



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação  
Relatório de Estágio**

**A intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na promoção do  
Autocuidado da Pessoa Idosa com Fratura da  
Extremidade Proximal do Fémur, no regresso a casa**

**Sofia Margarida Coelho Cota Tomé**

---

**Lisboa  
2020**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**  
Relatório de Estágio

**A intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na promoção do  
Autocuidado da Pessoa Idosa com Fratura da  
Extremidade Proximal do Fémur, no regresso a casa**

**Sofia Margarida Coelho Cota Tomé**

---

Orientador: Enf.<sup>a</sup> Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho

---

**Lisboa  
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*“Tem sempre presente  
Que a pele se enruga,  
O cabelo enfraquece,  
Os dias convertem-se em anos...  
Mas o que importa não muda,  
A tua força e convicção não têm idade.  
Teu espírito é como qualquer teia de aranha,  
Atrás de cada linha de chegada, há uma de partida  
Atrás de cada conquista, vem um novo desafio.  
Enquanto estiveres viva, sente-te viva.  
Se sentes saudades do que fazias, volta a fazê-lo.  
Não vivas de fotografias amarelcidas...  
Continua, quando todos esperam que desistas.  
Não deixes que enferruje o ferro que existe em ti.  
Faz com que em vez de pena, te tenham respeito.  
Quando não consigas correr através dos anos, trota.  
Quando não consigas trotar, caminha.  
Quando não consigas caminhar, usa uma bengala.  
Mas nunca te detenhas!”*

Madre Teresa de Calcutá

Em especial,

aos meus dois filhos, Diogo e Afonso, minha eterna fonte de inspiração e felicidade, que na sua pureza e ingenuidade, compreenderam a importância deste percurso profissional para a mãe;

ao meu marido Hugo, pelo amor, compreensão e apoio incondicional;

Percurso atormentado por intempéries da vida, mas graças a estes três principais pilares, desafio superado.

## **AGRADECIMENTOS**

A concretização deste relatório e Curso de Mestrado em enfermagem de Reabilitação, baseado num sonho de longa data e caracterizado pelo esforço pessoal, foi possível graças ao apoio e incentivo de múltiplos intervenientes, aos quais estou profundamente grata.

À minha família, que acreditou sempre em mim, e que suportou a minha menor disponibilidade, estimulando-me continuamente nesta caminhada de realização pessoal e profissional, estão eternamente no meu coração!

À Professora Doutora, Cristina Baixinho, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação pela orientação, pela sua paciência, pelo persistente apoio e preciosa ajuda no decorrer dos estágios, bem como todos os contributos e conhecimentos facultados para a minha realização pessoal e profissional.

Aos meus orientadores dos estágios pelos ensinamentos, pelo privilégio da partilha das suas experiências profissionais e contributos pessoais na Enfermagem de Reabilitação, Enfermeira Dulce Rodrigues, Enfermeira Joana Jerónimo e Enfermeiro José Henriques.

À Enfermeira Fátima Baião, que além de Coordenadora da unidade funcional a que pertenço, é um exemplo de cuidados de excelência de Enfermagem de Reabilitação, que com o seu apoio incondicional, críticas construtivas e partilha de saberes, iluminou o meu percurso, sem dúvida além de colega, uma amiga para a vida.

À Susete Amaro e Isa Baião, colegas, amigas, comadre, pela presença em todas as horas, pelo apoio, por serem um porto de abrigo nos momentos difíceis e de angústia.

Ao novo sol da minha vida, minha linda e adorável afilhada Caetana.

À minha equipa pelo incentivo constante, pelo esforço demonstrado nos momentos mais difíceis e pela disponibilidade que sempre manifestaram.

A todos os meus amigos e colegas que de uma forma direta ou indireta, contribuíram, ou auxiliaram na elaboração do presente relatório.

Aos professores, colegas e amigos que conheci ao longo deste mestrado, pelo espírito de cooperação e entre ajuda e momentos partilhados.

Muito obrigada a todos vós!

## **LISTA DE SIGLAS**

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AVD – Atividades de Vida Diárias

CIPE – Classificação para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

DL – Decreto de Lei

EC – Ensino Clínico

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA – Equipa de Gestão de Altas

FEPP – Fratura da Extremidade Proximal do Fémur

HTV – Hospital de Torres Vedras

INE – Instituto Nacional de Estatística

MI – Membro Inferior

MS – Membro Superior

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

## Resumo

À medida que se envelhece, ocorrem alterações físicas e neurológicas que podem tornar os idosos mais vulneráveis aos acidentes. As quedas são, de facto, a principal causa de lesão nos idosos. Em cada ano, uma em cada três pessoas com 65 ou mais anos sofre um acidente doméstico. A taxa de mortalidade no primeiro ano após a fratura na população idosa pode atingir os 26%. Estão associadas a um aumento da morbidade e comprometimento funcional com impacto negativo na qualidade de vida dos doentes.

A importância de abordar a problemática da promoção do Autocuidado da pessoa idosa com fratura da extremidade proximal do fémur no regresso a casa, surgiu devido ao contexto de cuidados de saúde atual, em que assistimos a uma política de cuidados de saúde a nível dos cuidados diferenciados, direcionada para o tratamento da doença com internamentos mais curtos e um regresso a casa precoce. Quando regressa ao contexto domiciliário, a pessoa e sua família/cuidador, deparam-se com necessidades até então inexistentes, decorrentes de alterações subjacentes à lesão, exigindo novas aprendizagens e readaptações.

Com o objetivo de desenvolver competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, todo o desempenho teve como base conhecimentos científicos, habilidades e atitudes, contribuindo para a expansão do conhecimento sobre a transição e implicações no autocuidado, no regresso a casa da pessoa idosa com fraturas da extremidade proximal do fémur, com vista a conseguir concretizar os planos terapêuticos que promovam cuidados de excelência favorecedores de transições bem sucedidas, capacitando a pessoa e seu cuidador e promovendo todas as atividades possíveis no seu contexto de vida, no sentido da maximização do seu potencial de reabilitação, contribuindo para o seu sucesso.

**Palavras chave:** Enfermagem; Reabilitação; Autocuidado; Pessoa Idosa; Fratura da Extremidade Proximal do Fémur; Transição de Cuidados; Regresso a casa.

## **ABSTRACT**

As you get older, physical and neurological changes occur that can make the elderly more vulnerable to accidents. Falls are, in fact, the main cause of injury in the elderly. Each year, one in three people aged 65 and over suffers a domestic accident. The mortality rate in the first year after fracture in the elderly population can reach 26%. They are associated with an increase in morbidity and functional impairment with a negative impact on patients' quality of life.

The importance of addressing the issue of promoting self-care in the elderly with a fracture of the proximal extremity of the femur on returning home, arose due to the current health care context, in which we are witnessing a health care policy at the level of differentiated care, aimed at treating the disease with shorter hospital stays and an early homecoming. When returning to the home context, the person and his family / caregiver are faced with needs hitherto nonexistent, resulting from changes underlying the injury, requiring new learning and readaptation.

In order to develop skills as a Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, all performance was based on scientific knowledge, skills and attitudes, contributing to the expansion of knowledge about the transition and implications for self-care, in the homecoming of the elderly with fractures the proximal end of the femur, with a view to achieving the therapeutic plans that promote excellent care that favor successful transitions, empowering the person and their caregiver and promoting all possible activities in their life context, in order to maximize their potential rehabilitation, contributing to its success.

**Keywords:** Nursing; Rehabilitation; Self-Care; Elderly; Fracture of the Proximal Femur End; Care Transition; Return home.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	11
1- CAPÍTULO I: COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA.....	15
1.1- Fundamentação da Área Temática .....	15
1.2- Enquadramento Contextual.....	19
1.2.1- A pessoa idosa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur.....	20
1.2.2 - O processo de reabilitação da pessoa idosa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur.....	24
1.3 - Referencial Teórico .....	28
2 - CAPÍTULO II: DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM FUNÇÃO DOS OBJETIVOS E DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	35
2.1 - Análise crítica e reflexiva das experiências de aprendizagem.....	36
2.1.1 - Domínio responsabilidade profissional, ética e legal.....	37
2.1.2 - Domínio da melhoria da qualidade.....	39
2.1.3 - Domínio da gestão dos cuidados.....	41
2.1.4 - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	43
2.1.5 - Competências Específicas do EEER.....	45
3 – CAPÍTULO III: AVALIAÇÃO.....	53
3.1 - Aspetos positivos e negativos.....	53
3.2- Contributos para a prática de enfermagem.....	54
4 – CAPÍTULO IV: CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO.....	56
BIBLIOGRAFIA.....	59
ANEXOS:	
ANEXO I – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	
ANEXO II – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação	
ANEXO III – Panfletos do Serviço de Ortopedia	
ANEXO IV – Academias de Mobilidade Mafra Saudável	

APÊNDICES:

APÊNDICE I – Projeto de Estágio

APÊNDICE II – Estudo de Caso do Ensino Clínico Hospitalar

APÊNDICE III – Estudo de Caso do Ensino Clínico Comunitário

APÊNDICE IV – Jornal de Aprendizagem do Ensino Clínico Hospitalar

APÊNDICE V – Jornal de Aprendizagem do Ensino Clínico Comunitário

APÊNDICE VI – Descrição das Atividades segundo os Objetivos definidos para o Internamento Hospitalar e para a Comunidade (Equipa de Cuidados Continuados Integrados)

APÊNDICE VII – Apresentação de formação em serviço no Serviço de Ortopedia intitulada *“A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa idosa com fratura da extremidade proximal do fémur na transição do hospital para a comunidade”*

APÊNDICE VIII – Apresentação de formação de serviço à equipa multiprofissional da ECCI intitulada *“A pessoa com Artroplastia da Anca – a perspetiva da Reabilitação”*

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, surge a realização deste presente Relatório de Estágio, que ilustra a aprendizagem adquirida em todo este percurso, traduzindo a aquisição de conhecimento, habilidades e atitudes, de forma a desenvolver as competências no âmbito do perfil de Especialista em Enfermagem de Reabilitação, em articulação com as competências do grau de Mestre, cujo plano de estudos pretende assegurar que os mestrandos adquiram competências científicas, técnicas, humanas e culturais adequadas à prestação de cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação.

Segundo o Despacho nº130/PRES/2018 e 172/PRES/2018 do Regulamento dos Segundos Ciclos de Estudos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, os Cursos de Mestrado são elementos essenciais do Projeto educativo, científico e cultural, dentro dos princípios fundamentais da Declaração de Bolonha, cujo grau de mestre é conferido aos que tenham demonstrado possuir os conhecimentos e competências que se especificam no artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 115/2013, de 7 de agosto, através da aprovação em todas as unidades curriculares que integram o plano de estudos do curso de mestrado e da aprovação no ato público da defesa da dissertação, do trabalho de projeto e/ ou do relatório de estágio.

A realização do estágio visa o desenvolvimento das aprendizagens e a aquisição de competências necessárias para a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, tendo por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (REGULAMENTO Nº 122/2011), assim como o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (REGULAMENTO Nº 392/2019). Surge como meio de integração dos conhecimentos adquiridos nas diversas unidades curriculares, possibilitando a integração teórico-prática e as necessidades pessoais e profissionais e permitindo o desenvolvimento de competências não só no âmbito da reabilitação motora, como igualmente face às necessidades especiais, na medida em que concebe e implementa intervenções, procurando otimizar e/ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da

eliminação e da sexualidade, sendo este o campo de intervenção do EEER à pessoa ao longo de todo o seu ciclo vital (OE, 2011).

Trabalhando numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), especificamente na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), contemplando todas as dimensões a nível de intervenção de Reabilitação, o que foi sem dúvida, uma das grandes motivações para frequentar este Mestrado e em particular a Especialidade de Reabilitação, com o gosto pessoal pela atenção particular inerente ao cuidar de pessoas com necessidades especiais.

É uma equipa com um foco de intervenção caracterizado pela elevada percentagem da especialidade de ortopedia, no contexto domiciliário, cuja média de idade dos utentes que integram na equipa é de 65 ou mais anos, referenciados das Equipas de Gestão de Alta (EGA) das mais diversas instituições, sendo a segunda maior percentagem do motivo de referência a fratura da extremidade proximal do fémur (FEPF), os quais foram sujeitos a cirurgia, necessitando de continuidade do plano de Reabilitação no domicílio (UCC Mafra, 2018).

A Enfermagem de Reabilitação compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que tem como objetivo prestar a ajuda que a pessoa necessita, visando maximizar o seu potencial funcional e a independência, proporcionando o direito à dignidade e à qualidade de vida (Regulamento nº392/2019). E daí surgir a questão que norteou este projeto, “Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER) que promovam o autocuidado da pessoa idosa com FEPF, no regresso a casa, após cirurgia?”.

A metodologia escolhida para a realização deste trabalho seguiu várias etapas: a revisão narrativa da literatura, os ensinamentos clínicos, a reflexão sobre as atividades realizadas durante os mesmos, confrontando-as com as atividades propostas no Projeto de Estágio (apêndice I), que procuram dar resposta aos diferentes objetivos propostos assim como, através de uma análise crítica de possíveis situações / problemas detetados, sugerindo estratégias e respetiva implementação, e a identificação das respetivas competências adquiridas ou desenvolvidas durante o Estágio nos 2 Períodos.

O Estágio referente ao 1º Período foi realizado num Serviço de Ortopedia da região de Lisboa e Vale do Tejo, entre 24 de Setembro a 23 de Novembro de 2019. A opção deste campo de estágio residiu em fatores, tais como: maior proximidade de casa e do local de trabalho; cuidados específicos do fórum da ortotraumatologia,

dando uma resposta mais objetiva à pergunta da temática do Projeto (ver apêndice I).

O Estágio correspondente ao 2º Período decorreu numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), igualmente na região de Lisboa e Vale do Tejo, entre o dia 26 de novembro 2019 e 8 de fevereiro 2020. A excelência deste campo de estágio, não só permitiu-me dar continuidade ao trabalho elaborado no campo de estágio anterior, face à problemática delineada, com veio enaltecer a importância do EEER na transição e adaptação do regresso a casa, caracterizado por um vasto leque de necessidades especiais do cuidar de uma população demograficamente envelhecida, dando resposta à generalidade das Competências do Enfermeiro Especialista (EE) e do Enfermeiro Especialista Enfermeiro de Reabilitação.

Face ao exposto foi objetivo geral: Adquirir competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados, segundo as competências gerais e específicas do EEER. Como objetivos específicos foram formulados os seguintes:

- Analisar as atividades desenvolvidas em cada contexto de estágio;
- Refletir sobre as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação desenvolvidas nos contextos de estágio;
- Enquadrar a prática clínica desenvolvida na evidência científica encontrada na Revisão Narrativa da Literatura;
- Enquadrar a filosofia de Cuidados que sustentou o Projeto e o Relatório, fundamentando a questão norteadora à luz da teórica Orem (Teoria do Défice do Autocuidado);
- Compreender a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no âmbito da manutenção, recuperação e promoção do autocuidado e funcionalidade da pessoa com FEPPF;
- Aplicar intervenções do EEER que visam a promoção da autonomia e a maximização do potencial funcional da pessoa com mobilidade reduzida decorrente de FEPPF no contexto domiciliário.

Infere-se que uma boa prática de cuidados passa não só pelas competências adquiridas e desenvolvidas pelo profissional de saúde, como também pela pessoa recetora de cuidados e do envolvimento familiar em todo o processo de reabilitação.

O presente Relatório de Estágio estruturalmente, após a introdução, apresenta três grandes capítulos inter-relacionados entre si. CAPITULO I: COMPONENTE CIENTIFICA E FORMATIVA, onde é explanada a fundamentação

da área temática, enquadramento contextual no que concerne à pessoa idosa com fratura da extremidade superior do fémur, ao processo de reabilitação da pessoa idosa com fratura da extremidade proximal do fémur e referencial teórico privilegiado; CAPÍTULO II: DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM FUNÇÃO DOS OBJETIVOS E DAS COMPETÊNCIAS DO E.E.E.R., com reflexão, descrição e análise crítica das Atividades segundo os Objetivos definidos para o Internamento Hospitalar e para a Comunidade (Equipa de Cuidados Continuados Integrados - ECCI); CAPÍTULO III: AVALIAÇÃO, focando os aspetos positivos e negativos, bem como os contributos para a prática de enfermagem; CAPÍTULO IV: CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO. Termina com a apresentação de todas as referências bibliográficas utilizadas e encontram-se intrínsecos todos os documentos referidos ao longo do presente relatório (anexos e apêndices).

A elaboração do presente documento apresenta-se segundo o novo acordo ortográfico e está de acordo com o Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem respeitando as normas da *American Psychological Association* (APA), 6ª edição, na realização das referências bibliográficas.

## **1- CAPITULO I: COMPONENTE CIENTIFICA E FORMATIVA**

### **1.1- Fundamentação da Área Temática**

As modificações sociais e demográficas ao longo das últimas décadas originaram condições de saúde que modificam constantemente as necessidades em cuidados, nomeadamente o aumento de pessoas em situação de dependência e incapacidade. Este facto está relacionado com o aumento das doenças degenerativas, crónicas e progressivas articulares que acompanham o aumento da idade, assim como as fraturas ósseas, cada vez mais frequentes em idosos nos dias de hoje.

O crescente aumento da população idosa assume-se como um dos principais problemas a nível mundial, que tem sido alvo de preocupação das sociedades. Trata-se de um fenómeno demográfico relativamente novo, dado que apenas no séc. XX começou a ter destaque, em resultado da transição demográfica ocorrida, “caracterizada por um modelo de fecundidade e mortalidade baixas, originando um estreitamento da base da pirâmide de idades e um alargamento do topo” (Henriques, 2013, p.115).

Em resultado da queda da natalidade e do aumento da longevidade nos últimos anos, verificou-se em Portugal o decréscimo da população jovem (0 a 14 anos de idade) e da população em idade ativa (15 a 64 anos de idade), a par do aumento da população idosa (65 e mais anos de idade). Em 2015, 2,1 milhões de pessoas, quase 20% da população portuguesa, tinham 65 ou mais anos. A proporção de idosos na população tem vindo a crescer e espera-se que a tendência se mantenha. De acordo com as projeções nacionais, prevê-se que, em 2030, os idosos representem cerca de 26% da população e, em 2060, cresçam para 29%. O número de pessoas com idade 80 e mais anos mais que duplica entre 2015 e 2060, projetando-se que passe dos 614 mil para os 1421 mil indivíduos. O número de idosos já há muito que ultrapassou o número de jovens em Portugal, tendo o índice de envelhecimento atingindo os 140 idosos por cada 100 jovens em 2015. Por seu lado, o índice de dependência, que nos permite aferir a relação entre o número de idosos e o número de pessoas em idade ativa, tem vindo a aumentar continuamente nas últimas décadas, sendo em 2015 de 31 idosos por cada 100

peças em idade ativa (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2017).

De acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde) a população acima dos 60 anos aumenta mais rapidamente do que qualquer grupo etário (OMS, 2002). Portugal, assim como os restantes países da União Europeia, tem presenciado alterações demográficas marcantes na sociedade, com o aumento rápido e acentuado da população idosa associada à longevidade em que a taxa de natalidade não consegue acompanhar este aumento de população envelhecida. Em 2015, a população com 65 ou mais anos, representava mais de um quinto da população portuguesa (Despacho nº 12427/2016).

O envelhecimento é associado a um conjunto de mudanças complexas. As alterações biológicas e fisiológicas levam a um aumento do risco de desenvolver patologias, assim como ao declínio geral das suas capacidades físicas e intelectuais (OMS, 2015). Em Portugal, as quedas em pessoas com mais de 75 anos representam 90% das ocorrências, verificando-se que o número e tempo de internamento por FEPF aumentam com a idade (DGS, 2012).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2019), sobre as Estatísticas de Saúde 2017, foram registados cerca de 1,2 milhões de internamentos (mais 3,4 mil que em 2016 e menos 82,3 mil que em 2007), correspondendo a cerca de 10,3 milhões de dias de internamento (mais 0,7% em relação ao ano anterior e a 2007), e realizados 7,6 milhões de atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais, menos 1,2% do que em 2016, cujo principal motivo para estes atendimentos foi a doença (81,9%), sendo que em 10,6% dos casos os atendimentos nos serviços de urgência foram motivados por lesões provocadas por acidente. Mais acrescenta que foram realizadas 1 119 590 cirurgias em Portugal, das quais 157 625 da especialidade de Ortopedia, correspondendo a 14,1% do total de cirurgias. Das doenças osteoarticulares e musculares, foram registados em Portugal 457 óbitos (0,4% dos óbitos totais) e na sequência de quedas acidentais foram registados 690 óbitos (0,6% dos óbitos totais).

À medida que se envelhece, ocorrem alterações físicas e neurológicas que podem tornar os idosos mais vulneráveis aos acidentes. Os fatores intrínsecos e extrínsecos mais frequentes, relacionam-se com a visão, que fornece informação sobre a orientação no espaço e influencia o equilíbrio, a audição, que fornece informação sobre a orientação no espaço (sistema vestibular) e, em caso de doença ou deficiência influencia a manutenção do equilíbrio, doenças do foro neurológico,

como tonturas ao levantar-se, perda do equilíbrio, tremores, que favorecem as quedas, a falta de vitamina D e os problemas de locomoção, tais como os de natureza osteoarticulares, artrose, osteoporose, doenças inflamatórias das articulações, podendo provocar diminuição da percepção dos riscos (Direção Geral de Saúde, 2012).

A osteoporose é uma doença prevalente nos idosos, estando frequentemente associada a um aumento do risco de fratura após traumatismo de baixa energia. Estudos recentes estimam que o número de fraturas osteoporóticas duplicará em 2040 (Odén et al., 2015). As fraturas da extremidade proximal do fémur (FEPF) são uma das consequências mais graves da osteoporose, representando um importante problema de saúde pública nas sociedades ocidentais industrializadas. A taxa de mortalidade no primeiro ano após a fratura na população idosa pode atingir os 26% (Laires et al., 2015). As FEPF estão associadas a um aumento da morbilidade e comprometimento funcional com impacto negativo na qualidade de vida dos doentes.

As quedas são, de facto, a principal causa de lesão nos idosos. Em cada ano, uma em cada três pessoas com 65 ou mais anos sofre um acidente doméstico e, nas pessoas com mais de 80 anos, uma em cada duas sofre uma queda, pelo menos uma vez no ano. Aproximadamente, uma em cada cinco quedas necessita cuidados médicos e uma em cada vinte termina em fratura. As lesões mais frequentes são contusões e feridas dos tecidos moles e as fraturas mais frequentes são do colo do fémur, do punho, do úmero e da bacia (Direção Geral de Saúde, 2012).

Em Portugal, dados recentes disponibilizados pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), e referidos por Felicíssimo e Branco (2017), indicam um número de 12.992 FEPF a nível nacional em 2015, o que comparado com o número de 9523 em 2006 (Direção Geral de Saúde, 2006) significa um aumento de 36,4% em 10 anos.

Segundo os autores supracitados, as FEPF:

*“são um desafio médico, ortopédico, social, familiar, económico e até de organização dos serviços de ortopedia e estima-se que só 15% dos doentes que sofrem uma FEPF recuperam a capacidade funcional prévia, 40% ficam com uma incapacidade grave e 20 a 30% morrem no primeiro ano após a fratura”* (Felicíssimo & Branco, 2017, p. 306).

Embora exista ainda uma grande disparidade de atuações (o tempo médio de internamento varia, consoante os serviços hospitalares, entre 6,18 e 29,2 dias e a demora cirúrgica entre 24 horas e 4,8 dias), verifica-se, em alguns serviços hospitalares, uma preocupação em diminuir os tempos de internamento e em instituir protocolos multidisciplinares para o tratamento e reabilitação dos doentes com fraturas da extremidade superior do fémur (DGS, 2003). O principal objetivo do tratamento destas fraturas é o rápido retorno do doente ao seu nível de funcionalidade anterior. As intervenções cirúrgicas atualmente realizadas, com a utilização de materiais que proporcionam a estabilidade necessária para o início rápido da mobilização e da locomoção, diminuem certamente as complicações da imobilização. Mas, para que a recuperação funcional máxima seja possível, são necessárias, para além de uma cirurgia eficaz, outras medidas que previnam as complicações pós-fratura e pós-cirurgia e mantenham a pessoa idosa na melhor condição física possível (DGS, 2003).

A Reabilitação direciona-se para a recuperação da funcionalidade em menor tempo possível, conceituando-se como um processo multidisciplinar, composto por procedimentos e conhecimentos específicos que ajudam as pessoas idosas com alterações da funcionalidade a maximizar o seu potencial funcional e independência e por isso, o EEER concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação com base nos problemas das pessoas, de forma a promover a saúde, prevenir complicações, tratar e reabilitar, maximizando o potencial destas (OE, 2010).

As intervenções terapêuticas para a mobilidade e autocuidado são o núcleo fundamental à prática de enfermagem de reabilitação, pelo que a utilização da teoria do défice do autocuidado de Orem (2001) ser a teoria de enfermagem que melhor se adequa à temática exposta.

A intervenção do EEER baseia-se na reabilitação destes doentes, maximizando os seus potenciais através da aplicação de programas de reabilitação funcional e da capacitação para o autocuidado onde o ensino e treino estão patentes. O EEER através da aplicação de programas de reeducação funcional respiratória e reeducação funcional motora pretende restituir a capacidade funcional do idoso, prévia à fratura de forma a obter ganhos para a saúde (Sousa & Carvalho, 2016a).

O Enfermeiro deve centrar-se na tríade pessoa-família-comunidade, no sentido de integrar esses elementos na decisão clínica e deste modo, potenciar a

capacitação da pessoa e/ou família, para uma adaptação eficaz face à transição vivenciada. Os EEER têm um papel central no sucesso da transição hospital-comunidade nestas pessoas, promovendo a independência para as Atividades de Vida Diária (AVD), informando sobre recursos sociais e comunitários e mobilizando-os, quando necessário.

Face ao exposto, os EEER devem otimizar programas de reabilitação multidimensionais que possibilitem a restituição da função pré-fratura, maximizando o potencial individual, minimizando a incapacidade e dependência e antecipando riscos. Segundo a OMS (2008), a independência não significa que um doente que sofreu fratura da extremidade superior do fémur deva aprender a fazer tudo sozinho, contudo deve ter todas as oportunidades para retomar a uma vida normal, fazendo o máximo possível sem ajuda, apesar de algumas limitações residuais.

Tendo como foco de atenção a pessoa com deficiência ou limitação da atividade, o enfermeiro de reabilitação, identifica os fatores que condicionam a independência na realização das AVD no contexto da vida da pessoa, avalia a capacidade funcional para a realização das mesmas, bem como, elabora e implementa programa de treino de AVD, visando a adaptação às limitações da mobilidade, maximizando a autonomia e a qualidade de vida (Regulamento nº 392/2019).

Face ao exposto, a escolha do tema surge como consequência do contato direto que temos com os idosos e suas problemáticas, e como tal urge o conhecimento relativamente à intervenção do EEER na promoção do autocuidado da pessoa idosa com fratura da extremidade superior do fémur, no regresso a casa.

## **1.2- Enquadramento Contextual**

Neste subcapítulo justifica-se o referencial teórico, que sustenta o fenómeno em estudo e que se encontra organizado em torno de dois eixos principais: a pessoa idosa com FEPE (definindo o conceito, os tipos e as opções de tratamento) e o processo de reabilitação da pessoa idosa com FEPE (o foco autocuidado, a reeducação motora e funcional e a preparação da transição para casa).

### **1.2.1- A pessoa idosa com FEPF**

Efetivamente, o envelhecimento não é um estado, mas um processo que tem por base o conceito de senescência, enquanto curso natural do envelhecimento das células, nos organismos vivos. Como refere Cancela (2008) o envelhecimento fisiológico diz respeito às alterações nas funções orgânicas e mentais, devido exclusivamente aos efeitos da idade avançada sobre o organismo. Caracteriza-se assim por “um conjunto progressivo de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente” (Bicudo, 2013, p.46).

De acordo com a OMS (2008), um idoso é uma pessoa com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento, independentemente do sexo ou do estado de saúde aplicável. Contudo, o número crescente de pessoas ativas e saudáveis, no extremo jovem do espectro de envelhecimento, levou à necessidade de agrupamentos etários mais definidos. Concomitantemente, são agrupamentos etários mais definidos, nomeadamente o “idoso jovem” (entre os 65 e os 75 anos de idade) e o “idoso velho” (mais de 75 anos de idade). No primeiro grupo, as quedas ocorrem com frequência durante uma caminhada ou quando estão a fazer compras, enquanto no segundo grupo, acontecem quase sempre dentro de casa.

Considerando o intenso envelhecimento populacional e a elevada incidência de quedas em idosos, estamos perante um contexto promissor à ocorrência de FEPF, com conseqüente declínio da capacidade funcional e autonomia nos autocuidados, e a evidente necessidade da existência e capacitação de cuidadores que assegurem a continuidade de cuidados na transição para casa.

Conforme Smeltzer (2011), a fratura é uma interrupção na continuidade do osso, podendo ser definida de acordo com o seu tipo e extensão. As fraturas ocorrem quando o osso é submetido a uma força maior do que pode absorver. Quando ocorre a fratura, as estruturas adjacentes são igualmente afetadas, ocasionando edema dos tecidos moles, hemorragia nos músculos e articulações, luxação de articulações, rotura de tendões, secção de nervos e lesão de vasos sanguíneos. As fraturas são resultado da rotura das integridades ósseas, perturbando o bom funcionamento de todo o sistema músculo-esquelético.

Tronzo (1973), designou-as como:

*“A mais mortífera lesão que um membro humano pode sofrer em qualquer idade, é a fratura da extremidade superior do fêmur, especialmente a do colo, cuja mortalidade e morbidade aumenta com a idade e as doenças associadas, sendo a causa mais comum de morte traumática depois dos 75 anos” (p.276).*

As FEFP, segundo a Direção Geral da Saúde (DGS), em 2003, definem-se como *“fraturas respeitantes ao segmento ósseo demarcado, a nível proximal, pelo limite inferior da cabeça do fêmur e a nível distal, por um nível situado 5 cm abaixo do limite inferior do pequeno trocânter” (p. 7).*

De acordo com Smeltzer (2011), as FEFP podem dividir-se em: colo do fêmur (localizadas entre a cabeça e a área trocântéricas e dividem-se em subcapitais, transcervicais e basicervicais), trocântéricas (acima da linha intertrocântérica e abaixo do limite distal do pequeno trocânter), e subtrocântéricas (restritas ao segmento entre o limite inferior do pequeno trocânter e um nível de 5 cm abaixo dele).

As opções terapêuticas no âmbito das FEFP, contemplam o tratamento cirúrgico e o tratamento conservador, sendo que é consensual entre a comunidade científica a abordagem cirúrgica como o *«standard of care»*, com exceção dos casos em que a pessoa apresente comorbilidades que inviabilizem o ato cirúrgico (DGS, 2003).

O tratamento cirúrgico, com colocação de material de osteossíntese, garante maior estabilidade e um retorno funcional mais precoce, de forma que o idoso não fique sujeito a imobilidade por longos períodos, prevenindo o agravamento do seu estado de saúde, e instalação de declínio funcional mais severo (Rocha, Azer, & Nascimento, 2009).

A intervenção cirúrgica deverá ocorrer, preferencialmente, durante o período de 24 a 48 horas da admissão, isto é, deve ser respeitado o intervalo para a estabilização clínica da pessoa e, logo que possível, a implementação do tratamento cirúrgico adequado. O aumento do tempo de espera para a cirurgia pode ter consequências indesejáveis, pois o atraso no tratamento cirúrgico causa atraso na mobilização, e conseqüentemente, afeta a recuperação funcional (Smeltzer, 2011).

A classificação das fraturas do colo do fêmur apresenta quatro tipologias, baseadas nos níveis de deslocamento. O grau I e II correspondem a fraturas sem desvio. Nos dois graus seguintes há desvio e risco circulatório para a cabeça do fêmur (Serra, Oliveira, & Castro, 2012):

- No grau I, a fratura é incompleta, estando a cabeça do fêmur numa posição

um pouco valga em relação ao colo; sendo por vezes denominada “fratura-impactada”;

- No grau II, identifica-se um traço de fratura completo sem desvio;
- No grau III, há perda parcial do contacto entre os topos;
- No grau IV, a perda é completa, permitindo a migração proximal do fragmento distal, que origina a deformidade característica: membro inferior em rotação externa, com encurtamento de alguns centímetros.

Na fratura do colo do fémur no idoso, o traço tem sempre a mesma localização e orientação, pois é o efeito de uma força traumática de baixa energia e ação indireta.

No tratamento, segundo as recomendações da DGS (2003), o método de estabilização cirúrgica deverá permitir uma mobilização e carga precoce, com a utilização de técnicas pouco agressivas, mas com implantes que possibilitem uma estabilização mecânica imediata:

- Nas fraturas *subcapitais* pode optar-se por um tratamento conservador (com carga precoce, com o objetivo de promover a impactação e consolidação da fratura), ou a fixação mínima com parafusos canelados.
- Nas fraturas subcapitais descoaptadas e nas transcervicais deverá proceder-se à substituição artroplástica da cabeça do fémur, com artroplastias parciais ou totais da anca. Nas pessoas com idade avançada e/ou pouca mobilidade devem efetuar-se artroplastias parciais da anca (tipo prótese de Moore). Em situações de idade avançada e boa atividade física, sem sinais de artrose da anca, deve efetuar-se artroplastia parcial com cabeça fisiológica ou bipolar. Nos casos de esperança de vida alargada, e com um bom potencial funcional, deve optar-se pela artroplastia total da anca.
- Nas fraturas *basicervicais*, desde que seja possível a conservação da cabeça do fémur, deve optar-se por sistemas de osteossíntese com parafuso dinâmico de deslizamento e placa.

As fraturas trocântéricas, são principalmente causadas por trauma, sendo tipicamente oblíquas e localizadas entre a porção mais alta do grande trocânter, abrangendo uma grande área óssea, quase toda esponjosa. A classificação de Tronzo (1973) em cinco tipos assume-se como a mais utilizada hoje em dia (O’Sullivan & Schmitz, 2010):

- Tipo I e II, o traço de fratura principal é único, permitindo uma redução estável com contacto perfeito entre os dois topos.

- Tipo III e IV, existe um segundo traço, que liberta grande parte cortical posterior do fragmento distal; a redução entre o segmento cefálico e o fragmento distal (corpo do fémur) é instável devido à presença desse terceiro fragmento solto.
- Tipo V, é uma fratura rara (o traço da fratura é invertido, provindo da região medial proximal para a lateral distal).

De acordo com Serra, Oliveira, e Castro (2012), relativamente à implementação do tratamento para as fraturas trocântéricas, a classificação de Tronzo (1973) define dois grupos: as fraturas aptas a uma redução anatómica estável (tipo I e II) e aquelas que se caracterizam por serem instáveis (tipos III, IV e V). Segundo a DGS (2003), as primeiras permitem osteossíntese com parafuso dinâmico de deslizamento e placa. As fraturas do segundo grupo preveem a realização de osteossíntese recorrendo a técnica de encavilhamento endomedular e parafuso dinâmico.

As fraturas subtrocântéricas, devido à região em que ocorrem e às inserções musculares existentes, sujeitam essa área a várias forças deformantes, sendo a deformidade mais comum a flexão (provocada pelo ileopsoas) a abdução (pelo glúteo médio) e a rotação externa (pelos rotadores externos). Por ação dos adutores, poderá ainda apresentar deformidade em varo (Sousa & Carvalho, 2016b). As fraturas subtrocântéricas permitem a utilização de vários métodos de osteossíntese: encavilhamento endomedular com parafuso dinâmico; encavilhamento endomedular estático, se a fratura ocorrer já na zona diafisária; osteossíntese com placas, com ou sem parafuso dinâmico (DGS, 2003).

Nas últimas décadas, de acordo com Jesus, (2017):

*“o desenvolvimento científico e tecnológico tem vindo a criar diferentes implantes destinados ao tratamento cirúrgico das FEPP, visando permitir a estabilidade necessária para a mobilização e a locomoção precoce, através da posição funcional do osso, prevenindo a necrose avascular. Estes aspetos são condição necessária para restituir ao idoso a sua capacidade de marcha, tão precocemente quanto possível”* (p.31).

Wendt et al. (2016), no seu artigo publicado, defendem que, para além de ser fundamental o diagnóstico preciso do tipo de FEPP que a pessoa idosa possui, para que o tratamento cirúrgico também seja o adequado, é imprescindível a intervenção de enfermagem especializada, para prevenir o tromboembolismo e pneumonia, bem

como promover o autocuidado e capacidade funcional, reintegrando novamente a pessoa idosa no ambiente a que pertence.

### **1.2.2- O processo de reabilitação da pessoa idosa com FEFP**

Segundo a Direção Geral de Saúde de Portugal (2003), reabilitar o doente idoso significa facilitar o desenvolvimento das suas potencialidades máximas, a nível físico, psicológico, familiar e social, em função das suas deficiências fisiológicas e anatómicas e limitações ambientais. Nesse sentido, a recuperação do doente após fratura da extremidade superior do fémur representa uma importante relevância para a Enfermagem de Reabilitação. A dependência parcial ou total origina nos doentes e cuidadores necessidades de adaptação e ajustamento à nova situação de vida sendo que os enfermeiros devem ser agentes facilitadores deste processo de adaptação ajudando as pessoas a gerir transições muitas vezes complexas e implementando intervenções quer aos cuidadores, quer às pessoas com dependência.

A intervenção de reabilitação à pessoa com FEFP, assume importância em todas as fases, e tem início desde o primeiro momento do internamento, ainda na fase pré-operatória, no entanto, depois do tratamento da fratura, a sua relevância intensifica-se ainda mais, pela presença da mobilização e levante precoce, treino de autocuidado, treino de marcha e outros métodos de reeducação funcional para manter ou recuperar dos défices instalados, visando a restituição da função pré-fratura, maximizando o potencial multidimensional da pessoa, promovendo a autonomia e minimizando a incapacidade e a dependência. Este percurso de reabilitação, adaptado à condição de cada pessoa, pode ser descrito como uma transformação e conquista diárias e é gratificante podermos testemunhar os ganhos que se registam aos vários níveis e dimensões da pessoa.

A reabilitação, enquanto especialidade, engloba um conjunto de saberes e procedimentos próprios, que possibilita ajudar a pessoa com doença aguda, crónica ou com as suas sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência. Assim, de acordo com as orientações da Ordem dos Enfermeiros (OE), tem como intuito melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e assim, preservar a autoestima (OE, 2010a).

Segundo Hesbeen (2001) o cuidar é o “fermento da vida” que suporta o pilar do papel do EEER. É uma arte complexa, subtil e enraizada num profissionalismo

que não se manifesta apenas através dos atos praticados mas também, através da capacidade de ir ao encontro dos outros e de caminhar com eles, para conseguirem uma melhor saúde.

O Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2010), sustenta que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados em problemas reais e potenciais das pessoas. Concretiza ainda, que uma das suas competências é cuidar de pessoas, com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. Uma das unidades de competência específica é avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades, sendo um dos critérios de avaliação os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade. A reabilitação enquanto processo, permite o desenvolvimento de capacidades perdidas, para possibilitar uma restituição nas dimensões psicológicas, físicas ou sociais, relacionados com os potenciais anteriores.

Tendo como foco de atenção os cuidados de enfermagem especializadas no âmbito da enfermagem de reabilitação, o Regulamento 392/2019 salienta que:

*esta, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo conhecimentos e procedimentos específicos que lhe permitam ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa, e deste modo preservar a auto-estima (p.13565).*

Complementando, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, acrescenta que esta área de intervenção previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que lhes provoquem “deficit” funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade (OE, 2011a).

Segundo a DGS (2003) em *Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso- Recomendações para Intervenção Terapêutica*, reabilitar o doente idoso significa facilitar o desenvolvimento das suas potencialidades máximas, a nível físico, psicológico, familiar e social, em função das suas deficiências fisiológicas e anatómicas e limitações ambientais. Para que estes objetivos sejam atingidos, é

necessária uma intervenção não só no próprio doente, mas também junto dos familiares ou dos prestadores de cuidados e a nível do meio ambiente envolvente. A abordagem do EEER deve, para além da prevenção das complicações da imobilização, passa pela avaliação funcional e determinação do potencial de reabilitação, reeducação funcional, avaliação sociofamiliar e dos recursos na comunidade, alta clínica e reinserção na comunidade prevenção de novas fraturas (DGS, 2003).

