobre a nossa postura como usar a mochila e devemos ter em especial algumas ajudas:

- colbear os livros mais pesados junto das costas e mais perto
- ter a mochila na altura da lombar
- as alças devem ser acomodadas ao peso também
- ter um cinto na mochila
- as alças devem ter 4 cm
- mas mochilas com rodas devemos usar a pega à altura da nossa anca para os braços não fiquem muito para cima nem demasiado para baixo
- usar as duas alças na mochila para não termos nenhuma lesão



Título: Educação Postural.

Você sabia que existem formas de sentar e de levar a mochila para a escola? Mais para que estas "regras"? Deve se perguntar você. Estas "regras" existem para te ajudar a não machucar a sua coluna, e se prevenir de deformidades nela. Então vamos começar?

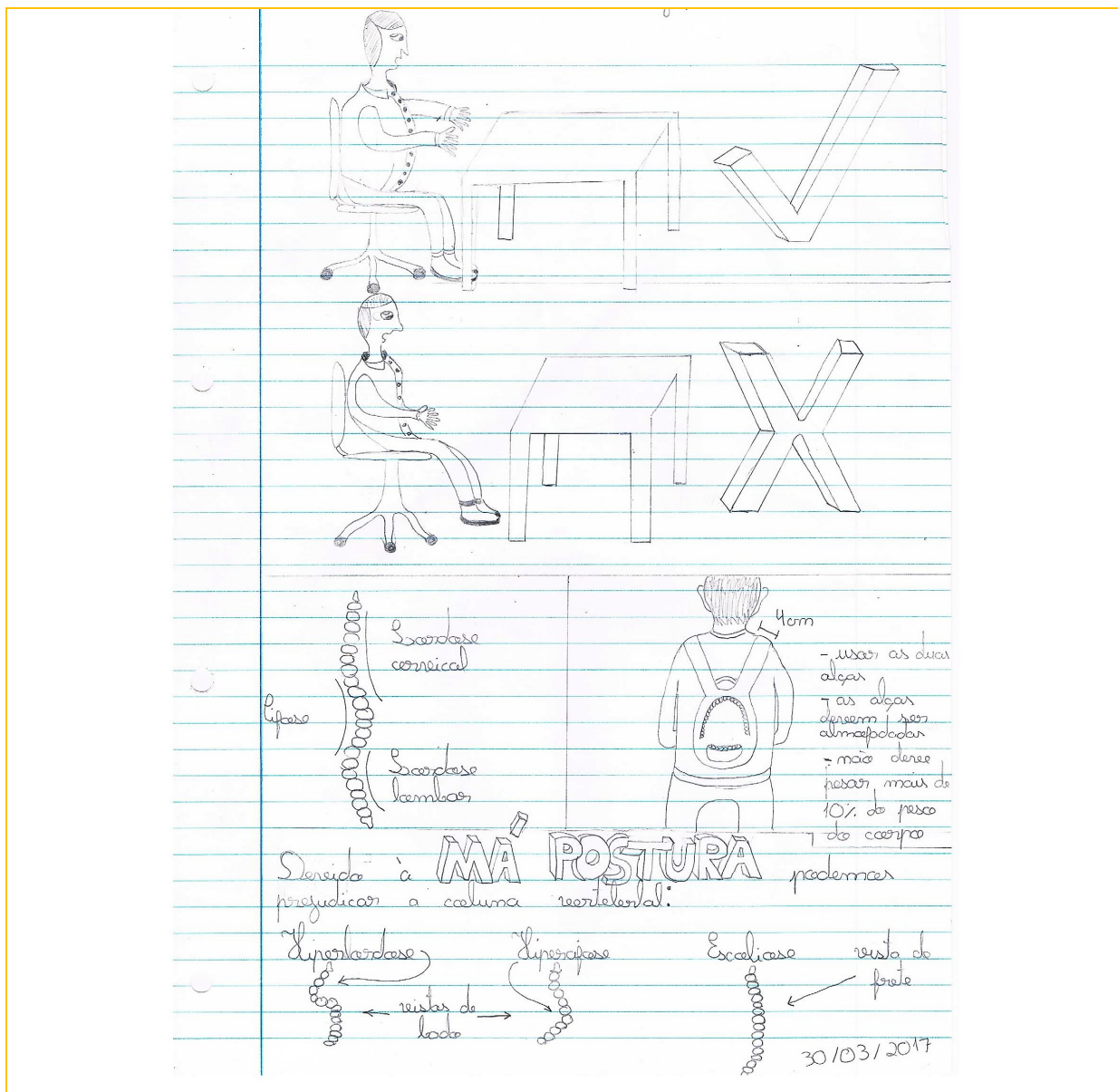
Quando você se senta, deve imaginar uma linha de começo da sua coluna até a sua cabeça (contando de baixo para cima), também deve se manter os pés fixados ao chão.