A súbita mudança de vida, provocada por uma FEFP que significa muitas vezes passar de uma situação de independência para uma vida dependente de terceiros, tem implicações diretas a nível do funcionamento do autocuidado da pessoa.

De facto, apenas 40 a 60% das pessoas com FEFP recuperaram o seu nível de mobilidade prévio à fratura e a capacidade de realizar as suas atividades de vida diária. Sendo que esta evolução acontece sobretudo durante os primeiros seis meses após a fratura (Dyer et al., 2016). Alguns utentes demonstram ainda conseguir recuperar o seu nível funcional em três meses e até em um mês após a cirurgia (Lee, Jo, Jung, & Kim, 2014).

Lofgren et al. (2015), ao realizarem um estudo sobre a 503 utentes com FEFP submetidos a intervenção cirúrgica, concluíram que a intervenção de enfermeiros especializados e um programa de reabilitação individualizado à pessoa com FEFP, capacitando-a, é fundamental ajudar os utentes a reduzir o tempo de hospitalização e a regressar à sua vida anterior.

Igualmente, Bayon-Calatayud e Benavente-Valdepeñas (2018), através de um estudo a 50 idosos com FEFP submetidos a cirurgia, aplicando um programa diário individualizado de reabilitação de 60 minutos, faseado, na primeira semana fortalecimento muscular isométrico dos membros inferiores, exercícios de amplitude de movimentos dos membros inferiores com flexão do quadril afetado limitados a 90º-100º, abdução limitada a 0-30º, evitando movimentos de adução e rotação do membro operado, treino de transferências e instrução para realização de AVD, na segunda semana, fortalecimento muscular isotónico, treino de transferências e exercícios de equilíbrio em barras paralelas e durante a terceira semana, início de treino de marcha funcional (barras paralelas, andarilho, muletas, subir escadas progressivamente), concluíram que a intervenção especializada e um plano de reabilitação personalizado precocemente, e o seu planeamento para continuidade no

regresso a casa, são fulcrais para a recuperação da sua funcionalidade pré-fratura e promoção do autocuidado.

De acordo com Sousa e Carvalho (2016b), as intervenções por parte do EEER devem iniciar-se no pré-operatório, com exercícios de mobilização ativa dos membros superiores (MS) e do membro inferior (MI) são e Reabilitação Funcional Respiratória (RFR), seguindo-se no pós-operatório com exercícios que melhorem a capacidade aeróbica e aumento da força muscular do quadríceps e treinos de mobilidade, transferências e marcha, sempre com atenção major ao controlo da dor, pois um programa de reabilitação e suporte social adequados, são determinantes para que a recuperação da funcionalidade da pessoa idosa com FEPF ocorra nos primeiros 6 a 8 meses pós-cirurgia (85% dos casos).

O processo de reabilitação é único e pessoal e não termina no hospital. Termina quando o indivíduo se torna autónomo e independente no seu meio ambiente. Para isso, o sucesso da reabilitação depende da continuidade, da coordenação e da inter-relação entre a equipa de saúde e o utente, com o objetivo da resolução de problemas e da obtenção de ganhos em qualidade de vida e bem-estar. Deve ser tão prolongado quanto o necessário para adaptar, recuperar e/ou restabelecer o nível ótimo ou pré-mórbido de independência funcional (Menoita & Cordeiro, 2012).

Stasi et al. (2019), de acordo com o seu estudo, concluiu que a reabilitação deve começar nas primeiras 48h e ir até as 12 semanas pós-operatório, adequando as intervenções ao tipo de cirurgia realizada. Mais acrescenta que após a alta o programa de reabilitação deve ser continuado no domicílio, três vezes por semana e a partir da 4ª semana, defendem que o fortalecimento dos abdutores do MI operado é fundamental, pois aumenta a força isométrica da musculatura abduutora do MI, maximizando a capacidade funcional da pessoa.

A recuperação funcional após FEPF deve ser visto como um objetivo exequível e encarada como uma prioridade (Dyer et al., 2016). Não só devido ao número crescente de FEPF que ocorrem a cada ano, mas também devido à natureza desafiadora dos cuidados para essas pessoas (Lee et al., 2014).

### 1.3- Referencial Teórico

O autocuidado é descrito como um conjunto de atividades que os indivíduos iniciam e mantêm, por si, para a manutenção da vida, saúde e bem-estar. Contribui em específico para a “(...) integridade da estrutura humana, o funcionamento humano, e o desenvolvimento humano” (Orem, 2001, p.43). De acordo com Tomey & Alligood (2004), o autocuidado é uma função reguladora que os indivíduos executam deliberadamente por si próprios ou por alguém que a concretiza por eles de modo a preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar.

Segundo Orem (2001) o autocuidado define-se como:

*uma função humana reguladora. Difere de outras funções reguladoras como por exemplo, a regulação neuro-endócrina. O autocuidado é uma ação deliberadamente realizada pelas pessoas para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes. São ações realizadas para garantir o fornecimento de requisitos necessários para continuar a vida (ar, água, alimentos), para o crescimento e desenvolvimento, e para a manutenção da integridade humana. Também são ações realizadas ou direcionadas para manter as condições internas ou externas necessárias para manter e promover a saúde, bem como, o crescimento e desenvolvimento. Também são ações com foco na prevenção, alívio, cura, ou controle de condições indesejáveis que afetam ou podem vir a afetar a vida, a saúde ou o bem-estar (p.45).*

Por sua vez, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), define o autocuidado como [uma] “atividade executada pelo próprio. Tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária” (CIPE, versão 2, 2011, p. 41). Também Silva et al (2009) sublinham que “o autocuidado é uma actividade do indivíduo aprendida pelo mesmo e orientada para um objectivo. É uma ação desenvolvida em situações concretas de vida, e que o indivíduo dirige para si mesmo ou para regular os factores que afetam o seu próprio desenvolvimento, atividades em benefício da vida, saúde e bem-estar” (p.699).

O indivíduo ao longo do ciclo vital sofre transformações que o impossibilitam de realizar e de satisfazer as necessidades do autocuidado, ficando assim, na eminência da necessidade de ajuda dos outros. Por várias razões, os processos de

transição sofrem alterações na condição do indivíduo e/ou do meio, conduzindo à perda de autonomia avançando para a dependência (Petronilho, 2012).

O tema incapacidade foi abordado pela primeira vez nos Censos 2011 em que cerca de 50% (taxa de prevalência) da população com 65 ou mais anos declarou ter muita dificuldade ou não conseguir realizar pelo menos uma das seis atividades diárias como ver, ouvir, andar, memória/concentração, tomar banho/vestir-se, compreender/fazer-se entender. De todas estas atividades a que sobressai com maior percentagem é a atividade *andar* com 27% (INE, 2012).

Assim, quando a capacidade de resposta do indivíduo é inferior às exigências do autocuidado, desencadeiam-se profundas alterações na vida pessoal, familiar e social, refletindo-se na saúde e no bem-estar. Este desequilíbrio no autocuidado faz com que seja necessária a intervenção do enfermeiro (Orem, 2001).

Segundo Orem (2001), *“os enfermeiros têm especial atenção nas necessidades do Homem em se autocuidar, na provisão e manutenção do autocuidado, de uma forma contínua, a fim de sustentar a vida e a saúde, recuperar-se de doenças e ferimentos e lidar com os seus efeitos”* (p.22).

Para a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001), no que diz respeito ao bem-estar, ao autocuidado e *“na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente”* (p.16), enfatizando também, a ideia da centralidade do autocuidado nos cuidados de enfermagem.

A Teoria do Défice do Autocuidado em Enfermagem, desenhada por Orem (2001), é reconhecida como um descritivo explicativo do que a enfermagem é e o que a enfermagem deveria ser. Deve ser usada para dar uma direção à prática de enfermagem e a outras áreas de esforço, como a investigação. Esta teoria é a expressão de uma combinação única de conceptualizações características e as relações entre elas, que são comuns a todas as áreas de enfermagem (Orem, 2001). Engloba três teorias: a teoria do autocuidado, que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si; a teoria do défice de autocuidado, que descreve e explica por que razão as pessoas podem ser ajudadas através dos cuidados de enfermagem; e a teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser mantidas para que se faça enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

O défice de autocuidado traduz *“a relação entre as capacidades de ação dos indivíduos e as suas necessidades de cuidado”* (Tomey & Alligood, 2004, p. 218).

Desta forma, o déficit refere-se à relação entre as ações que os indivíduos deveriam desenvolver e aquelas que têm capacidade de desenvolver, no sentido de manter a vida, a saúde e o bem-estar. A Teoria fundamenta-se em cinco conceitos centrais inter-relacionados: a ação do autocuidado; a capacidade de autocuidado; a necessidade de autocuidado; o déficit de autocuidado e a intervenção enfermagem. Intervenção de enfermagem refere-se à atenção de um enfermeiro como compensação ou ajuda prestada para dar resposta às necessidades de autocuidado da pessoa. Segundo Tomey & Alligood (2004), de acordo com a teoria dos sistemas de enfermagem, as intervenções de enfermagem podem ser: totalmente compensatórias (o enfermeiro de reabilitação concretiza o autocuidado, compensa a incapacidade, apoia e protege o doente); parcialmente compensatórias (o enfermeiro de reabilitação executa algumas medidas de autocuidado, compensa as limitações, assiste conforme necessário e regula a atividade de autocuidado); ou de apoio e educação (o enfermeiro de reabilitação regula o exercício e o desenvolvimento da atividade de autocuidado).

O Enfermeiro é um profissional habilitado e que tem competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados à pessoa/família e comunidade (OE, 1996), respondendo de forma clara e inequívoca à premissa da Teoria do Déficit de Autocuidado em Enfermagem.

De acordo com Leite, V. B. E., & Faro (2005) *“a ênfase da Reabilitação está voltada para a restauração da independência do paciente ou recuperação do seu nível de função pré-enfermidade ou pré incapacidade no menor tempo possível”* (p.93).

Como constatado anteriormente, o déficit do autocuidado determina uma relação entre as necessidades por parte do indivíduo e a sua capacidade de autocuidado. Após o enfermeiro avaliar o déficit do cuidado, adapta a sua intervenção minimizando os efeitos do déficit, avaliando e adaptando os métodos de auxílio adequado (Orem, 2001).

Petronilho (2012) sublinha que, o sistema de enfermagem realizado pelos enfermeiros, foca nas capacidades do indivíduo em realizar as atividades do autocuidado, bem como na identificação das suas necessidades. Neste sentido, o EEER reconhece as necessidades da pessoa; avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da sua atividade; posteriormente realiza planos de cuidados com o intuito de promover o autocuidado no processo de saúde/doença; e implementa-os com o objetivo de proporcionar qualidade de vida à

pessoa, potenciando o seu desenvolvimento pessoal e integração na sociedade (OE, 2010a).

Para a OE (2010b), no artigo 4º do Regulamento das competências específicas do EEER são “a) *cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.*”

Assim, segundo Lista et al. (2017, p.14), os EEER devem “*conceber, implementar e avaliar planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade; (...) devem [proceder ao] desenvolvimento e implementação das ações autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva.; [e por último], (...) devem desenvolver atividades que permitam potenciar as capacidades funcionais de uma pessoa, através da interação com a mesma, no sentido de garantir o melhor desempenho motor e cardiorrespiratório possível, de modo a fomentar o rendimento e o desenvolvimento pessoal*”.

Segundo Couto (2012), a conceção de Orem no que concerne à promoção da independência para o autocuidado, relaciona-se intimamente com as capacidades inerentes ao modelo de atuação do enfermeiro de reabilitação, sendo que “estas competências contribuem para uma melhor resposta de cuidados face às necessidades dos clientes, quer em termos de limitação funcional, quer no autocuidado. Enfatiza que a abordagem especializada em reabilitação é uma mais-valia para os clientes.” (Couto, 2012, p.23). Neste sentido o enfermeiro EEER cria um sistema que seja totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação, ou seja, seleciona e combina formas de ajuda que compensem o autocuidado (Cunha, Cardoso & Oliveira, 2005).

Por conseguinte, o EEER segundo Regulamento N°392/2019 “*concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa*” (p.13565).

Couto (2012), enumera as intervenções de enfermagem em três domínios distintos:

1) Domínio Processos de Ensino-Aprendizagem, tal como já referido anteriormente, relaciona-se com o Ensinar, Instruir, Treinar e Aconselhar no sentido de capacitar o cliente e/o cuidador, para o autocuidado ou utilização de produtos de apoio;

2) Domínio Processos Corporais, assente no Assistir, Treinar e Estimular, referindo-se por exemplo aos exercícios músculo-esqueléticos;

3) Domínio Comportamento emocional, onde Elogiar e Incentivar são as palavras chave, no sentido do reforço positivo. O alvo dos cuidados do enfermeiro de reabilitação é para além do cliente, o cuidador informal. O enfermeiro tem assim, competência para “ensinar, instruir, treinar, orientar e motivar quer os utentes nas atividades de vida diárias, para níveis máximos de interdependência, quer os respetivos cuidadores familiares no processo de reabilitação, promovendo o autocuidado.

Marques-Vieira e Caldas (2017) defendem que a dependência no autocuidado, se apresenta como um foco central no processo de cuidados dos EEER, que requer intervenções capazes de capacitar as pessoas para o desempenho das atividades que compõem cada um dos diversos domínios do autocuidado.

A promoção do autocuidado pelo EEER pode ainda ser potenciada pela utilização de produtos de apoio, estando esta competência normalizada pela OE, ao referir que o enfermeiro de reabilitação realiza *“treinos específicos de AVD’S, utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação (...)). Ensina e supervisiona a utilização de produtos de apoio, tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa”* (OE, 2010a, p. 4).

Durante o seu ciclo de vida, cada pessoa experiencia várias mudanças, sejam elas a nível familiar, pessoal, profissional ou social. Estas mudanças, inerentes a um processo de transição, são vivenciadas de forma única, completa e multidimensional (Meleis et al., 2000).

Transição é definida como “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para o outro” (Meleis, 1997). Já para Mercer et al. (1988), citado por Zagonel (1999), “as transições são definidas como pontos de mudança os quais resultam de um pressuposto de novos papéis e novas relações conduzindo-a a novas autoconcepções” (p.26).

Para compreender a experiência da pessoa durante a transição que está a vivenciar, é necessário analisar as condições pessoais (significado do evento, crenças culturais, valores, status socioeconómico, preparação e conhecimentos prévios de e sobre o evento) e ambientais, nomeadamente sociais e da comunidade, que são facilitadoras ou barreiras do processo, na direção de uma transição saudável e seus resultados (Meleis et al., 2000).

Neste processo, o Enfermeiro tem um papel crucial atuando nos períodos antecipatórios, na preparação de mudança de papéis e na prevenção de efeitos negativos sobre o indivíduo (Meleis, 2012). Identificar os fatores que conduzem a pessoa a seguir determinada direção na vivência do processo de transição e que a tornam vulnerável, permite uma intervenção de enfermagem direcionada para a obtenção de resultados, produzidos pela forma saudável como vivenciam cada transição (Meleis et al., 2000).

Durante estas transições, cada pessoa experimenta de forma única a vulnerabilidade do ser, podendo experienciá-la em diferentes graus e em diferentes fases do seu ciclo de vida, resultado dos mais diversos eventos. Esta vulnerabilidade constitui-se como a suscetibilidade e, no fundo, o grau de risco a que a pessoa está sujeita de vir a desenvolver problemáticas de saúde nas mais variadas vertentes, nomeadamente física, psicológica ou social (Chesnay & Anderson, 2008).

A razão de ser dos cuidados de Enfermagem está na condição de vulnerabilidade das pessoas que vivenciam processos de transição. A preparação e o conhecimento prévios a uma transição são facilitadores do processo, na medida em que é conhecido o que é expectável, desenvolvendo de forma antecipatória estratégias que ajudem a vivenciar a transição (Meleis et al., 2000). A consciencialização de um ou vários processos de transição vividos pela pessoa, está diretamente relacionada com a sua perceção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição. Por outro lado, o nível de compromisso nos processos de transição é demonstrado pelo grau de envolvimento nos mesmos e influenciado pelo seu grau de consciencialização nesse processo (Meleis et al., 2000).

Os processos de transição têm uma característica essencialmente positiva pois, à medida que uma pessoa atravessa uma mudança, “alcança uma maior estabilidade e maturidade” (Meleis, 2012).

Cada pessoa vivencia os seus processos de transição, variáveis em duração, ao longo da sua vida, experiências únicas, complexas e multidimensionais (Meleis et al., 2000).

Uma fratura do fémur é geralmente um acidente súbito que frequentemente causa incapacidade funcional, implica mudança, gera vulnerabilidade, desencadeando um processo de transição, que, como nos refere Meleis et al. (2000):

*“as mudanças na saúde e na doença dos indivíduos, criam um processo de transição e clientes em transição tendem a estar mais vulneráveis aos riscos que podem afetar a sua saúde. Descobrir estes riscos pode ser possível e reforçado através da compreensão e entendimento, pelo enfermeiro, do processo de transição”* (p.12).

O Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER), é muitas vezes o primeiro profissional a estabelecer contacto com as pessoas e suas famílias, que vivenciam estes processos de transição, percecionando também as futuras alterações e dificuldades na vida diária. Responsabilizam-se por efetuar diagnósticos de enfermagem abrangentes que facilitem a conceção de planos *“de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde /doença e ou incapacidade”* (OE, 2010, p. 4). O EEER é, portanto, detentor de um conjunto de competências que lhe permitem acompanhar a pessoa neste processo de transição, promovendo uma adaptação contínua, alicerçada numa continuidade de cuidados na transição para casa.

A transição, na perspetiva de Meleis et al. (2000), requer que a pessoa incorpore novos conhecimentos, altere comportamentos e desenvolva adaptações que podem envolver a redefinição do próprio self. O enfermeiro deve compreender o processo de transição da pessoa e família/cuidador, e implementar intervenções de ajuda efetiva, para proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar, preparando-os para as transições e facilitando o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com sua situação de saúde/doença.

## **2 - CAPÍTULO II: DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM FUNÇÃO DOS OBJETIVOS E DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Este capítulo surge com intuito de dar resposta a um dos objetivos específicos do relatório de estágio, apresentando-se como, evidenciar a capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica, demonstrando o desenvolvimento e aquisição de *Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Competências de Mestre*.

No desenrolar das experiências clínicas adquiriram-se conhecimentos e desenvolveram-se competências que possibilitam exercer as funções de EEER na clínica. Para além das atividades desenvolvidas no âmbito do tema deste relatório, os Ensinos Clínicos (EC) permitiram atingir as competências comuns e específicas do especialista.

A prática reflexiva associada à atividade prática contextualizada é crucial para o desenvolvimento de competências do enfermeiro. Assume importância ao nível da aprendizagem profissional e é determinante no desenvolvimento profissional dos enfermeiros, nomeadamente na sua capacidade crítica e de autonomia. A atitude reflexiva antes, durante e após determinada intervenção de enfermagem é indispensável na prática clínica dos estudantes e enfermeiros, pois permite a sua autoconsciência sobre a forma de prestar e melhorar cuidados de enfermagem de qualidade (Peixoto & Peixoto, 2016).

O contexto hospitalar de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa idosa/família com FEPE, o ensino clínico decorreu num serviço Ortopedia de um hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo, no qual uma das causas mais comuns de internamento é a ocorrência de FEPE por quedas, sejam estas no domicílio ou na via pública. O segundo contexto de estágio foi desenvolvido na ECCI, de uma UCC da região de Lisboa e Vale do Tejo, tendo em vista a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa/família em situação de dependência ou com perda da autonomia, em contexto comunitário.

Em cada contexto foram desenvolvidas as atividades apresentadas no projeto de estágio, planeadas de acordo com os objetivos definidos, integrando a equipa multidisciplinar (apêndice I).

Segundo o Regulamento 125/2011 p. 8658, “A reabilitação é uma especialidade multidisciplinar (...) que pretende ajudar as pessoas (...) a maximizar o seu potencial funcional e independência” este foi o sentimento apreendido como prioritário, em todos os contextos, não tendo ocorrido qualquer situação de desagrado ou entrave à colaboração com as equipas multidisciplinares.

Todos os contextos proporcionaram experiências promotoras do desenvolvimento de competências, quer as comuns do enfermeiro especialista nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 122/2011), quer as específicas do enfermeiro de reabilitação, definidas pelo Regulamento 125/2011: Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

No âmbito das suas competências, o enfermeiro de especialista em enfermagem de reabilitação, avalia a funcionalidade da pessoa/família e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.

Para operacionalizar o Objetivo Geral “Adquirir competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados, segundo as competências gerais e específicas do EEER” foram delineados objetivos específicos (OE), enumeradas e desenvolvidas atividades em função de dar resposta a esses objetivos e por sua vez às Competência do EE e do EEER (APÊNDICE VI).

## **2.1 - Análise crítica e reflexiva das experiências de aprendizagem**

Importa referir que a formação, a prática e a sua reflexão devem ser encaradas como elementos integrantes do percurso de desenvolvimento de competências em ER (Barata, 2016), pois é este processo que “torna possível a tomada de decisão ética, essencial para que os cuidados sejam excelentes” (OE, 2015, p. 93).

São os diferentes saberes, o saber fazer, saber agir e o saber reagir que sustentam a tomada de decisão em enfermagem. Estes por sua vez, baseados na

evidência científica, cooperam para um levantamento precoce dos problemas e capacitam o enfermeiro a intervir adequadamente na solução dos mesmos, formando um juízo crítico, no sentido de criar a melhor estratégia de intervenção (OE, 2009).

### **2.1.1 - Domínio responsabilidade profissional, ética e legal**

Na profissão de Enfermagem e particularmente em ER, a “ética sugere uma reflexão do enfermeiro de si próprio e no modo como exerce a sua profissão, procurando os valores e princípios que justificam as suas ações no seu exercício profissional, visando o respeito integral e dignidade pela pessoa cuidada” (Deodato, 2016, p. 35). Assim, no desenvolvimento das suas funções o EEER deve desenvolver um exercício seguro e profissional utilizando habilidades de tomada decisão ética e deontológica, na avaliação sistemática das melhores práticas e preferências do doente (OE, 2010b).

No intuito da uniformização e prestação de cuidados com segurança e qualidade, e de modo a compreender se os locais de estágio selecionados apresentavam potencial para dar resposta aos objetivos delineados, foram realizadas visitas prévias aos serviços e entrevistas informais aos enfermeiros gestores dos mesmos, encontrando-se expostas no Projeto de Formação (Apêndice I).

Tendo por base as entrevistas realizadas, na fase inicial de cada ensino clínico, houve a preocupação major não só conhecer as infraestruturas dos serviços, bem como a dinâmica da equipa multidisciplinar, o papel do EEER na mesma e as parcerias intra e inter institucionais, consolidando com as normas e os procedimentos vigentes, os projetos em curso, os instrumentos de avaliação utilizados e ainda a metodologia dos registos de enfermagem efetuados.

Embora tivesse trabalhado em contexto hospitalar durante 10 anos, não só o contexto era divergente, mas o intervalo de mudança de paradigma de cuidados já era o suficiente para criar sentimento de desatualização face à atuação de cuidados nessas instituições, nomeadamente a organização dos cuidados. O apoio das enfermeiras orientadoras e da restante equipa permitiu ultrapassar essa dificuldade, bem como a proatividade para colocar questões clarificadoras das dúvidas. A própria prestação de cuidados facilitou a compreensão das dinâmicas, do trabalho multidisciplinar e da organização das intervenções terapêuticas de reabilitação.

No que concerne aos registos de enfermagem, bem como toda a informação clínica de cada utente, o suporte informático era idêntico à minha realidade profissional, pelo que foi um fator facilitador na prestação de cuidados com qualidade, uma vez que constituem um elemento de reflexão da nossa prática, contribuindo ativamente para a continuidade, segurança dos cuidados e ainda para visibilidade do trabalho prestado. Pestana (2016) relaciona a excelência dos cuidados com a qualidade da informação disponível, pelo que os enfermeiros devem elaborar registos que evidenciem os cuidados prestados, os diagnósticos, as intervenções e os resultados obtidos. Deste modo, os registos elaborados de forma criteriosa e rigorosa, com linguagem correta, foram um suporte facilitador para toda a equipa, na tomada de decisão.

O EC deu para compreender a génese e a filosofia da intervenção do EEER o qual identifica as necessidades da pessoa e sua família a todos os níveis, prestando, em parceria com toda a equipa multidisciplinar, cuidados especializados em ER. É um elemento fulcral no apoio aos enfermeiros generalistas, estando pelo menos um como elemento integrante do turno da manhã e da tarde, frequentemente solicitado na tomada de decisões complexas e específicas relativas aos cuidados. Existe ainda um turno intermédio (das 12h às 20h30), onde está diariamente destacado um EEER para prestar cuidados exclusivos de ER a todas as pessoas internadas no serviço.

O mesmo ocorreu no segundo período de estágio, na ECCI, cuja forma de atuação, no que diz respeito à integração e compreensão da dinâmica multidisciplinar, foi idêntica. Embora a prestação de cuidados fosse num contexto diferente, domiciliário, o papel do EEER mais uma vez mostrou-se determinante, não só pela excelência e especificidade de cuidados na multidimensionalidade do utente/família/cuidador, mas sendo este gestor de caso, era responsável pela articulação da equipa multidisciplinar (médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicóloga, assistente social e pares), bem como pelos serviços, parcerias e recursos da comunidade em que se insere.

Atendendo a esta uniformização e prestação de cuidados com segurança e qualidade, neste domínio supracitado, adquiriram-se as competências A1 — DESENVOLVE UMA PRÁTICA PROFISSIONAL E ÉTICA NO SEU CAMPO DE INTERVENÇÃO e A2 — PROMOVE PRÁTICAS DE CUIDADOS QUE RESPEITAM OS DIREITOS HUMANOS E AS RESPONSABILIDADES PROFISSIONAIS, bem como respetivas unidades de competência (A1.1, A1.2, A1.3, A1.4; A2.1, A2.2), que

tendo como suporte o descrito anteriormente, as intervenções foram realizadas e desenvolvidas num ambiente controlado e seguro, não realizando qualquer tipo de intervenção que colocasse a pessoa em risco, respeitando a privacidade, dignidade e vontade da pessoa em estudo, tendo sido assegurado também o direito da pessoa à informação. Foram respeitados também os valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas das pessoas. De forma a manter a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, as pessoas foram representadas por “letras” nas apresentações dos casos clínicos.

### **2.1.2 - Domínio da melhoria da qualidade**

Emerge reconhecer que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas, implementando programas de melhoria contínua, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados (OE, 2010a). O Enfermeiro especialista deve desenvolver e suportar as iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolver práticas de qualidade através da gestão e participação em programas de melhoria contínua e ainda garantir um ambiente terapêutico seguro (OE, 2010b).

O reconhecimento da melhoria na qualidade envolveu, durante o ensino clínico a análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, cuja avaliação partiu de resultados para posterior implementação de programas de melhoria contínua. Igualmente, o meu percurso teve em consideração os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001) e os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação patentes no Regulamento nº350 de 22 de Junho (Regulamento nº 350/2015).

Consciente de que os projetos de melhoria a ser implementados vão depender de cada contexto de cuidados, procurou-se em cada local de estágio, junto dos Enfermeiros Orientadores, as necessidades identificadas pelo serviço.

No decorrer do primeiro contexto de estágio, a grande preocupação dos enfermeiros, principalmente dos EEER, é em relação à continuidade de cuidados entre o hospital e a comunidade e as dificuldades das pessoas idosas no regresso a casa. Esse sentimento vinha ao encontro da preocupação que também se fazia sentir pelas ER da unidade funcional onde exerço funções, em contexto comunitário, atendendo que constatavam que existiam muitas pessoas na comunidade, sobretudo as de maior idade, que beneficiavam de cuidados de especializados de reabilitação, mas que não são identificados pelos serviços, por desconhecimento ou

falha de comunicação por parte das unidades funcionais em que se inserem, ou não usufruíam desses mesmos cuidados ou eram referenciados tardiamente. Esta desfragmentação dos cuidados tem impacto negativo na funcionalidade destas pessoas, que perdem potencial de reabilitação e de marcha com consequências em todos os outros autocuidados (Baixinho & Ferreira, 2020).

Deste modo, durante o EC foi proposto um protocolo entre a Instituição Hospitalar em questão e os ACeS, onde na globalidade pertencem essas pessoas a nível dos Cuidados de Saúde Primários, para que todos os utentes submetidos a uma intervenção cirúrgica ao nível da extremidade proximal do fémur, fossem devidamente encaminhados na comunidade como alvo dos cuidados dos EEER existentes nas unidades de saúde. Para consolidação desse Protocolo, foi não só elaborado um plano de ação, como também foi realizada uma apresentação em conjunto com a Enfermeira Orientadora do contexto hospitalar, sob a forma de formação de serviço aos EEER pertencentes às três instituições envolvida já acima supracitadas, intitulada *“A intervenção do EEER na pessoa idosa com fratura da extremidade proximal do fémur na transição do hospital para a comunidade”* (Apêndice VII). A formação teórico-prática envolveu duas partes: a exposição da problemática, da revisão da literatura e da proposta de articulação, seguindo-se de um momento de trabalho conjunto entre os participantes. Em resultado desta atividade foi emanado, pelas Direções Institucionais, um documento a oficializar essa articulação de continuidade de cuidados, com a introdução dos resultados da supracitada formação.

Relativamente ao campo de estágio na ECCI, foi levantada a necessidade de consolidar conhecimentos relativamente às pessoas submetidas a Artroplastia Total da Anca, no que diz respeito à atuação do EEER, de forma a uniformizar cuidados específicos e fundamentais para o ganho da funcionalidade desses utentes, atendendo que a referenciação para essa equipa tendencialmente vinha com um crescimento nessa intervenção cirúrgica. Em Portugal, a investigação tem demonstrado evidência de ganhos sensíveis à intervenção desta especialidade, nomeadamente, aumento da força e amplitude de movimento articular, diminuição da dor, melhoria do equilíbrio, melhor desempenho na realização das ABVD e na qualidade de vida da pessoa (Sousa & Carvalho, 2016b). Em parceria com os dois EEER que pertenciam ao Pólo do Centro de Saúde onde foi efetuado EC, um deles meu Orientador, foi realizada uma apresentação como formação em serviço,

intitulada “A pessoa com Artroplastia Total da Anca – a perspetiva de Reabilitação” (Apêndice VIII), a toda a equipa multidisciplinar da ECCL.

Em ambos os campos de estágio a pesquisa da evidência científica atual, consulta das normas e protocolos de serviço, a participação ativa nas passagens de turno e incorporação em reuniões multidisciplinares, onde são debatidas questões que visam a melhorias dos cuidados de reabilitação, bem como a aplicação de escalas e utilização dos instrumentos informáticos de registos (Sclínico), proporcionaram as condições onde emerge um ambiente seguro na prestação de cuidados de forma a prevenir o risco e permitir a aprendizagem. Em primeiro lugar, é imperativo que o ciclo de melhoria contínua da qualidade, aplicada à segurança dos doentes, identifique, avalie e hierarquize os riscos, identificando as ações de melhoria a desencadear (DGS, 2015). Por outro, deve-se compreender que a gestão do risco constitui um processo coletivo, que visa garantir a maior segurança do doente, evitando incidentes, que na maioria das vezes, ocorrem devido a defeitos de organização, coordenação ou comunicação, suscetíveis de comprometer a qualidade do Serviço Nacional de Saúde (DGS, 2015). Igualmente, procurou-se nos dois contextos de estágio, identificar fatores de risco, passíveis de colocar em causa a segurança das pessoas através de ensinamentos explanados nos planos de cuidados elaborados (Apêndice II e Apêndice III).

Todas estas atividades e procedimentos, foram ao encontro do DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE, permitindo-me adquirir as competências B1 — DESEMPENHA UM PAPEL DINAMIZADOR NO DESENVOLVIMENTO E SUPORTE DAS INICIATIVAS ESTRATÉGICAS INSTITUCIONAIS NA ÁREA DA GOVERNAÇÃO CLÍNICA, B2 — CONCEBE, GERE E COLABORA EM PROGRAMAS DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE e B3 — CRIA E MANTÉM UM AMBIENTE TERAPÊUTICO E SEGURO, bem como respetivas unidades de competências (B1.1, B1.2, B2.1, B2.2, B2.3, B3.1, B3.2).

### **2.1.3 - Domínio da gestão dos cuidados**

O EEER deve gerir os cuidados de enfermagem, melhorando a resposta de enfermagem e a articulação da equipa de saúde, adapta o estilo de liderança ao local de trabalho e adequa os recursos às necessidades de cuidados, situação e contexto garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados pelos elementos da equipa de enfermagem (Regulamento nº 140/2019).

Os EC possibilitaram a compreensão dos papéis e funções de todos os membros da equipa multidisciplinar. A participação nas decisões da equipa de saúde e fornecimento de informação importante sobre a pessoa de forma a melhorar a tomada de decisão no processo de cuidar reconhecendo a necessidade de referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde. A otimização do trabalho em equipa, supervisão de tarefas e adequada negociação dos recursos existentes aos cuidados, determinaram a gestão dos cuidados de enfermagem de forma a atingir a qualidade de cuidados especializados prestados, e foi possível pela disponibilidade e compreensão de todos os elementos da equipa de enfermagem quando envolvidos na prestação de cuidados. A articulação nos cuidados prestados da equipa foi verificada visto que os enfermeiros generalistas com base nas necessidades das pessoas solicitaram a intervenção dos especialistas.

De acordo com Pontes e Santos (2016) a atividade do EEER deve ser desenvolvida em sintonia com os demais profissionais, pois dessa forma, serão garantidos resultados que reflitam ganhos em saúde para os cidadãos, família e comunidade. Nessa visão, confirma-se na prática, que o EEER, é um elo de ligação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar.

Concomitantemente, a gestão do autocuidado, exercícios musculares, treinos de marcha, entre outros, eram da responsabilidade do EEER, tal como a partilha de informação relativa ao processo de reabilitação com a equipa médica e no planeamento da alta. Na nota de alta/transferência eram contemplados os cuidados realizados ao longo do internamento tal como referenciadas as necessidades presentes pela pessoa. Os fisioterapeutas e o EEER contactavam regularmente, partilhando o programa de reabilitação da pessoa, o que se revelou uma mais-valia. A assistente social revelou-se um elemento importante na equipa, colaborando no regresso da pessoa para domicílio ou na sua referenciação para uma unidade da RNCCI. Neste processo inclui assertivamente a pessoa e a sua família/cuidador, pois como refere Hoeman (2011), na reintegração da pessoa na comunidade, esta deve ser envolvida no plano da alta, sendo encorajada a assumir a responsabilidade do plano de manutenção da sua saúde e dos seus comportamentos.

Em contexto comunitário, na ECCI, como já referido anteriormente, os cuidados eram delineados pelo gestor de caso. Aquando da referenciação de um novo utente, o EEER primordialmente efetuava contacto telefónico, no intuito de programar visita domiciliária, preparava todo o processo físico e comunicava data de início de prestação de cuidados a esse mesmo utente à Assistente Social da Equipa.

O mesmo reorganizava a carteira de utentes que possuía, atendendo às necessidades e complexidade de cuidados. Após primeiro contacto com a pessoa/família e respetiva avaliação de reabilitação, planeava o programa de reabilitação. No decorrer da prestação de cuidados, na existência de alterações emocionais e comportamentais, também era da responsabilidade do EEER solicitar apoio da Psicóloga da equipa, como do colega Enfermeiro especialista em Saúde Mental.

As reuniões multidisciplinares quinzenais, traduziram um ganho de autonomia e intervenção ao longo do EC, no que concerne à tomada de decisão, discussão dos planos individuais de intervenção, bem como identificação de problemáticas e consequentes resoluções, aumentando conhecimentos ao nível dos recursos da comunidade envolvente, melhorando a qualidade dos cuidados.

Quanto à delegação de cuidados, o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem segundo a OE (2006) declara que o enfermeiro só pode delegar tarefas em pessoal que tenha preparação necessária para as executar. Portanto, cabe ao enfermeiro avaliar as necessidades do doente e planear os cuidados de forma segura, determinando quais as tarefas que podem ser delegadas (OE, 2007). Nesse sentido, cada visita domiciliária permitiu compreender as necessidades sentidas pelo utente e cuidador formal ou informal, agindo de acordo com as mesmas, ensinando, instruindo, treinando e supervisionando as instruções dadas, transmitindo conhecimentos, para que esses conseguissem manter e reabilitar a sua saúde.

Atendendo ao presente domínio, conclui-se que as competências C1 — GERE OS CUIDADOS, OPTIMIZANDO A RESPOSTA DA EQUIPA DE ENFERMAGEM E SEUS COLABORADORES E A ARTICULAÇÃO NA EQUIPA MULTIPROFISSIONAL e C2 — ADAPTA A LIDERANÇA E A GESTÃO DOS RECURSOS ÀS SITUAÇÕES E AO CONTEXTO VISANDO A OPTIMIZAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS foram adquiridas, bem como suas respetivas unidades de competência (C1.1, C1.2, C2.1, C2.2).

#### **2.1.4 - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

A Ordem dos Enfermeiros (2011a), sublinha que o EE deve demonstrar a capacidade de autoconhecimento, central à prática de enfermagem, reconhecendo que essa interfere no estabelecimento das relações terapêuticas e profissionais. Refere ainda, que a sua práxis clínica deve assentar em “processos de tomada de decisão (...) e as suas intervenções, em padrões de conhecimento (...) válidos,

atuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem” (OE, 2011a, p. 10).

Os processos de tomada de decisão, os conhecimentos e intervenções na prestação de cuidados especializados apresentam base científica, havendo necessidade por parte do enfermeiro especialista de se manter atualizado nas suas áreas de intervenção, utilizando para isso a investigação. As aulas práticas facultaram as bases para prestação de cuidados especializados mantendo continuamente a aquisição de conhecimentos durante os ensinamentos clínicos, de forma a suportar e fundamentar as intervenções desenvolvidas na prática clínica. A investigação foi e continuará a ser a base do desenvolvimento do conhecimento.

A partilha de experiências por parte da enfermeira orientadora também teve um papel importante na aquisição de conhecimentos da especialidade assim como a reflexão sobre a prática clínica, tal como dos enfermeiros tutores dos EC, que sempre procuram partilhar comigo o seu conhecimento, permitindo-me gradualmente melhorar a minha prestação de cuidados, ajudando-me a exercer funções como futura EEER.

A elaboração dos jornais de aprendizagem em cada contexto de estágio (Apêndice IV e Apêndice V), solidificaram todo o conhecimento e prática adquiridos, enaltecendo a consciencialização dos mesmos. A realização de jornais de aprendizagem, com a análise crítica e reflexiva das aprendizagens, foi importante para o desenvolvimento de uma prática de cuidados cada vez mais complexa, especializada, competente e baseada em evidência científica (Magalhães, 2017). A elaboração dos jornais de aprendizagem, possibilitou a prática reflexiva, que é uma condição indispensável para o desenvolvimento profissional e intelectual do estudante, permitindo que este se torne mais auto consciente e preste melhores cuidados (Peixoto & Peixoto, 2016). Ambos os estágios possibilitaram relacionar e interligar as aprendizagens teóricas adquiridas com as aprendizagens de aspeto prático, retirando desta forma contributos para o meu desenvolvimento profissional. Ao longo do processo de aprendizagem, foram desenvolvidos conhecimentos, aptidões e competências, através de uma atitude de permanente pesquisa pelo conhecimento e da mais recente evidência científica.

Para Hesbeen (2001), o conhecimento não pode ser gerado apenas pela experiência, sendo necessário que esta seja refletida, discutida e conceptualizada. Deste modo, a prática reflexiva pode ser considerada como uma situação de

aprendizagem, pois permite à pessoa compreender o que faz e de que forma o faz, constituindo um aspeto central para o desenvolvimento profissional.

Todo o conhecimento absorvido permite a assertividade na relação com doente e sua família/cuidador.

Tive o privilégio de colaborar com a equipa na prestação de cuidados gerais e específicos, cuidados esses que também vão ao encontro do desenvolvimento das competências do EE. A observação das práticas, técnicas e procedimentos habituais protocolados pelo serviço, contribuíram para a aquisição novas aprendizagens. Sem dúvida que foram e continuam a ser, toda a minha vida profissional, uma mais-valia para repensar nas minhas práticas e o que dizem as evidências e, dessa forma poder intervir com um conhecimento mais aprofundado.

Sem dúvida que a aprendizagem major foi a constatação de que o EEER traz contributos para a melhoria dos cuidados, na conceptualização de novas abordagens de prestação de cuidados de enfermagem, na aplicação de conhecimentos e técnicas adequadas às situações, na promoção da reflexão sobre as práticas e na elaboração de projetos de promoção da saúde, prevenção da doença e métodos e técnicas de reabilitação motora e cardiorrespiratória.

Face ao exposto, atendendo ao DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS, as competências D1 — DESENVOLVE O AUTO -CONHECIMENTO E A ASSERTIVIDADE e D2 — BASEIA A SUA PRAXIS CLÍNICA ESPECIALIZADA EM SÓLIDOS E VÁLIDOS PADRÕES DE CONHECIMENTO, bem como respetivas unidades de competência (D1.1, D1.2, D2.1, D2.2, D2.3), foram adquiridas.

### **2.1.5 – Competências Específicas do EEER**

Segundo o Preâmbulo do Regulamento nº125/2011 exposto em Diário da República de Fevereiro de 2011 (Regulamento nº125/2011), a reabilitação é considerada uma especialidade multidisciplinar com objetivos gerais de melhoria da função, promoção da independência e máxima satisfação da pessoa. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação elabora, aplica e avalia planos de enfermagem de reabilitação diferenciados de acordo com os problemas detetados. O seu conhecimento e experiência na área da reabilitação permitem a promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação utilizando técnicas específicas em virtude da maximização do potencial da pessoa atuando na educação das pessoas e seus cuidadores/familiares, no planeamento da alta, na

continuidade dos cuidados e na reintegração da pessoa na família e na comunidade (Regulamento nº125/2011).

O EEER de forma a cumprir com a competência, ***cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática clínica***, identifica as necessidades de intervenção de reabilitação em todas as pessoas através da avaliação da funcionalidade e diagnóstico de alterações que limitam a pessoa para posteriormente realizar planos e programas de reabilitação, aplicar as intervenções de reabilitação e avaliar os resultados dessas mesmas intervenções aplicadas (Regulamento nº125/2011).

A avaliação inicial constitui o ponto de partida, transversal aos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados nos diferentes contextos de estágio, na qual se inclui a colheita de dados, realizada a partir de todas as fontes disponíveis. Os dados colhidos são a base para identificar as necessidades individuais, recursos potenciais e metas previstas. Uma avaliação completa é essencial a uma intervenção clínica apropriada (Hoeman, 2011).

O desenvolvimento desta competência foi alcançado por uma sequência de ações realizadas, das quais se destacam: a colheita de dados efetuada aos utentes com FEPE no serviço de ortopedia através da aplicação de escalas (MRC, Escala Numérica de Dor, Escala de Barthel, Escala de Lower, Escala de Morse, Escala de Braden, Tabela Nacional da Funcionalidade, Escala de Borg, Escala de ASHWORTH, Escala de Berg) e a reavaliação em três momentos distintos, desde a admissão até à alta; a construção de diagnósticos de enfermagem que permitiu centrar os cuidados na pessoa e não no problema clínico e a implementação de intervenções de enfermagem de reabilitação, dirigidas ao treino funcional e das AVD; a seleção de ajudas técnicas e dispositivos de compensação; e a realização de ensinamentos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados; e finalmente a avaliação e monitorização dos resultados. As etapas anteriormente descritas constituíram essencialmente, frações na construção de um processo adaptativo que cada utente/família necessita para assegurar a sua capacidade funcional, prevenir complicações e evitar incapacidades.

A identificação de fatores facilitadores e inibidores para realização das AVD de forma independente foram também eles importantes assim como deteção de aspetos psicossociais que possam interferir no processo de adaptação ou transição de saúde/doença e incapacidade. A maioria da população internada neste serviço fora idosa, tendo sido este o alvo de realização do projeto de intervenção. O

envelhecimento acarreta inúmeras alterações a nível dos vários sistemas orgânicos destas pessoas, devendo o EEER observar e avaliar estes doentes de forma holística não descartando qualquer tipo de alteração que poderia ser prévia ao internamento mas que pode também ele influenciar o processo de reabilitação.

Para Hoeman (2011, p.177) a “avaliação de enfermagem da função, com base em medidas válidas e objetivas, contribui de maneira significativa para a avaliação interdisciplinar e para o planeamento dos cuidados”. Neste contexto, cada instrumento deve ser capaz de medir o domínio de interesse, monitorizar os progressos, melhorar a comunicação entre disciplinas, doentes e famílias, medir a eficácia do tratamento e determinar os benefícios das intervenções de reabilitação (Hoeman, 2011). Estes aspetos fundamentam a importância da utilização de escalas para medição de todos os domínios que contribuem para a independência da pessoa, nomeadamente na realização das AVD, evidenciando a eficácia das intervenções.

Ainda no âmbito das suas competências específicas, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação intervém na prevenção de complicações secundárias, nomeadamente respiratórias, potencialmente graves decorrentes da imobilidade. “Os movimentos respiratórios tornam-se mais superficiais e rápidos, o que associado à ineficácia do revestimento ciliar e à fraqueza dos músculos abdominais, que reduzem a efetividade da tosse, facilita a acumulação de secreções, predispondo à infeção” (OE, 2013, p.24).

Concomitantemente, o estágio na ECCI, permitiu-me ampliar o leque de competências específicas definidas pela OE (2010b), nomeadamente no que respeita à prestação de cuidados à pessoa com patologia respiratória. Já com consulta prévia do processo clínico do utente, nas visitas domiciliárias o primeiro procedimento era a avaliação dos sinais vitais, incluindo medição da saturação de oxigénio pelo oxímetro, a inspeção, palpação e auscultação pulmonar, eram realizadas no início, durante e no final de cada abordagem. Seguiam-se as técnicas de descanso e relaxamento, em que na maioria dos casos, a posição adotada era o decúbito dorsal, mas em situações de dispneia ou de maior ansiedade também recorri a outras posições, nomeadamente o *semifowler*. A consciencialização e o controlo da respiração eram realizadas mediante ensino e treino de dissociação dos tempos respiratórios e da respiração diafragmática, tendo sempre em conta a tolerância e capacidade de colaboração de cada doente. Na reeducação do padrão diafragmático foram efetuados com o doente exercícios respiratórios da porção

anterior, posterior e hemicúpulas diafragmáticas, direita e esquerda. Para fortalecimento da musculatura abdominal e maior resistência em situações de cansaço, em alguns casos, consegui introduzir gradualmente o uso de resistências (manual e através da utilização de pesos), bem como incluí neste exercícios de reeducação costal seletiva, utilizando em substituição do bastão, um pau de vassoura, para abertura costal global. Para ajudar à progressão e desprendimento das secreções utilizei manobras acessórias, nomeadamente, a vibração, percussão e compressão. Também foi realizado ensino e treino da tosse dirigida modificada e exercícios de acordo com o ciclo ativo de técnicas respiratórias.

Relativamente ao treino de fortalecimento muscular, foi dado ênfase ao treino de *endurance*, associando-se exercícios de força muscular, com envolvimento dos membros superiores e inferiores. O treino de exercício dos membros superiores foi realizado mediante a utilização de bastão (pau de vassoura) e pesos (pacote arroz ou massa). No que respeita ao treino dos membros inferiores recorri ao uso de pedaleira, treino de marcha e treino de subir e descer escadas, sempre de acordo com a tolerância do utente. Segundo a DGS (2009, p. 8), este é uma “componente mandatária do programa de RR”, acrescentando ainda que a sua combinação com o treino dos membros superiores é benéfica, na medida em que melhora a tolerância ao exercício e reduz a dispneia, diminuindo a incapacidade funcional e contribuindo para o aumento da qualidade de vida da pessoa (DGS, 2009).

Neste mesmo ensino clínico, tive a oportunidade de prestar cuidados especializados, no domínio da enfermagem de reabilitação, a um adolescente de 14 anos, vítima de um atropelamento, que o deixou tetraplégico e com sequelas neurológicas irreversíveis, necessitando de programa de reabilitação funcional motora e respiratória. Sendo um ciclo de vida diferente da realidade estudada (idade geriátrica), veio contribuir para o desenvolvimento e aquisição de competências ao longo de todo o ciclo vital em todos os contextos da prática de cuidados.

Apresentando-se como competência específica a **capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**, perante a situação de doença, a pessoa pode apresentar limitação de mobilidade que a impede de realizar os seus autocuidados sendo essencial a conceção e implementação de um programa de treino de AVD. O programa de treino de AVD deve ter em consideração o tipo de limitação da pessoa para o qual este será concebido, ensinando ao doente e seu familiar/cuidador técnicas específicas de autocuidado de acordo com as limitações do doente, sendo

preponderante o treino, ensino e supervisão da realização de AVD através da utilização de produtos de apoio. Outro dos pontos consiste na promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social através da identificação e orientação para eliminação de barreiras arquitetónicas.

A educação para a saúde constitui a chave para o êxito de um programa de reabilitação. Tem como principal objetivo a manutenção ou melhoria da qualidade de vida do utente, promovendo uma modificação do comportamento e estilo de vida, e proporcionando um efeito terapêutico adicional às outras intervenções. Para uma boa adesão aos cuidados prestados e ensinamentos efetuados, foi antes de tudo necessário, o estabelecimento de laços de confiança, pois estes irão “permitir que seja possível à pessoa que recebe cuidados e à que presta, caminharem juntas na construção de um caminho que faça sentido para quem é cuidado” (Hesbeen, 2003, p. 75), facilitando a manutenção do controlo do seu próprio meio ambiente e assim, “assumir a responsabilidade do seu plano de manutenção da saúde e do seu comportamento” (Hoeman, 2011, p.127).

No decorrer do ensino clínico no Serviço de Ortopedia, testemunhou-se a importância da intervenção precoce do EEER, nos diferentes momentos (pré, intra e pós operatório), com a finalidade da pessoa e família/cuidador recuperarem a independência e autonomia no universo da funcionalidade e autocuidados, permitindo uma reinserção no meio ambiente quotidiano. A participação no programa Rapid Recovery, inicialmente, como observadora e posteriormente como dinamizadora, permitiu a obtenção de segurança e autonomia, bem como a consciencialização do papel do EEER nas temáticas abordadas e nos cuidados pré e pós operatórios a realizar, aumentando conhecimento e destreza para desempenho futuro a nível profissional, e igualmente deu ênfase à importância da capacitação e envolvimento do cuidador/família no processo de reabilitação.

As pessoas que integravam este programa assistiam a uma reunião preparatória do internamento na sala de espera, onde explicava-se as cirurgias a que seriam sujeitos, os procedimentos intra e pós operatório imediatos, tratamento à ferida cirúrgica, bem como todo o programa de reabilitação “tipo” que seria aplicado (exercícios isotónicos, isométricos, de amplitude articular, de força muscular, treino de marcha com auxiliares de marcha – andarilho e canadianas – subida e descida de escadas, entrada e saída do carro) e reeducação funcional respiratória. Igualmente, eram esclarecidas dúvidas existentes, partilha de experiências e no final entregue informação escrita, pela equipa, para reforço da informação dada

oralmente (Anexo III), sem nunca descuidar, fatores como, a percepção da informação por parte do prestador de cuidados, a pertinência da informação e a utilização adequada dessa informação, como forma de consolidar conhecimentos sobre posicionamentos, crioterapia, exercícios de reeducação funcional respiratória e motora, e treinos de autocuidados, transferências e marcha.

Uma investigação citada por Rocha et al. (2016), ao desenvolver um estudo sobre os resultados de um programa de capacitação na reabilitação de pacientes após FFP, veio demonstrar, que idosos que participaram do programa relataram maior frequência de adaptação nas atividades de vida diária, o que mais uma vez demonstra a importância da aprendizagem de estratégias adaptativas para o autocuidado.

Estes ensinamentos, que tinham continuidade no pós-operatório, resultavam numa recuperação e adaptação mais eficaz às limitações presentes, constatando deste modo a importância da literacia em saúde, uma vez que permite-nos o desenvolvimento de estratégias tendo em conta as necessidades reais, os recursos e o projeto de vida da pessoa, promovendo a expansão de todo um potencial individual capaz de contribuir para a efetivação do seu projeto de saúde (Rocha et al., 2016).

Já no campo de estágio Comunitário, o empoderamento do utente e família/cuidador era determinante, uma vez que permitia a conceção e implementação de um programa de treino de AVD, tendo em consideração o tipo de limitação da pessoa para o qual este será concebido, ensinando à pessoa e seu familiar/cuidador técnicas específicas de autocuidado de acordo com as limitações do mesmo, sendo preponderante o treino, ensino e supervisão da realização de AVD através da utilização de produtos de apoio, promovendo a mobilidade, acessibilidade e participação social através da identificação e orientação para eliminação de barreiras arquitetónicas. A oportunidade de participar no Projeto Academias de Mobilidade Mafra Saudável, já outrora implementado na ECCI, que consistia na intervenção do EEER (gestor) e da Fisioterapeuta junto de utentes inscritos nas Unidades de Saúde desse concelho, com défice da mobilidade, em parceria com a Câmara Municipal, que disponibilizava a presença de uma professora de Educação Física, segundo critérios, escalas e objetivos pré definidos (Anexo IV).

O EEER intervém junto da pessoa, interage com esta e desenvolve atividades que permitem maximizar a sua funcionalidade desta através da melhoria do desempenho motor e cardiorrespiratório. Realiza e aplica programas de treino motor

e cardiorrespiratório através de ensino, instrução e treino de técnicas e para isso deve demonstrar conhecimento aprofundado sobre este tema. Em função dos objetivos definidos pela pessoa e dos resultados esperados, monitoriza e avalia o programa, reformulando-o, se houver necessidade (Regulamento nº125/2011).

O ensino e treino reforçados ao longo do internamento sobre técnicas a utilizar, permitiu maximizar o desempenho dos utentes a nível motor, tendo em conta os objetivos individuais de cada um. Interagindo com as pessoas internadas no serviço de Ortopedia, foram colhidas informações sobre quais os objetivos do utente e seus familiares/cuidadores de forma a implementar um programa motor e cardiorrespiratório que encaminhasse para esses resultados esperados e sempre com objetivo de reabilitar, prevenir lesões e promover a saúde, tendo sido realizados planos de intervenção para o período pré-operatório e pós-operatório de pessoas idosas com fratura da extremidade proximal do fémur, submetidos a cirurgia (Apêndice II e III). Com intuito de preparar a pessoa para o pós-operatório, prevenindo lesões, promovendo a saúde e posteriormente reabilitar, foram elaborados programas de RFR e RFM no pré-operatório de utentes idosos com FEPP e realizados ensinamentos e treino de técnicas que se apresentariam no continuum do programa de reabilitação destes utentes no pós-operatório.

Os treinos dos autocuidados eram realizados duas vezes dia, à exceção do autocuidado tomar banho que apenas era realizado uma vez dia, normalmente no turno da manhã. Os treinos do autocuidado transferir-se, usar o sanitário, vestir-se e despir-se e andar com auxiliar de marcha eram realizados mais vezes durante o dia, de acordo com as necessidades individuais. A efetividade destas intervenções foi testemunhada por mim, que permitiu conferir a existência de uma evolução nos utentes, traduzindo-se capacidade funcional e conseqüentemente em ganhos em saúde.

O programa de reabilitação funcional baseado na RFR e RFM foi aplicado a todos os utentes com os quais contactei nos ensinamentos clínicos, tendo sido este adaptado a cada situação, avaliado e monitorizado através de registo na plataforma informática SClínico presente nos serviços de forma a verificar a necessidade de reformulação.

De acordo com a competência específica definida pela OE, **Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**, e em conformidade com o descrito anteriormente o ensino e treino reforçados ao longo do internamento

sobre técnicas a utilizar permitiu maximizar o desempenho dos doentes a nível motor, tendo em conta os objetivos individuais de cada um.

Em enfermagem de reabilitação de acordo com Hoeman, (2011) é fundamental trabalhar com os doentes e famílias de forma a desenvolver e atingir metas de restauro da função e viver o mais independentemente possível. A ausência de complicações associadas à intervenção cirúrgica e a melhoria das capacidades funcionais dos doentes durante o projeto de intervenção sustentaram o desenvolvimento desta competência.

A maximização da funcionalidade, fortalecendo as capacidades da pessoa, foi desenvolvida em diversas atividades no decorrer da realização dos meus ensinamentos clínicos, na qual se devem conceber e implementar programas de reeducação funcional motora e respiratória através da conceção de sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação. Desta forma, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve demonstrar conhecimentos aprofundados acerca das funções em cima mencionadas e ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho nos diferentes níveis, tendo em mente os objetivos individuais a atingir com cada pessoa. De modo a se proceder à avaliação dos programas de reeducação funcional, este profissional deve avaliá-los e reformulá-los sempre que se justifique, tendo em mente os resultados esperados, integrando a pessoa em todo o processo de reabilitação sempre que possível (Regulamento nº 350/2015).

Este capítulo termina com uma reflexão pertinente que sintetiza este período. Através de momentos reflexivos adquire-se consciência de que somos atores no processo de aprendizagem e, com a aquisição e mobilização de competências, somos mediadores tanto no meio profissional como na sociedade em geral, na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação com qualidade, descredibilizando o peso que a incapacidade, a diferença e a deficiência têm nos dias de hoje (Hesbeen, 2001).

### **3 – CAPÍTULO III: AVALIAÇÃO**

#### **3.1 - Aspectos positivos e negativos**

Os ensinamentos clínicos tornaram-se uma mais-valia à minha aprendizagem e ao desenvolvimento de competências, na medida em que, pude intervir e atuar ao nível dos vários campos de intervenção. Foi possível aplicar na prática grande parte dos conhecimentos teóricos adquiridos, além de dar resposta aos objetivos delineados em Projeto de Estágio, os quais potenciaram a aquisição das Competências Comuns do EE e as Competências Específicas do EEER.

O período dos ensinamentos clínicos, graças às condições proporcionadas e oferecidas pelas respetivas instituições e, também, devido à disponibilidade permanente da parte dos profissionais responsáveis pela supervisão e orientação, decorreu sem registo de qualquer incidente crítico de cariz negativo, intensificando mais a sua pertinência para a aquisição e desenvolvimento de competências.

A realização deste trabalho permaneceu envolto em sentimentos de satisfação e interesse, mas também com uma dificuldade em conciliar a vida pessoal e profissional, contudo este caminhar deixa seguramente um trilho feito para futuras investigações pois cada vez mais é necessário reproduzir conhecimentos científicos e continuar na procura de respostas.

Sem dúvida, o aspeto positivo major a salientar, foi a primeira “pedra” colocada no ensino clínico do Serviço de Ortopedia, que deu início a uma construção de uma ponte bidirecional relativamente à continuidade de cuidados especializados de reabilitação, bem como articulação interinstitucional entre pares, hospital e unidades de saúde de cuidados primários.

Relativamente aos aspetos menos positivos passam pelas oportunidades mais reduzidas relativamente a utentes com patologias respiratórias, que apesar do EC ECCI abarcar todo o tipo de comorbilidades, no percurso do mesmo, os utentes referenciados foram em maior número do foro motor e paliativo.

### **3.2- Contributos para a prática de enfermagem**

Todo este percurso académico contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, conferindo-me um suporte teórico-prático fundamental no desenvolvimento da minha prática diária com cuidados de qualidade.

O alvo de intervenção do EEER é a pessoa com necessidades especiais, no contexto em que esta se encontra, o que implica que os cuidados especializados em enfermagem de reabilitação sejam prestados nos diferentes contextos da prática clínica, de modo a dar resposta às necessidades de cuidados da população alvo, contribuindo fortemente para a obtenção de ganhos em saúde (OE, 2015). Neste sentido torna-se fundamental, a monitorização desses ganhos e a produção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, integrados em programas de melhoria contínua da qualidade.

O estágio, tanto no Serviço de Ortopedia como na ECCI, foi uma oportunidade importante para aprofundar conhecimentos numa temática que constitui motivo atual de preocupação e que sempre despertou elevado interesse, permitindo implementar o Projeto de Formação delineado no semestre anterior. De salientar que os cuidados prestados não se centraram apenas promoção das atividades de autocuidado à pessoa idosa que sofreu uma FEPP, englobando cuidados gerais e especializados, à pessoa com alterações a nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação e eliminação, e que necessitava da intervenção da área de especialidade da ER. O recurso frequente à reflexão e a pesquisa constante da melhor evidência científica disponível, foram contributos fundamentais para atingir a excelência no cuidar. Considero alcançados os objetivos a que me propus inicialmente.

A tomada de consciência, como um trabalho sobre si próprio mobilizado no momento adequado, facilita e favorece o desenvolvimento de competências. Este permite, no tempo certo com recurso a técnicas adequadas, desenvolver e promover novos esquemas de ação, transformando o profissional e o próprio contexto. É através da interação entre o profissional e o contexto específico da prática de cuidados, que a enfermagem assegura a existência e a criação de um saber prático baseado em experiências, valores, estratégias e intuição. Os contextos influenciam e são influenciados pela subjetividade de cada um dos profissionais no coletivo, que se articulam com o intuito de se reinventar um novo coletivo, promovendo aprendizagens ao longo da vida (Serrano, Costa & Costa, 2011).

Assim, ao longo deste percurso foi possível adquirir e desenvolver as competências gerais do EE e específicas do EEER, junto das pessoas com necessidades especiais e o seu papel de empreendedorismo, na medida em que concebi e implementei intervenções, procurando otimizar e/ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, além de colaborar na criação e na implementação de programas de treino de AVD (Atividades de Vida Diária), visando a adaptação às limitações da mobilidade e a maximização da autonomia no exercício dos autocuidados, além da implementação de programas de treino motor e cardiorrespiratório, na comunidade e no internamento hospitalar, essenciais à aquisição da sua independência e autonomia (OE, 2011).

Considera-se, de uma forma estritamente pessoal, que a oportunidade presenteada pela frequência do Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, inserido no seio do Curso de Mestrado em Enfermagem e o próprio Estágio com Relatório, forneceu um valorizável contributo para o futuro da prática de cuidados. Permitiu, também, a compreensão de situações sob um ponto de vista global, com recurso à intuição e à reflexão de variadas alternativas como resolução dos problemas encontrados no decorrer de todo o percurso. Em concomitância, o desenvolvimento de atividades permitiu demonstrar a aptidão para o progresso do autoconhecimento e da melhoria da prática de cuidados.

#### 4 – CAPÍTULO IV: CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO

As FEPF têm vindo a aumentar em Portugal e no mundo, a par com o crescente envelhecimento das populações, o que representa para a saúde um significativo impacto médico e socioeconómico, relacionado não só devido ao evento em si, mas também pelas consequências que lhe estão associadas (Laires, Perelman, & Consciência, 2015).

O aumento exponencial desta incidência, confirmada nos últimos estudos desenvolvidos, coloca desafios diários aos serviços de saúde e aos seus profissionais, nomeadamente na reabilitação e reintegração sociofamiliar destas pessoas. Pelo que, a vivência da transição para casa da pessoa com FEPF afigura-se como um fenómeno de extremo interesse para o EER, nomeadamente na adequação da intervenção às necessidades da pessoa alvo dos seus cuidados.

O interesse pelo tema foi de extrema importância, perante o aumento da incidência das FEPF com o crescente aumento da esperança média de vida, numa sociedade, já envelhecida, com problemas cada vez mais incapacitantes que exigem mais cuidados de saúde em geral e de reabilitação em particular, na reintegração sociofamiliar destas pessoas, muitas vezes, insuficientes para responder às necessidades. O contacto diário com a pessoa que sofreu FEPF, permitiu constatar que o momento da alta hospitalar e a transição para casa, transportam consigo uma elevada carga emocional e deixam transparecer sentimentos de insegurança, incitando a querer conhecer melhor esta vivência, também com o intuito de reunir contributos de melhoria das práticas clínicas e da atenção dispensada a estas pessoas.

É fundamental que após o internamento hospitalar, exista um cenário de cuidados à pessoa idosa com défice de mobilidade e autocuidado por FEPF e/ou submetido a cirurgia ortopédica, no seu contexto comunitário que lhe permita assegurar um processo de reabilitação devidamente estruturado. Isto implica a necessidade de um sistema de saúde organizado em prol das necessidades de saúde da pessoa idosa e da sua família, com capacidade de resposta para as múltiplas situações de doença e problemas e que assegure um *continuum* de cuidados organizados, integrados e articulados ente si. Neste processo de transição da pessoa para a comunidade, assumimos que o enfermeiro de reabilitação é um elemento estruturante na recuperação e integração dos cuidados de saúde. Considera-se igualmente que neste processo de continuidade de cuidados, as

competências deste especialista são cruciais na gestão de cuidados ao idoso com esta problemática e no apoio aos cuidadores informais e a outros profissionais envolvidos nos cuidados ao idoso no seu contexto social.

A intervenção precoce do enfermeiro de reabilitação constitui um alicerce importante na capacitação da autonomia do utente face às suas alterações biopsicossociais, assim como da sua família/cuidador, com vista na promoção do autocuidado.

Este percurso permitiu responder à questão primária “Quais as intervenções do EEER que promovem a capacidade funcional no processo de adaptação ao domicílio na pessoa com FEFP?”, na medida em que fui capaz de integrar, desenvolver e por em prática todos os objetivos definidos em projeto (ver apêndice I – projeto de estágio), os quais me propus desenvolver em estágio (ver apêndice III), alicerçando no global, as Competências do EE e do EEER (ver anexo A).

Terminada esta etapa e tendo em conta que no contexto profissional se encontra enraizada a cultura da ER, futuramente o investimento profissional passará por:

- 1) Colaborar com os EEER e restantes elementos da equipa, na implementação de estratégias adaptativas que permitam à pessoa dependente maximizar a sua funcionalidade e capacidade de autocuidado, procurando que no regresso ao domicílio, sejam reunidas as condições necessárias para dar resposta às suas limitações;
- 2) Dar continuidade ao protocolo já efetivado da articulação entre hospital e centro de saúde, para que ocorra uma intervenção atempada do EEER;
- 3) Aprofundar a vertente da Reabilitação Funcional Respiratória, que embora, tal como foi referido anteriormente, não tenha sido descurada, necessita de ser aprofundada, pelo que não só será proposto a realização de alguns turnos no serviço de Pneumologia do CHO, bem como atendendo à realidade do ACeS a que pertenço, que detém Projetos em torno da funcionalidade motora, no entanto carece de projetos no âmbito da funcionalidade respiratória, elaborarei junto dos meus colegas ER um projeto com a temática em falta.

Para que os mesmos sejam operacionalizados torna-se então necessário uma contínua atualização de conhecimentos, baseada na melhor evidência disponível e o desenvolvimento de esforços demonstrativos dos conhecimentos adquiridos. Por

outro lado, é necessário que a própria instituição onde exerço funções reconheça esse meu esforço, criando as condições que permitam a sua operacionalização.

Finalizando a minha reflexão, penso que seja ainda importante referir que este foi um percurso onde obtive aprendizagens para a vida. Ao chegar ao fim do mesmo, reconheço que a diversidade de experiências e as pessoas com que me cruzei, contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. Considero que evolui significativamente no meu desempenho e na forma como encaro novos obstáculos e certas realidades. Sobretudo sinto-me uma pessoa diferente, mais humana e capacitada para ver o outro em todas as suas dimensões, enquanto pessoa. Para tal, foi necessário empenho, esforço e dedicação.

## 6 - BIBLIOGRAFIA

- Baixinho CL, & Ferreira Ó. (2020). *Defragment or integrate care? A challenge for the international year of the nurse*. Rev baiana enferm. 2020;34:e35856. Doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.35856>
- Barata, L. (2016). Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida Profissional – A Importância da Formação Contínua. In C. Marques-Vieira e L. Sousa (Coordenadores). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 123-135). Loures: Lusodidacta.
- Bayon-Calatayud, M., Benavente-Valdepeñas, A. M. (2018). *Short-Term Outcomes of Interdisciplinary Hip Fracture Rehabilitation in Frail Elderly Inpatients*. Hindawi, Rehabilitation Research and Practice. Article ID 1708272, 7 pages. Doi : <https://doi.org/10.1155/2018/1708272>.
- Bicudo, M. (2013). *Do envelhecimento saudável à longevidade com qualidade: contributos dos enfermeiros*. In Lopes, M.A.P. (coord). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: da investigação à prática* (39-75). Loures: Lusociência.
- Bruyne, P. et al. (1991). *Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: Os polos da prática metodológica* (5th ed.). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Cancela, D. M. G (2008). *O Processo de Envelhecimento*. O Portal dos Psicólogos. Porto. Doi: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
- Chesnay, M., & Anderson, B. (2008). *Caring for the Vulnerable – Perspectives in Nursing Theory, Practice and Research*. 2nd edition. Boston: Jones and Barlett Publishers. Acedido Dezembro 17, 2019, em: [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=hTKIxD4aJloC&oi=fnd&pg=PA155&dq=chesnay+2008+vulnerability&ots=rIAplQL3Hv&sig=0qkOCb\\_zu3JWY9kLhBTnpzrosHY&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=hTKIxD4aJloC&oi=fnd&pg=PA155&dq=chesnay+2008+vulnerability&ots=rIAplQL3Hv&sig=0qkOCb_zu3JWY9kLhBTnpzrosHY&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- CIF (2004) - *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Organização Mundial da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa.

- CIPE (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (Versão 2). Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Couto, G. M. (2012). *Autonomia/independência no autocuidado: Sensibilidade aos cuidados de enfermagem de reabilitação*. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Cunha, A., Cardoso, L. O., & Oliveira, V. C. T. F. (2005). *Autocuidado: Teoria de enfermagem de Dorothea Orem*. *Sinais Vitais*, 61, 36-40.
- Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 Agosto. Diário da República n.º 151/2013 - Série I. *Regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior*. Lisboa. Acedido Maio 2, 2019, em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/498487/details/maximized>
- Deodato, S. (2016). *Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. In C. Marques-Vieira e L. Sousa (Coordenadores). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 35-39). Loures: Lusodidacta.
- Despacho nº130/PRES/2018. *Regulamento dos Segundos Ciclos de Estudos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*. Acedido Maio 2, 2019, em <https://www.esel.pt/sites/default/files/migrated-files/9377-RegulamentodeMestradoEnfeCursosdeP%C3%B3sLicenciaturade.pdf>
- Despacho nº172/PRES/2018. *Regulamento dos Segundos Ciclos de Estudos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*. Acedido Maio 2, 2019, em <https://www.esel.pt/sites/default/files/migrated-files/9377-RegulamentodeMestradoEnfeCursosdeP%C3%B3sLicenciaturade.pdf>
- Direção Geral de Saúde (2003). *Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso, Recomendações para Intervenção Terapêutica*. Lisboa.
- Direção-Geral de Saúde (2006). Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Acedido Maio 7, 2019, em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacdn.com/files/2015/08/ProgramaNacionalparaaSa%C3%BAde-das-Pessoas-Idosas.pdf>

- Direção Geral de Saúde (2009). Circular Informativa Nº 40A/DSPCD – *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Acedido Maio 30, 2020, em: <http://www.dgs.pt>
- Direção Geral de Saúde (2012). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto: COM MAIS CUIDADO - Prevenção de acidentes domésticos com pessoas Idosas. Manual de Apoio e Formulário*. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (2015). Despacho n.º1400-A/2015. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, no âmbito do Ministério da Saúde. Diário da República, 2.ª série – N.º 28 – 10 de Fevereiro de 2015 (3882(2) – 3882 (10)). Acedido Junho 10, 2020, em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2015-2020-publicado-em-Diario-da-Republica.aspx>.
- Dyer, S. M., Crotty, M., Fairhall, N., Magaziner, J., Beaupre, L. A., & Cameron, I. D. (2016). *A critical review of the long-term disability outcomes following hip fracture*. *BioMed Central (BMC) Geriatrics*, 16, 1–18.
- Felicíssimo, P., & Branco, J. (2017). *Percurso clínico e programa de alta nos doentes com fratura da extremidade proximal do fémur*. *Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia*, 25(4), 303-310. Doi: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1646-21222017000400005](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-21222017000400005)
- Henriques, A. (2013). *A Gestão da medicação nas pessoas idosas: a adesão como indicador de eficácia das intervenções de enfermagem*. In Lopes, M.A.P. (coord). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: da investigação à prática* (115-175). Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2003). *Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. P. (2011) – *Enfermagem de Reabilitação - Aplicação e Processo*. Loures: Lusociência: ISBN:972-8383-13-4

- Instituto Nacional de Estatística, IP (2012). *Saúde e Incapacidades em Portugal 2011*. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2019). *Estatísticas de Saúde 2017*. Lisboa.
- Jesus, F.J.S. (2017). *Reabilitação na pessoa após fratura da extremidade proximal do fémur*. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Laires PA., Perelman J., Consciência JG., Monteiro J., & Branco JC. (2015). *Actualização sobre o impacto epidemiológico e socioeconómico das fracturas da extremidade proximal do fémur*. Órgão oficial da Sociedade Portuguesa de Reumatologia. Lisboa.
- Lee, D. J., & Elfar, J. C. (2014). *Timing of Hip Fracture Surgery in the Elderly*. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, 5(3), 138–140. Sarge Journals 2014. Doi: <https://doi.org/10.1177/2151458514537273>
- Lee, D., Jo, J. Y., Jung, J. S., & Kim, S. J. (2014). *Prognostic Factors Predicting Early Recovery of Pre-fracture Functional Mobility in Elderly Patients With Hip Fracture*. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 38(6), 827–835. Doi: [10.5535 / arm.2014.38.6.827](https://doi.org/10.5535/arm.2014.38.6.827)
- Leite, V. B. E., & Faro, A. C. M. (2005). *O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(1), 92-96. Doi: [10.1590/S0080-62342005000100012](https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000100012)
- Lista, A., Correia, J., & Fonseca, C. (2017). A Teoria do Autocuidado, uma proposta reflexiva dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. *Journal of Aging & Innovation*. Vol. 6(2), 13 – 16. Acedido Maio 2, 2019, em <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/2-Auto-Cuidado-Proposta-de-Intervenção.pdf>
- Lofgren S, Hedstrom M., Ekstrom W., Lindberg L., Flodin L. & Ryd L. (2015). *Power to the patient: care tracks and empowerment a recipe for improving rehabilitation for hip fracture patients*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 462 – 469. Doi: [10.17352 / 2455-5487.000034](https://doi.org/10.17352/2455-5487.000034)

- Magalhães, C. (2017). *Refletir sobre a prática para melhorar a qualidade dos cuidados*. Tese de Mestrado na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Universidade Católica Portuguesa do Porto. Porto.
- Marques-Vieira, C. & Caldas, A. C. (2017). *A Relevância do Andar: Reabilitar a Pessoa com Andar Comprometido, in Cuidados de Reabilitação á pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.
- Meleis, A.I. (1997). *Theoretical nursing: Development and Progress* (3th ed.). Philadelphia: Lippincott Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory*. *ANS. Advances In Nursing Science*, 23(1), 12–28. Acedido Janeiro 6, 2020, em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=10970036&site=e=ehost-live>.
- Meleis, A.I. (2012). *Theoretical nursing: Development and Progress* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins.
- Menoita, E. C. & Cordeiro, M. C. O. (2012). *Manual de boas Práticas na Reabilitação Respiratória. Conceitos, princípios e técnicas*. Editor: Lusociência. ISBN: 9789728930868
- Menoita, E. A., Sousa, L. M., Alvo, I. B. P. & Vieira, C. M. (2012) – *Reabilitar a pessoa idosa com AVC- Contributos para um Envelhecimento Resiliente*. Loures: Lusociência: ISBN: 978-972-8930-78-3
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Gabinete de Estratégia e Planeamento (2017). *Relatório de Portugal - Comissão Económica Das Nações Unidas Para A Europa (UNECE) Terceiro Ciclo De Revisão E Avaliação Da Estratégia De Implementação Regional (RIS) do Plano Internacional De Ação De Madrid Sobre O Envelhecimento (MIPAA)*. Lisboa.
- Odén A., McCloskey E.V., Kanis J.A., Harvey N.C., & Johansson H. (2015). *Burden of high fracture probability worldwide: secular increases 2010–2040*. *Osteoporos Int.*, 26: 2243–8.

Ordem dos Enfermeiros (1996). *REPE: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Acedido Maio 10, 2019, em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Acedido Maio 24, 2019, em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2007). Parecer n.º 136/2007. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido Fevereiro 13, 2020, em

[http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao\\_23Abr2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Pp. 1-20. Acedido Abril 11, 2020, em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/cadernostematicos2.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa. Acedido Janeiro 6, 2020, em

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2010b) *Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa. Acedido Julho 11, 2019, em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunsEnfermeiro.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *CIPE® Versão 2011 – Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Versão oficial em português. ISBN: 978-92-95099-18-0
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Proposta do Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Setembro.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas cuidados à Pessoa com alterações da mobilidade - Posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa.
- Ordem dos enfermeiros (2015). *Áreas de intervenção prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Porto. Acedido Maio 3, 2019, em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCE\\_R\\_Assembleia/Areas\\_Investigacao\\_Prioritarias\\_para\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCE_R_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf)
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa.
- Organização Mundial da Saúde (2008). *Guia global: Cidade amiga do idoso*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Relatório Mundial do Envelhecimento e Saúde*. Genebra.
- O'Sullivan, S., & Schmitz, T. (2010). *Fisioterapia: Avaliação e tratamento*. São Paulo: Manole.
- Peixoto, N. M. S. M. & Peixoto, T. A. S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (11), 121-132. Doi: [10.12707/RIV16030](https://doi.org/10.12707/RIV16030);
- Peixoto, T., & Peixoto, N. (2017). Pensamento crítico dos estudantes de enfermagem em ensino clínico: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (13), 125-38. Doi: [10.12707/RIV16029](https://doi.org/10.12707/RIV16029)

Pestana, H. (2016). Sistemas de Informação e a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira e L. Sousa (Coordenadores). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 77-88). Loures: Lusodidacta.

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado, conceito central da enfermagem: Da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. Coimbra: Formasau.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE (PNS) 2011-2016. *Estratégias Saúde*. Vol. 1. Portal da Saúde. Acedido Maio 2, 2019, em:  
[http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4DDFFD8C-EB94-4CAE-BCE4-D95DE95EA944/0/PNS\\_Vol1\\_Estrategias\\_saude.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4DDFFD8C-EB94-4CAE-BCE4-D95DE95EA944/0/PNS_Vol1_Estrategias_saude.pdf)

Pontes, M. & Santos, A. (2016). A Gestão de Serviços de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira e L. Sousa (Coordenadores). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 89-100). Loures: Lusodidacta.

Regulamento nº 122/2011 (2011). Diário da República n.º 35/2011, II Série. *Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido Maio 13, 2019, em  
<https://dre.pt/application/file/a/3477087>

Regulamento nº 350/2015 de 22 de Julho (2015). Diário da República, Nº 119. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa.

Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro (2019). Diário da República, II Série, nº 26. *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Acedido Outubro 28, 2019, em  
<https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

Regulamento n.º 392/2019 de 3 de Maio (2019). Diário da República nº 85 – II Série. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa. Acedido julho 11, 2019, em  
<https://dre.pt/application/conteudo/122216893>

- Rocha, M. A., Azer, H. W., & Nascimento, V. G. (2009). *Evolução funcional nas fraturas da extremidade proximal do fêmur*. Acta Ortopédica Brasileira, 17(1), 17-21.
- Serra, L. M. A., Oliveira, A. F., & Castro, J. C. (2012). *Crítérios fundamentais em fraturas e ortopedia* (3.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Lidel.
- Serrano, M; Costa, A. & Costa, L. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, n.º 3. 15-23. Doi: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIln3/serIIIln3a02.pdf>
- Silva, I., Oliveira, M., Silva, S., Polaro, S., Radünz, V., Santos, E., & Santana, M. (2009). *Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem*. Revista Da Escola De Enfermagem Da USP. Vol. 43(3), 697 - 703. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300028>
- Smeltzer, S. C. (2011). *Cuidados de enfermagem pré-operatórios*. In *Brunner e Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (12.<sup>a</sup> ed.) (pp. 423-439). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Sousa, L. & Carvalho, M. (2016a). *Pessoa com Fratura da Extremidade superior do Fémur*. In sousa, L. & Marques Vieira, C. (2016). *Cuidados de Enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (1<sup>a</sup> edição). Loures: Lusodidata.
- Sousa, L. & Carvalho, M. (2016b). *Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em contexto de internamento e Ortopedia*. In sousa, L. & Marques Vieira, C. (2016). *Cuidados de Enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (1<sup>a</sup> edição). Loures: Lusodidata.
- Stasi S., Papathanasiou G., Chronopoulos E., A Dontas I., Baltopoulos I., & Papaioannou N. (2019). *The Effect of Intensive Abductor Strengthening on Postoperative Muscle Efficiency and Functional Ability of Hip-Fractured Patients: A Randomized Controlled Trial*. Greece. Website: [www.ijonline.com](http://www.ijonline.com). 10.4103/ortho.IJOrtho\_183\_18
- Tomey, Ann; Alligood, Martha (2004) – *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)*. Lusociência: ISBN: 972-8383-74-6
- Tronzo, R.G. (1973). *Surgery of the hip joint*. Philadelphia: Lea & Febiger.