Co ir para a escola existem algumas "regrinhas" para se usar a mochila e algumas delas são:

- * Sua mochila deve ter alças acolchoadas.
- * Cinto regulável.
- * Deve arrumar a sua mochila (com os livros de maior para o menor, para apoiar a sua coluna no maior livro.) Antes de ir para a escola.

Entre outras coisas mais sem se esquecer da posição correcta.

E não se esqueça, a prevenção é muito importante, não espere a deformidade ou doença chegar para ser tratado.



Mestranda: Maria João Ferreira de Matos (Enfermeira)

APÊNDICE XX

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DA SESSÃO INFORMATIVA SOBRE “EDUCAÇÃO POSTURAL”

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

SESSÃO INFORMATIVA: EDUCAÇÃO POSTURAL

AGRUPAMENTO:

ESCOLA:

TURMA:

Data: __/__/__

(selecione a alínea que corresponde à sua resposta)

1. Classifique esta formação, mediante o seu grau de importância:

- A. Muito Importante
- B. Importante
- C. Pouca importância
- D. Sem importância

2. Considera que os conteúdos ministrados têm aplicação prática?

- A. Máxima aplicação prática
- B. Bastante aplicação prática
- C. Alguma aplicação prática
- D. Pouca aplicação prática
- E. Nenhuma aplicação prática

3. Este domínio de formação teve, para si, uma avaliação global de:

- A. Extremamente Satisfatória
- B. Bastante Satisfatória
- C. Satisfatória
- D. Pouco Satisfatória
- E. Nada Satisfatória