Wendt K., Heim D., Josten C., Kdolsky R., Oestern H.-J., Palm H. et al (2016).  
*Recommendations on hip fractures*. European Journal of Trauma & Emergency  
Surgery, 42:425–431.

Zagonel, I. P. S., (1999). O Cuidado Humano Transacional na Trajetória da  
Enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 7, 25-32. Doi:  
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>

## **ANEXOS**

## **ANEXO I – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

**ORDEM DOS ENFERMEIROS**

Regulamento n.º 122/2011

**Regulamento das COMPETÊNCIAS COMUNS do Enfermeiro Especialista****Âmbito e finalidade**

- 1 — O conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza -se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas.
- 2 — O perfil de competências comuns e específicas visa **prover um enquadramento regulador para a certificação das competências** e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.
- 3 — As competências específicas serão reguladas em regulamento próprio de acordo com a respectiva área de especialização em enfermagem.
- 4 — A **certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.**

**CONCEITOS** - "COMPETÊNCIAS COMUNS", "COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS", "COMPETÊNCIAS ACRESCIDAS", "DOMÍNIO DE COMPETÊNCIA", "DOMÍNIO DE COMPETÊNCIA", "NORMA OU DESCRITIVO DE COMPETÊNCIA", "UNIDADE DE COMPETÊNCIA",

- a) "COMPETÊNCIAS COMUNS", são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua **elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados** e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da **formação, investigação e assessoria**;
- b) "COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS", são as competências que **decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade**, demonstradas através de um **elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas**.

- c) "COMPETÊNCIAS ACRESCIDAS", são as competências que **permitem responder** de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, **fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos**, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas.
- d) "DOMÍNIO DE COMPETÊNCIA", é uma esfera de acção e compreende um **conjunto de competências com linha condutora semelhante** e um conjunto de elementos agregados.
- e) "NORMA OU DESCRITIVO DE COMPETÊNCIA", apresenta a **competência em relação aos atributos gerais e específicos**, sendo decomposta em segmentos menores, podendo **descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas** e aplicadas em distintas situações de trabalho.
- f) "UNIDADE DE COMPETÊNCIA", é um segmento maior da competência, tipicamente representado como **uma função major ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta**, revestindo -se de um significado claro e de valor reconhecido no processo.
- g) "Critérios de avaliação", compreendem a lista integrada dos aspectos de desempenho que devem ser atendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício; expressam as características dos resultados, relacionando -se com o alcance descrito.

#### **DOMÍNIOS DAS COMPETÊNCIAS COMUNS**

São quatro os domínios de competências comuns:

1. Responsabilidade profissional, ética e legal, - [A]
2. Melhoria contínua da qualidade, - [B]
3. Gestão dos cuidados e - [C]
4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. - [D]

#### **1. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL – [A]**

- a) Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção - A1
- b) Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais - A2

**COMPETÊNCIA - A1 — DESENVOLVE UMA PRÁTICA PROFISSIONAL E ÉTICA NO SEU CAMPO DE INTERVENÇÃO.**

**Descritivo** - Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

**Unidades de competência Critérios de avaliação**

**A1.1 — Demonstra tomada de decisão**

ética numa variedade de situações da prática especializada.

A1.1.1 — As estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente.

A1.1.2 — O juízo baseado no conhecimento e experiência está reflectido na tomada de decisão.

A1.1.3 — A autonomia de julgamento fundamentado reflecte -se na tomada de decisão em situações da prática clínica.

A1.1.4 — Participa na construção da tomada de decisão em equipa.

A1.1.5 — As respostas mais apropriadas são identificadas a partir de um amplo leque de opções.

**A1.2 — Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas.**

A1.2.1 — As situações são avaliadas usando técnicas de tomada de decisão.

A1.2.2 — As decisões são guiadas pelo Código Deontológico.

A1.2.3 — Incorpora elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem.

A1.2.4 — Promove o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico, na equipa de Enfermagem onde está inserido.

**A1.3 — Lidera de forma efectiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade.**

A1.3.1 — Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade.

A1.3.2 — Reconhece a sua competência na área da sua especialidade.

A1.3.3 — Toma a iniciativa de conduzir os processos de tomada de decisão.

A1.3.4 — Recolhe contributos e suscita a análise dos fundamentos das decisões.

A1.4 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.

A1.4.1 — Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada.

A1.4.2 — Os resultados são avaliados e partilhados para promover o desenvolvimento da prática especializada.

#### **COMPETÊNCIA - A2 — PROMOVE PRÁTICAS DE CUIDADOS QUE RESPEITAM OS DIREITOS HUMANOS E AS RESPONSABILIDADES PROFISSIONAIS.**

**Descritivo** - Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes

Unidades de competência Critérios de avaliação

A2.1 — Promove a protecção dos direitos humanos.

A2.1.1 — Assume a defesa dos Direitos Humanos, tal como descrito no Código Deontológico, relevando os relativos à sua área de especialidade.

A2.1.2 — Promove o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, na equipa de Enfermagem onde está inserido.

A2.1.3 — Promove a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, na equipa de Enfermagem onde está inserido.

A2.1.4 — Promove o respeito do cliente à privacidade, na equipa de Enfermagem onde está inserido.

A2.1.5 — Promove o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados Especializados e de saúde, na equipa de Enfermagem onde está inserido.

A2.1.6 — Promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, na equipa de enfermagem onde está inserido.

A2.1.7 — Reconhece e aceita os direitos dos outros.

A2.1.8 — Mantém um processo efectivo de cuidado, quando confrontado com valores diferentes.

A2.2 — Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.

A2.2.1 — Reconhece a necessidade de prevenir e identifica práticas de risco.

A2.2.2 — Adopta e promove a adopção de medidas apropriadas, com recurso às suas competências especializadas.

A2.2.3 — Tem uma conduta preventiva, antecipatória.

A2.2.4 — Recolhe e analisa informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica.

A2.2.5 — Identifica as acções a serem tomadas em circunstâncias específicas.

A2.2.6 — Segue incidentes de prática insegura para prevenir re-ocorrência.

## 2. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE, - [B]

a) Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. -

B1

b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade - B2

c) Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. - B3

**COMPETÊNCIA - B1 — DESEMPENHA UM PAPEL DINAMIZADOR NO DESENVOLVIMENTO E SUPORTE DAS INICIATIVAS ESTRATÉGICAS INSTITUCIONAIS NA ÁREA DA GOVERNAÇÃO CLÍNICA.**

**Descritivo** - Colabora na concepção e concretização de projectos institucionais na área da qualidade e efectua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.

Unidades de competência Critérios de avaliação

B1.1 — Inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade.

B1.1.1 — Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional.

B1.1.2 — Desenvolve aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados.

B1.1.3 — Colabora na realização de actividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições.

B1.1.4 — Comunica resultados das actividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.

B1.2 — Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática.

B1.2.1 — Detém conhecimentos avançados sobre as directivas na área da qualidade e em melhoria contínua.

B1.2.2 — Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso.

B1.2.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.

**COMPETÊNCIA - B2 — CONCEBE, GERE E COLABORA EM PROGRAMAS DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.**

**Descritivo** - Reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua.

Unidades de competência Critérios de avaliação

B2.1 — Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado.

B2.1.1 — Acede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade.

- B2.1.2 — Define indicadores para medição válida da qualidade, em função das necessidades.
- B2.1.3 — Utiliza indicadores de avaliação da estrutura ao nível da organização, recursos humanos e materiais.
- B2.1.4 — Realiza auditorias clínicas.
- B2.1.5 — Aplica instrumentos de avaliação de resultado.
- B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua.
- B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria.
- B2.2.2 — Estabelece prioridades de melhoria.
- B2.2.3 — Selecciona estratégias de melhoria.
- B2.2.4 — Elabora guias orientadores de boa prática.
- B2.3 — Lidera programas de melhoria.
- B2.3.1 — Supervisiona, permanentemente, os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade.
- B2.3.2 — Normaliza e actualiza as soluções eficazes e eficientes.

**COMPETÊNCIA - B3 — CRIA E MANTÉM UM AMBIENTE TERAPÊUTICO E SEGURO.**

**Descritivo** - Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efectividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, actua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Unidades de competência Critérios de avaliação

- B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo.
- B3.1.1 — Promove a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das percepções de segurança de um indivíduo/grupo.

- B3.1.2 — Promove a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do indivíduo/ grupo.
- B3.1.3 — Envolve a família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas.
- B3.1.4 — Demonstra conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes (de acordo com a idade).
- B3.1.5 — Promove a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares.
- B3.1.6 — Promove a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes.
- B3.1.7 — Promove a adesão à saúde e segurança ocupacional.
- B3.1.8 — Desenvolve medidas para a segurança dos dados e registos.
- B3.2 — Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais.
  - B3.2.1 — Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros.
  - B3.2.2 — Envolve os colaboradores na gestão do risco.
  - B3.2.3 — Previne os riscos ambientais.
  - B3.2.4 — Desenvolve mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa.
  - B3.2.5 — Desenvolve os sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.
  - B3.2.6 — Cria mecanismos formais que permitam avaliar a efectividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco.
  - B3.2.7 — Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos.
  - B3.2.8 — Coordena a implementação e manutenção de medidas standard de prevenção e controlo da infecção.
  - B3.2.9 — Colabora na elaboração de planos de emergência.

### 3. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS – [C]

a) Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; [C1]

b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados. [C2]

**COMPETÊNCIA - C1 – GERE OS CUIDADOS, OPTIMIZANDO A RESPOSTA DA EQUIPA DE ENFERMAGEM E SEUS COLABORADORES E A ARTICULAÇÃO NA EQUIPA MULTIPROFISSIONAL.**

**Descritivo** - Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Unidades de competência Critérios de avaliação

C1.1 – Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

C1.1.1 – Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e equipa.

C1.1.2 – Colabora nas decisões da equipa multiprofissional.

C1.1.3 – Intervém melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar.

C1.1.4 – Reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde.

C1.2 – Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.

C1.2.1 – Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar.

C1.2.2 – Cria guias orientadores das práticas a delegar.

C1.2.3 – Utiliza uma variedade de técnicas directas ou indirectas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar.

C1.2.4 – Supervisiona e avalia os cuidados prestados, em situação de delegação.

**COMPETÊNCIA - C2 — ADAPTA A LIDERANÇA E A GESTÃO DOS RECURSOS ÀS SITUAÇÕES E AO CONTEXTO VISANDO A OPTIMIZAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS.**

**Descritivo** - Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.

Unidades de competência Critérios de avaliação

C2.1 — Optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.

C2.1.1 — Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados.

C2.1.2 — Fundamenta os métodos de organização do trabalho adequados.

C2.1.3 — Organiza e coordena a equipa de prestação de cuidados.

C2.1.4 — Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade.

C2.1.5 — Avalia riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos.

C2.1.6 — Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.

C2.2 — Adapta o estilo de liderança e adequa -o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos.

C2.2.1 — Reconhece e compreende os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa.

Promove um ambiente positivo e favorável à prática.

C2.2.2 — Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado.

C2.2.3 — Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências.

C2.2.4 — Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

**4. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS**

**COMPETÊNCIA - D1 — DESENVOLVE O AUTO -CONHECIMENTO E A ASSERTIVIDADE.**

**Descritivo** - Demonstra, em situação, a capacidade de auto -conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo -se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Unidades de competência Critérios de avaliação

D1.1 — Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.

D1.1.1 — Desenvolve o auto -conhecimento para facilitar a identificação de factores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar.

D1.1.2 — Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda.

D1.1.3 — Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais.

D1.1.4 — Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.

D1.2 — Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional.

D1.2.1 — Desenvolve a congruência entre auto e hetero -percepção.

D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente.

D1.2.3 — Actua eficazmente sob pressão.

D1.2.4 — Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade.

D1.2.5 — Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

**COMPETÊNCIA - D2 — BASEIA A SUA PRAXIS CLÍNICA ESPECIALIZADA EM SÓLIDOS E VÁLIDOS PADRÕES DE CONHECIMENTO**

**Descritivo** - Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, actuais e pertinentes, assumindo -se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo da investigação.

Unidades de competência Critérios de avaliação

D2.1 — Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.

D2.1.1 — Actua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais.

D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas.

D2.1.3 — Concebe e gere programas e dispositivos formativos.

D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros.

D2.1.5 — Avalia o impacto da formação.

D2.2 — Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.

D2.2.1 — Actua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos.

D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação.

D2.2.3 — Investiga e colabora em estudos de investigação.

D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.

D2.2.5 — Discute as implicações da investigação.

D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

D2.3 — Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

D2.3.1 — Tem uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuem para a prática especializada.

D2.3.2 — Demonstra conhecimentos e aplica -os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes.

D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas.

D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados.

D2.3.5 — Toma iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada.

////////////////////////////////////

**ANEXO II – Competências Especificas do Enfermeiro Especialista de  
Reabilitação**

**ORDEM DOS ENFERMEIROS**

**Regulamento n.º 125/2011**

**Regulamento das COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS do Enfermeiro ESPECIALISTA DE REABILITAÇÃO**

**Âmbito e finalidade**

1 — O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

**CONCEITOS** - Os termos utilizados no presente Regulamento regem -se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as **competências comuns** dos enfermeiros especialistas.

- a) "**COMPETÊNCIAS COMUNS**", são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua **elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados** e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no **âmbito da formação, investigação e assessoria**;
- b) "**COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS**", são as competências que **decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde** e do **campo de intervenção definido para cada área de especialidade**, demonstradas através de um **elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas**.
- c) "**COMPETÊNCIAS ACRESCIDAS**", são as competências que **permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos**, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas.

d) "**DOMÍNIO DE COMPETÊNCIA**", é uma esfera de acção e compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados.

e) "**NORMA OU DESCRITIVO DE COMPETÊNCIA**", apresenta a competência em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho.

f) "**UNIDADE DE COMPETÊNCIA**", é um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função major ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo -se de um significado claro e de valor reconhecido no processo.

g) "**Critérios de avaliação**", compreendem a lista integrada dos aspectos de desempenho que devem ser atendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício; expressam as características dos resultados, relacionando -se com o alcance descrito.

#### **COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

São três os domínios de competências específicas:

1. **Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; [J1]**
2. **Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; [J2]**
3. **Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. [J3]**

**COMPETÊNCIA - J1 — CUIDA DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS, AO LONGO DO CICLO DE VIDA, EM TODOS OS CONTEXTOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS.**

**Descritivo - Identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar actividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da actividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária.**

**Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados** tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade.

Unidades de competência Critérios de avaliação

**J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações** que determinam limitações da actividade e incapacidades.

**J1.1.1 — Avalia o risco de alteração** da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade.

**J1.1.2 — Recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida** para avaliar as funções: cardio-respiratória; motora, sensorial e cognitiva; alimentação; eliminação vesical e intestinal; sexualidade.

**J1.1.3 — Avalia a capacidade funcional** da pessoa para realizar as Actividades de Vida Diárias (AVD's) de forma independente.

**J1.1.4 — Identifica factores facilitadores e inibidores** para a realização das AVD's de forma independente no contexto de vida da pessoa.

**J1.1.5 — Avalia os aspectos psicossociais que interferem** nos processos adaptativos e de transição saúde/ doença e ou incapacidade.

**J1.1.6 — Faz o diagnóstico das respostas humanas desadequadas** a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorespiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.

**J1.1.7 — Identifica as necessidades de intervenção** para otimizar e ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.

**J1.2 — Concebe planos de intervenção** com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.

**J1.2.1 — Discute as práticas de risco com pessoa, concebe planos, selecciona e prescreve as intervenções** para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

**J1.2.2 — Discute as alterações da função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade com a pessoa/cuidador e define com ela quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida.**

**J1.2.3 — Concebe planos, selecciona e prescreve as intervenções para otimizar e ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional: motora; sensorial; cognitiva; cardio-respiratório; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade.**

**J1.2.4 — Selecciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).**

**J1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório da alimentação, da eliminação e da sexualidade.**

**J1.3.1 — Implementa planos de intervenção para a redução do risco de alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.**

**J1.3.2 — Implementa programas de:**

- reeducação funcional cardio-respiratória;
- reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva;
- optimização e/ou reeducação da sexualidade;
- reeducação da função de alimentação e de eliminação (vesical e intestinal).

**J1.3.3 — Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do auto -cuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade).**

**J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas.**

**J1.4.1 — Monitoriza a implementação e os resultados dos programas de: redução do risco; optimização da função; reeducação funcional; treino.**

**J1.4.2 — Usa indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida).**

**COMPETÊNCIA - J2 — CAPACITA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA, LIMITAÇÃO DA ACTIVIDADE E OU RESTRIÇÃO DA PARTICIPAÇÃO PARA A REINserÇÃO E EXERCÍCIO DA CIDADANIA.**

**Descritivo -** Analisa a problemática da deficiência, limitação da actividade e da restrição da participação na sociedade actual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de acções autónomas e ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva.

**Unidades de competência Critérios de avaliação**

**J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.**

**J2.1.1 — Ensina a pessoa e ou cuidador técnicas específicas de auto cuidado.**

**J2.1.2 — Realiza treinos específicos de AVD's, nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).**

**J2.1.3 — Ensina e supervisa a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa.**

**J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.**

**J2.2.1 — Demonstra conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica.**

**J2.2.2 — Sensibiliza a comunidade para a importância de adopção de práticas inclusivas.**

**J2.2.3 — Identifica barreiras arquitectónicas.**

**J2.2.4 — Orienta para a eliminação das barreiras arquitectónicas no contexto de vida da pessoa.**

**J2.2.5 — Emite pareceres técnico -científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade.**

**COMPETÊNCIA - J3 — MAXIMIZA A FUNCIONALIDADE DESENVOLVENDO AS CAPACIDADES DA PESSOA.**

**Descritivo** - Interage com a pessoa no sentido de desenvolver actividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor e cardio-respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal.

Unidades de competência Critérios de avaliação

**J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório.**

**J3.1.1 — Demonstra conhecimento aprofundado acerca das funções cardio-respiratória e motora.**

**J3.1.2 — Ensina, instrui e treina sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor e cardiorespiratório, tendo em conta os objectivos individuais da pessoa.**

**J3.1.3 — Concebe sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação.**

**J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados.**

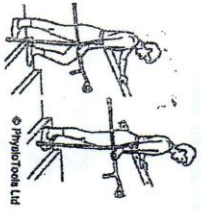
**J3.2.1 — Monitoriza a implementação dos programas concebidos.**

**J3.2.2 — Monitoriza os resultados obtidos em função dos objectivos definidos com a pessoa.**

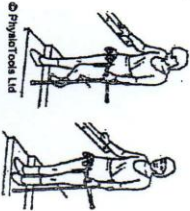
////////////////////////////////////

### **ANEXO III – Panfletos do Serviço de Ortopedia**

### COMO SUBIR E DESCER ESCADAS:



**SUBIR:**  
Primeiro a perna não operada,  
rada,  
Depois a perna operada;  
Depois as canadianas.



**DESCER:**  
Primeiro as canadianas;  
Depois a perna operada;  
Depois a perna não operada.

- Siga as instruções assinaladas :
- o Não faça força na perna operada
  - o Pode fazer força na perna operada
  - o Utilize o andarilho para andar
  - o Utilize as canadianas para andar

#### Actividades Proibidas :

- . Virar repentinamente sobre a perna operada
- . CAIR

#### Recomendações gerais:

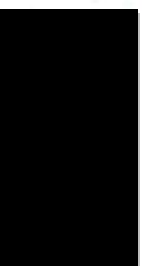
- . Aplique gelo 3-4 vezes por dia, durante 20 minutos;
- . Pode molhar o penso mas com cuidado ;
- . Faça os exercícios que lhe foram ensinados, várias vezes ao dia;
- . Alterne períodos de descanso com pequenos passeios;
- . Caso lhe sejam receitados novos medicamentos tome-os a horas certas e mantenha a sua medicação habitual;
- . Consulte o seu médico de família e entregue-lhe a nossa carta de alta;
- . Vigie sinais de infeção em qualquer parte do corpo e, recorra ao médico de família se suspeitar de alguma alteração;
- . Recorra ao serviço de urgência ou contacte-nos se:  
O penso repassar  
A pele à volta da cicatriz estiver muito quente  
Tiver febre superior a 38°

Director de Serviço: Dr Rui Amaral  
Enfermeira Chefe: Graça Carichas  
Enfermeira de Reabilitação: Helena Isabel Botelho  
Fisioterapeuta: Andreia

JUNTOS PELA SUA SAÚDE

# Cuidados após PROTESE TOTAL DO JOELHO

NOME: \_\_\_\_\_



Uma vez que tem necessidade de colocar uma prótese no joelho, é importante que tenha conhecimento de alguns cuidados a ter no seu dia a dia.

Embora normalmente decorra sem problemas, é importante que tenha noção das raras, mas possíveis complicações:

- . INFEÇÃO –pode aparecer logo após a cirurgia ou passados muitos anos. Mantenha-se saudável e com bons hábitos de higiene;
- . TROMBOSE EMBOLIA –quando há menos actividade física, há maior risco de se formarem trombos que podem entupir alguma veia. Mantenha-se ativo

### EXERCÍCIOS RECOMENDADOS:

Conte até 5 enquanto faz o movimento.

**DEITADO DE COSTAS** (é a posição mais confortável no início)



- . Movimento os pés para cima e para baixo;
- . Contraia os músculos da coxa, como se estivesse a espreguiçar a perna;
- . Contraia as nádegas uma contra a outra.
- . Abra e feche a perna;
- . Levante a perna esticada.

### SENTADO

. Levante o pé esticando o joelho, baixe lentamente.

. Relaxe o joelho, alternando períodos com o joelho dobrado com outros colocando a perna em cima de um banco .



. A cadeira que utiliza deve permitir que os pés fiquem bem apoiados no chão;

. Mexa os seus tornozelos e pernas com muita frequência, conforme ensinámos;

. Evite estar sentado muito tempo.

### COMO ENTRAR E SAIR DO AUTOMÓVEL

Para entrar: . Sente-se com as pernas de fora

. Rode as pernas para dentro

Para sair: . Rode as pernas para fora

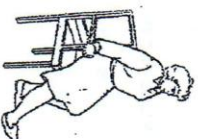
. Depois levante-se

### COMO SAIR E ENTRAR NA CAMA

A perna operada deve ser a primeira a sair da cama



### COMO LEVANTAR E SENTAR NUMA CADEIR



. Estique a perna operada;

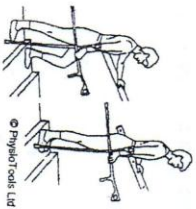
. Coloque as mãos nos braços da cadeira;

. Dobre a perna não operada e apoie bem o pé;

. Faça força nos braços e na perna não operada para se sentar.

. Deve sentar-se lentamente sem se inclinar para a frente.

**COMO SUBIR E DESCER ESCADAS:**



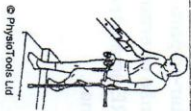
© Physiotools Ltd

**SUBIR:**

- Primeiro a perna não operada,
- Depois a perna operada;
- Depois as canadianas.

**DESCER:**

- Primeiro as canadianas;
- Depois a perna operada;
- Depois a perna não operada.



© Physiotools Ltd

**Siga as instruções assinaladas :**

- Não faça força na perna operada
- Pode fazer força na perna operada
- Utilize o andarilho para andar
- Utilize as canadianas para andar

**Actividades Proibidas :**

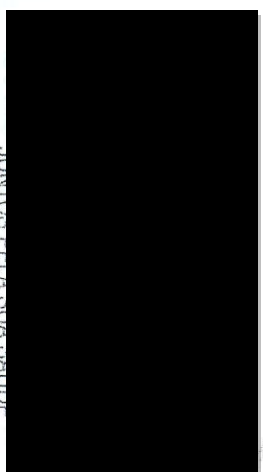
- Cruzar as pernas
- Calçar ou cortar as unhas dos pés sozinho
- Dobrar para apanhar objectos do chão
- Sentar em cadeiras ou sofás baixos
- Tomar banho de imersão
- Virar repentinamente sobre a perna operada

**.CAIR**

**Recomendações gerais:**

- Aplique gelo 3-4 vezes por dia, durante 20 minutos;
- Pode molhar o penso mas com cuidado ;
- Faça os exercícios que lhe foram ensinados, várias vezes ao dia;
- Alterne períodos de descanso com pequenos passeios;
- Caso lhe sejam receitados novos medicamentos tome-os a horas certas e mantenha a sua medicação habitual;
- Consulte o seu médico de família e entregue-lhe a nossa carta de alta;
- Vigie sinais de infeção em qualquer parte do corpo e , recorra ao médico de família se suspeitar de alguma alteração;
- Recorra ao serviço de urgência ou contacte-nos se:
  - O penso repassar
  - A pele à volta da cicatriz estiver muito quente
  - Tiver febre superior a 38°

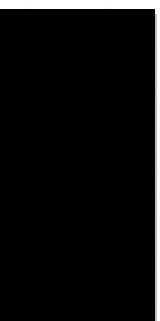
Director de Serviço: Dr Rui Amaral  
Enfermeira Chefe: Graça Carichas  
Enfermeira de Reabilitação: Helena Isabel Botelho  
Fisioterapeuta:



CONTACTO TELEFÓNICO

**Cuidados após  
PROTESE  
TOTAL DA  
ANCA**

NOME: \_\_\_\_\_



Uma vez que tem necessidade de colocar uma prótese da anca, é importante que tenha conhecimento de alguns cuidados a ter no seu dia a dia.

Embora normalmente decorra sem problemas, é importante que tenha noção das raras, mas possíveis complicações:

- . **LUXAÇÃO** - a cabeça da prótese sai da cavidade, deve evitar alguns movimentos;
- . **INFEÇÃO** - pode aparecer logo após a cirurgia ou passados muitos anos. Mantenha-se saudável e com bons hábitos de higiene;
- . **TROMBOSE EMBOLIA** - quando há menos actividade física, há maior risco de se formarem trombos que podem entupir alguma veia. Mantenha-se ativo

#### EXERCÍCIOS RECOMENDADOS:

Faça os exercícios ensinados, várias vezes ao dia.

Conte até 5 enquanto faz o movimento.

**DEITADO DE COSTAS** (é a posição mais confortável no início)



- . Movimento os pés para cima e para baixo;
- . Contraia os músculos da coxa, como se estivesse a espreguiçar a perna;
- . Contraia as nádegas uma contra a outra.
- . Abra e feche a perna (fechar só até à linha mediana)



Com uma almofada debaixo do joelho, levante o pé esticando a perna.

#### SENTADO

A cadeira que utiliza deve permitir que os pés fiquem bem apoiados no chão;

Mexa os seus tornozelos e pernas com muita frequência, conforme ensinámos;

Evite estar sentado muito tempo.



Levante o pé esticando o joelho, mantenha a posição durante 5 segundos e baixe lentamente.

#### COMO ENTRAR E SAIR DO AUTOMÓVEL

Para entrar: .Sente-se com as pernas de fora

.Rode as pernas para dentro

Para sair: .Rode as pernas para fora

.Depois levante-se

#### COMO SAIR E ENTRAR NA CAMA

A perna operada deve ser a primeira a sair da cama



Ao deitar-se para o lado da perna não operada coloque **SEMPRE** uma almofada entre as pernas.



#### COMO LEVANTAR E SENTAR NUMA CADEIRA

Se possível deve sentar-se em cadeiras altas e com braços



.Estique a perna operada;

.Coloque as mãos nos braços da cadeira;

.Dobre a perna não operada e apoie bem o pé;

.Faça força nos braços e na perna não operada para se sentar.

.Deve sentar-se lentamente sem se inclinar para a frente.

## EXERCÍCIOS RECOMENDADOS

Faça os exercícios ensinados, várias vezes ao dia.

Conte até 5 enquanto faz cada movimento.

### DETTADO DE COSTAS



Movimente os pés para cima e para baixo.



Afaste e junte as pernas.



Coloque uma almofada debaixo do joelho;

Levante o pé mas mantenha o contacto da coxa com a almofada.



Dobre a sua perna , deslizando o pé sobre a cama

### SENTADO

Levante o pé esticando o joelho, mantenha a posição durante 5 segundos e baixe lentamente.



Evite estar sentado muito tempo;

A cadeira que utiliza deve permitir que os pés fiquem bem apoiados no chão;

Mexa os seus tornozelos e pernas com muita frequência, conforme ensinámos.

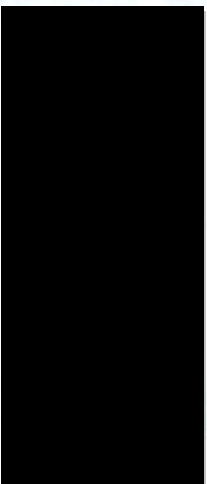
**MUITO CUIDADO COM AS QUEDAS!**

Director de serviço: *Dr. Rui Amarel*

Enfermeira Chefe: *Graca Carichas*

Enfermeira de Reabilitação: *Helena Isabel Botelho*

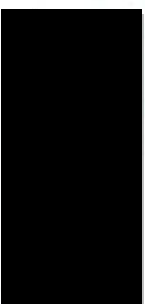
Fisioterapeuta: *Dina Rute Crispim*



SERVIÇO DE ORTOPEdia—TORRES VEDRA

**Cuidados após alta a doentes com lesões do membro inferior**

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



Trabalhamos este folheto a pensar na sua recuperação depois de ter sido tratada a lesão que sofreu.

É nossa função ajudá-lo a recuperar a independência que tinha antes deste incidente.

A sua colaboração é fundamental, por isso contamos consigo.

Recomendações gerais:

Aplique gelo 3-4 vezes por dia, durante 20 minutos;

Não molhe o penso operatório

Pode molhar o penso, mas com cuidado

Caso lhe sejam receitados novos medicamentos tome-os a horas certas e mantenha a sua medicação habitual;

Consulte o seu médico de família e entregue-lhe a nossa carta;

Não falte às consultas e exames marcados;

Recorra ao serviço de urgência ou contacte-nos se:

O penso repassar;

A pele à volta da cicatriz estiver muito quente;

### Siga as instruções assinaladas:

- Faça levantares da cama para uma cadeira confortável várias vezes ao dia;
- Alterne períodos de repouso na cama/cadeira com pequenas caminhadas
- Não faça força na perna operada
- Pode fazer força na perna operada
- Utilize o andalho para andar
- Utilize as canadianas para andar

### COMO ENTRAR E SAIR DO AUTOMÓVEL

**Para entrar:** Sente-se com as pernas de fora

Rode as pernas para dentro

**Para sair:** Rode as pernas para fora

Depois levante-se

### COMO SUBIR E DESCER ESCADAS

#### SUBIR:

Primeiro a perna não operada

Depois a perna operada

Depois as canadianas

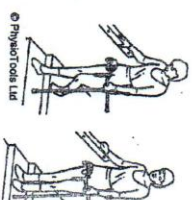


#### DESCER:

Primeiro as canadianas

Depois a perna operada

Depois a perna não operada



#### NOTAS:

---

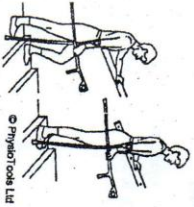
---

---

---

---

## COMO SUBIR E DESCER ESCADAS



© Physiotecnia Ltd

### SUBIR:

Primeiro a perna não operada

Depois a perna operada

Depois as canadianas

### DESCER:

Primeiro as canadianas

Depois a perna operada

Depois a perna não operada



© Physiotecnia Ltd



### Siga as instruções assinaladas:

- Não faça força na perna operada
- Pode fazer força na perna operada
- Utilize o andarilho para andar
- Utilize as canadianas para andar

### Actividades Proibidas

- Cruzar as pernas
- Calçar ou cortar as unhas dos pés sozinho
- Dobrar para apanhar objectos do chão
- Sentar em cadeiras ou sofás baixos
- Tomar banho de imersão
- Virar repentinamente sobre a perna operada.

## Recomendações gerais:

Aplique gelo 3-4 vezes por dia, durante 20 minutos;

Não molhe o penso operatório;

Caso lhe sejam receitados novos medicamentos tome-os a horas certas e mantenha a sua medicação habitual;

Consulte o seu médico de família e entregue-lhe a nossa carta;

Não falte às consultas e exames marcados;

Faça os exercícios que lhe foram ensinados, várias vezes ao dia;

Se lhe tiver sido dada essa indicação, alterne períodos de descanso com pequenos passeios;

Recorra ao serviço de urgência ou contacte-nos se:

- O penso repassar
- A pele à volta da cicatriz estiver muito quente
- Tiver febre superior a 38°

*Director de Serviço:* Dr. José Mateus

*Enfermeira Chefe:* Graça Carichas

*Enfermeira de Reabilitação:* Helena Isabel Botelho

*Fisioterapeuta:* Dina Rute Crispim

SERVICO DE ORTOPIEDIA  
E  
TRAUMATOLOGIA

Cuidados após alta a  
doentes com traumatismo  
da anca (prótese cefálica)

NOME: \_\_\_\_\_



Elaborámos: este folheto a pensar na sua recuperação, depois de ter sofrido uma sua fractura da bacia.

É nossa função ajudá-lo a recuperar a independência que tinha antes deste incidente.

A sua colaboração é fundamental, por isso contamos consigo.

## EXERCÍCIOS RECOMENDADOS

### DEITADO DE COSTAS

Conte até 5 enquanto faz o movimento.



Movimente os pés para cima e para baixo



Coloque uma almofada entre as pernas  
Afaste e junte as pernas



Coloque uma almofada debaixo do joelho  
Levante o pé mas mantenha o contacto da coxa com a almofada.



Dobre a sua perna, deslizando o pé sobre a cama

### SENTADO



Levante o pé esticando o joelho, mantenha a posição durante 5 segundos e baixe lentamente.

### COMO ENTRAR E SAIR DO AUTOMÓVEL

Para entrar: Sente-se com as pernas de fora

Rode as pernas para dentro

Para sair: Rode as pernas para fora

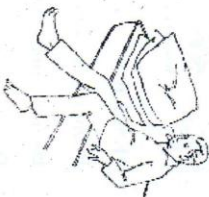
Depois levante-se

### COMO SAIR E ENTRAR NA CAMA

A perna operada deve ser a primeira a sair da cama



Ao deitar-se para o lado da perna não operada coloque **SEMPRE** uma almofada entre as pernas.



### COMO LEVANTAR E SENTAR NUMA CADEIRA

Se possível deve sentar-se em cadeiras altas e com braços



Esticar a perna operada;

Colocar as mãos nos braços da cadeira;

Dobrar a perna não operada e apoiar bem o pé;

Fazer força nos braços e na perna não operada para se sentar.

Deve sentar-se lentamente sem se inclinar para a frente.

**ANEXO IV – Academias de Mobilidade ██████ Saudável**



ACADEMIA DA MOBILIDADE

SAUDÁVEL

Novembro 2018



# Academia da Mobilidade SAUDÁVEL Plano de Ação

## **Índice**

<b>Introdução .....</b>	<b>2</b>
<b>1- Missão .....</b>	<b>3</b>
<b>2- Entidades Parceiras .....</b>	<b>3</b>
<b>3- Recursos Humanos .....</b>	<b>3</b>
<b>4- Objetivos .....</b>	<b>4</b>
<b>5- Destinatários .....</b>	<b>4</b>
<b>6- Local da ação.....</b>	<b>5</b>
<b>7- Fluxograma do Programa .....</b>	<b>6</b>
<b>8- Descrição das atividades do programa .....</b>	<b>7</b>
<b>9- Indicadores .....</b>	<b>8</b>
<b>10- Perspetivas futuras.....</b>	<b>9</b>

## **Introdução**

A incomparável transformação do perfil etário da população, especialmente no aumento da esperança de vida, o envelhecimento demográfico, e conseqüente aumento significativo de comorbilidades tem influenciado significativamente a visão dos cuidados de saúde.

A mudança de paradigma dos cuidados de saúde mais concretamente a nível da promoção da saúde reflete-se na melhoria da qualidade de vida da população e melhoria do estado de saúde.

Dentro dos inúmeros fatores que podem contribuir para a obtenção destes resultados, a prática de atividade física vem assumir um papel fundamental nos diferentes níveis de intervenção.

O ACES [REDACTED] propõe-se contribuir para a melhoria do estado de saúde e conseqüentemente, da qualidade de vida da sua população.

Em parceria com a ARSLVT, IP e a Câmara Municipal de [REDACTED] pretende-se desenvolver uma Academia de Mobilidade no Centro de Saúde de [REDACTED], baseado na garantia da saúde através da prática de exercício físico.

## **1- Missão**

A Academia da Mobilidade [REDACTED] Saudável (AMMS) tem por missão: fomentar a atividade física específica dos grupos alvo e a prática regular do exercício físico; reduzir e maximizar potencialidades no envelhecimento e na saúde; promover hábitos de vida saudáveis; promover o envelhecimento ativo e implementar a prática do exercício físico.

Consciente de que a problemática a que se assiste a nível global, é a realidade da população que serve o ACES [REDACTED], esta AMMS pretende adotar estratégias que promovam a autonomia, a participação social, a qualidade de vida das pessoas e melhore o estado de saúde.

## **2- Entidades Parceiras**

As entidades parceiras são a ARSLVT, IP e a Câmara Municipal de [REDACTED].

A Câmara Municipal de [REDACTED] disponibiliza um professor de educação física em tempo parcial (15 horas) para integração no programa e contribui com recursos materiais para a prática de exercícios físicos. Esta entidade, também se compromete a colaborar na integração dos utentes em programas da comunidade, após a conclusão do programa na AMMS.

## **3- Recursos Humanos**

A **equipa nuclear** é constituída pela Enfermeira Supervisora; Enfermeira coordenadora da UCC e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Coordenador do projeto).

A **equipe operacional** é constituída pelo Professor de Educação Física (parceria com a Câmara Municipal de [REDACTED]), Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Fisioterapeuta, Nutricionista e Assistente técnico.

## 4- Objetivos

A AMMS pretende contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, inscrita no Centro de Saúde de [REDACTED]. Assim tem como objetivos:

- Promover hábitos de vida saudáveis
- Incentivar o exercício físico
- Aumentar a mobilidade e funcionalidade dos utentes
- Aumentar a resistência cardiovascular
- Combater o sedentarismo
- Melhorar a saúde física e psicológica
- Contribuir para a melhoria do controlo do peso, diabetes e pressão arterial
- Prevenir as doenças cerebrovasculares e intervir nas sequelas do AVC através de reabilitação física e motora
- Aumentar a literacia em saúde
- Promover o autocuidado e o autocontrolo
- Contribuir para uma redução dos custos e uma utilização mais racional dos recursos de saúde, através da prevenção de complicações inerentes às doenças crónicas, uso de medicamentos, redução dos tratamentos em fisioterapia em ambulatório e diminuição de consultas não programadas.

## 5- Destinatários

Na AMMS serão desenvolvidas diversas atividades promotoras de saúde pela prática do exercício físico, nomeadamente: Ginástica, Danças, Reabilitação Motora.