4. Considera-se motivado(a) para dar continuidade em sala de aula aos conteúdos ensinados nesta acção de formação?

- A. Sim
- B. Não

5. Sente que os estudantes vão tirar benefícios positivos ao ter participado nesta acção de formação?

- A. Sim
- B. Não

6. Sugestões/comentários: _____

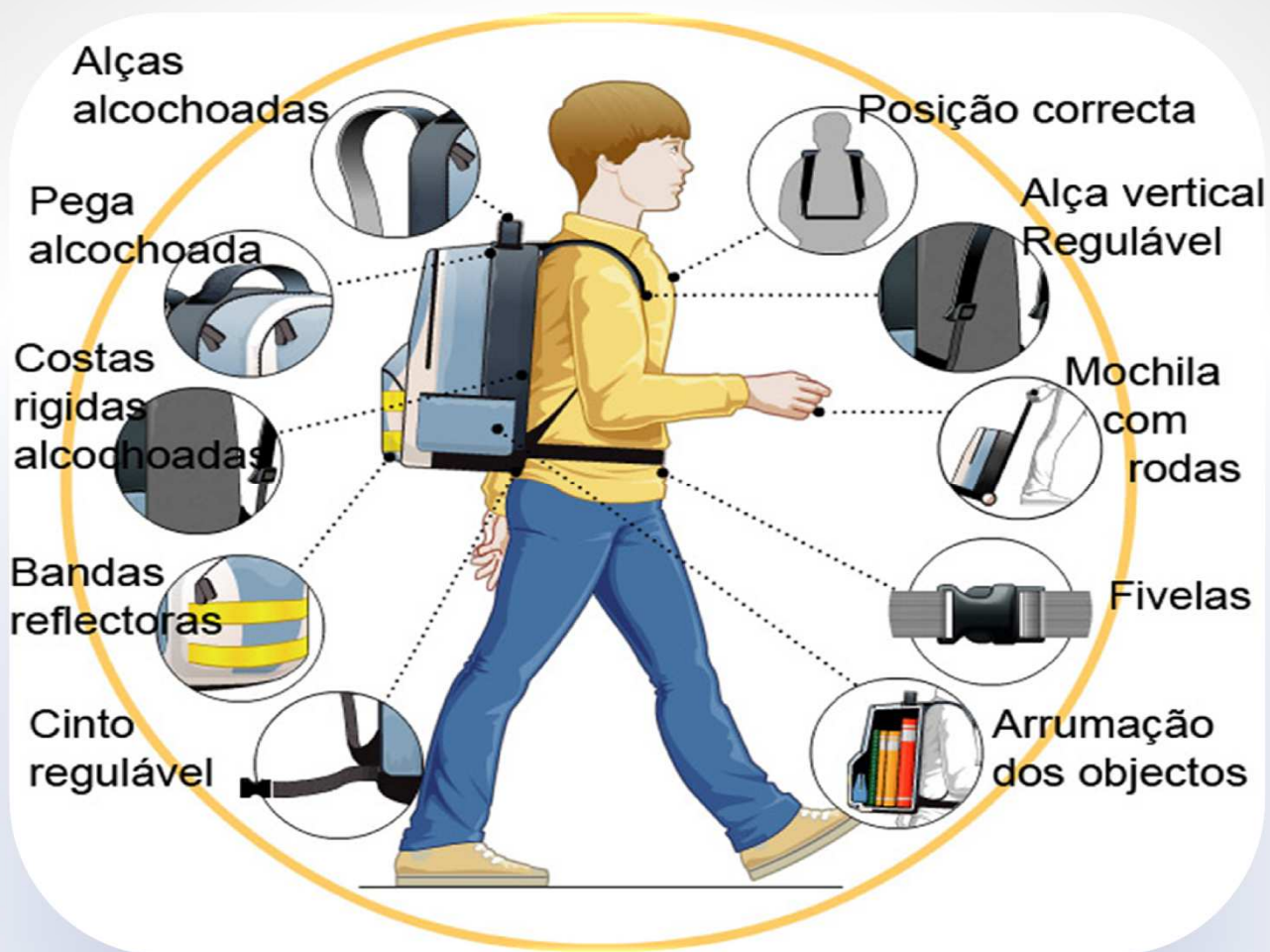
Obrigada pela sua participação!

Mestranda: Maria João Ferreira de Matos (Enfermeira)

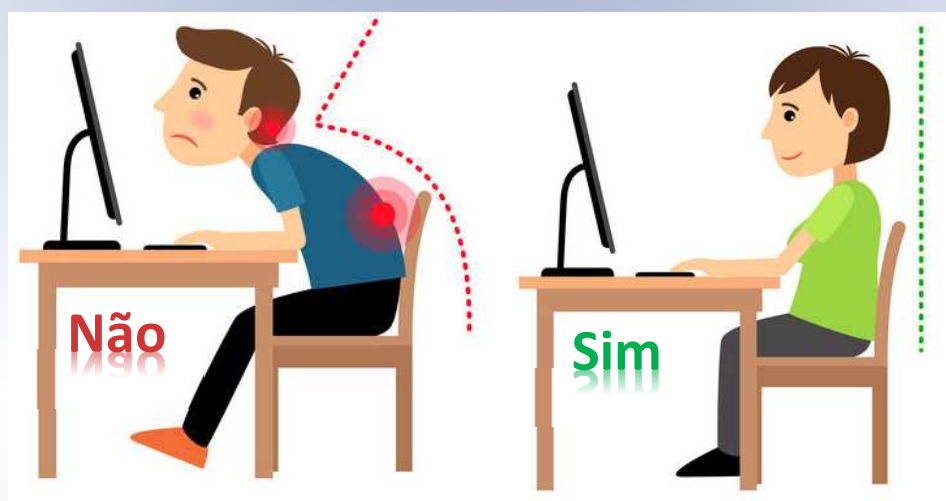
APÊNDICE XXI

POSTER E MARCADOR DE LIVROS SOBRE “EDUCAÇÃO POSTURAL”

COMO DEVO USAR A MINHA MOCHILA?