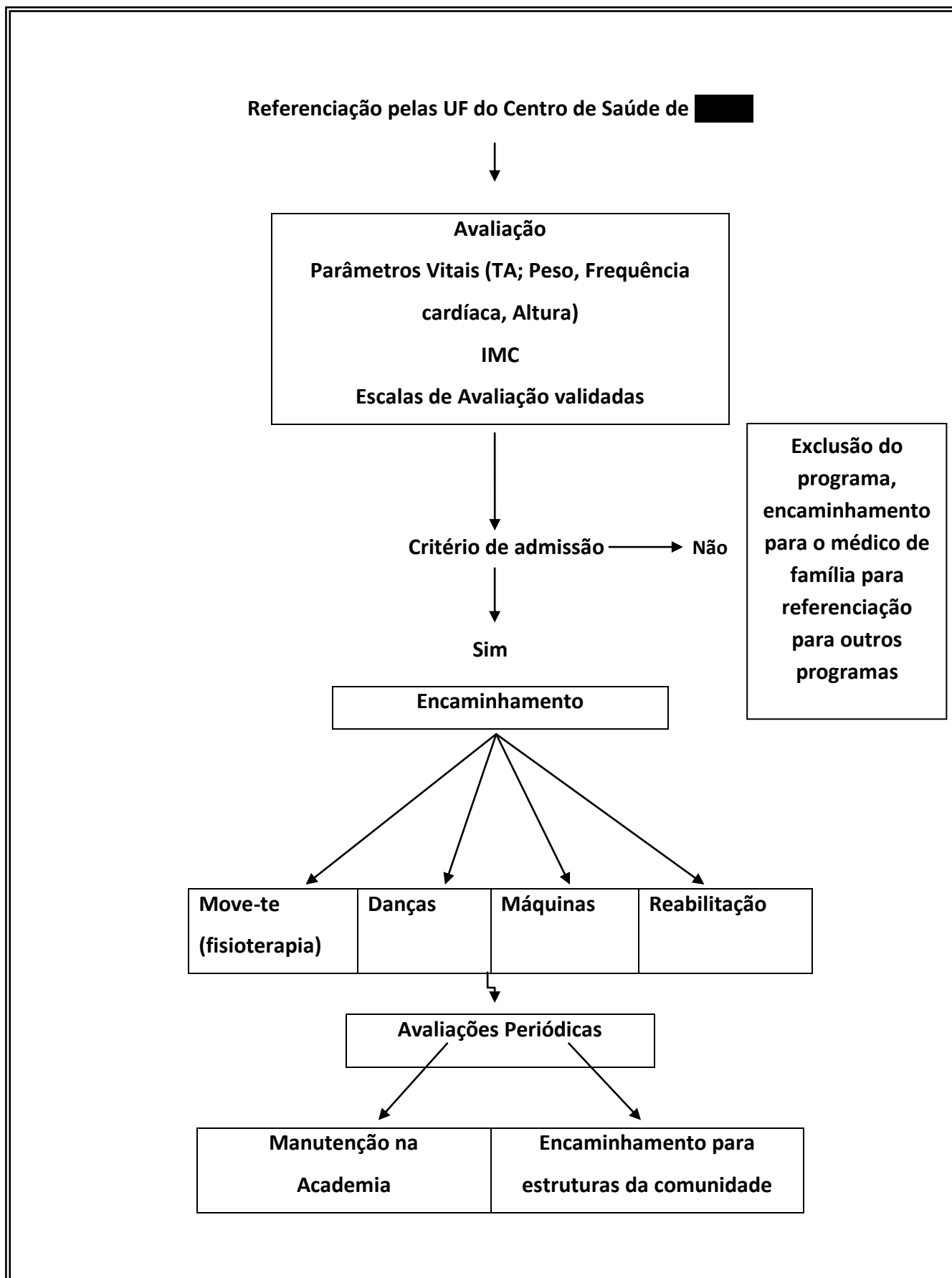
Este projeto aplica-se a todos os utentes do ACES [REDACTED], da ARSLVT, IP, inscritos em qualquer Unidade Funcional do Centro de Saúde de [REDACTED], com: grau de dependência ligeira a moderada; patologia cardiovascular (AVC, Hipertensão), patologia respiratória, patologia metabólica, patologia osteoarticular, patologia neurológica, excesso de peso e depressão.

Todos os utentes serão referenciados pelo Médico de Família, utilizando-se uma ficha de referenciação onde são expressos os principais problemas de saúde e a medicação que habitualmente o utente toma.

## 6- Local da ação

A AMMS pretende rentabilizar os ginásios existentes no Centro de Saúde de [REDACTED] e usufruir das instalações.

## 7- Fluxograma do Programa



## 8- Descrição das atividades do programa

Após receção das fichas de referenciação, o responsável da AMMS, Enfermeiro Especialista de Reabilitação, agendará as respetivas avaliações e procede à seleção dos utentes de acordo com os critérios de admissão, integrando-os nas respetivas classes.

Quando integrarem as respetivas classes os utentes terão a avaliação de cada profissional da classe, a fim de ser criado um plano individual de treino.

Todos os utentes poderão participar em ações de educação para a saúde, realizadas por profissionais da Unidade de Cuidados na Comunidade, 2 vezes por mês com duração de 30 minutos.

Cada grupo, constituído de acordo com os critérios de inclusão nas respetivas classes, terá sessões de exercício no âmbito das necessidades identificadas, com uma duração prevista de 30 a 60 minutos, perspetivando-se um aumento gradual do exercício físico.

A cada 3 meses de permanência na AMMS serão realizadas novas avaliações, pelo Enfermeiro Especialista de Reabilitação de modo a ajustar o plano de intervenção e avaliar os progressos. A previsão da duração para cada classe será de 6 meses, com possibilidade de alargamento até 9 meses.

Após a alta da AMMS, os utentes serão orientados para estruturas existentes na comunidade de modo a que mantenham os hábitos e os ganhos em saúde adquiridos, estando contemplado um follow up ao fim de 12 meses.

## 9- Indicadores

Propõe-se os seguintes indicadores para avaliar os contributos do programa nomeadamente no âmbito da melhoria da qualidade de vida dos utentes, na melhoria da funcionalidade motora dos utentes, na adesão ao regime terapêutico - exercício físico, na melhoria do estado geral de saúde e redução de custos na saúde. % de utentes alvo de intervenção na Academia
% de utentes que cumpriu esquema recomendado de acordo com o seu plano individual
% de utentes que após 6 meses mantém a Pressão Arterial normal
% de utentes com IMC elevado que diminuíram após 6 meses o IMC
% de utentes após 6 meses com dor osteoarticular controlada
% de utentes após 6 meses, com melhoria da qualidade de vida (aplicação da escala "WHOQOL")
% de utentes, após 6 meses que diminuiu a quantidade de medicação
% de utentes que após 6 meses diminuiu a recorrência a tratamentos de fisioterapia
% de utentes que após 12 meses, mantém atividade física regular
% de utentes satisfeitos e muito satisfeitos, após 6 meses

## **10- Perspetivas futuras**

Prevê-se que em Novembro de 2018, este projeto se inicie com um cronograma definido para cada elemento da equipa prestadora: enfermeiro de reabilitação, fisioterapeuta, e que de acordo com a disponibilidade dos técnicos se realizem 3 sessões semanais das classes criadas na AMMS.

Prevê-se o aumento dos técnicos com o contributo de um professor de educação Física, para dar seguimento a outras classes.

Será entregue folhetos informativos sobre o programa, para a divulgação do mesmo aos profissionais, utentes e comunidade.

Prevê-se uma reunião geral com a equipa multidisciplinar dos Centros de Saúde da [REDACTED] e [REDACTED] para a divulgação do plano de ação e critérios de referenciação.

Temos como perspetiva futura que o programa da Academia da Mobilidade [REDACTED] Saudável, contribua para a melhoria da saúde dos utentes, aumento da literacia em saúde e ganhos em saúde dos utentes abrangidos.

A equipa fará a avaliação sistemática dos resultados e a introdução de novas estratégias e recursos adaptados às necessidades dos utentes

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I – Projeto de Estágio**

**10ª Curso de Mestrado em Enfermagem**  
***Área de Especialização em Enfermagem de***  
***Reabilitação***

Projeto de Estágio

**A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem  
de Reabilitação na promoção do Autocuidado da Pessoa  
Idosa com Fratura da Extremidade Proximal do Fémur,  
no regresso a casa.**

**Sofia Tomé**  
**Nº8982**

**Lisboa**

**2019**



**10º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
***Área de Especialização em Enfermagem de***  
***Reabilitação***

Projeto de Estágio

**A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem  
de Reabilitação na promoção do Autocuidado da Pessoa  
Idosa com Fratura da Extremidade Proximal do Fémur,  
no regresso a casa.**

**Sofia Tomé**

**Nº8982**

Orientador: Enf.ª Cristina Baixinho

**Lisboa**

**2019**



## PENSAMENTO

*Tem sempre presente*

*Que a pele se enrugua,*

*O cabelo enfraquece,*

*Os dias convertem-se em anos...*

*Mas o que importa não muda,*

*A tua força e convicção não têm idade.*

*Teu espírito é como qualquer teia de aranha,*

*Atrás de cada linha de chegada, há uma de partida*

*Atrás de cada conquista, vem um novo desafio.*

*Enquanto estiveres viva, sente-te viva.*

*Se sentes saudades do que fazias, volta a fazê-lo.*

*Não vivas de fotografias amarelcidas...*

*Continua, quando todos esperam que desistas.*

*Não deixes que enferruje o ferro que existe em ti.*

*Faz com que em vez de pena, te tenham respeito.*

*Quando não consigas correr através dos anos, trota.*

*Quando não consigas trotar, caminha.*

*Quando não consigas caminhar, usa uma bengala.*

*Mas nunca te detenhas!*

## **LISTA DE SIGLAS**

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AVD – Atividades de Vida Diárias

CIPE – Classificação para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

EC – Ensino Clínico

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA – Equipa de Gestão de Altas

FEPF – Fratura da Extremidade Proximal do Fémur

HTV – Hospital de Torres Vedras

INE – Instituto Nacional de Estatística

MI – Membro Inferior

MS – Membro Superior

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

## ÍNDICE

1- INTRODUÇÃO .....	9
2- CAPITULO I: IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO.....	11
2.1- Título.....	11
2.2- Palavras-chave.....	12
2.3- Metodologia.....	12
2.4- Data de início e respectivos campos de estágio.....	12
2.5- Duração do Estágio.....	13
3- CAPÍTULO II: COMPONENTE CIENTIFICA E FORMATIVA .....	13
3.1- Fundamentação da Área Temática .....	13
3.2- Enquadramento Contextual.....	16
3.2.1- A pessoa idosa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur.....	16
3.2.2- O processo de reabilitação da pessoa idosa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur.....	20
3.3- Referencial Teórico .....	23
4- CAPÍTULO III: Competências, Objetivos e Atividades.....	27
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	29
APÊNDICES:	
APENDICE I – Guião de entrevistas aos locais de estágio	
APENDICE II – Breve caracterização dos locais de estágio	
APENDICE III – Planeamento das atividades a desenvolver	
APENDICE IV – Cronograma do Ensino Clínico	
APENDICE V – Apresentações em Power Point do Projeto de Estágio.	

## **1- INTRODUÇÃO**

No âmbito da Unidade Curricular de Opção II, do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi-me proposta a realização de um Projeto de Estágio com intuito de descrever, analisar e problematizar uma área de estudo a desenvolver no 3º semestre “Estágio com Relatório”, integrando as competências a desenvolver no âmbito do perfil de Especialista em Enfermagem de Reabilitação, em articulação com as competências do grau de Mestre, cujo plano de estudos pretende assegurar que os mestrandos adquiram competências científicas, técnicas, humanas e culturais adequadas à prestação de cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação.

Segundo o Despacho nº130/PRES/2018 e 172/PRES/2018 do Regulamento dos Segundos Ciclos de Estudos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, os Cursos de Mestrado são elementos essenciais do Projeto educativo, científico e cultural, dentro dos princípios fundamentais da Declaração de Bolonha, cujo grau de mestre é conferido aos que tenham demonstrado possuir os conhecimentos e competências que se especificam no artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, alterado pelo Decreto -Lei n.º 115/2013, de 7 de agosto, através da aprovação em todas as unidades curriculares que integram o plano de estudos do curso de mestrado e da aprovação no ato público da defesa da dissertação, do trabalho de projeto e ou do relatório de estágio.

A realização do estágio visa o desenvolvimento das aprendizagens e a aquisição de competências necessárias para a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, tendo por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (REGULAMENTO Nº 122/2011), assim como o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (REGULAMENTO Nº 392/2019).

Trabalho numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), especificamente na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), contemplando todas as dimensões a

nível de intervenção de Reabilitação, o que foi sem dúvida, uma das minhas grandes motivações para estar presentemente a frequentar este Mestrado e em particular a Especialidade de Reabilitação, com o gosto pessoal pela atenção particular inerente ao cuidar de pessoas com necessidades especiais.

É uma equipa com um foco de intervenção caracterizado pela elevada percentagem da especialidade de ortopedia, no contexto domiciliário, cuja média de idade dos utentes que integram na equipa é de 65 ou mais anos, referenciados das Equipas de Gestão de Alta (EGA) das mais diversas instituições, sendo a segunda maior percentagem do motivo de referenciação a fratura da extremidade superior do fémur, os quais foram sujeitos a cirurgia, necessitando de continuidade do plano de Reabilitação no domicílio (UCC Mafra, 2018).

A Enfermagem de Reabilitação compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que tem como objetivo prestar a ajuda que a pessoa necessita, visando maximizar o seu potencial funcional e a independência, proporcionando o direito à dignidade e à qualidade de vida (Regulamento nº392/2019). E daí surgir a minha pergunta, que se prende com o objetivo deste estudo, que é apresentar o estado da arte das intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER) que promovam o autocuidado da pessoa idosa com fratura da extremidade superior do fémur, no regresso a casa, após cirurgia. Desta feita, estabeleci como objetivo geral Adquirir competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados, segundo as competências gerais e específicas do EEER. Como objetivos específicos delineeii:

- ✚ Caracterizar as dinâmicas orgânico-funcionais dos locais de ensino clínico;
- ✚ Analisar as intervenções do EEER, nomeadamente no âmbito dos cuidados à pessoa idosa com Fratura da Extremidade Proximal do Fémur (FEPF);
- ✚ Desenvolver competências na prestação de cuidados de ER à pessoa/família/cuidador com FEPF;
- ✚ Planear intervenções de enfermagem, relativas aos programas de reabilitação respiratória e motora, quer em estágio hospitalar, como no domicílio, nomeadamente na pessoa idosa com FEPF;

- ✚ Prestar cuidados de enfermagem, relativos aos programas de reabilitação respiratória e motora, quer em estágio hospitalar, como no domicílio, nomeadamente na pessoa idosa com FEPPF;
- ✚ Avaliar as intervenções de enfermagem, relativas aos programas de reabilitação respiratória e motora, quer em estágio hospitalar, como no domicílio, nomeadamente na pessoa idosa com FEPPF;
- ✚ Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família/cuidador com FEPPF, tendo por base a evidência científica mais atual, com vista à promoção do autocuidado e bem-estar;
- ✚ Capacitar a pessoa/família/cuidador com patologia ortotraumatológica e a sua família, de forma a reconhecer possíveis sinais de complicações e a minimizar riscos;
- ✚ Conceber planos individualizados de preparação para o regresso a casa, incluindo o assegurar dos conhecimentos da pessoa/familiares/cuidadores, indispensável aos cuidados de saúde após alta;
- ✚ Elaborar o relatório final do projeto de estágio.

Infiro que uma boa prática de cuidados passa não só pelas competências adquiridas e desenvolvidas pelo profissional de saúde, como também pela pessoa recetora de cuidados e do envolvimento familiar em todo o processo de reabilitação.

A elaboração deste projeto assenta, deste modo, na intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa idosa com fratura da extremidade superior do fémur, em particular na promoção do autocuidado, no seu regresso a casa. A eleição da temática surgiu não só pelo facto já supracitado, mas igualmente aliado à crescente dimensão e necessidades associadas, desta fatia da população portuguesa, sendo também aplicável não só ao contexto de trabalho atual, mas também futuro.

O presente Projeto de Estágio estruturalmente, após a introdução, apresenta três grandes capítulos inter-relacionados entre si. O CAPÍTULO I: IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO, composto pelo Título, Palavras-chave, Data de início e Duração, o CAPÍTULO II: COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA, onde contempla a Fundamentação da Área Temática, o Enquadramento e o Referencial Teórico, o CAPÍTULO III: Competência, Objetivos e Atividades, onde serão identificados os objetivos e as atividades a desenvolver, tendo por base o desenvolvimento das Competências Comuns do

Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Descritores de Dublin. O desfecho ocorre com as CONSIDERAÇÕES FINAIS, seguindo-se das referências bibliográficas e apêndices (apêndice I – Guião de entrevistas aos locais de estágio; apêndice II – Breve caracterização dos locais de estágio; apêndice III – Planeamento das atividades a desenvolver; apêndice IV – Cronograma do Ensino Clínico; apêndice V – Apresentações em Power Point do Projeto de Estágio).

## **2- CAPITULO I: IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO**

### **2.1- Título**

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do Autocuidado da Pessoa Idosa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur, no regresso a casa.

### **2.2- Palavras-Chave**

*Rehabilitation Nursing Interventions; Rehabilitation; Nursing care; Aged; Old person (or aged or elderly); Fracture of the femur (Femoral Fractures or hip fractures or femoral neck fractures); Home (or discharge or from hospital to home or transitional care model).*

### **2.3- Metodologia**

A metodologia é a lógica dos procedimentos científicos em sua gênese e em seu desenvolvimento, não se reduz, portanto, a uma “metrologia” ou tecnologia da medida dos fatos científicos. A metodologia deve ajudar a explicar não apenas os produtos da investigação científica, mas principalmente seu próprio processo, pois suas exigências não são de submissão estrita a procedimentos rígidos, mas antes da fecundidade na produção dos resultados (Bruyne, 1991).

A elaboração deste projeto teve por base uma Revisão Narrativa da Literatura, onde foram utilizados para a fundamentação teórica artigos, dissertações, teses, trabalhos de conclusão de cursos, livros, revistas e sites fidedignos de jornais, associações e organizações nacionais e mundiais. Os artigos incluídos foram obtidos através das plataformas Google académico, EBSCO, B-On, SCOPUS, ISI (Web of Science) e JBI, onde foi possível aceder às bases de dados MEDLINE Complete e CINAHL Complete.

Quanto aos critérios de inclusão foram: Pessoas idosas de ambos os sexos com fratura da extremidade superior do fémur; Intervenções de Enfermagem de Reabilitação que promovam o autocuidado na pós-cirurgia; Intervenções de enfermagem que promovam a transição segura hospital-comunidade e a continuidade de cuidados; Intervenções de Enfermagem de Reabilitação que promovam o autocuidado Domicílio; idioma Português e Inglês; texto integral e limite temporal de 2014 a 2019. No que concerne aos critérios de exclusão, foram: Pessoas com fratura da extremidade superior do fémur de idade inferior a 65 anos; Estudos com pessoas idosas institucionalizadas e Pessoas idosas sem fratura da extremidade superior do fémur.

#### 2.4- Data de Inicio e respetivos Campos de Estágio

- Hospital de ██████████ - Ortopedia de 24 de setembro de 2019 a 23 de novembro de 2019;
- Unidade de Cuidados Continuados de ████████ – ECCI ████████ de 26 de novembro de 2019 a 8 de fevereiro 2020.

Foi realizada uma entrevista, a ambos os locais de estágio, no intuito de conhecer as suas características e recursos existentes, orientada por um guião previamente elaborado (apêndice I), através das quais detive o conhecimento necessário para preparar-me para o início do ensino clínico (EC) (apêndice II).

#### 2.5- Duração do Estágio

18 Semanas

### **3- CAPITULO II: COMPONENTE CIENTIFICA E FORMATIVA**

#### **3.1- Fundamentação da Área Temática**

As modificações sociais e demográficas ao longo das últimas décadas originaram condições de saúde que modificam constantemente as necessidades em cuidados, nomeadamente o aumento de pessoas em situação de dependência e incapacidade. Este facto está relacionado com o aumento das doenças degenerativas, crónicas e progressivas articulares que acompanham o aumento da idade, assim como as fraturas ósseas, cada vez mais frequentes em idosos nos dias de hoje.

O crescente aumento da população idosa assume-se como um dos principais problemas a nível mundial que tem sido alvo de preocupação das sociedades. Trata-se de um fenómeno demográfico relativamente novo, dado que apenas no séc. XX começou a ter destaque, em resultado da transição demográfica ocorrida, “caracterizada por um modelo de fecundidade e mortalidade baixas, originando um estreitamento da base da pirâmide de idades e um alargamento do topo” (Henriques, 2013, p.115).

Em resultado da queda da natalidade e do aumento da longevidade nos últimos anos, verificou-se em Portugal o decréscimo da população jovem (0 a 14 anos de idade) e da população em idade ativa (15 a 64 anos de idade), a par do aumento da população idosa (65 e mais anos de idade). Em 2015, 2,1 milhões de pessoas, quase 20% da população portuguesa, tinham 65 ou mais anos. A proporção de idosos na população tem vindo a crescer e espera-se que a tendência se mantenha. De acordo com as projeções nacionais, prevê-se que, em 2030, os idosos representem cerca de 26% da população e, em 2060, cresçam para 29%. O número de pessoas com idade 80 e mais anos mais que duplica entre 2015 e 2060, projetando-se que passe dos 614 mil para os 1421 mil indivíduos. O número de idosos já há muito que ultrapassou o número de jovens em Portugal, tendo o índice de envelhecimento atingindo os 140 idosos por cada 100 jovens em 2015. Por seu lado, o índice de dependência, que nos permite aferir a relação entre o número de idosos e o número de pessoas em idade ativa, tem vindo a aumentar

continuadamente nas últimas décadas, sendo em 2015 de 31 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2017).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2019), sobre as Estatísticas de Saúde 2017, foram registados cerca de 1,2 milhões de internamentos (mais 3,4 mil que em 2016 e menos 82,3 mil que em 2007), correspondendo a cerca de 10,3 milhões de dias de internamento (mais 0,7% em relação ao ano anterior e a 2007), e realizados 7,6 milhões de atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais, menos 1,2% do que em 2016, cujo principal motivo para estes atendimentos foi a doença (81,9%), sendo que em 10,6% dos casos os atendimentos nos serviços de urgência foram motivados por lesões provocadas por acidente. Mais acrescenta que foram realizadas 1 119 590 cirurgias em Portugal, das quais 157 625 da especialidade de Ortopedia, correspondendo a 14,1% do total de cirurgias. Das doenças osteoarticulares e musculares, foram registados em Portugal 457 óbitos (0,4% dos óbitos totais) e na sequência de quedas acidentais foram registados 690 óbitos (0,6% dos óbitos totais).

À medida que se envelhece, ocorrem alterações físicas e neurológicas que podem tornar os idosos mais vulneráveis aos acidentes. Os fatores intrínsecos e extrínsecos mais frequentes, relacionam-se com a visão, que fornece informação sobre a orientação no espaço e influencia o equilíbrio, a audição, que fornece informação sobre a orientação no espaço (sistema vestibular) e, em caso de doença ou deficiência influencia a manutenção do equilíbrio, doenças do foro neurológico, como tonturas ao levantar-se, perda do equilíbrio, tremores, que favorecem as quedas, a falta de vitamina D e os problemas de locomoção, tais como os de natureza osteoarticulares, artrose, osteoporose, doenças inflamatórias das articulações, podendo provocar diminuição da perceção dos riscos (Direção Geral de Saúde, 2012).

A osteoporose é uma doença prevalente nos idosos, estando frequentemente associada a um aumento do risco de fratura após traumatismo de baixa energia. Estudos recentes estimam que o número de fraturas osteoporóticas duplicará em 2040 (Odén et al., 2015). As fraturas da extremidade proximal do fémur (FEPF) são uma das consequências mais graves da osteoporose, representando um importante problema de

saúde pública nas sociedades ocidentais industrializadas. A taxa de mortalidade no primeiro ano após a fratura na população idosa pode atingir os 26% (Laires et al., 2015). As FEFP estão associadas a um aumento da morbidade e comprometimento funcional com impacto negativo na qualidade de vida dos doentes.

As quedas são, de facto, a principal causa de lesão nos idosos. Em cada ano, uma em cada três pessoas com 65 ou mais anos sofre um acidente doméstico e, nas pessoas com mais de 80 anos, uma em cada duas sofre uma queda, pelo menos uma vez no ano. Aproximadamente, uma em cada cinco quedas necessita cuidados médicos e uma em cada vinte termina em fratura. As lesões mais frequentes são contusões e feridas dos tecidos moles e as fraturas mais frequentes são do colo do fémur, do punho, do úmero e da bacia (Direção Geral de Saúde, 2012).

Em Portugal, dados recentes disponibilizados pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), e referidos por Felicíssimo e Branco (2017), indicam um número de 12.992 FEFP a nível nacional em 2015, o que comparado com o número de 9523 em 2006 (Direção Geral de Saúde, 2008) significa um aumento de 36,4% em 10 anos.

Segundo os autores supracitados, as FEFP:

*“são um desafio médico, ortopédico, social, familiar, económico e até de organização dos serviços de ortopedia e estima-se que só 15% dos doentes que sofrem uma FEFP recuperam a capacidade funcional prévia, 40% ficam com uma incapacidade grave e 20 a 30% morrem no primeiro ano após a fratura” (Felicíssimo e Branco, 2017, p. 306).*

Embora exista ainda uma grande disparidade de atuações (o tempo médio de internamento varia, consoante os serviços hospitalares, entre 6, 18 e 29,2 dias e a demora cirúrgica entre 24 horas e 4,8 dias), verifica-se, em alguns serviços hospitalares, uma preocupação em diminuir os tempos de internamento e em instituir protocolos multidisciplinares para o tratamento e reabilitação dos doentes com fraturas da extremidade superior do fémur (DGS, 2003). O principal objetivo do tratamento destas fraturas é o rápido retorno do doente ao seu nível de funcionalidade anterior. As intervenções cirúrgicas atualmente realizadas, com a utilização de materiais que

proporcionam a estabilidade necessária para o início rápido da mobilização e da locomoção, diminuem certamente as complicações da imobilização. Mas, para que a recuperação funcional máxima seja possível, são necessárias, para além de uma cirurgia eficaz, outras medidas que previnam as complicações pós-fratura e pós-cirurgia e mantenham o doente na melhor condição física possível (DGS, 2003).

Neste sentido, a recuperação da pessoa idosa após FEPE tem, para a Enfermagem de Reabilitação, uma importância fundamental pois é considerada uma mais-valia na restituição da função pré-fratura, maximizando o seu potencial multidimensional e minimizando a incapacidade e dependência. Segundo a OMS 2003, a independência não significa que um doente que sofreu fratura da extremidade superior do fémur deva aprender a fazer tudo sozinho. Ele deve ter todas as oportunidades para retomar a uma vida normal, fazendo o máximo possível sem ajuda, apesar de algumas limitações residuais.

Tendo como foco de atenção a pessoa com deficiência ou limitação da atividade, o enfermeiro de reabilitação, identifica os fatores que condicionam a independência na realização das atividades de vida diárias (AVD) no contexto da vida da pessoa, avalia a capacidade funcional para a realização das mesmas, bem como, elabora e implementa programa de treino de AVD, visando a adaptação às limitações da mobilidade, maximizando a autonomia e a qualidade de vida (Regulamento nº 392/2019).

Face ao exposto, a escolha do tema surge como consequência do contato direto que temos com os idosos e suas problemáticas, e como tal urge o conhecimento relativamente à intervenção do EEER na promoção do autocuidado da pessoa idosa com fratura da extremidade superior do fémur, no regresso a casa.

### 3.2- Enquadramento Contextual

Neste subcapítulo pretendo apresentar o referencial teórico que sustenta o fenómeno em estudo e que se encontra organizado em torno de dois eixos principais: a pessoa idosa com FEPE (abordando o conceito, a definição e opções de tratamento) e o

processo de reabilitação da pessoa idosa com FEPPF (abordando o foco autocuidado, a reeducação motora e funcional e a preparação da transição para casa).

### 3.2.1- A pessoa idosa com FEPPF

Efetivamente, o envelhecimento não é um estado, mas um processo que tem por base o conceito de senescência, enquanto curso natural do envelhecimento das células, nos organismos vivos. Como refere Cancela (2008) o envelhecimento fisiológico diz respeito às alterações nas funções orgânicas e mentais, devido exclusivamente aos efeitos da idade avançada sobre o organismo. Caracteriza-se assim por “um conjunto progressivo de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente” (Bicudo, 2013, p.46).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2008), um idoso é uma pessoa com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento, independentemente do sexo ou do estado de saúde aplicável. Contudo, o número crescente de pessoas ativas e saudáveis, no extremo jovem do espectro de envelhecimento, levou à necessidade de agrupamentos etários mais definidos. Concomitantemente, são agrupamentos etários mais definidos, nomeadamente o “idoso jovem” (entre os 65 e os 75 anos de idade) e o “idoso velho” (mais de 75 anos de idade). No primeiro grupo, as quedas ocorrem com frequência durante uma caminhada ou quando estão a fazer compras, enquanto no segundo grupo, acontecem quase sempre dentro de casa.

Considerando o intenso envelhecimento populacional e a elevada incidência de quedas em idosos, estamos perante um contexto promissor à ocorrência de FEPPF, com conseqüente declínio da capacidade funcional e autonomia nos autocuidados, e a evidente necessidade da existência e capacitação de cuidadores que assegurem a continuidade de cuidados na transição para casa.

Conforme Smeltzer (2011), a fratura é uma interrupção na continuidade do osso, podendo ser definida de acordo com o seu tipo e extensão. As fraturas ocorrem quando o osso é submetido a uma força maior do que pode absorver. Quando ocorre a fratura, as estruturas adjacentes são igualmente afetadas, ocasionando edema dos tecidos moles, hemorragia nos músculos e articulações, luxação de articulações, rotura de tendões, secção de nervos e lesão de vasos sanguíneos. As fraturas são resultado da rotura das integridades ósseas, perturbando o bom funcionamento de todo o sistema musculoesquelético.

R. Tronzo (1973), designou-as como:

*“A mais mortífera lesão que um membro humano pode sofrer em qualquer idade, é a fratura da extremidade superior do fémur, especialmente a do colo, cuja mortalidade e morbidade aumenta com a idade e as doenças associadas, sendo a causa mais comum de morte traumática depois dos 75 anos”* (p.276).

As FEFP, segundo a Direção Geral da Saúde (DGS), em 2003, definem-se como *“fraturas respeitantes ao segmento ósseo demarcado, a nível proximal, pelo limite inferior da cabeça do fémur e a nível distal, por um nível situado 5 cm abaixo do limite inferior do pequeno trocânter”* (p. 7).

De acordo com Smeltzer (2011), as FEFP podem dividir-se em: colo do fémur (localizadas entre a cabeça e a área trocântéricas e dividem-se em subcapitais, transcervicais e basicervicais), trocântéricas (acima da linha intertrocântérica e abaixo do limite distal do pequeno trocânter), e subtrocântéricas (restritas ao segmento entre o limite inferior do pequeno trocânter e um nível de 5 cm abaixo dele).

As opções terapêuticas no âmbito das FEFP, contemplam o tratamento cirúrgico e o tratamento conservador, sendo que é consensual entre a comunidade científica a abordagem cirúrgica como o *«standard of care»*, com exceção dos casos em que a pessoa apresente comorbilidades que inviabilizem o ato cirúrgico (DGS, 2003).

O tratamento cirúrgico, com colocação de material de osteossíntese, garante maior estabilidade e um retorno funcional mais precoce, de forma que o idoso não fique sujeito a imobilidade por longos períodos, prevenindo o agravamento do seu estado de saúde, e instalação de declínio funcional mais severo (Rocha, Azer, & Nascimento, 2009).

A intervenção cirúrgica deverá ocorrer, preferencialmente, durante o período de 24 a 48 horas da admissão, isto é, deve ser respeitado o intervalo para a estabilização clínica da pessoa e, logo que possível, a implementação do tratamento cirúrgico adequado. O aumento do tempo de espera para a cirurgia pode ter consequências indesejáveis, pois o atraso no tratamento cirúrgico causa atraso na mobilização, e conseqüentemente, afeta a recuperação funcional (Smeltzer, 2011).

A classificação das fraturas do colo do fémur, segundo Garden, apresenta quatro tipologias, baseadas nos níveis de deslocamento. O grau I e II correspondem a fraturas sem desvio. Nos dois graus seguintes há desvio e risco circulatório para a cabeça do fémur (Serra, Oliveira, & Castro, 2012):

- ✚ No grau I, a fratura é incompleta, estando a cabeça do fémur numa posição um pouco valga em relação ao colo; sendo por vezes denominada “fratura-impactada”;
- ✚ No grau II, identifica-se um traço de fratura completo sem desvio;
- ✚ No grau III, há perda parcial do contacto entre os topos;
- ✚ No grau IV, a perda é completa, permitindo a migração proximal do fragmento distal, que origina a deformidade característica: membro inferior em rotação externa, com encurtamento de alguns centímetros.

Na fratura do colo do fémur no idoso, o traço tem sempre a mesma localização e orientação, pois é o efeito de uma força traumática de baixa energia e ação indireta.

No tratamento, segundo as recomendações da DGS 2003, o método de estabilização cirúrgica deverá permitir uma mobilização e carga precoces, com a utilização de técnicas pouco agressivas, mas com implantes que possibilitem uma estabilização mecânica imediata:

- ✚ Nas fraturas *subcapitais* pode optar-se por um tratamento conservador (com carga precoce, com o objetivo de promover a impactação e consolidação da fratura), ou a fixação mínima com parafusos canelados.
- ✚ Nas fraturas subcapitais descoaptadas e nas transcervicais deverá proceder-se à substituição artroplástica da cabeça do fémur, com artroplastias parciais ou totais da anca. Nas pessoas com idade avançada e/ou pouca mobilidade devem efetuar-se artroplastias parciais da anca (tipo prótese de Moore). Em situações de idade avançada e boa atividade física, sem sinais de artrose da anca, deve efetuar-se artroplastia parcial com cabeça fisiológica ou bipolar. Nos casos de esperança de vida alargada, e com um bom potencial funcional, deve optar-se pela artroplastia total da anca.
- ✚ Nas fraturas *basicervicais*, desde que seja possível a conservação da cabeça do fémur, deve-se optar-se por sistemas de osteossíntese com parafuso dinâmico de deslizamento e placa.

As fraturas trocântéricas, são principalmente causadas por trauma, sendo tipicamente oblíquas e localizadas entre a porção mais alta do grande trocânter, abrangendo uma grande área óssea, quase toda esponjosa. A classificação de Tronzo (1974) em cinco tipos assume-se como a mais utilizada hoje em dia (O’Sullivan & Schmitz, 2010):

- ✚ Tipo I e II, o traço de fratura principal é único, permitindo uma redução estável com contacto perfeito entre os dois topos.
- ✚ Tipo III e IV, existe um segundo traço, que liberta grande parte cortical posterior do fragmento distal; a redução entre o segmento cefálico e o fragmento distal (corpo do fémur) é instável devido à presença desse terceiro fragmento solto.
- ✚ Tipo V, é uma fratura rara (o traço da fratura é invertido, provindo da região medial proximal para a lateral distal).

De acordo com Serra, Oliveira, & Castro (2012), relativamente à implementação do tratamento para as fraturas trocantéricas, a classificação de Tronzo define dois grupos: as fraturas aptas a uma redução anatómica estável (tipo I e II) e aquelas que se caracterizam por serem instáveis (tipos III, IV e V). Segundo a DGS (2003), as primeiras permitem osteossíntese com parafuso dinâmico de deslizamento e placa. As fraturas do segundo grupo preveem a realização de osteossíntese recorrendo a técnica de encavilhamento endomedular e parafuso dinâmico.

As fraturas subtrocantéricas, devido à região em que ocorrem e às inserções musculares existentes, sujeitam essa área a várias forças deformantes, sendo a deformidade mais comum a flexão (provocada pelo ileopsoas) a abdução (pelo glúteo médio) e a rotação externa (pelos rotadores externos). Por ação dos adutores, poderá ainda apresentar deformidade em varo (Sousa & Carvalho, 2016). As fraturas subtrocantéricas permitem a utilização de vários métodos de osteossíntese: encavilhamento endomedular com parafuso dinâmico; encavilhamento endomedular estático, se a fratura ocorrer já na zona diafisária; osteossíntese com placas, com ou sem parafuso dinâmico (DGS, 2003).

Nas últimas décadas, de acordo com Jesus, (2017):

*“o desenvolvimento científico e tecnológico tem vindo a criar diferentes implantes destinados ao tratamento cirúrgico das FEPP, visando permitir a estabilidade necessária para a mobilização e a locomoção precoce, através da posição funcional do osso, prevenindo a necrose avascular. Estes aspetos são condição necessária para restituir ao idoso a sua capacidade de marcha, tão precocemente quanto possível”* (p.31).

Wendt et al (2016), no seu artigo publicado, defendem que, para além de ser fundamental o diagnóstico preciso do tipo de FEPP que a pessoa idosa possui, para que o

tratamento cirúrgico também seja o adequado, é imprescindível a intervenção de enfermagem especializada, para prevenir o tromboembolismo e pneumonia, bem como promover o autocuidado e capacidade funcional, reintegrando novamente a pessoa idosa no ambiente a que pertence.

### 3.2.2- O processo de reabilitação da pessoa idosa com FEFP

Segundo a Direção Geral de Saúde de Portugal (2003), reabilitar o doente idoso significa facilitar o desenvolvimento das suas potencialidades máximas, a nível físico, psicológico, familiar e social, em função das suas deficiências fisiológicas e anatómicas e limitações ambientais. Nesse sentido, a recuperação do doente após fratura da extremidade superior do fémur representa uma importante relevância para a Enfermagem de Reabilitação. A dependência parcial ou total origina nos doentes e cuidadores necessidades de adaptação e ajustamento à nova situação de vida sendo que os enfermeiros devem ser agentes facilitadores deste processo de adaptação ajudando as pessoas a gerir transições muitas vezes complexas e implementando intervenções quer aos cuidadores, quer às pessoas com dependência.

A intervenção de reabilitação à pessoa com FEFP, assume importância em todas as fases, e tem início desde o primeiro momento do internamento, ainda na fase pré-operatória, no entanto, depois do tratamento da fratura, a sua relevância intensifica-se ainda mais, pela premência da mobilização e levante precoce, treino de autocuidado, treino de marcha e outros métodos de reeducação funcional para manter ou recuperar dos défices instalados, visando a restituição da função pré-fratura, maximizando o potencial multidimensional da pessoa, promovendo a autonomia e minimizando a incapacidade e a dependência. Este percurso de reabilitação, adaptado à condição de cada pessoa, pode ser descrito como uma transformação e conquista diárias e é gratificante podermos testemunhar os ganhos que se registam aos vários níveis e dimensões da pessoa.

A reabilitação, enquanto especialidade, engloba um conjunto de saberes e procedimentos próprios, que possibilita ajudar a pessoa com doença aguda, crónica ou com as suas sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência. Assim, de acordo com as orientações da Ordem dos Enfermeiros (OE), tem como intuito melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e assim, preservar a autoestima (OE, 2010).

Segundo Hesbeen (2001) o cuidar é o “fermento da vida” que suporta o pilar do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). É uma arte complexa, subtil e enraizada num profissionalismo que não se manifesta apenas através dos atos praticados mas também, através da capacidade de ir ao encontro dos outros e de caminhar com eles, para conseguirem uma melhor saúde.

O Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2010), sustenta que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados em problemas reais e potenciais das pessoas. Concretiza ainda, que uma das suas competências é cuidar de pessoas, com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. Uma das unidades de competência específica é avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades, sendo um dos critérios de avaliação os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade. A reabilitação enquanto processo, permite o desenvolvimento de capacidades perdidas, para possibilitar uma restituição nas dimensões psicológicas, físicas ou sociais, relacionados com os potenciais anteriores.

Tendo como foco de atenção os cuidados de enfermagem especializadas no âmbito da enfermagem de reabilitação, o Regulamento 392/2019 salienta que:

*esta, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo conhecimentos e procedimentos específicos que lhe permitam ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa, e deste modo preservar a auto-estima (p.13565).*

Complementando, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, acrescenta que esta área de intervenção previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que lhes provoquem “deficit” funcional ao nível

cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade (OE, 2011).

Segundo a DGS (2003) em *Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso- Recomendações para Intervenção Terapêutica*, reabilitar o doente idoso significa facilitar o desenvolvimento das suas potencialidades máximas, a nível físico, psicológico, familiar e social, em função das suas deficiências fisiológicas e anatómicas e limitações ambientais. Para que estes objetivos sejam atingidos, é necessária uma intervenção não só no próprio doente, mas também junto dos familiares ou dos prestadores de cuidados e a nível do meio ambiente envolvente. A abordagem do EEER deve, para além da prevenção das complicações da imobilização, passa pela avaliação funcional e determinação do potencial de reabilitação, reeducação funcional, avaliação sociofamiliar e dos recursos na comunidade, alta clínica e reinserção na comunidade prevenção de novas fraturas.

A súbita mudança de vida, provocada por uma FEPP que significa muitas vezes passar de uma situação de independência para uma vida dependente de terceiros, tem implicações diretas a nível do funcionamento do autocuidado da pessoa.

De facto, apenas 40 a 60% das pessoas com FEPP recuperaram o seu nível de mobilidade prévio à fratura e a capacidade de realizar as suas atividades de vida diária. Sendo que esta evolução acontece sobretudo durante os primeiros seis meses após a fratura (Dyer *et al.*, 2016). Alguns utentes demonstram ainda conseguir recuperar o seu nível funcional em três meses e até em um mês após a cirurgia (Lee, Jo, Jung, & Kim, 2014).

Lofgren, Hedstrom, Ekstrom, Lindberg, Flodin & Ryd (2015), ao realizarem um estudo sobre a 503 utentes com FEPP submetidos a intervenção cirúrgica, concluíram que a intervenção de enfermeiros especializados e um programa de reabilitação individualizado à pessoa com FEPP, capacitando-a, é fundamental ajudar os utentes a reduzir o tempo de hospitalização e a regressar à sua vida anterior.

Igualmente, Bayon-Calatayud & Benavente-Valdepeñas (2018), através de um estudo a 50 idosos com FEPP submetidos a cirurgia, aplicando um programa diário individualizado de reabilitação de 60 minutos, faseado, na primeira semana

fortalecimento muscular isométrico dos membros inferiores, exercícios de amplitude de movimentos dos membros inferiores com flexão do quadril afetado limitados a 90°-100°, abdução limitada a 0-30°, evitando movimentos de adução e rotação do membro operado, treino de transferências e instrução para realização de AVD, na segunda semana, fortalecimento muscular isotônico, treino de transferências e exercícios de equilíbrio em barras paralelas e durante a terceira semana, início de treino de marcha funcional (barras paralelas, andarilho, muletas, subir escadas progressivamente), concluíram que a intervenção especializada e um plano de reabilitação personalizado precocemente, e o seu planeamento para continuidade no regresso a casa, são fulcrais para a recuperação da sua funcionalidade pré-fratura e promoção do autocuidado.

De acordo com Sousa & Carvalho (2016), as intervenções por parte do EEER devem iniciar-se no pré-operatório, com exercícios de mobilização ativa dos MS e do MI são e RFR, seguindo-se no pós-operatório com exercícios que melhorem a capacidade aeróbica e aumento da força muscular do quadríceps e treinos de mobilidade, transferências e marcha, sempre com atenção major ao controlo da dor, pois um programa de reabilitação e suporte social adequados, são determinantes para que a recuperação da funcionalidade da pessoa idosa com FEPF ocorra nos primeiros 6 a 8 meses pós-cirurgia (85% dos casos).

O processo de reabilitação é único e pessoal e não termina no hospital. Termina quando o indivíduo se torna autónomo e independente no seu meio ambiente. Para isso, o sucesso da reabilitação depende da continuidade, da coordenação e da inter-relação entre a equipa de saúde e o utente, com o objetivo da resolução de problemas e da obtenção de ganhos em qualidade de vida e bem-estar. Deve ser tão prolongado quanto o necessário para adaptar, recuperar e/ou restabelecer o nível ótimo ou pré-mórbido de independência funcional (Menoita & Cordeiro, 2012).

Stasi et al (2019), de acordo com o seu estudo, concluiu que a reabilitação deve começar nas primeiras 48h e ir até as 12 semanas pós-operatório, adequando as intervenções ao tipo de cirurgia realizada. Mais acrescenta que após a alta o programa de reabilitação deve ser continuado no domicílio, três vezes por semana e a partir da 4ª semana, defendem que o fortalecimento dos abdutores do MI operado é fundamental,

pois aumenta a força isométrica da musculatura abduutora do MI, maximizando a capacidade funcional do utente.

A recuperação funcional após FEPP deve ser visto como um objetivo exequível e encarada como uma prioridade (Dyer *et al.*, 2016). Não só devido ao número crescente de FEPP que ocorrem a cada ano, mas também devido à natureza desafiadora dos cuidados para esses utentes (Lee *et al.*, 2014).

### 3.3- Referencial Teórico

O autocuidado é descrito como um conjunto de atividades que os indivíduos iniciam e mantêm, por si, para a manutenção da vida, saúde e bem-estar. Contribui em específico para a “(...) integridade da estrutura humana, o funcionamento humano, e o desenvolvimento humano” (Orem, 2001, p.43). De acordo com Tomey & Alligood (2002), o autocuidado é uma função reguladora que os indivíduos executam deliberadamente por si próprios ou por alguém que a concretiza por eles de modo a preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar.

Segundo Orem (2001) o autocuidado define-se como:

*uma função humana reguladora. Difere de outras funções reguladoras como por exemplo, a regulação neuro-endócrina. O autocuidado é uma ação deliberadamente realizada pelas pessoas para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes. São ações realizadas para garantir o fornecimento de requisitos necessários para continuar a vida (ar, água, alimentos), para o crescimento e desenvolvimento, e para a manutenção da integridade humana. Também são ações realizadas ou direcionadas para manter as condições internas ou externas necessárias para manter e promover a saúde, bem como, o crescimento e desenvolvimento. Também são ações com foco na prevenção, alívio, cura, ou controle de condições indesejáveis que afetam ou podem vir a afetar a vida, a saúde ou o bem-estar (p.45).*

Por sua vez, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), define o autocuidado como [uma] “atividade executada pelo próprio. Tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”. (CIPE, versão 2, 2011, p. 41). Também Silva et al (2009) sublinham que *“o autocuidado é uma actividade do indivíduo aprendida pelo mesmo e orientada para um objectivo. É uma ação desenvolvida em situações concretas de vida, e que o indivíduo dirige para si mesmo ou para regular os factores que afetam o seu próprio desenvolvimento, atividades em benefício da vida, saúde e bem-estar”* (p.699).

O indivíduo ao longo do ciclo vital sofre transformações que o impossibilitam de realizar e de satisfazer as necessidades do autocuidado, ficando assim, na eminência da necessidade de ajuda dos outros. Por várias razões, os processos de transição sofrem alterações na condição do indivíduo e/ou do meio, conduzindo à perda de autonomia avançando para a dependência (Petronilho, 2012).

Assim, quando a capacidade de resposta do indivíduo é inferior às exigências do autocuidado, desencadeiam-se profundas alterações na vida pessoal, familiar e social, refletindo-se na saúde e no bem-estar. Este desequilíbrio no autocuidado faz com que seja necessária a intervenção do enfermeiro (Orem, 2001).

Segundo Orem (2001), *“os enfermeiros têm especial atenção nas necessidades do Homem em se autocuidar, na provisão e manutenção do autocuidado, de uma forma contínua, a fim de sustentar a vida e a saúde, recuperar-se de doenças e ferimentos e lidar com os seus efeitos”* (p.22).

Para a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001), no que diz respeito ao bem-estar, ao autocuidado e “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente” (p.16), enfatizando também, a ideia da centralidade do autocuidado nos cuidados de enfermagem.

A Teoria do Défice do Autocuidado em Enfermagem, desenhada por Orem (2001), é reconhecida como um descritivo explicativo do que a enfermagem é e o que a

enfermagem deveria *ser*. Deve ser usada para dar uma direção à prática de enfermagem e a outras áreas de esforço, como a investigação. Esta teoria é a expressão de uma combinação única de conceptualizações características e as relações entre elas, que são comuns a todas as áreas de enfermagem (Orem, 2001). Engloba três teorias: a teoria do autocuidado, que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si; a teoria do déficit de autocuidado, que descreve e explica por que razão as pessoas podem ser ajudadas através dos cuidados de enfermagem; e a teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser mantidas para que se faça enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

O déficit de autocuidado traduz “a relação entre as capacidades de ação dos indivíduos e as suas necessidades de cuidado” (Tomey & Alligood, 2004:218). Desta forma, o déficit refere-se à relação entre as ações que os indivíduos deveriam desenvolver e aquelas que têm capacidade de desenvolver, no sentido de manter a vida, a saúde e o bem-estar. A Teoria fundamenta-se em cinco conceitos centrais inter-relacionados: a ação do autocuidado; a capacidade de autocuidado; a necessidade de autocuidado; o déficit de autocuidado e a intervenção enfermagem. Intervenção de enfermagem refere-se à atenção de um enfermeiro como compensação ou ajuda prestada para dar resposta às necessidades de autocuidado da pessoa. Segundo Tomey & Alligood (2004), de acordo com a teoria dos sistemas de enfermagem, as intervenções de enfermagem podem ser: totalmente compensatórias (o enfermeiro de reabilitação concretiza o autocuidado, compensa a incapacidade, apoia e protege o doente); parcialmente compensatórias (o enfermeiro de reabilitação executa algumas medidas de autocuidado, compensa as limitações, assiste conforme necessário e regula a atividade de autocuidado); ou de apoio e educação (o enfermeiro de reabilitação regula o exercício e o desenvolvimento da atividade de autocuidado).

O Enfermeiro é um profissional habilitado e que tem competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados à pessoa/família e comunidade (OE, 1996), respondendo de forma clara e inequívoca à premissa da Teoria do Déficit de Autocuidado em Enfermagem.

De acordo com Leite, V. B. E., & Faro (2005) *“a ênfase da Reabilitação está voltada para a restauração da independência do paciente ou recuperação do seu nível de função pré-enfermidade ou pré incapacidade no menor tempo possível”* (p.93).

Como constatado anteriormente, o déficit do autocuidado determina uma relação entre as necessidades por parte do indivíduo e a sua capacidade de autocuidado. Após o enfermeiro avaliar o déficit do cuidado, adapta a sua intervenção minimizando os efeitos do déficit, avaliando e adaptando os métodos de auxílio adequado (Orem, 2001).

Petronilho (2012) sublinha que, o sistema de enfermagem realizado pelos enfermeiros, foca nas capacidades do indivíduo em realizar as atividades do autocuidado, bem como na identificação das suas necessidades. Neste sentido, o EEER reconhece as necessidades da pessoa; avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da sua atividade; posteriormente realiza planos de cuidados com o intuito de promover o autocuidado no processo de saúde/doença; e implementa-os com o objetivo de proporcionar qualidade de vida à pessoa, potenciando o seu desenvolvimento pessoal e integração na sociedade (OE, 2010).

Para a OE, no artigo 4º do Regulamento das competências específicas do EEER são

(2010): *“a) cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.”*

Assim, segundo Lista et al (2017, p.14 e p.15), os EEER devem *“conceber, implementar e avaliar planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade; (...) devem [proceder ao] desenvolvimento e implementação das ações autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva.; [e por último], (...) devem desenvolver atividades que permitam potenciar as capacidades funcionais de uma pessoa, através da interação com a mesma, no sentido de garantir o melhor desempenho motor e cardiorrespiratório possível, de modo a fomentar o rendimento e o desenvolvimento pessoal”*.

Segundo Couto (2012), a concepção de Orem no que concerne à promoção da independência para o autocuidado, relaciona-se intimamente com as capacidades inerentes ao modelo de atuação do enfermeiro de reabilitação, sendo que “estas competências contribuem para uma melhor resposta de cuidados face às necessidades dos clientes, quer em termos de limitação funcional, quer no autocuidado. Enfatiza que a abordagem especializada em reabilitação é uma mais-valia para os clientes.” (Couto, 2012, p.23). Neste sentido o enfermeiro EEER cria um sistema que seja totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação, ou seja, seleciona e combina formas de ajuda que compensem o autocuidado (Cunha, Cardoso & Oliveira, 2005).

Por conseguinte, o EEER segundo Regulamento Nº392/2019 *“concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa”* (p.13565).

Couto (2012), enumera as intervenções de enfermagem em três domínios distintos:

1) Domínio Processos de Ensino-Aprendizagem, tal como já referido anteriormente, relaciona-se com o Ensinar, Instruir, Treinar e Aconselhar no sentido de capacitar o cliente e/o cuidador, para o autocuidado ou utilização de produtos de apoio;

2) Domínio Processos Corporais, assente no Assistir, Treinar e Estimular, referindo-se por exemplo aos exercícios músculo-esqueléticos;

3) Domínio Comportamento emocional, onde Elogiar e Incentivar são as palavras chave, no sentido do reforço positivo. O alvo dos cuidados do enfermeiro de reabilitação são para além do cliente, o cuidador informal. O enfermeiro tem assim, competência para “ensinar, instruir, treinar, orientar e motivar quer os utentes nas atividades de vida diárias, para níveis máximos de interdependência, quer os respectivos cuidadores familiares no processo de reabilitação, promovendo o autocuidado.

Marques-Vieira e Sousa (2017) defendem que a dependência no autocuidado, se apresenta como um foco central no processo de cuidados dos EEER, que requer intervenções capazes de capacitar as pessoas para o desempenho das atividades que compõem cada um dos diversos domínios do autocuidado.

A promoção do autocuidado pelo EEER pode ainda ser potenciada pela utilização de produtos de apoio, estando esta competência normalizada pela OE, ao referir que o enfermeiro de reabilitação realiza *“treinos específicos de AVD’S, utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação (...)). Ensina e supervisiona a utilização de produtos de apoio, tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa”* (OE, 2010, p. 4).

#### **4 - CAPÍTULO III: COMPETÊNCIAS, OBJETIVOS E ATIVIDADES**

As atividades a que me proponho decorrem dos objetivos, referidos já anteriormente, e têm como fio condutor o desenvolvimento das competências Gerais do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do EEER, conforme preconizado pela OE (Diário da República 2.ª série N.º 35 Fevereiro, 2011; Diário da Republica **Regulamento n.º 392/2019 de 3 de Maio**, 2019), em estreita articulação, sempre que possível, com o domínio particular de intervenção escolhido. As estratégias e atividades particulares propostas para o desenvolvimento dos objetivos, bem como os indicadores de avaliação estão disponíveis em apêndice III. Em apêndice IV, estão explanados através de um cronograma, os objetivos propostos, e no período os quais, ao longo do EC, serão atingidos, de forma a adquirir as competências supracitadas.

#### **5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O envelhecimento é definido como um processo progressivo, gradual e variável, caracterizado pela perda crescente da reserva funcional. Em consequência ocorrem

alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, tornando o idoso propenso a adoecer. Essas mudanças naturais que ocorrem no envelhecimento, podem levar a limitações funcionais associadas a afeções agudas ou crônicas, tornando os idosos mais suscetíveis aos riscos ambientais, e conseqüentemente a ocorrência de quedas. Neste sentido, as FEPP, em idosos, ocupam um papel de grande importância, tanto pela sua frequência quanto pela sua gravidade, visto que levam ao aumento da incapacidade funcional.

A incapacidade funcional é uma variável sempre presente na área da reabilitação, que merece a atenção tanto do profissional como da pessoa idosa acometido pela FEPP. Os ganhos em reabilitação e funcionalidade, definem-se pelas alterações conseguidas na vida e no meio ambiente dos doentes, estando ligados aos objetivos que se pretendem atingirem. Importa para isso, que o Enfermeiro de Reabilitação conheça as variáveis que mais influenciam o processo de recuperação e a capacidade de atingir os objetivos funcionais de uma forma eficaz e eficiente. Neste sentido, realço a importância de dar visibilidade ao importante contributo que os enfermeiros de reabilitação podem dar em prole dos ganhos em saúde e da qualidade de vida das pessoas idosas

Na realização deste projeto procurei criar as linhas orientadoras que futuramente me irão auxiliar em dar resposta às Competências Gerais do EE, na aquisição de competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados (OE, Março 2010) e na aquisição de Competências Específicas do EEER, o qual concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitações diferenciados, baseados em problemas potenciais e reais das pessoas (OE, Novembro 2010).

A elaboração do presente Projeto de Estágio é sem dúvida um processo agradável e gratificante que me está a proporcionar crescimento e desenvolvimento tanto ao nível pessoal, como profissionalmente. Reconheço que me permite a construção de uma introspeção individual, através de uma reflexão constante, baseada na auto-análise, autocritica e auto-avaliação do meu desempenho profissional, o que se congratula com uma aquisição de conhecimentos e me proporciona os alicerces para a construção e desenvolvimento dos pilares, enquanto futura EEER.

## 6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bayon-Calatayud, Manuel, Benavente-Valdepeñas, Ana Maria (2018). *Short-Term Outcomes of Interdisciplinary Hip Fracture Rehabilitation in Frail Elderly Inpatients*. Hindawi, Rehabilitation Research and Practice. Article ID 1708272, 7 pages <https://doi.org/10.1155/2018/1708272>.
- Bicudo, M. (2013). *Do envelhecimento saudável à longevidade com qualidade: contributos dos enfermeiros*. In Lopes, M.A.P. (coord). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: da investigação à prática* (39-75). Loures: Lusociência.
- Bruyne, P. et al. (1991). *Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: Os polos da prática metodológica* (5th ed.). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Cancela, D.M.G. (2008). *O Processo de Envelhecimento*. O portal dos Psicólogos. Porto. Acedido Abril 16, 2019, em <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
- CIF (2004) - *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Organização Mundial da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa.
- Couto, G. M. (2012). *Autonomia/independência no autocuidado: Sensibilidade aos cuidados de enfermagem de reabilitação*. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Cunha, A., Cardoso, L. O., & Oliveira, V. C. T. F. (2005). *Autocuidado: Teoria de enfermagem de Dorothea Orem*. *Sinais Vitais*, 61, 36-40.
- Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 Agosto. Diário da República n.º 151/2013 - Série I. *Regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior*. Lisboa. Acedido Maio 2 2019 em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/498487/details/maximized>
- Despacho nº130/PRES/2018 e 172/PRES/2018. *Regulamento dos Segundos Ciclos de Estudos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*. Acedido Maio 2 2019 em

<https://www.esel.pt/sites/default/files/migrated-files/9377-RegulamentodeMestradoEnfeCursosdeP%C3%B3sLicenciaturade.pdf>

- Direção Geral de Saúde (2003). *Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso, Recomendações para Intervenção Terapêutica*. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (2012). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto: COM MAIS CUIDADO - Prevenção de acidentes domésticos com pessoas Idosas. Manual de Apoio e Formulário*. Lisboa.
- Dyer, S. M., Crotty, M., Fairhall, N., Magaziner, J., Beaupre, L. A., & Cameron, I. D. (2016). *A critical review of the long-term disability outcomes following hip fracture*. BioMed Central (BMC) Geriatrics, 16, 1–18.
- Felicíssimo, P., & Branco, J. (2017). *Percurso clínico e programa de alta nos doentes com fratura da extremidade proximal do fémur*. Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia, 25(4), 303-310.
- Henriques, A. (2013). *A Gestão da medicação nas pessoas idosas: a adesão como indicador de eficácia das intervenções de enfermagem*. In Lopes, M.A.P. (coord). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: da investigação à prática* (115-175). Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2003). *Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, Shirley P. (2011) – *Enfermagem de Reabilitação - Aplicação e Processo*. Loures: Lusociência: ISBN:972-8383-13-4
- Instituto Nacional de Estatística, IP (2012). *Saúde e Incapacidades em Portugal 2011*. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2019). *Estatísticas de Saúde 2017*. Lisboa.

- Jesus, F. J.S. (2017). *Reabilitação na pessoa após fratura da extremidade proximal do fémur*. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Laires PA., Perelman J., Consciência JG., Monteiro J., Branco JC. (2015). *Atualização sobre o impacto epidemiológico e socioeconómico das fracturas da extremidade proximal do fémur*. Órgão oficial da Sociedade Portuguesa de Reumatologia. Lisboa.
- Lee, D. J., & Elfar, J. C. (2014). *Timing of Hip Fracture Surgery in the Elderly*. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, 5(3), 138–140. <https://doi.org/10.1177/2151458514537273>
- Lee, D., Jo, J. Y., Jung, J. S., & Kim, S. J. (2014). *Prognostic Factors Predicting Early Recovery of Pre-fracture Functional Mobility in Elderly Patients With Hip Fracture*. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 38(6), 827–835.
- Leite, V. B. E., & Faro, A. C. M. (2005). *O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(1), 92-96.
- Lista, A., Correia, J., & Fonseca, C. (2017). A Teoria do Autocuidado, uma proposta reflexiva dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. *Journal of Aging & Innovation*. Vol. 6(2), 13 – 16. Acedido 2 Maio 2019 em <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/2-Auto-Cuidado-Proposta-de-Intervenção.pdf>
- Lofgren S, Hedstrom M., Ekstrom W., Lindberg L., Flodin L. & Ryd L. (2015). *Power to the patient: care tracks and empowerment a recipe for improving rehabilitation for hip fracture patients*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 462 – 469.
- Marques-Vieira, C. & Caldas, A. C. (2017). *A Relevância do Andar: Reabilitar a Pessoa com Andar Comprometido, in Cuidados de Reabilitação á pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.

Menoita, E. C. & Cordeiro, M. C. O. (2012). *Manual de boas Práticas na Reabilitação Respiratória. Conceitos, princípios e técnicas*. Editor: Lusociência. ISBN: 9789728930868

Menoita, E. A., Sousa, L. M., Alvo, I. B. P. & Vieira, C. M. (2012) – *Reabilitar a pessoa idosa com AVC- Contributos para um Envelhecimento Resiliente*. Loures: Lusociência: ISBN: 978-972-8930-78-3

Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Gabinete de Estratégia e Planeamento (2017). *Relatório de Portugal - Comissão Económica Das Nações Unidas Para A Europa (UNECE) Terceiro Ciclo De Revisão E Avaliação Da Estratégia De Implementação Regional (RIS) do Plano Internacional De Ação De Madrid Sobre O Envelhecimento (MIPAA)*. Lisboa.

Odén A., McCloskey E.V., Kanis J.A., Harvey N.C., Johansson H. (2015). *Burden of high fracture probability worldwide: secular increases 2010–2040*. *Osteoporos Int.*, 26: 2243–8.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa. Acedido Julho 11, 2019 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE® Versão 2011 – Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Versão oficial em português. ISBN: 978-92-95099-18-0

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Proposta do Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Setembro.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas cuidados à Pessoa com alterações da mobilidade - Posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa.

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

- Organização Mundial de Saúde (2002). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa.
- Organização Mundial da Saúde (2008). *Guia global: Cidade amiga do idoso*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Relatório Mundial do Envelhecimento e Saúde*. Genebra.
- O'Sullivan, S., & Schmitz, T. (2010). *Fisioterapia: Avaliação e tratamento*. São Paulo: Manole.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado, conceito central da enfermagem: Da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. Coimbra: Formasau.
- PLANO NACIONAL DE SAÚDE (PNS) 2011-2016. *Estratégias Saúde*. Vol. 1. Portal da Saúde. Acedido 2 Maio 2019 em: [http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4DDFFD8C-EB94-4CAE-BCE4-D95DE95EA944/0/PNS\\_Vol1\\_Estrategias\\_saude.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4DDFFD8C-EB94-4CAE-BCE4-D95DE95EA944/0/PNS_Vol1_Estrategias_saude.pdf)
- Regulamento nº 350/2015 de 22 de Julho (2015). Diário da República, Nº 119. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa.
- Regulamento nº 122/2011 (2011). Diário da República n.º 35/2011, Série II. *Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. <https://dre.pt/application/file/a/3477087>
- Regulamento n.º 392/2019 de 3 de Maio (2019). Diário da República nº 85 – II Série. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa. Acedido julho 11, 2019 em <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>
- Rocha, M. A., Azer, H. W., & Nascimento, V. G. (2009). *Evolução funcional nas fraturas da extremidade proximal do fêmur*. Acta Ortopédica Brasileira, 17(1), 17-21.

- Serra, L. M. A., Oliveira, A. F., & Castro, J. C. (2012). *Critérios fundamentais em fraturas e ortopedia* (3.ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Silva, I., Oliveira, M., Silva, S., Polaro, S., Radünz, V., Santos, E., & Santana, M. (2009). *Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem*. Revista Da Escola De Enfermagem Da USP. Vol. 43(3), 697 - 703. Acedido 2 Maio 2019 em <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300028>
- Smeltzer, S. C. (2011). *Cuidados de enfermagem pré-operatórios*. In Brunner e Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica (12.ª ed.) (pp. 423-439). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Sousa, L. & Carvalho, M. (2016a). *Pessoa com Fratura da Extremidade superior do Fémur*. In sousa, L. & Marques Vieira, C. (2016). *Cuidados de Enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (1ª edição). Loures: Lusodidata.
- Sousa, L. & Carvalho, M. (2016b). *Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em contexto de internamento e Ortopedia*. In sousa, L. & Marques Vieira, C. (2016). *Cuidados de Enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (1ª edição). Loures: Lusodidata.
- Stasi S., Papathanasiou G., Chronopoulos E., A Dontas I., Baltopoulos I., Papaioannou N. (2019). *The Effect of Intensive Abductor Strengthening on Postoperative Muscle Efficiency and Functional Ability of Hip-Fractured Patients: A Randomized Controlled Trial. Greece. Website: [www.ijonline.com](http://www.ijonline.com). 10.4103/ortho.IJOrtho\_183\_18*
- Tomey, Ann; Halligood, Martha (2004) – *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)*. Lusociência: ISBN: 972-8383-74-6
- Tronzo, R.G. (1973). *Surgery of the hip joint*. Philadelphia: Lea & Febiger.

Wendt K., Heim D., Josten C., Kdolsky R., Oestern H.-J., Palm H. et al (2016).  
*Recommendations on hip fractures*. European Journal of Trauma & Emergency  
Surgery, 42:425–431.

## **APÊNDICE II – Estudo de Caso do Ensino Clínico Hospitalar**

**10ª Curso de Mestrado em Enfermagem**  
***Área de Especialização em Enfermagem de***  
***Reabilitação***

Estágio com Relatório

**Estudo de Caso**

**Local de Estágio:** Serviço de Ortopedia do 

**Sofia Tomé**  
**Nº8982**

**Docente Orientador:** Enf.ª Cristina Baixinho

**Enfermeira Orientadora:** Enf.ª  e Enf.ª 

**Lisboa**

**2019**



## **INDICE**

<b>0- REVISÃO ANOTOMO-PATOLÓGICA.....</b>	<b>3</b>
<b>1- COLHEITA DE DADOS/ANAMENÉSE.....</b>	<b>6</b>
<b>2- EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL.....</b>	<b>8</b>
<b>3- PROGRAMA DE REABILITAÇÃO / PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>4- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>27</b>

### **ANEXOS**

**Anexo A - ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCE)**

**Anexo B - ÍNDICE DE BARTHEL**

**Anexo C - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)**

**Anexo D - ESCALA VISUAL ANALÓGICA**

**Anexo E - ESCALA DE BERG**

**Anexo F - ESCALA DE LOWER**

**Anexo G - ESCALA DE ASHWORTH**

**Anexo H - ESCALA DE MORSE**

**Anexo I - ESCALA DE BRADEN**

**Anexo J - ESCALA DE BORG MODIFICADA (AVALIAÇÃO DA DISPNEIA)**

**Anexo K - ENSINOS PRÉ E PÓS-OPERATÓRIOS**

### **APÊNDICES**

**Apêndice 1- APRESENTAÇÃO EM POWERPOINT DO ESTUDO CASO DO PRESENTE ESTÁGIO**

## 0 – REVISÃO ANATOMO-PATOLÓGICA

Conforme Smeltzer (2011), a fratura é uma interrupção na continuidade do osso, podendo ser definida de acordo com o seu tipo e extensão. As fraturas ocorrem quando o osso é submetido a uma força maior do que pode absorver. Quando ocorre a fratura, as estruturas adjacentes são igualmente afetadas, ocasionando edema dos tecidos moles, hemorragia nos músculos e articulações, luxação de articulações, rotura de tendões, secção de nervos e lesão de vasos sanguíneos. As fraturas são resultado da rotura das integridades ósseas, perturbando o bom funcionamento de todo o sistema musculoesquelético.

De acordo com Smeltzer (2011), as Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur (FEPP) podem dividir-se em: colo do fémur (localizadas entre a cabeça e a área trocântéricas e dividem-se em subcapitais, transcervicais e basicervicais), trocântéricas (acima da linha intertrocântérica e abaixo do limite distal do pequeno trocânter), e subtrocântéricas (restritas ao segmento entre o limite inferior do pequeno trocânter e um nível de 5 cm abaixo dele).

As opções terapêuticas no âmbito das FEPP, contemplam o tratamento cirúrgico e o tratamento conservador, sendo que é consensual entre a comunidade científica a abordagem cirúrgica como o «*standard of care*», com exceção dos casos em que a pessoa apresente comorbilidades que inviabilizem o ato cirúrgico (DGS, 2003).

O tratamento cirúrgico, com colocação de material de osteossíntese, garante maior estabilidade e um retorno funcional mais precoce, de forma que o idoso não fique sujeito a imobilidade por longos períodos, prevenindo o agravamento do seu estado de saúde, e instalação de declínio funcional mais severo (Rocha, Azer, & Nascimento, 2009).

No tratamento, segundo as recomendações da DGS 2003, o método de estabilização cirúrgica deverá permitir uma mobilização e carga precoces, com a utilização de técnicas pouco agressivas, mas com implantes que possibilitem uma estabilização mecânica imediata:

- ✚ Nas fraturas *subcapitais* pode optar-se por um tratamento conservador (com carga precoce, com o objetivo de promover a impactação e consolidação da fratura), ou a fixação mínima com parafusos canelados.
- ✚ Nas fraturas subcapitais descoladas e nas transcervicais deverá proceder-se à substituição artroplástica da cabeça do fémur, com artroplastias parciais ou totais da anca. Nas pessoas com idade avançada e/ou pouca mobilidade devem efetuar-se artroplastias parciais da anca (tipo prótese de Moore). Em situações de idade avançada

e boa atividade física, sem sinais de artrose da anca, deve efetuar-se artroplastia parcial com cabeça fisiológica ou bipolar. Nos casos de esperança de vida alargada, e com um bom potencial funcional, deve optar-se pela artroplastia total da anca.

✚ Nas fraturas *basicervicais*, desde que seja possível a conservação da cabeça do fémur, deve-se optar-se por sistemas de osteossíntese com parafuso dinâmico de deslizamento e placa.

As fraturas subtrocantéricas, devido à região em que ocorrem e às inserções musculares existentes, sujeitam essa área a várias forças deformantes, sendo a deformidade mais comum a flexão (provocada pelo ileopsoas) a abdução (pelo glúteo médio) e a rotação externa (pelos rotadores externos). Por ação dos adutores, poderá ainda apresentar deformidade em varo (Sousa & Carvalho, 2016). As fraturas subtrocantéricas permitem a utilização de vários métodos de osteossíntese: encavilhamento endomedular com parafuso dinâmico; encavilhamento endomedular estático, se a fratura ocorrer já na zona diafisária; osteossíntese com placas, com ou sem parafuso dinâmico (DGS, 2003).

A reabilitação, enquanto especialidade, engloba um conjunto de saberes e procedimentos próprios, que possibilita ajudar a pessoa com doença aguda, crónica ou com as suas sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência. Assim, de acordo com as orientações da Ordem dos Enfermeiros (OE), tem como intuito melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e assim, preservar a autoestima (OE, 2010).

Segundo a DGS (2003) em *Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso- Recomendações para Intervenção Terapêutica*, reabilitar o doente idoso significa facilitar o desenvolvimento das suas potencialidades máximas, a nível físico, psicológico, familiar e social, em função das suas deficiências fisiológicas e anatómicas e limitações ambientais. Para que estes objetivos sejam atingidos, é necessária uma intervenção não só no próprio doente, mas também junto dos familiares ou dos prestadores de cuidados e a nível do meio ambiente envolvente. A abordagem do EEER deve, para além da prevenção das complicações da imobilização, passa pela avaliação funcional e determinação do potencial de reabilitação, reeducação funcional, avaliação sociofamiliar e dos recursos na comunidade, alta clínica e reinserção na comunidade prevenção de novas fraturas.

De acordo com Sousa & Carvalho (2016), as intervenções por parte do EEER devem iniciar-se no pré-operatório, com exercícios de mobilização ativa dos MS e do MI são e RFR, seguindo-se no pós-operatório com exercícios que melhorem a capacidade aeróbica e aumento da força muscular do quadríceps e treinos de mobilidade, transferências e marcha, sempre com atenção major ao controlo da dor, pois um programa de reabilitação e suporte social adequados, são determinantes para que a recuperação da funcionalidade da pessoa idosa com FEPP ocorra nos primeiros 6 a 8 meses pós-cirurgia (85% dos casos).

## 1- COLHEITA DE DADOS/ANAMENÉSE

Dados Pessoais		
<b>Nome:</b> M. N. C.	<b>Data Nascimento:</b> 1927 – 03 - 25	<b>Idade:</b> 92 anos
<b>Género:</b> feminino	<b>Profissão:</b> Reformada (era costureira)	<b>Etnia:</b> caucasiana
<b>Residência:</b> Torres Vedras	<b>Nacionalidade:</b> Portuguesa	<b>Cuidados Saúde Primários:</b> USF Arandis do Centro Saúde Torres Vedras
História da Doença Atual (informação colhida a partir do diário clínico e abordagem ao marido).		
<p>Utente com 92 anos de idade, reside em domicílio próprio com o marido, numa moradia bi-familiar, no 1º andar, com apoio do enteado e sua esposa, que residem no r/c. Previamente dependente em grau moderado para a satisfação das AVD, deambulava com auxílio de terceiros e apoio de uma bengala à esquerda, frequentava Centro de Dia da IPSS Santa Casa da Misericórdia de Torres Vedras.</p> <p>No dia 6 de Outubro de 2019, ao tentar levantar-se sozinha do leito, pelas 9h, tropeçou no tapete e sofreu uma queda, dando entrada posteriormente no SU do HTV. Ficou internada no serviço de Ortopedia 1. Foi colocada tração cutânea de 3kg no MIE, colocado CVP MSDt.º, iniciada analgesia dirigida, aguardando intervenção cirúrgica.</p>		
<b>Diagnóstico:</b>	<b>Fratura Subtrocatérica à Esquerda</b>	
<b>Cirurgia:</b>	12 Outubro 2019: Redução Incruenta + Encavilhamento proximal do fémur esquerdo.	
<b>Terapêutica:</b>	Pós-Operatório: - Analgesia: DIB; Paracetamol 1g Ev; Metamizol de Magnésio 2g EV; Tramadol 100mg/2ml EV. - Protocolo antibioterapia: Cefazolina EV (3 tomas). - Anticoagulante: Enoxaparina 40mg. - Terapêutica do domicílio (após as 24horas)	
<b>Resumo das notas de evolução:</b> Utente aguardou cirurgia durante 6 dias, mantendo		

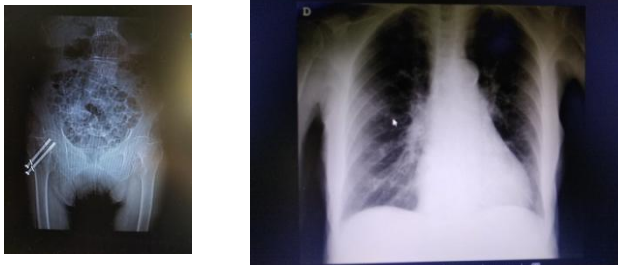
analgésia dirigida e tração cutânea no MIE de 3kg. No pós-operatório imediato muito queixosa, com períodos de desorientação e confusão, com necessidade de ser imobilizada. Sinais vitais estáveis, por vezes com dispneia, devido a história de anemia crónica e cansaço fácil a esforços..

Iniciou programa de reabilitação a qual mostrou-se muito colaborante e participativa, primeiro levante sem intercorrências. Tinha indicação médica para não fazer carga sobre o membro operado.

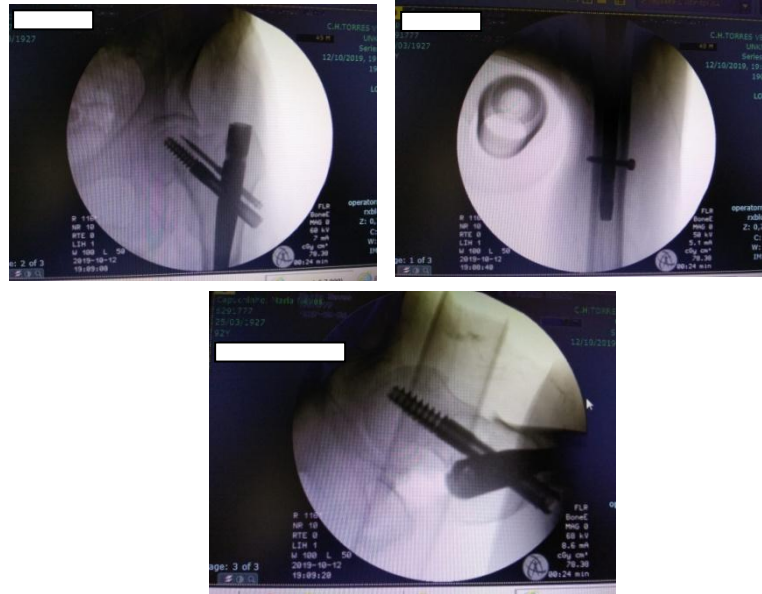
Ferida cirúrgica na face externa da coxa esquerda, de agrafos, sem hemorragia e sem sinais inflamatórios.

Teve alta clínica ao 4º dia pós-operatório para o domicílio com suporte, enquanto aguarda vaga para Unidade de Média Duração e Reabilitação que foi solicitada pela família.

### Antecedentes de Saúde

<b>Hábitos aditivos:</b>	Sem hábitos aditivos
<b>Alergias:</b>	Sem alergias conhecidas
<b>Terapêutica habitual:</b>	Ferro – Tardyferon 80mg 1comp. Manhã; Epinitril 5mg Transdérmico 24/24h; Lorazepam 2,5mg 1 comp. Noite.
<b>Co morbilidades:</b>	<u>Antecedentes Pessoais:</u> Anemia Crónica; Bronquite; Cardiopatia Isquémica (colocação de 2 stents); Demência; Artroses generalizadas; Escoliose acentuada; Hipoacúsia; Fratura Subcapital do Fémur Dt.º em Fevereiro de 2016 (colocação 2 parafusos dinâmicos de deslizamento e placa); Fratura Subcapital do Fémur Esq.º em Novembro de 2016 (tratamento conservador).
<b>Exames Complementares:</b>	Fez RX (pré e intra-operatório) e colheita de sangue para análises (por Hg: 7.5 mg/dl fez uma UCE → Hg: 9mg/dl)  Pré-op. 

Intra-op.



## 2 – EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL

- Segundo a ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCE) apresenta score 15 (ANEXO A), Vigil, colaborante, orientada na pessoa, mas desorientada no tempo e espaço, discurso fluente;

- Estado de orientação: as capacidades cognitivas apresentam algumas alterações, sendo elas:

- Desorientação no Tempo e Espaço, orientada em relação a Si;
- Analogias (relação de semelhança estabelecida entre duas ou mais entidades distintas);
- Pensamento abstracto (processo de pensamento em que as ideias são distanciadas dos objectos);

- Asseio e cuidado com aparência: pessoa cuidada, com boa aparência física; Estado emocional: ansiosa;
- Linguagem corporal: expressiva;
  - Atenção: Atenção: capacidade para manter o foco, vígil, capaz de manter a atenção e concentração em todas as tarefas de vida diária;
  - Memória: Memória: sem alterações da memória imediata, mas com alterações da memória recente e remota;
  - Capacidades práxicas e linguagem:
- Sem capacidade para cálculos aritméticos;
- Capacidade de escrita;
- Capacidade motora (praxis);
- Reconhecimento de objetos (gnosia);
- Juízo crítico diminuído;
- Percepção diminuída;
- Linguagem: Apresenta discurso fluente, espontâneo, voz firme e clara.
- Segundo o Índice de BARTHEL (ANEXO B) encontrava-se no momento de admissão acamada e dependente em grau elevado de terceiros para todas as AVD score 10 (10/100 pontos), no momento da alta clínica, grau de dependência moderado, score 40 (40/100 pontos);
- Segundo a Medida de Independência Funcional (MIF) (ANEXO C) necessita de ajuda total (indivíduo <25%) nas AVD no momento da admissão e pós-operatório imediato, apresentando melhorias, em que no momento da alta clínica necessita de ajuda máxima (indivíduo  $\geq$  25%);
- Segundo a ESCALA VISUAL ANALÓGICA (ANEXO D) da dor, no momento de admissão apresenta dor score 4, exceto quando são realizadas mobilizações, apresentando dor score 9, no pós-operatório imediato dor score 5 e nas mobilizações e transferências score 10. À data da alta clínica, apresenta dor score 1 e nas mobilizações e transferências dor score 5;
- Tensão Arterial: 137/71mmHg;
- Frequência Cardíaca: 80 batimentos por minuto;
- Temperatura Timpânica 36.5°C;
- Pele e mucosas pálidas e desidratadas, com prega cutânea;
- Eupneica em repouso (a saturação periférica da hemoglobina em oxigênio (SpO2) foi medida pela oximetria de pulso, na ordem dos 98% em ar ambiente), respiração de média

amplitude e predominantemente toracoabdominal; simetria entre os movimentos dos lados direito e esquerdo do tórax e abdómen; Tosse eficaz, sem secreções;

- À auscultação Pulmonar: murmúrio vesicular mantido bilateralmente, sem ruídos adventícios;

- À auscultação Cardíaca: sons cardíacos rítmicos, sem sopros;

- Abdómen: ruídos hidroaéreos presentes. Mole, depressível, indolor à palpação. Murphy renal ausente;

- Eletrocardiograma: ritmo sinusal. Sem outras alterações;

- Radiografia de tórax: com discreta Hipo transparência heterogénea bilateral nas bases;

- Segundo a avaliação da Escala de BERG (ANEXO E) do pós-operatório, apresenta equilíbrio corporal sentado e estático, mas não dinâmico, e equilíbrio estático em pé com suporte, não dinâmico, score 4, tendo necessidade de assistência. No momento da alta apresenta score 5;

- Na avaliação da escala da Força muscular Medical Research Council (MRC) (ANEXO F) apresenta no momento de admissão ligeira diminuição da força nos membros superiores – direito score 4/5, esquerdo score 4/5 e nos membros inferiores – direito score 4/5 e esquerdo score 0/5. No momento da alta clínica, apresenta força nos membros superiores – direito score 5/5, esquerdo score 5/5 e nos membros inferiores – direito score 5/5 e esquerdo score 2/5;

- Na avaliação da escala de ASHWORTH (ANEXO G) apresenta no pós-operatório imediato tônus normal score 0 dos segmentos articulares dos membros superiores e do membro inferior não operado (0/4) e do membro inferior operado score 3 (3/4), o que significa que o utente apresenta “um considerável aumento do tônus muscular, mas a movimentação passiva é efetuada com dificuldade”. No momento da alta, apresenta score 1 (1/4) do membro inferior operado, o que significa que o utente apresenta “um leve aumento do tônus muscular com mínima resistência no fim do movimento”, restantes membros com score 0, tônus normal;

- Na avaliação da escala de MORSE (ANEXO H), à data de admissão a utente apresenta um risco elevado de quedas score 75 (>50). No momento de alta clínica, mantém o mesmo risco mas com score mais elevado, 95;

- Na avaliação da escala de BRADEN (ANEXO I) apresenta no pré-operatório um risco elevado score 10 (10/24) para desenvolver úlceras de pressão (UP) e no momento da alta um risco moderado score 15 (15/24).