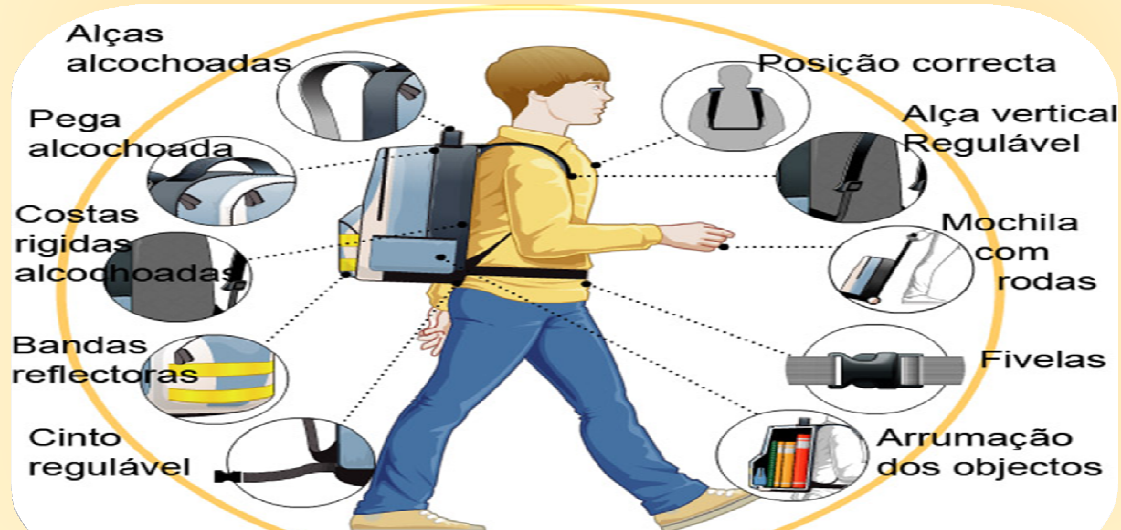
COMO ME DEVO SENTAR?



COMO DEVO USAR A MINHA MOCHILA?



COMO DEVO USAR A MINHA MOCHILA?



COMO DEVO USAR A MINHA MOCHILA?



CUIDA DA TUA COLUNA VERTEBRAL



CUIDA DA TUA COLUNA VERTEBRAL



CUIDA DA TUA COLUNA VERTEBRAL



APÊNDICE XXII

INFORMAÇÕES AOS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO SOBRE “EDUCAÇÃO POSTURAL”

AGRUPAMENTO DE ESCOLAS:

Escola:

TURMA:

Data:

EDUCAÇÃO POSTURAL

INFORMAÇÕES AOS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO

ALGUNS DADOS ESTATÍSTICOS

Quadro 1 – Distribuição da amostra quanto ao transporte das mochilas no momento de entrada na escola (n=)

População =

Variável	Frequência Relativa (%)
Transporta a mochila com as duas alças colocadas	
Transporta a mochila com uma alça colocada	
Transporta a mochila bem ajustada	
Transporta a mochila mal ajustada	
Transporta a mochila (de alças) na mão	
Transporta a mochila tipo <i>trolley</i>	

Quadro 2 – Distribuição da amostra quanto às medidas antropométricas dos estudantes e o peso das mochilas (n=)

População =

Variável	Média	Mínimo	Máximo
Peso do aluno (kg)			
Altura do aluno (m)			
Peso total da mochila (kg)			
Mochila vazia (kg)			
Relação peso da mochila/peso do aluno (%)			

RECOMENDAÇÕES

COMO É QUE O SEU FILHO DEVE ESTAR SENTADO?

De modo a que tenha uma postura corporal alinhada:

- Haja apoio dos dois pés sobre o chão;
- Tenha os joelhos fletidos a 90°;
- O encosto suporte a coluna vertebral. Este deve ser levemente inclinado, possibilitando o relaxamento dessa região.



QUAL A MOCHILA IDEAL PARA O SEU FILHO?

- Escolha uma mochila leve que, vazia, não pese mais de meio quilo;
- A mochila cheia não deverá pesar mais de 10% do peso corporal do seu filho;
- As mochilas devem ter alças acolchoadas e reguláveis, para poderem ser bem ajustadas à coluna vertebral;
- Um cinto regulável ao nível da cintura é útil, pois evita que a mochila oscile, além de ajudar a repartir o peso entre os ombros e a zona lombar.
- As alças devem ter no mínimo 4cm de largura na zona dos ombros, e não devem estar muito juntas, para evitar que toquem no pescoço, nem muito afastadas, para não caírem dos ombros;

COMO É QUE O SEU FILHO DEVE ARRUMAR/TRANSPORTAR A MOCHILA?