- Na avaliação da escala de BORG modificada (ANEXO J), no momento de admissão apresenta score 3, no pós operatório imediato (24 a 48h) score 3, e no momento de alta clínica um score de 1.

### **3 - PROGRAMA DE REABILITAÇÃO / PLANO DE INTERVENÇÃO**

A mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER) propôs a elaboração de um documento norteador das práticas de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (CEER). Recai sobre os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação a responsabilidade pela produção e gestão da informação, além de influenciarem direta ou indiretamente a qualidade e os resultados dos Cuidados (CEER). Assim, o documento orientador, além de ser um referencial nos cuidados especializados com a pessoa doente e com o prestador de cuidados (caregiver, familiar ou outro), permite uma melhor caracterização da condição de saúde da pessoa, nas transições saúde-doença, decorrentes da dependência para autonomia, ao longo do seu ciclo de vida.

Em suma, o documento orientador das práticas de CEER tem como objetivos: Documentar os CEER; Identificar o contributo dos CEER nos ganhos em saúde e Monitorizar a qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

Assim o padrão documental CIPE está sustentado nos padrões de qualidade dos CEER, nas Competências Específicas do EEER e segue o referencial emitido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), relativo à classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e aos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) (OE, 2015)

A linguagem CIPE pretende uniformizar a linguagem técnica entre todos os profissionais de uma determinada área de conhecimento. Permite identificar as necessidades de saúde dos utentes na forma de focos de atenção, estruturando os diagnósticos de enfermagem, implementação das intervenções de enfermagem, a cadência em que são realizadas e fornece indicadores que permitem avaliar os resultados dessas mesmas intervenções. Além de introduzir uma nova filosofia relativamente aos cuidados de enfermagem, capacita o profissional a refletir de forma estruturada e organizada para melhor intervir na prática.

De forma a planear realizar registos sistemáticos e diferenciados de enfermagem de reabilitação surgiu então a necessidade de criar planos de reabilitação padrão, integrando a linguagem CIPE para cada foco de atenção alterado. Planos estes que, servem de guia condutor ao EEER no desempenho diário das intervenções implementadas. Estes planos e as suas intervenções estão registados no aplicativo informático SAPE, o que permite realizar os registos no processo clínico eletrónico e onde são evidenciadas as intervenções

implementadas, a utilização de escalas de avaliação da função e da condição física ou cognitiva do utente. Estes registos permitem gerar a informação que possa ser utilizada como padrão de qualidade, e que de certa forma monitorizam toda a nossa prática.

A realização deste plano de cuidados tem como principal objetivo a operacionalização de planos de Enfermagem de reabilitação, com base nos focos de atenção com interesse; sugerir intervenções a desenvolver para atuar ao nível das alterações identificadas em cada foco e avaliar a sua eficácia através de escalas, para alcançar resultados em saúde.

Assim sendo, foram levantados os seguintes focos de atenção:

- ❖ Dispneia relacionada com anemia e cansaço fácil a esforços;
- ❖ Mobilidade comprometida relacionada com colocação de tração cutânea devido à fratura da extremidade superior do fémur esquerdo;
- ❖ Dor relacionada com a fratura da extremidade proximal do fémur esquerdo;
- ❖ Auto Cuidado: Higiene comprometido;
- ❖ Auto Cuidado: Vestuário comprometido;
- ❖ Auto Cuidado: Uso do Sanitário comprometido;
- ❖ Auto Cuidado: Atividade Física - Posicionar-se comprometido;
- ❖ Auto Cuidado: Atividade Física – Transferir-se comprometido relacionado com a cirurgia ortopédica;
- ❖ Auto Cuidado: Atividade Física – Andar com auxiliar de marcha comprometido relacionado com a dor pós-cirurgia e impossibilidade de realizar carga total sobre o membro operado;
- ❖ Movimento Muscular comprometido relacionado com a imobilidade do membro operado pré-cirurgia e dor causada pelas mobilizações;
- ❖ Equilíbrio Corporal comprometido;
- ❖ Ferida cirúrgica na face externa da coxa esquerda;
- ❖ Risco de quedas, relacionado com a dor, insegurança e medo e diminuição da força muscular e equilíbrio;
- ❖ Risco de Ulcera por Pressão (UPP) por incapacidade de auto-posicionamento;
- ❖ Papel de Prestador de Cuidados face ao regresso para o domicílio – transição de cuidados.

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p>Dispneia relacionada com anemia e cansaço fácil a esforços</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que o Utente ventile de forma eficaz;</li> <li>• Que o Cuidador tenha conhecimento sobre técnicas de melhoria da ventilação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar respiração através da observação da expansão da caixa torácica;</li> <li>• Monitorizar ventilação através da auscultação pulmonar, recorrendo ao estetoscópio, à monitorização da saturação periférica de oxigénio e aos exames complementares de diagnóstico;</li> <li>• Executar técnica de posicionamento – relaxamento, em decúbito dorsal e semi-fowler;</li> <li>• Executar técnicas respiratórias – exercícios de expansão torácica;</li> <li>• Instruir e treinar o prestador de cuidados para assistir na ventilação;</li> <li>• Executar técnicas respiratórias - reeducação costal global, seletiva, diafragmática global, diafragmática seletiva;</li> <li>• Instruir sobre técnicas respiratórias- controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração;</li> <li>• Treinar técnicas respiratórias - controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração;</li> <li>• Instruir e treinar técnicas respiratórias - Ciclo ativo das técnicas respiratórias;</li> <li>• Otimizar ingestão de líquidos;</li> <li>• Assistir técnicas respiratórias – exercícios de expansão torácica;</li> <li>• Instruir sobre técnicas de posicionamento – terapêutica de posição e correção postural;</li> <li>• Elogiar aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados e do utente.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Data: de 6 a 16 de Outubro de 2019</b></p> <p>ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCE) apresenta score 15.</p> <p>À data de entrada, apresentava Escala de Borg modificada score 3, mantendo-se até realizar 1UCE. Após a cirurgia, a dispneia ficou mais controlada, apresentando no momento da alta clinica Escala de Borg modificada score 1.</p> <p>À avaliação física presencia-se um padrão respiratório superficial, recorrendo aos músculos acessórios (diafragma);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À Auscultação sem a presença de roncos;</li> <li>• As saturações periféricas oscilam entre os 92 e os 98%;</li> <li>• O Prestador de cuidados não tem conhecimentos para assistir em momentos de dispneia;</li> </ul> <p>O utente numa fase inicial não é capaz de ter controlo respiratório, com consciencialização dos tempos respiratórios, feitos ensinamentos ao mesmo ao longo do internamento e ao prestador de cuidados, à data da alta clinica, ambos melhoraram seus conhecimentos;</p> <p>O prestador de cuidados está sensibilizado para a necessidade e importância da ingestão de líquidos. O utente Ingere líquidos sem dificuldade;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os exercícios de expansão torácica são realizados com apoio de um bastão existente no serviço, que o utente segura com as suas mãos e posteriormente colaboramos de forma ativa assistida;</li> <li>• Nas primeiras 24h pós-operatório foi necessário recorrer a Oxigenoterapia por óculos nasais a 2l/min, tendo sido feito desmame posteriormente sem intercorrências.</li> </ul>

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Mobilidade comprometida relacionada com colocação de tração cutânea devido à fratura da extremidade superior do fêmur esquerdo	<p>Que o utente mantenha a integridade da pele e perfusão dos tecidos;</p> <p>Que o utente preserve a mobilidade dos restantes membros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar a perfusão dos tecidos do membro tracionado (avaliar pulso, coloração, temperatura e mobilidade dos dedos dos pés);</li> <li>• Trocar dispositivo de imobilização de 3 em 3 dias ou em SOS;</li> <li>• Inspeccionar o estado da pele;</li> <li>• Massajar zonas de maior pressão 1x turno e em SOS;</li> <li>• Posicionar em decúbitos permitidos, sempre que possível, 2x turno e em SOS (decúbito dorsal e semi-dorsal, quando tolerados pelo utente);</li> <li>• Colocar cama em plano horizontal para realizar alternância de decúbitos;</li> <li>• Orientar e estimular o utente a fazer exercícios isométricos do membro tracionado e a automobilizar os membros livres;</li> <li>• Monitorizar a dor.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Data: de 6 a 12 de Outubro de 2019</b></p> <p>A perfusão dos tecidos do MIE esteve sempre mantida (pulso pedioso forte e rítmico, pele ligeiramente pálida mas quente, com mobilidade mantida nos dedos do pé);</p> <p>A tração cutânea foi trocada a 9 de Outubro, pele íntegra sem alterações;</p> <p>Foi realizada alternância de decúbitos ao longo dos turnos, utente com menor tolerância em semi-dorsal esquerdo (sob a fratura);</p> <p>Utente muito renitente aos exercícios isométricos do membro tracionado devido à dor causada, mas muito colaborante e participativa nas mobilizações/automobilizações dos restantes membros, que mantiveram a mobilidade descomprometida.</p> <p>Utente nesse período de avaliação manteve Dor ESCALA VISUAL ANALÓGICA score 4, mas nos posicionamentos a dor era score 9. Administrada analgesia prescrita com eficácia.</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
---------------------------	----------	----------------------------	-----------

<p>Dor relacionada com a fratura da extremidade proximal do fémur esquerdo</p>	<p>Que a utente mantenha a dor controlada</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar a dor;</li> <li>• Vigiar a dor;</li> <li>• Assistir a identificar estratégias de alívio da dor;</li> <li>• Assistir a utente a controlar a dor através do posicionamento (decúbito dorsal, semi-dorsal e semi-fowler);</li> <li>• Executar técnica de posicionamento – relaxamento, em decúbito dorsal e semi-fowler;</li> <li>• Instruir sobre técnicas respiratórias- controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração;</li> <li>• Treinar técnicas respiratórias - controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração;</li> <li>• Administrar analgesia prescrita.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Data: de 6 a 12 de Outubro de 2019</b></p> <p>Utente nesse período de avaliação manteve Dor ESCALA VISUAL ANALÓGICA score 4, mas nos posicionamentos a dor era score 9.</p> <p>Administrada analgesia prescrita com eficácia.</p> <p>Realizados ensinios e treino das técnicas de posicionamento para relaxamento, com eficácia, bem como das técnicas respiratórias- controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração.</p> <p style="text-align: center;"><b>Data: 13 a 16 de Outubro de 2019</b></p> <p>Utente nesse período de avaliação nas primeiras 48h de pós-operatório apresentava Dor ESCALA VISUAL ANALÓGICA score 5, mas nos posicionamentos e nas mobilizações ativas-assistidas e contrações isométricas a dor era score 10.</p> <p>Administrada analgesia prescrita com eficácia.</p> <p>Realizados ensinios e treino das técnicas de posicionamento para relaxamento, com eficácia, bem como das técnicas respiratórias- controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração.</p> <p>À data da alta clinica, após ensinios e treinos a nível respiratório e motor, a Dor ESCALA VISUAL ANALÓGICA score 1 e nos posicionamentos e nas mobilizações ativas-assistidas e contrações isométricas a dor era score 5.</p>
--	---	---	--

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Auto Cuidado: Higiene	Que a utente recupere a		<b>Data: de 6 a 16 de Outubro de 2019</b>

comprometido	autonomia do Auto Cuidado: Higiene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o autocuidado higiene;</li> <li>• Incentivar o autocuidado higiene;</li> <li>• Ensinar sobre o autocuidado higiene;</li> <li>• Instruir sobre o autocuidado higiene;</li> <li>• Dar banho na cama.</li> <li>• Sensibilizar e capacitar o prestador de cuidados para a reconstrução da autonomia do autocuidado higiene.</li> </ul>	<p>Utente desde o dia da admissão até às 48h pós-operatório (6 a 14 Outubro) apresentou dependência elevada no autocuidado higiene, Índice de BARTHEL score 10/100, pouco participativa e muito renitente face à dor sentida.</p> <p>Posteriormente, até à data da alta clínica, mostrou-se mais receptiva aos ensinamentos e treinos do autocuidado higiene, participando ativamente na lavagem a parte superior do corpo, passando o seu grau de dependência para moderado, Índice de BARTHEL score 40/100.</p> <p>Os banhos foram sempre realizados na cama.</p> <p>O prestador de cuidados adquiriu conhecimentos ao longo do internamento sobre o autocuidado higiene.</p>
--------------	---------------------------------------	---	---

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Avaliação</b>
Auto Cuidado: Vestuário comprometido	Que a utente recupere a autonomia do Auto Cuidado: Vestuário	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o autocuidado vestuário;</li> <li>• Incentivar o autocuidado vestuário;</li> <li>• Ensinar sobre o autocuidado vestuário (ensinar cuidados a ter com os MI's no vestir e despir);</li> <li>• Instruir sobre o autocuidado vestuário (treinar a vestir as cuecas e calças, começando pela perna operada e posteriormente pela perna sã e no despir, começando pela perna sã e por último a perna operada);</li> <li>• Vestir a utente;</li> <li>• Sensibilizar e capacitar o prestador de cuidados para a reconstrução da autonomia do autocuidado vestuário.</li> </ul>	<p><b>Data: de 6 a 16 de Outubro de 2019</b></p> <p>Utente desde o dia da admissão até às 48h pós-operatório (6 a 14 Outubro) apresentou dependência elevada no autocuidado vestuário, pouco participativa e muito renitente face à dor sentida, Índice de BARTHEL score 10/100.</p> <p>Posteriormente, até à data da alta clínica, mostrou-se mais receptiva aos ensinamentos e treinos do autocuidado vestuário, participando no vestir e despir, melhorando sua dependência para grau moderado, score 40/100.</p> <p>O prestador de cuidados adquiriu conhecimentos ao longo do internamento sobre o autocuidado vestuário.</p>
<b>Diagnóstico de</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Avaliação</b>

Enfermagem			
Auto Cuidado: Uso do sanitário comprometido	Que a utente recupere a autonomia do Auto Cuidado: Uso do Sanitário	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o autocuidado uso sanitário;</li> <li>• Incentivar o autocuidado uso sanitário;</li> <li>• Ensinar sobre o autocuidado uso do sanitário;</li> <li>• Instruir sobre o autocuidado uso do sanitário;</li> <li>• Identificar a necessidade de equipamento adaptativo para o autocuidado uso sanitário (arrastadeira, fralda, cadeira sanitária, algália);</li> <li>• Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado uso sanitário;</li> <li>• Assistir no autocuidado uso sanitário;</li> <li>• Otimizar fralda;</li> <li>• Trocar fralda;</li> <li>• Vigiar urina;</li> <li>• Incentivar a ingestão de líquidos;</li> <li>• Sensibilizar e capacitar o prestador de cuidados para a reconstrução da autonomia do autocuidado uso sanitário.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Data: de 6 a 16 de Outubro de 2019</b></p> <p>Utente desde o dia da admissão até às 48h pós-operatório (6 a 14 Outubro) apresentou dependência elevada no autocuidado uso sanitário, Índice de BARTHEL score 10/100. Foi algaliada no momento de admissão, por apresentar incontinência de urgência, de modo a preservar o membro fraturado e respetiva tração cutânea. Urina amarelada, ligeiramente turva, com bons débitos urinários. Padrão intestinal mantido.</p> <p>Posteriormente, até à data da alta clinica, foi desalgaliada e mostrou-se mais recetiva aos ensinamentos e treinos do autocuidado uso sanitário, pedindo a arrastadeira, mantendo a fralda colocada para prevenção, melhorando sua dependência para grau moderado, score 40/100.</p> <p>O prestador de cuidados adquiriu conhecimentos ao longo do internamento sobre o autocuidado uso sanitário.</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Auto Cuidado: Atividade	Que a utente recupere a		<b>Data: de 6 a 16 de Outubro de 2019</b>

Física – Posicionar-se comprometido	capacidade para auto-posicionar-se	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o autocuidado Atividade Física – Posicionar-se;</li> <li>• Incentivar o autocuidado Atividade Física – Posicionar-se;</li> <li>• Ensinar sobre o autocuidado Atividade Física – Posicionar-se (decúbitos possíveis, acessórios de conforto e proteção, como almofadas e rolos);</li> <li>• Instruir sobre o autocuidado Atividade Física – Posicionar-se (técnica do decúbito lateral sob o membro não operado, com a almofada entre os membros inferiores, decúbito dorsal com ligeira flexão dos membros inferiores);</li> <li>• Posicionar;</li> <li>• Assistir no posicionar-se;</li> <li>• Sensibilizar e capacitar o prestador de cuidados para a reconstrução da autonomia do autocuidado Atividade Física – Posicionar-se.</li> </ul>	<p>Utente desde o dia da admissão até às 48h pós-operatório (6 a 14 Outubro) apresentou dependência elevada no autocuidado Atividade Física – Posicionar-se, Índice de BARTHEL score 10/100, pouco participativa e muito renitente face à dor sentida, contrariando por vezes os movimentos executados para a alternância dos decúbitos.</p> <p>Posteriormente, até à data da alta clínica, mostrou-se mais recetiva aos ensinamentos e treinos do autocuidado Atividade Física – Posicionar-se, a qual por vezes alternava ligeiramente a sua posição, passando o seu grau de dependência para moderado, Índice de BARTHEL score 40/100.</p> <p>O prestador de cuidados adquiriu conhecimentos ao longo do internamento sobre o autocuidado Atividade Física – Posicionar-se.</p>
-------------------------------------	------------------------------------	--	--

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Avaliação</b>
Auto Cuidado: Atividade Física – Transferir-se	Que a utente recupere a capacidade para auto-transferir-se	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o autocuidado Atividade Física – Transferir-se;</li> </ul>	<p><b>Data: de 6 a 16 de Outubro de 2019</b></p> <p>Utente desde o dia da admissão até ao dia da cirurgia (6 a 12</p>

comprometido relacionado com a cirurgia ortopédica	se	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar o autocuidado Atividade Física – Transferir-se;</li> <li>• Ensinar sobre o autocuidado Atividade Física – Transferir-se (posição na cama, lado de saída e entrada na cama, sentar no cadeirão);</li> <li>• Instruir sobre o autocuidado Atividade Física – Transferir-se (utente em decúbito dorsal, mais à beira da cama do lado operado com ligeira abdução coxofemoral, sentar utente à beira da cama, colocando os dois pés no chão, com flexão do joelho e anca a 90° e não ultrapassar esse ângulo, cadeirão encontra-se ao fundo da cama, levantar com inclinação do tronco para a frente, com impulso sobre o membro sã, neste caso com apenas carga parcial sobre o membro operado);</li> <li>• Transferir;</li> <li>• Validar conhecimentos e realizar reforço positivo.</li> <li>• Sensibilizar e capacitar o prestador de cuidados para a reconstrução da autonomia do autocuidado Atividade Física – Transferir-se.</li> </ul>	<p>Outubro) apresentou dependência elevada no autocuidado Atividade Física – Transferir-se, Índice de BARTHEL score 10/100, dado que efetuou levantes nem transferências para cadeira/cadeirão, devido à fratura e respetiva tração cutânea.</p> <p>Posteriormente, e até à data da alta clínica, após os ensinamentos e treinos do autocuidado Atividade Física – Transferir-se, realizou o 1º levante a 13 de Outubro sem intercorrências, embora queixosa, para o cadeirão (Dor ESCALA VISUAL ANALÓGICA score 10). No momento da alta 16 outubro, mostrava-se mais participativa e com as técnicas de transferência melhoradas, cumprindo a indicação médica de carga parcial sobre o membro operado, passando o seu grau de dependência para moderado, Índice de BARTHEL score 40/100.</p> <p>O prestador de cuidados adquiriu conhecimentos ao longo do internamento sobre o autocuidado Atividade Física – Transferir-se.</p>
--	----	---	---

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Auto Cuidado: Atividade	Controlar a dor;		<b>Data: 14 de Outubro de 2019</b>

<p>Física – Andar com auxiliar de marcha comprometido relacionado com a dor pós-cirurgia e impossibilidade de realizar carga total sobre o membro operado</p>	<p>Promover a marcha.</p>	<p>Monitorizar a dor, através da ESCALA VISUAL ANALÓGICA da DOR;</p> <p>Promover a administração da terapêutica para o controlo da dor;</p> <p>Realizar uma avaliação abrangente da dor (duração, local, gravidade, frequência);</p> <p>Oferecer medidas de conforto (mudança de posição; uso de calor/frio);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar analgésicos conforme prescrição médica, avaliar a resposta da medicação ao alívio;</li> <li>• Avaliar o andar com auxiliar de marcha (andarilho);</li> <li>• Instruir no andar com auxiliar de marcha (andarilho) – após estar em pé, utente desloca andarilho para a frente, dá um passo com o membro operado e sem efetuar carga, segue o passo com o membro são, sem ultrapassar a base do auxiliar de marcha;</li> <li>• Adequar a altura do andarilho;</li> <li>• Calçar chinelos/sapatos fechados e com sola de borracha;</li> <li>• Treinar no andar com auxiliar de marcha (andarilho);</li> <li>• Assistir no andar com auxiliar de marcha (andarilho);</li> <li>• Incentivar no andar com auxiliar de marcha (andarilho);</li> <li>• Validar conhecimentos e realizar reforço positivo;</li> <li>• Sensibilizar e capacitar o prestador de cuidados para a reconstrução da autonomia do autocuidado Atividade Física – Andar com auxiliar de marcha</li> </ul>	<p>Utente ainda muito queixosa, ESCALA VISUAL ANALÓGICA da DOR score 9 às mobilizações e transferências. Administrada analgesia prescrita de forma antecipada às mobilizações, transferências e treino de marcha com andarilho, com efeito.</p> <p>Utente colaborante, mas com muita dificuldade em gerir os movimentos devido à impossibilidade de realizar carga total no membro operado, limitando o treino de marcha a cama-cadeirão.</p> <p style="text-align: center;"><b>Data: 16 de Outubro de 2019</b></p> <p>Utente com evolução ligeira, estando mais associada à melhoria da dor (ESCALA VISUAL ANALÓGICA da DOR score 5 nas mobilizações, transferências e treino de marcha).</p> <p>Embora mais segura e com evolução, manteve comprometimento da marcha no momento da alta.</p> <p>O prestador de cuidados adquiriu conhecimentos ao longo do internamento sobre o autocuidado Atividade Física – Andar com auxiliar de marcha (andarilho), e a pedido do mesmo a utente foi referenciada para uma Unidade de Médica Duração e Reabilitação da RNCCI.</p>
---	---------------------------	---	--

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p>Movimento Muscular comprometido relacionado</p>	<p>Que a utente recupere o movimento muscular do</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o movimento articular, segundo Escala ASHWORTH;</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Data: 13 de Outubro de 2019</b></p> <p>O movimento articular foi testado com base na escala de</p>

<p>com a imobilidade do membro operado pré-cirurgia e dor causada pelas mobilizações</p>	<p>membro operado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a força muscular através da escala Medical Research Council (MRC);</li> <li>• Executar mobilizações musculartoarticulares passivas (dorso-flexão tibio-tarsica, abdução-adução não ultrapassando a linha média do corpo, flexão-extensão);</li> <li>• Executar mobilizações musculartoarticulares ativas assistidas (dorso-flexão tibio-tarsica, abdução-adução não ultrapassando a linha média do corpo, flexão-extensão);</li> <li>• Incentivar exercícios musculares (contrações isométricas dos glúteos e quadricípites);</li> <li>• São realizados exercícios ativos assistidos e passivos dos membros superiores e inferiores 1x por dia, pelo menos;</li> <li>• Avaliar, instruir e treinar a capacidade do prestador de cuidados para promover o movimento muscular da utente.</li> </ul>	<p>ASWORTH, respeitando a tolerância do utente e com precauções, nomeadamente não efetuar flexão acima dos 90°, rotação externa ou adução (para além da linha média) e, sobretudo, não efetuar estes movimentos em combinação e a hiperextensão da anca.</p> <p>Realizados testes de avaliação segundo a escala de ASWORTH, a qual determina a avaliação 3 (na escala 0 – 4), o que significa que o utente apresenta “um considerável aumento do tónus muscular, mas a movimentação passiva é efetuada com dificuldade” no membro operado. Restantes membros com tónus normal, score 0.</p> <p>Apresenta força muscular com base na escala MRC de grau 4 (0-5) a nível dos membros superiores e membro inferior direito e grau 0 (0-5) do membro inferior esquerdo (operado).</p> <p>Utente mostra-se participativa e colaborante dentro das suas capacidades nas mobilizações musculartoarticulares ativas-assistidas e nas contrações isométricas dos glúteos e quadricípites.</p> <p style="text-align: center;"><b>Data: 16 de Outubro de 2019</b></p> <p>Utente mostrou evolução relativamente à diminuição do compromisso do movimento muscular. À data da alta, segundo a escala de ASWORTH, determina a avaliação 1 (na escala 0 – 4), o que significa que o utente apresenta “um leve aumento do tónus muscular com mínima resistência no fim do movimento” no membro operado. Restantes membros com tónus normal, score 0.</p> <p>Apresenta força muscular com base na escala MRC de grau 5 (0-5) a nível dos membros superiores e membro inferior direito e grau 2 (0-5) do membro inferior esquerdo (operado).</p> <p>O prestador de cuidados adquiriu conhecimentos e utiliza a técnica na realização de exercícios ativos assistidos e passivos dos segmentos articulares e contrações isométricas.</p>
--	-----------------------	--	---

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Equilíbrio Corporal comprometido	Promover o equilíbrio corporal; Que a utente recupere o equilíbrio corporal.	<p>Avaliar o equilíbrio corporal: o equilíbrio dinâmico sentado, o equilíbrio estático sentado, o equilíbrio dinâmico em pé, o equilíbrio estático em pé, adota posições viciosas, apresenta deformidades da coluna, suporta o próprio peso em diferentes posições – escala de Berg ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistir a pessoa a promover o equilíbrio através da técnica de posicionamento;</li> <li>• Sensibilizar e capacitar o prestador de cuidados para a promoção e recuperação do equilíbrio da utente.</li> </ul>	<p><b>Data: 13 de Outubro de 2019</b></p> <p>Realizada a avaliação do equilíbrio segundo a escala de BERG, consegue ter equilíbrio sentada, estático e dinâmico, mas sem equilíbrio em pé, nem estático nem dinâmico.</p> <p><b>Data: 16 de Outubro de 2019</b></p> <p>Utente com evolução ligeira, segundo a escala de BERG consegue ter equilíbrio sentada, estático e dinâmico, e equilíbrio em pé, mas apenas estático, não dinâmico.</p> <p>Prestador de cuidados adquiriu conhecimentos para a promoção e recuperação do equilíbrio da utente.</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Ferida cirúrgica na face externa da coxa esquerda	Promover a cicatrização da ferida cirúrgica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a ferida cirúrgica (odor, calor, rubor, edema, serosidade e hematoma);</li> <li>• Executar tratamento à ferida cirúrgica (1º penso realizado às 48h pós-operatório e seguintes de 2/2dias, com técnica assética, feita limpeza com soro fisiológico e colocado penso impermeável);</li> <li>• Reforçar o penso da ferida em SOS;</li> <li>• Aplicar gelo.</li> </ul>	<p><b>Data: 14 de Outubro de 2019</b></p> <p>Ferida cirúrgica de agrafos, sem odor, calor, serosidade ou hematoma, apresentando ligeiro rubor no terço superior e edema em toda a sua extensão.</p> <p>Colocado gelo.</p> <p><b>Data: 16 de Outubro de 2019</b></p> <p>Ferida cirúrgica de agrafos, sem sinais inflamatórios e com edema reduzido.</p> <p>Teve alta clinica com indicação para realização do penso cirúrgico a 21 outubro na consulta externa do CHO.</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p>Risco de quedas, relacionado com a dor, insegurança e medo e diminuição da força muscular e equilíbrio</p>	<p>Promover o equilíbrio corporal, força muscular e tónus muscular para uma marcha adequada, de forma a prevenir possíveis quedas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a força muscular através da escala Medical Research Council (MRC);</li> <li>• Avaliar risco de Quedas através da escala de Morse;</li> <li>• Estimular a força muscular dos membros superiores e inferiores, através de exercícios isotónicos dos membros superiores e inferiores e isométricos dos membros inferiores;</li> <li>• Controlo da dor;</li> <li>• Encorajar e elogiar os ganhos e estimular / trabalhar a autonomia e autoconfiança;</li> <li>• Sensibilizar o cuidador para fatores causadores de possíveis quedas (barreiras arquitetónicas no domicílio, interior e exterior) e eventuais estratégias para minimizar o risco.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Data: 6 de Outubro de 2019</b></p> <p>Apresenta força muscular com base na escala MRC de grau 4 (0-5) a nível dos membros superiores e membro inferior direito e grau 0 (0-5) do membro inferior esquerdo (fraturado).</p> <p>Utente mostra-se participativa e colaborante dentro das suas capacidades nas mobilizações musculoesqueléticas ativas-assistidas. Apresenta elevado risco de quedas da escala de Morse score 75. Administrada analgesia prescrita.</p> <p style="text-align: center;"><b>Data: 13 de Outubro de 2019</b></p> <p>No pós-operatório imediato mantém força muscular com base na escala MRC de grau 4 (0- 5) a nível dos membros superiores e membro inferior direito e grau 0 (0-5) do membro inferior esquerdo (operado).</p> <p>Utente mostra-se participativa e colaborante dentro das suas capacidades nas mobilizações musculoesqueléticas ativas-assistidas. Apresenta elevado risco de quedas da escala de Morse score 95. Administrada analgesia prescrita.</p> <p style="text-align: center;"><b>Data: 16 de Outubro de 2019</b></p> <p>Utente apresenta força muscular com base na escala MRC de grau 5 (0- 5) a nível dos membros superiores e membro inferior direito e grau 2 (0-5) do membro inferior esquerdo (operado).</p> <p>Utente mantém colaboração nas mobilizações musculoesqueléticas ativas-assistidas dos quatro membros e nas contrações isométricas dos glúteos e quadríceps.</p>

			<p>Mantém elevado risco de queda na escla de Morse, score 95.</p> <p>O prestador de cuidados tomou consciência e conhecimentos sobre as barreiras arquitetônicas no domicílio, promotoras de quedas, como escadas, tapetes, móveis). Instruído sobre técnicas de transferência (cama-cadeira/cadeira-cama; entrada e saída do carro e marcha com andarilho).</p>
--	--	--	--

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p>Risco de Úlcera por Pressão (UPP) por incapacidade de auto-posicionamento</p>	<p>Capacitar o Utente a se automobilizar no leito e a iniciar levante, o mais precocemente possível</p> <p>Avaliar, Instruir e Treinar o Cuidador a adotar estratégias para prevenir o desenvolvimento de úlcera de pressão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar posicionamentos frequentes, com alívio das zonas de pressão, para prevenção de úlcera de pressão;</li> <li>• Avaliar tecido cutâneo e mucosas;</li> <li>• Avaliar o risco de UPP através da escala de Braden;</li> <li>• Massajar e hidratar as proeminências ósseas;</li> <li>• Instruir e treinar técnicas de exercício muscular e articular ativo assistido e passivo.</li> <li>• Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre: os posicionamentos frequentes em alternância de decúbitos, para prevenção de úlcera de pressão; o tecido cutâneo e mucosas; a capacidade de executar técnica de massagem; a capacidade de executar técnica de exercício muscular e articular ativo assistido e passivo.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Data: 6 de Outubro de 2019</b></p> <p>Utente apresenta pele íntegra, mas pálida, mucosas descoradas. Apresenta alto risco de UPP na escala de Braden score 10 (10/24). Realizada alternância de decúbitos, massajadas proeminências ósseas.</p> <p>Executadas diariamente mobilizações musculoesqueléticas ativas-assistidas dos membros superiores e membro são.</p> <p style="text-align: center;"><b>Data: 13 de Outubro de 2019</b></p> <p>Utente apresenta pele íntegra, com pele e mucosas coradas e hidratadas..</p> <p>Apresenta ainda alto risco de UPP na escala de Braden score 12 (12/24).</p> <p>Realizada alternância de decúbitos, massajadas proeminências ósseas.</p> <p>Executadas diariamente mobilizações musculoesqueléticas ativas-</p>

			<p>assistidas dos membros superiores e inferiores.</p> <p>Iniciou levante para o cadeirão.</p> <p>Realizados ensinios ao cuidador sobre os cuidados com a pele, reforço hídrico, alternância de decúbitos na cama, importância de levantes diários e transferências para cadeira ou cadeirão e sobre as mobilizações musculoesqueléticas ativas-passivas dos quatro membros.</p> <p style="text-align: center;"><b>Data: 16 de Outubro de 2019</b></p> <p>Utente apresenta score 15 (15/24) na escala de Braden, risco moderado.</p> <p>Continuação da realização de mobilizações musculoesqueléticas ativas-assistidas dos membros superiores e inferiores, levantes e transferências.</p> <p>Validados ensinios ao cuidador e respetivo treino dos mesmos.</p>
--	--	--	--

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Avaliação</b>
Papel de Prestador de Cuidados face ao regresso para o domicílio – transição de cuidados	Que o Prestador de Cuidados adquira conhecimentos e estratégias adaptativas para a continuidade segura e eficaz dos cuidados à utente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planear a vinda do prestador de cuidados ao serviço para participar nos cuidados e ensinios;</li> <li>• Ensinar, instruir e treinar o utente/prestador de cuidados relativamente aos autocuidados;</li> <li>• Ensinar o prestador de cuidados sobre a prevenção e controlo da dor, das UPP e quedas;</li> <li>• Ensinar, instruir e treinar o prestador de cuidados sobre o equilíbrio corporal e movimento musculoesquelético (mobilizações ativas-assistidas e contrações isométricas glúteas e quadríceps);</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Data: 13 a 16 de Outubro de 2019</b></p> <p>Prestador de cuidados presente ao longo do internamento da utente (marido), mostrou-se participativo e interessado nos ensinios, instruções e treinos prestados, adquirindo conhecimento dos mesmos. Validados no momento da alta hospitalar.</p> <p>Apesar da sua colaboração e dedicação, como já se encontra debilitado fisicamente, o mesmo foi orientado para reunião com assistente social, os quais agilizaram a ajuda do apoio domiciliário com as ajudantes da IPSS da zona de residência e a utente foi</p>

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Ensinar o prestador de cuidados sobre a gestão do regime medicamentoso;</li><li>• Ensinar o prestador de cuidados sobre a alimentação;</li><li>• Avaliar o grau de disponibilidade do prestador de cuidados e sua capacidade e agilizar contacto com assistente social hospitalar para eventuais pedidos de recursos na comunidade;</li><li>• Facultar folheto informativo para a alta.</li></ul>	<p>referenciada para uma Unidade de Média Duração e Reabilitação da RNCCI, aguardando vaga no domicílio.</p> <p>Teve alta hospitalar a 16 de outubro, com transporte de ambulância para o domicílio.</p>
--	--	---	--

#### 4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carvalho, A. C., Silva, C., Rodrigues, M. & Grilo, V. (2016). Terapêutica de posição no idoso. In M. J. Lourenço, Ó. Ferreira & C. L. Baixinho (Eds.), *Terapêutica de posição: Contributo para um cuidado de saúde seguro* (pp. 221-236). Loures: Lusodidacta;

Cordeiro, M. & Menoita, F. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência;

Direção Geral de Saúde, 2003. *Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso, Recomendações para Intervenção Terapêutica*. Lisboa.

Direção Geral de Saúde, 2012. Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto: COM MAIS CUIDADO - Prevenção de acidentes domésticos com pessoas Idosas. Manual de Apoio e Formulário. Lisboa.

Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4ª ed. Loures: Lusodidacta;

Kisner, C. & Colby, L. A. (2016). *Exercícios terapêuticos: Fundamentos e técnicas*. 6ª ed. São Paulo: Manole;

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidadores especializados em enfermagem de reabilitação, 1–16. Obtido de <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceereabilitacao.pdf>

Ordem dos enfermeiros (2015). Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PQCER). Lisboa. Retrieved from: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER Assembleia a/Core Indicadores por Categoria de Enunciados Descri PQCER.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descri_PQCER.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional. Retrieved from: [www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ\\_Deontologia\\_2015\\_Web.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8444-35-6.

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

Organização Mundial de Saúde (2015). Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf);

Parecer Nº 12/2011. (2011). Parecer sobre Actividades de Vida Diária. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12\\_MCEER\\_18\\_11\\_2011\\_ActividadesVidaDiaria\\_AVD.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf);

- Pestana, H. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquaramento. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.47 – 56). Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-73-4.
- Petronilho, F. & Machado, M. (2016). Teorias de enfermagem e autocuidado: Contributos para a construção do cuidado de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 3-14). Loures: Lusodidacta;
- Rocha, M. A., Azer, H. W., & Nascimento, V. G. (2009). *Evolução funcional nas fraturas da extremidade proximal do fêmur*. Acta Ortopédica Brasileira, 17(1), 17-21.
- Santos, L. (2016). O processo de Reabilitação. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta. 15-24
- Serra, L. M. A., Oliveira, A. F. & Castro, J. C. (2012). *Crítérios Fundamentais em fraturas e ortopedia*. 3ªed. Lisboa: Lidel;
- Smeltzer, S. C. (2011). *Cuidados de enfermagem pré-operatórios*. In Brunner e Suddarth *tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (12.ª ed.) (pp. 423-439). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Sousa, L. & Carvalho, M. L. (2016). Pessoa com fratura da extremidade superior do fêmur. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 421-431). Loures: Lusodidacta;

UNFPA (2012). Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio. Nova Iorque. Disponível em: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary\\_0.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf);

## **ANEXOS**

# **Anexo A**

ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCE)

## ESCALA DE COMA DE GLASGOW

	1	2	3	4	5	6
<b>Ocular</b>	Não abre os olhos	Abre os olhos em resposta a estímulo de dor	Abre os olhos em resposta a um chamado	<b>Abre os olhos espontaneamente</b>	N/A	N/A
<b>Verbal</b>	Emudecido	Emitte sons incompreensíveis	Pronuncia palavras inapropriadas	<b>Confuso, desorientado</b>	Orientado, conversa normalmente	N/A
<b>Motor</b>	Não se movimenta	Extensão a estímulos dolorosos	Flexão anormal a estímulos dolorosos	Flexão / Reflexo de retirada a estímulos dolorosos	Localiza estímulos dolorosos	<b>Obedece a comandos</b>

➤ Pontuação total: de 3 a 15  
 3 = Coma profundo; (85% de probabilidade de morte; estado vegetativo)

4 = Coma profundo;

7 = Coma intermediário;

11 = Coma superficial;

15 = Normalidade.