- Quando ajudar o seu filho a arrumar o material escolar na mochila, coloque os objetos mais pesados e volumosos, tais como os livros, na vertical, o mais próximo possível das costas. Em vez de ter um caderno grosso, optar por alguns finos e gerir conforme as disciplinas de cada dia. Os objetos mais leves, como o estojo e a calculadora, poderão ficar mais afastados;
- Colocar as alças da mochila sempre uma em cada ombro;
- Ajustar as alças para que a mochila fique sempre acima das ancas;
- Nunca se deve levar a mochila pela mão, exceto se for uma mochila de rodinhas;
- Não é aconselhável levar alimentos e lancheiras dentro da mochila. Devem ser levados à parte;
- Se usar uma mochila de rodinhas a alça/pega deve ficar à altura da cintura;
- Evitar levar várias mochilas ao mesmo tempo. Quando isso acontecer, tente ajudá-lo o máximo de tempo possível;
- Ensine ao seu filho que para pegar na mochila do chão, deve fletir os joelhos e agachar o corpo.



NÃO FACILITE! FIQUE ATENTO ÀS QUEIXAS DE DORES NAS COSTAS DO SEU FILHO!

Mestranda: Maria João Ferreira de Matos (Enfermeira)

APÊNDICE XXIII

**EXERCÍCIOS DE PORTUGUÊS E MATEMÁTICA REALIZADOS POR UMA TURMA DO
4º ANO, COM A UTILIZAÇÃO DAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E DO PESO DAS
MOCHILAS AVALIADAS**

EXERCÍCIOS DE PORTUGUÊS E MATEMÁTICA REALIZADOS POR UMA TURMA DO 4º ANO, COM A UTILIZAÇÃO DAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E DO PESO DAS MOCHILAS AVALIADAS

Monstrato, 6 de dezembro de 2016, terça-feira
Exercícios de Português

1. Leia as frases e identifique o sujeito e o predicado de cada uma:

- (A) Ontem de manhã, o Ulisses foi para a escola.
- (B) A Estrela gosta de jogar xadrez.
- (C) No domingo, a Inês e a Beatriz jogaram as cartas.
- (D) O tema da Estrela começou um novo trabalho do projeto.
- (E) Eles vão fazer um trabalho sobre o corpo humano.

sujeitos: Ulisses, Estrela, Inês, Beatriz, Eles.

predicados: escola, xadrez

alt-adjetivo

Salvador - 1,40
Inês - 1,43
Luísa - 1,41
Ricardo - 1,38
Luísa - 1,41

A Luísa é tão alta ~~como~~ o Luísa.
O Salvador é mais alto do que o Ricardo.
O Luísa é menos alto do que a Inês.

Os adjectivos qualificativos atribuem características ou qualidades aos nomes. Variam em género, número e grau.

Graus dos adjectivos	Normal - Atribui uma qualidade a um nome sem o relacionar com outros			Ex: O cão é bonito.
	Comparativo - estabelece uma relação entre dois (ou mais) nomes.	Superioridade- Um dos nomes tem uma qualidade em maior grau do que o outro.	(mais..... do que)	Ex: O cão é mais esperto do que o gato.
		Igualdade- Os dois nomes têm uma qualidade no mesmo grau.	(tão..... quanto) como	Ex: O Ricardo é tão alto quanto a Luísa.
		Inferioridade- Um dos nomes tem uma qualidade em menor grau do que o outro.	(menos..... do que)	Ex: O Ricardo é menos alto do que o Salvador.

Matemática

A mãe do Ricardo pesa 4,5 kg e a da Inês pesa 6 kg. Quanto pesa a mais a mãe da Inês do que a do Ricardo?

$$6 \text{ kg} - 4,5 \text{ kg} = 1,5 \text{ kg}$$

A mãe da Inês pesa 1,5 kg a mais.

Mestranda: Maria João Ferreira de Matos (Enfermeira)