- Classificação do Trauma cranioencefálico (ATLS, 2005)
  - 3-8 = grave; (necessidade de intubação imediata)
  - 9-13 = moderado;
  - 14-15 = leve.

# **Anexo B**

ÍNDICE DE BARTHEL

# INDICE DE BARTHEL

## ACTIVIDADES

### CONTROLO DO INTESTINO

0 = Incontinente

5 = Ocasionalmente incontinente /  
necessita de ajuda para coloca  
supositório

10 = Contigente

### CONTROLO DA BEXIGA

0 = Incontinente / Algaliado / Incapaz  
de urinar sem ajuda

5 = Ocasionalmente incontinente

10 = Contigente

### HIGIENE PESSOAL

0 = Necessita de ajuda nos cuidados  
pessoais

5 = Independente para lavar a cara  
/barbear/ pentear/ lavar os dentes

### USAR A SANITA

0 = Dependente

5 = Necessita de alguma ajuda, mas  
pode fazer alguma coisa sozinho

10 = Independente (Vestir/Limpar)

### ALIMENTAR-SE

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda para cortar

alimentos, espalhar manteiga, etc., e necessita de adaptação da dieta.

10 = Independente

TRANSFERÊNCIA 0

0 = Incapaz de se manter sentado

5 = Necessita de ajuda (física) de 1 ou 2 pessoas; pode sentar-se

10 = Necessita de alguma ajuda (física ou verbal)

15 = Independente (em todas as fases)

CAMINHAR NUMA SUPERFÍCIE 0

NIVELADA

0 = Imóvel ou mobiliza-se >

5 = Independente numa cadeira de rodas > 50 m

10 = Caminha com ajuda (verbal ou física) de uma pessoa > 50 m

15 = Independente (mas pode utilizar qualquer ajuda por ex.: bengala) > 50m

VESTIR-SE E DESPIR-SE 0

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda mas pode fazer metade das coisas sem ajuda

10 = Independente

SUBIR E DESCER ESCADAS 0

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda (verbal/Física)

10 = Independente

TOMAR BANHO

0 = Dependente

5 = Independente (na banheira ou no chuveiro); não necessita de ajuda

Interpretação dos resultados:

100 pontos: totalmente independente;

99 a 76 pontos: dependência leve;

75 a 51 pontos - dependência

50 a 26 pontos – dependência severa

25 e menos pontos – dependência total

# ANEXO C

## MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)

# Medida de Independência Funcional

NÍVEL:

7 Independência completa (seguro e em tempo satisfatório)

6 Independência modificada (recursos auxiliares)

## **Dependência Parcial**

5 Supervisão

4 Mínima assistência (75%)

3 Moderada assistência (50%)

## **Dependente**

2 Máxima assistência (25%)

1 Total assistência (0%)

<b>CATEGORIAS</b>	<b>PRÉ</b>	<b>PO</b>
<b>CUIDADOS PESSOAIS</b>		
Alimentação		
Auto cuidado		
Banhar-se		
Vestir tronco superior		
Vestir tronco inferior		
Higiene íntima		
<b>CONTROLE ESFINCTERIANO</b>		
Controle vesical		
Controle intestinal		
<b>MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIAS</b>		
Cama / cadeira / cadeira de rodas		
Banheiro		
Banho chuveiro / banheira		
<b>LOCOMOÇÃO</b>		
Andar / cadeira de rodas		
Escadas		
<b>COMUNICAÇÃO</b>		
Compreensão		
Expressão		
<b>COGNITIVO SOCIAL</b>		
Interação social		
Resolver problemas		
Memória		
<b>TOTAL</b>		

# ANEXO D

## ESCALA VISUAL ANALÓGICA

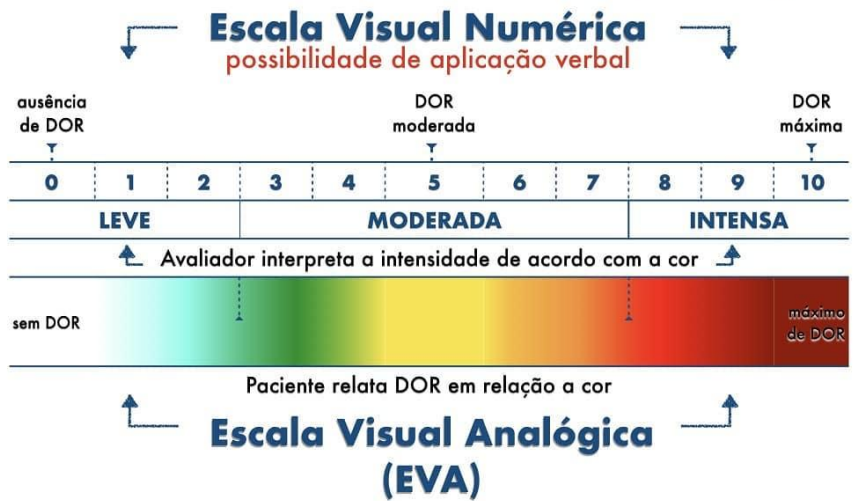
# ESCALA VISUAL ANALÓGICA – DOR



## AVALIANDO A DOR DO SEU PACIENTE

ADULTO

@dicas.do.profe



# ANEXO E

ESCALA DE BERG

# ESCALA DE BERG

## **INSTRUÇÕES GERAIS** (pontuação de 0 a 4)

### 1. SENTADO PARA EM PÉ

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé. Tente não usar suas mãos como suporte.

- (4) Capaz de permanecer em pé sem o auxílio das mãos e estabilizar de maneira independente;
- (3) Capaz de permanecer em pé independentemente usando as mãos;
- (2) Capaz de permanecer em pé usando as mãos após várias tentativas;
- (1) Necessidade de ajuda mínima para ficar em pé ou estabilizar;
- (0) Necessidade de moderada ou máxima assistência para permanecer em pé.

### 2. EM PÉ SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se segurar em nada.

- (4) Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos;
- (3) Capaz de permanecer em pé durante 2 minutos com supervisão;
- (2) Capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem suporte;
- (1) Necessidade de várias tentativas para permanecer 30 segundos sem suporte;
- (0) Incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem assistência.

Se o sujeito é capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, marque pontuação máxima na situação sentado sem suporte. Siga diretamente para o item 4.

### 3. SENTADO SEM SUPORTE PARA AS COSTAS MAS COM OS PÉS APOIADOS SOBRE O CHÃO OU SOBRE UM BANCO

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

- (4) Capaz de sentar com segurança por 2 minutos;
- (3) Capaz de sentar com por 2 minutos sob supervisão;

- (2) Capaz de sentar durante 30 segundos;
- (1) Capaz de sentar durante 10 segundos;
- (0) Incapaz de sentar sem suporte durante 10 segundos.

#### 4. EM PÉ PARA SENTADO

INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

- (4) Senta com segurança com o mínimo uso das mãos;
- (3) Controla descida utilizando as mãos;
- (2) Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida;
- (1) Senta independentemente mas apresenta descida descontrolada;
- (0) Necessita de ajuda para sentar.

#### 5. TRANSFERÊNCIAS

INSTRUÇÕES: Pedir ao sujeito para passar de uma cadeira com descanso de braços para outra sem descanso de braços (ou uma cama).

- (4) Capaz de passar com segurança com o mínimo uso das mãos;
- (3) Capaz de passar com segurança com uso das mãos evidente;
- (2) Capaz de passar com pistas verbais e/ou supervisão;
- (1) Necessidade de assistência de uma pessoa;
- (0) Necessidade de assistência de duas pessoas ou supervisão para segurança.

#### 6. EM PÉ SEM SUPORTE COM OLHOS FECHADOS

INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e permaneça parado por 10 segundos

- (4) Capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos;
- (3) Capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos com supervisão;
- (2) Capaz de permanecer em pé durante 3 segundos;
- (1) Incapaz de manter os olhos fechados por 3 segundos mas permanecer em pé;
- (0) Necessidade de ajuda para evitar queda.

## 7. EM PÉ SEM SUPORTE COM OS PÉS JUNTOS

INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se segurar

- (4) Capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto;
- (3) Capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto, com supervisão;
- (2) Capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente e se manter por 30 segundos;
- (1) Necessidade de ajuda para manter a posição mas capaz de ficar em pé por 15 segundos com os pés juntos;
- (0) Necessidade de ajuda para manter a posição mas incapaz de se manter por 15 segundos.

## 8. ALCANCE A FRENTE COM OS BRAÇOS EXTENDIDOS PERMANECENDO EM PÉ

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

- (4) Capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm (10 polegadas);
- (3) Capaz de alcançar acima de 12,5cm (5 polegadas);
- (2) Capaz de alcançar acima de 5cm (2 polegadas);
- (1) Capaz de alcançar mas com necessidade de supervisão;
- (0) Perda de equilíbrio durante as tentativas / necessidade de suporte externo.

## 9. APANHAR UM OBJETO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO EM PÉ

INSTRUÇÕES: Pegar um sapato/chinelo localizado a frente de seus pés

- (4) Capaz de apanhar o chinelo facilmente e com segurança;
- (3) Capaz de apanhar o chinelo mas necessita supervisão;
- (2) Incapaz de apanhar o chinelo mas alcança 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e manter o equilíbrio de maneira independente;
- (1) Incapaz de apanhar e necessita supervisão enquanto tenta;
- (0) Incapaz de tentar / necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda.

## 10. EM PÉ, VIRAR E OLHAR PARA TRÁS SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO

INSTRUÇÕES: Virar e olhar para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o direito. O examinador pode pegar um objeto para olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar o giro.

- (4) Olha para trás por ambos os lados com mudança de peso adequada;
- (3) Olha para trás por ambos por apenas um dos lados, o outro lado mostra menor mudança de peso;
- (2) Apenas vira para os dois lados mas mantém o equilíbrio;
- (1) Necessita de supervisão ao virar;
- (0) Necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda.

## 11. VIRAR EM 360 GRAUS

INSTRUÇÕES: Virar completamente fazendo um círculo completo. Pausa. Fazer o mesmo na outra direção

- (4) Capaz de virar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos;
- (3) Capaz de virar 360 graus com segurança para apenas um lado em 4 segundos ou menos;
- (2) Capaz de virar 360 graus com segurança mas lentamente;
- (1) Necessita de supervisão ou orientação verbal;
- (0) Necessita de assistência enquanto vira.

## 12. COLOCAR PÉS ALTERNADOS SOBRE DEGRAU OU BANCO PERMANECENDO EM PÉ E SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Colocar cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.

- (4) Capaz de ficar em pé independentemente e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos;
- (3) Capaz de ficar em pé independentemente e completar 8 passos em mais de 20 segundos;
- (2) Capaz de completar 4 passos sem ajuda mas com supervisão;
- (1) Capaz de completar mais de 2 passos necessitando de mínima assistência;
- (0) Necessita de assistência para prevenir queda / incapaz de tentar.

## 13. PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OUTRO PÉ A FRENTE

INSTRUÇÕES: (DEMOSTRAR PARA O SUJEITO - Colocar um pé diretamente em frente do outro. Se você perceber que não pode colocar o pé diretamente na frente, tente dar um passo largo o suficiente para que o calcanhar de seu pé permaneça a frente do dedo de

seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento do passo poderá exceder o comprimento do outro pé e a largura da base de apoio pode se aproximar da posição normal de passo do sujeito).

- (4) Capaz de posicionar o pé independentemente e manter por 30 segundos;
- (3) Capaz de posicionar o pé para frente do outro independentemente e manter por 30 segundos;
- (2) Capaz de dar um pequeno passo independentemente e manter por 30 segundos;
- (1) Necessidade de ajuda para dar o passo mas pode manter por 15 segundos;
- (0) Perda de equilíbrio enquanto dá o passo ou enquanto fica de pé.

#### 14. PERMANECER EM PÉ APOIADO EM UMA PERNA

INSTRUÇÕES: Permaneça apoiado em uma perna o quanto você puder sem se apoiar

- (4) Capaz de levantar a perna independentemente e manter por mais de 10 segundos;
- (3) Capaz de levantar a perna independentemente e manter entre 5 e 10 segundos;
- (2) Capaz de levantar a perna independentemente e manter por 3 segundos ou mais;
- (1) Tenta levantar a perna e é incapaz de manter 3 segundos, mas permanece em pé independentemente;
- (0) Incapaz de tentar ou precisa de assistência para evitar queda.

**PONTUAÇÃO TOTAL (máximo = 56)**

# ANEXO F

ESCALA DE LOWER

## ESCALA DE LOWER

Força Muscular segundo a Escala de Lower			
Cabeça e Pescoço	Flexão		
	Extensão		
	Flexão lateral esquerda		
	Flexão lateral direita		
	Rotação		
Membro superior		Direito	Esquerdo
Escapulo umeral	Flexão		
	Extensão		
	Adução		
	Abdução		
	Rotação Interna		
	Rotação Externa		
Cotovelo	Flexão		
	Extensão		
Antebraço	Pronação		
	Supinação		
Punho	Flexão plantar		

	Dorsi flexão		
	Desvio cubital		
	Desvio Radial		
	Circundação		
Dedos	Flexão		
	Extensão		
	Adução		
	Abdução		
	Circundação		
	Oponência do Polgar		
<b>Membro Inferior</b>		<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
Coxo femoral	Flexão		
	Extensão		
	Adução		
	Abdução		
	Rotação Interna		
	Rotação Externa		
Joelho	Flexão		
	Extensão		
Tibiotársica	Flexão plantar		
	Flexão dorsal		
	Inversão		
	Eversão		
Dedos	Flexão		
	Extensão		
	Adução		
	Abdução		

A escala de força muscular gradua os níveis de força entre 0 (sem contração muscular palpável ou visível), 1 (contração palpável ou visível mas sem movimento do membro), 2 (movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular), 3 (movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência), 4 (movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade) e 5 (força normal). Esta graduação faz-se em relação ao máximo esperado para aquele músculo, através de resistência à mobilização ativa.

# ANEXO G

ESCALA DE ASHWORTH

## ESCALA DE ASHWORTH

### **Escala de Ashworth Modificada\*\*\***

- Grau X Descrição:
  - 0 Tônus normal
  - 1 Leve aumento do tônus muscular com mínima resistência no fim do movimento
  - 1+ Leve aumento do tônus muscular com mínima resistência em menos da metade do movimento
  - 2 Aumento mais marcado do tônus muscular na maior parte do movimento, mas a mobilização passiva é efetuada com facilidade
  - 3 Considerável aumento do tônus muscular, mas a movimentação passiva é efetuada com dificuldade
  - 4 Segmento afetado rígido em flexão ou extensão

# ANEXO H

ESCALA DE MORSE

# ESCALA DE MORSE

## AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

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

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

# ANEXO I

## ESCALA DE BRADEN

# ESCALA DE BRADEN

<p><b>Percepção sensorial</b></p> <p>Capacidade de reacção significativa ao desconforto</p>	<p><b>1. Completamente limitada:</b></p> <p>Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação,</p> <p>OU</p> <p>capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b></p> <p>Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação,</p> <p>OU</p> <p>tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p><b>3. Ligeiramente limitada:</b></p> <p>Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição,</p> <p>OU</p> <p>tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b></p> <p>Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>				
<p><b>Humidade</b></p> <p>Nível de exposição da pele à humidade</p>	<p><b>1. Pele constantemente húmida:</b></p> <p>A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p><b>2. Pele muito húmida:</b></p> <p>A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p><b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b></p> <p>A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p><b>4. Pele raramente húmida:</b></p> <p>A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>				
<p><b>Actividade</b></p> <p>Nível de actividade física</p>	<p><b>1. Acamado:</b></p> <p>O doente está confinado à cama.</p>	<p><b>2. Sentado:</b></p> <p>Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>	<p><b>3. Anda ocasionalmente:</b></p> <p>Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p>	<p><b>4. Anda frequentemente:</b></p> <p>Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>				
<p><b>Mobilidade</b></p> <p>Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</p>	<p><b>1. Completamente imobilizado:</b></p> <p>Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b></p> <p>Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p><b>3. Ligeiramente limitado:</b></p> <p>Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b></p> <p>Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>				
<p><b>Nutrição</b></p> <p>Alimentação habitual</p>	<p><b>1. Muito pobre:</b></p> <p>Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios).</p> <p>Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido</p> <p>OU</p> <p>está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.</p>	<p><b>2. Provavelmente inadequada:</b></p> <p>Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético</p> <p>OU</p> <p>recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p><b>3. Adequada:</b></p> <p>Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido,</p> <p>OU</p> <p>é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p><b>4. Excelente:</b></p> <p>Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>				
<p><b>Fricção e forças de deslizamento</b></p> <p>O</p>	<p><b>1. Problema:</b></p> <p>Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p>	<p><b>2. Problema potencial:</b></p> <p>Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.</p>	<p><b>3. Nenhum problema:</b></p> <p>Movimenta-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição.</p> <p>Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.</p>					
<p>Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.</p>					<p><b>Pontuação total</b></p>			

## ANEXO J

ESCALA DE BORG MODIFICADA (AVALIAÇÃO DA DISPNEIA)

## Escala de Borg modificada (avaliação da dispneia)

---

### **Escala de Borg Modificada**

---

<b>0</b>	Nenhuma
<b>0.5</b>	Muito, muito, leve
<b>1</b>	Muito leve
<b>2</b>	Leve
<b>3</b>	Moderada
<b>4</b>	Um pouco forte
<b>5</b>	Forte
<b>6</b>	
<b>7</b>	Muito forte
<b>8</b>	
<b>9</b>	Muito, muito, forte
<b>10</b>	Máxima

---

# **ANEXO K**

## **ENSINOS PRÉ E PÓS-OPERATÓRIOS**

## **ENSINOS PRÉ E PÓS-OPERATÓRIOS A FRATURAS DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO FÉMUR**

(Maxey L., Magnusson, J., 2003; Cunha, 2008; Cruz, Oliveira & Conceição, 2009; Morais, 2010; Silva 2011; Menoita & Cordeiro, 2012; Gomes, 2013; Bettencourt, Afonso e Gonçalves, 2014; Jacinto, 2014; Violante, 2014)

### **EXERCÍCIOS DE REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA**

- Instruir e treinar sobre técnicas respiratórias: controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração
- Exercícios abdomino-diafragmáticos
- Incentivar e treinar a tosse

### **EXERCÍCIOS ISOMÉTRICOS**

- Contrações isométricas abdominais
- Contrações isométricas dos glúteos
- Contrações isométricas do quadríceps e isquiotibiais

### **EXERCÍCIOS ISOTÓNICOS**

• Mobilizações passivas / ativas / ativas assistidas / ativas resistidas de todos os segmentos articulares (3 séries de exercícios / 10 repetições 1 a 2 vezes por dia (conforme tolerância do utente), de forma a evitar / diminuir o risco de edemas e trombozes venosas profundas e a ativar a força muscular, a sensibilidade distal e o retorno venoso:

o Dorsiflexão / flexão plantar da tibio-társica

o Flexão / extensão da coxo-femural com e sem flexão do joelho, mas não ultrapassando os 90º

o Mobilizações ativas livres / resistidas do membro são

o Abdução / adução do membro operado até a linha média e voltar à posição inicial

o Extensão lombo-pélvica

o Fortalecimento do quadríceps com auxílio do rolo.

Neste caso em particular trata-se da via de abordagem POSTERO-LATERAL, onde é realizada uma incisão na face lateral-externa proximal, há comprometimento dos músculos **abdutores** (pequeno e médio glúteo, tensor da fáscia lata, costureiro, piriforme, obturador interno e externo) e **rotadores externos** (piriforme, obturador interno e externo, quadrado femoral, costureiro, bicípite femoral, pectíneo, reto interno), pelo que serão contra-indicados os movimentos de rotação interna, flexão acima de 90º e adução da anca além da linha média. A abordagem posterior preserva o glúteo médio e o mínimo, bem como o vasto interno, o que facilita a recuperação funcional.

#### **O que deve fazer:**

- o Fazer marcha com cana-de-avena durante 3 meses
- o Iniciar carga progressiva a partir do 1 mês (10% do peso corporal por semana)
- o A partir do 3º mês deve fazer marcha sem cana-de-avena
- o Dormir com uma almofada entre as pernas durante pelo menos 10 meses
- o Evitar pisos acidentados
- o Evitar andar de bicicleta
- o Tomar banho de duche em substituição da banheira
- o Todos os exercícios ensinados e treinados durante o internamento devem continuar pelo menos até ao 6º mês

#### **O que não deve fazer:**

- o Não deve cruzar as pernas
- o Não deve fazer carga sobre o membro operado durante o 1º mês
- o Não deve carregar pesos
- o Não deve fazer mais de 90° de flexão no membro na anca operada
- o Não deve sentar-se em cadeiras ou sanitas baixas
- o Não deve dobrar o corpo sobre as pernas a partir da posição de sentado
- o Não deve fazer rotações bruscas
- o Não deve aumentar de peso
- o Inclinarse em demasia para a frente para se calçar, deve pedir ajudar ou adquirir produtos que permitem realizar esta operação sem risco
- o Não dobrar o membro operado a mais de 90°
- o Não apanhar objetos do chão, inclinándose para a frente
- o Não permanecer longos períodos de pé
- o Evitar principalmente nas primeiras 6 semanas tarefas para as quais o utente tem de se vergar.

### **POSICIONAMENTO NO LEITO**

- o Posicionar o utente em decúbito dorsal com uma almofada triangular entre as pernas, de forma a prevenir a rotação interna e a adução



Fig.1 – Utente corretamente posicionado em Decúbito Dorsal

o Posicionar o utente em decubito semi-dorsal lado sã, com uma almofada entre as pernas, para apoiar o membro operado, de forma a prevenir a rotação interna e a adução



Fig. 2 - A)utente incorretamente posicionado em Decubito Lateral; B) Utente corretamente posicionado em Decubito Lateral

o Promover ensino ao utente sobre a mobilização no leito, utilizando o suporte existente por cima da cama e o apoio do calcanhar da perna sã, para alívio da pressão da região sagrada, de forma a evitar úlceras de pressão

### **MOBILIZAÇÕES (LEVANTAR, DEITAR, SENTAR)**

Levantar

1º Levante

Sempre que possível o levante deve ser realizado pelo lado do membro operado, uma vez que permite que a maior parte da força seja efectuada pelo membro não operado (rodar e levantar ligeiramente as nádegas)

Avaliação de sinais vitais de antes do levante e na posição de sentado e após levante

Assumir uma posição de sentado na cama a 45º (mantendo sempre o membro operado em extensão, mantendo um ângulo superior a 90º)

Rodar na cama de forma a colocar os pés no chão, mantendo o alinhamento dos membros e abdução dos mesmos

Colocar as mãos na cama, e com a força dos membros superiores mais o membro inferior não operado pôr-se de pé

Já em pé e em equilíbrio deve apoiar-se no seu auxiliar de marcha

Nota: o primeiro levante deve ser progressivo e devemos ter em conta os valores tensionais do doente.

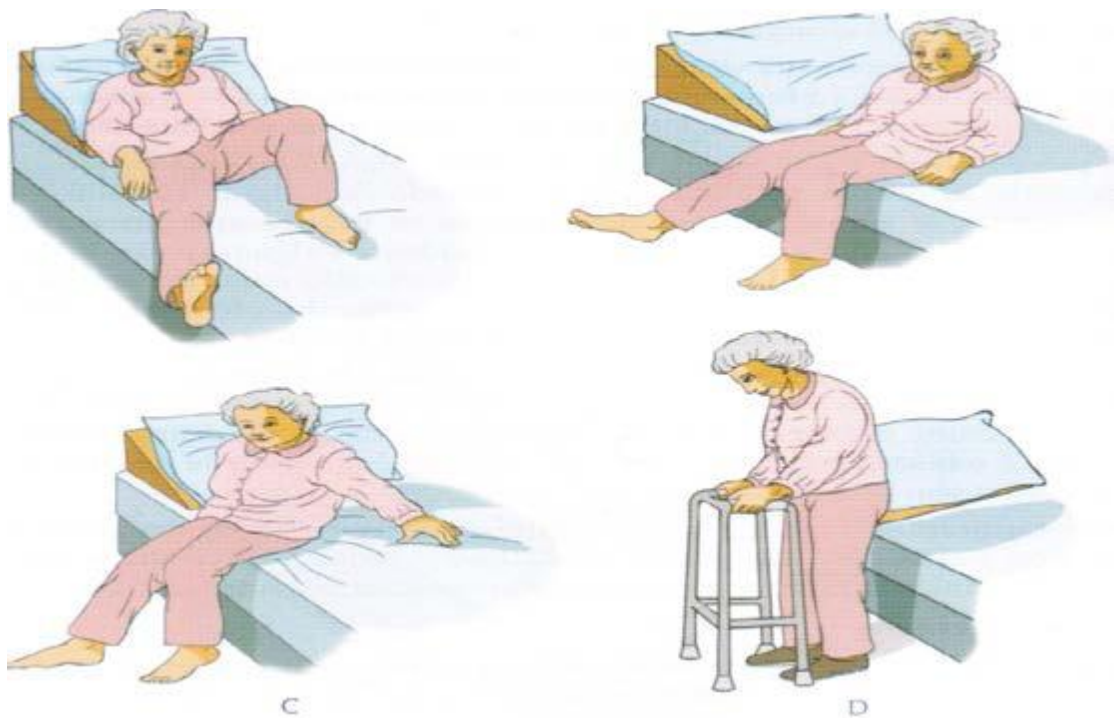


Fig 5 – Levante

o Deitar

Movimento de deitar

Correspondem aos movimentos inversos relativamente ao levantar

o Sentar

Sentar

Colocar-se em frente da cadeira de forma a que a região popliteia fique encostada à borda dianteira do acento da cadeira

Agarrar os braços da cadeira (um de cada vez)

Deslizar o membro operado para a frente de forma a fazer uma ligeira extensão

Baixar-se até ficar sentada, apoiando os antebraços na cadeira

Deslizar para traz até ficar confortável



Fig 8 – Sentar-se em cadeira com braços

## SUBIR E DESCER ESCADAS

Os auxiliares de marcha (usar andarilho e posteriormente canadianas) devem estar bem ajustados às características do doente. Pois evita que o doente ande demasiado vergado ou excessivamente direito o que dificultaria a marcha

o Subir escadas

O membro não operado é o primeiro a avançar

Em seguida avança o membro operado

E por fim avançam as canadianas (se houver corrimão, deve sempre que possível apoiar-se nele)

o Descer escadas

As canadianas são as primeiras a avançar

Em seguida a o membro operado

E por fim avança o membro não operado

Rodar sobre o membro são



Fig 7 - A, B) Subir escadas; C) descer escadas



Fig. 6 –Marcha com canadianas

### **TRANSFERÊNCIAS (CAMA / CADEIRA / SANITÁRIO / CARRO)**

#### o Uso da sanita

Esta não pode ser baixa, se for tem de se recorrer a um alteador, ou seja, depois de sentado, os ângulos entre o tronco e as coxas e entre as coxas e as pernas nunca deverá ser inferior a 90º) deverá adotar um procedimento semelhante ao sentar-se na cadeira. Deverá haver dispositivos fixos ou móveis onde o doente se possa agarrar e/ou apoiar-se de forma evitar quedas e facilitando os movimentos de sentar e levantar.



Fig 9 – uso correto da sanita

## CUIDADOS DE HIGIENE

O Utente deverá sempre que possível escolher o duche. Não deve sentar-se, tendo de se sentar optar por um banco alto

Se optar por tomar banho numa banheira, não deve tentar entrar na banheira sem utilizar uma tabua de banheira e um assento. Estes procedimentos devem manter-se pelo menos até 12 semanas após a cirurgia.

Sentar-se na tabua de banheira previamente fixa

Levantar as pernas e passa-las (uma de cada vez) para dentro da banheira. Tentando que o membro operado permaneça em ligeira extensão

Apoiar as mãos na banheira e em seguida baixar-se até ao assento colocado no interior da banheira

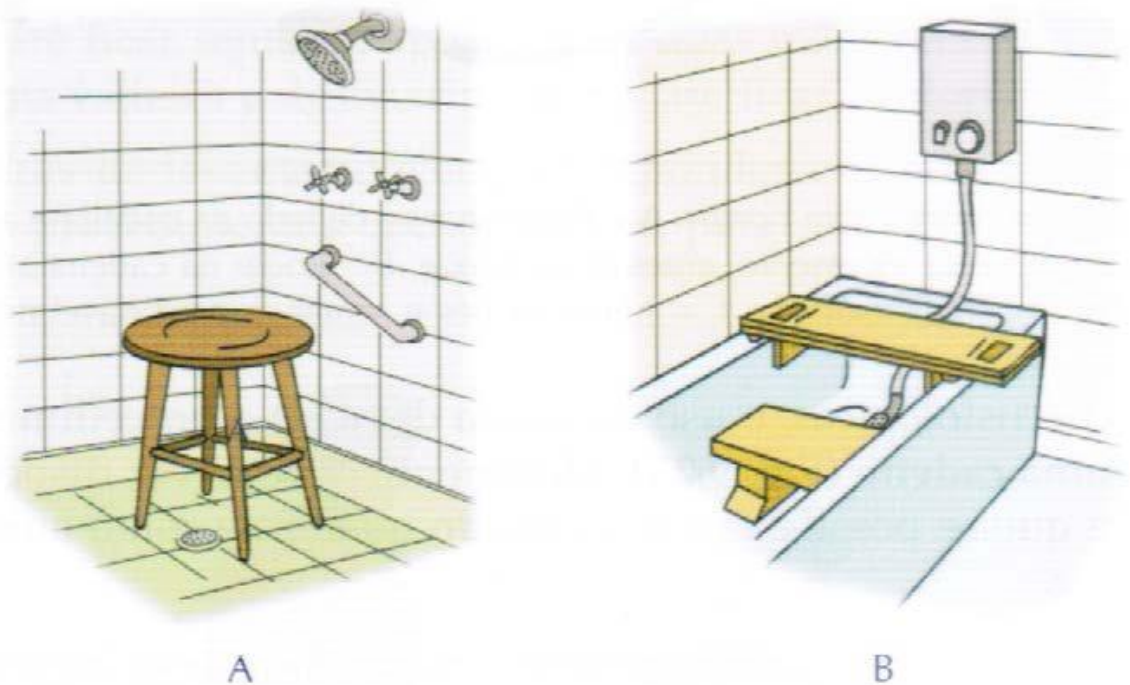


Fig 10 – A) Banho Duche; B) Banho Banheira

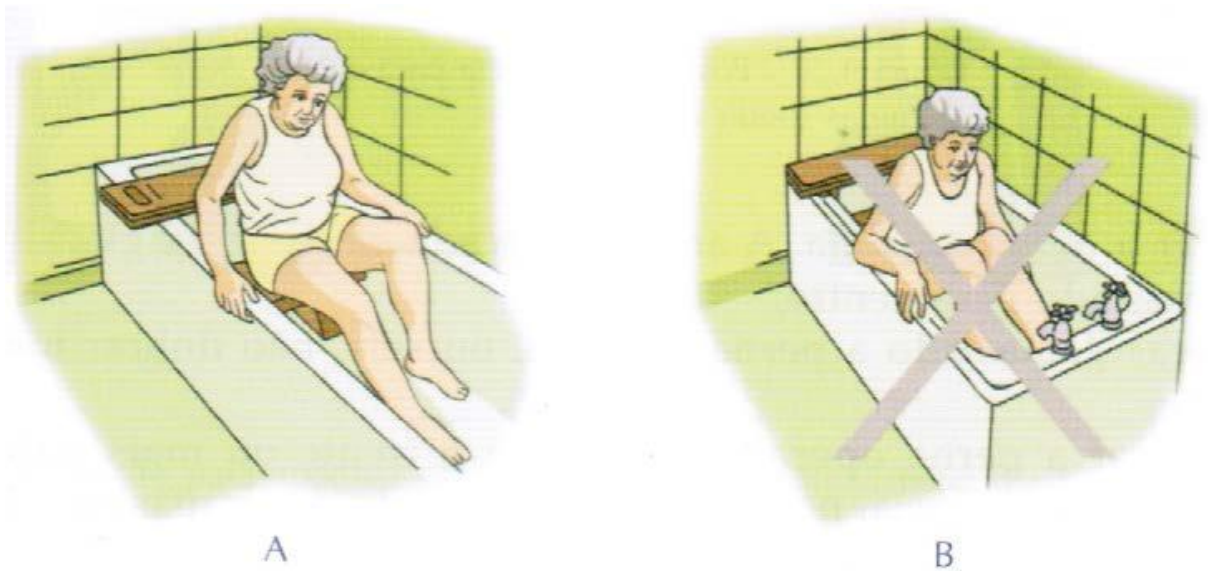


Fig 11 – A) uso correto do apoio da banheira; B) uso incorreto do apoio da banheira

Nota: tanto no caso do duche em poliban como no caso do banho na banheira devem existir dispositivos fixos ou móveis onde o doente se possa agarrar/apoiar de forma a prevenir as quedas.

### **ENTRAR E SAIR DO CARRO**

A condução pode ser retomada a partir da 8ª semana após a cirurgia, tendo o cuidado de elevar o banco com almofadas, devendo evitar fazer viagens longas.

o Para entrar no carro

De costas para o carro apoiar a região popliteia na soleira da porta do carro

Apoiar as mãos no assento

Sentar-se mantendo o membro operado com o joelho em extensão

Utilizar a força das mãos e do membro não operado para se chegar para tras em sentido do banco contrario (sempre com o membro operado em extensão)

Rodar sobre o assento e colocar as pernas para o interior do carro (é importante o membro operado manter a extensão)

Ajustar a posição de forma a ficar confortável, respeitando sempre a regras dos 90° (o angulo entre o tronco e a coxa não deve ser inferior a 90°)



Fig 12 – Posição correta para entrar no carro

Para sair do carro deve seguir os passos acima descritos mas em ordem inversa



Fig 13- Posição correta para sair do carro

## **VESTIR E DESPIR**

Para se vestir, a melhor estratégia é a utilização de pinças de cabo longo ou suspensórios, fixados ao vestuário, pois permitem deslizar os membros inferiores com o mínimo de flexão.

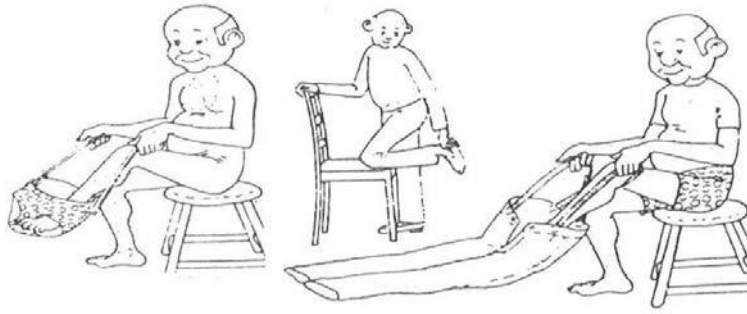


Fig 14 – forma correta de vestir e calçar      Fig 15 – Forma incorreta de calçar

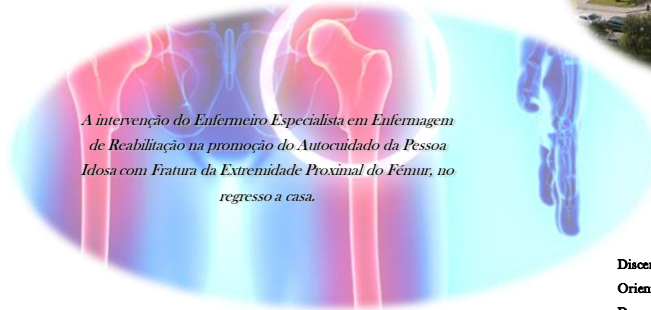
Para se calçar, a melhor forma é arranjar uma calçadeira de cabo longo ou utilizar uma cadeira.

## **APÊNDICES**

## **Apêndice 1**

APRESENTAÇÃO EM POWERPOINT DO ESTUDO CASO DO PRESENTE  
ESTÁGIO

[Redacted] - Serviço de Ortopedia



*A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem  
de Reabilitação na promoção do Autocuidado da Pessoa  
Idosa com Fratura da Extremidade Proximal do Fémur, no  
regresso a casa.*

**Discente:** Sofia Tomás

**Orientador:** En. [Redacted] e Enf.ª [Redacted]

**Docente:** Enf.ª *Славина Иванова*

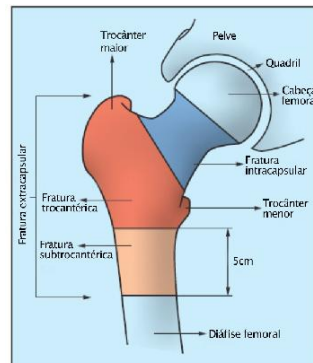
Lisboa, 11 de Novembro de 2019

## Sumário

- Revisão Anatomopatológica
- Apreciação multidimensional da pessoa
- Programa de Enfermagem de Reabilitação

Fratura é uma interrupção na continuidade do osso, podendo ser definida de acordo com o seu tipo e extensão, e ocorre quando o osso é submetido a uma força maior do que pode absorver. As estruturas adjacentes são igualmente afetadas, ocasionando edema dos tecidos moles, hemorragia nos músculos e articulações, luxação de articulações, rotura de tendões, secção de nervos e lesão de vasos sanguíneos.

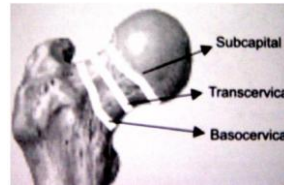
Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur (FEPF)



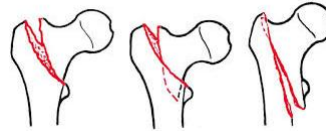
Smeltzer (2011)

As FEPP podem dividir-se em:

❖ Colo do fémur (localizadas entre a cabeça e a área trocantéricas e dividem-se em subcapitais, transcervicais e basicervicais);



❖ Trocantéricas (acima da linha intertrocantérica e abaixo do limite distal do pequeno trocânter);



❖ Subtrocantéricas (restritas ao segmento entre o limite inferior do pequeno trocânter e um nível de 5 cm abaixo dele).



Smeltzer (2011)

As opções terapêuticas no âmbito das FEPP, contemplam o tratamento cirúrgico e o tratamento conservador.

**Fraturas subcapitais** - tratamento conservador ou a fixação mínima com parafusos canelados.

**Fraturas transcervicais** - substituição artroplástica da cabeça do fémur, com artroplastias parciais ou totais da anca.

**Fraturas basicervicais** - sistemas de osteossíntese com parafuso dinâmico de deslizamento e placa.

**Fraturas trocantéricas** - osteossíntese com parafuso dinâmico de deslizamento e placa encavilhamento endomedular e parafuso dinâmico.

**Fraturas subtrocantéricas** - encavilhamento endomedular com parafuso dinâmico ou estático e osteossíntese com placas, com ou sem parafuso dinâmico.

DGS (2003)



M.N.C.



Feminino



1927 – 03 – 25  
92 anos



Caucasiana



Torres Vedras



Reformada  
(era costureira)



Portuguesa



USF Arandis do  
Centro Saúde  
Torres Vedras

**Antecedentes de Saúde:**

Sem hábitos aditivos;

Sem alergias conhecidas;

Terapêutica habitual: Ferro – Tardyferon 80mg 1comp. Manhã; Epinitril 5mg Transdérmico 24/24h; Lorazepam 2,5mg 1 comp. Noite;

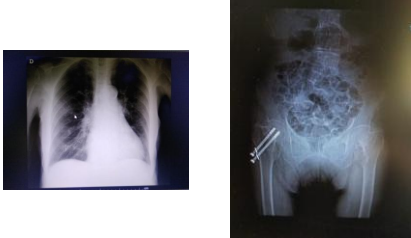

Co morbilidades: Anemia Crónica; Bronquite; Cardiopatia Isquémica (colocação de 2 stents); Demência; Artroses generalizadas; Escoliose acentuada; Hipoacúsia; Fratura Subcapital do Fémur Dt.º em Fevereiro de 2016 (colocação 2 parafusos dinâmicos de deslizamento e placa); Fratura Subcapital do Fémur Esq.º em Novembro de 2016 (tratamento conservador).

**História da doença atual**

Utente com 92 anos de idade, reside em domicílio próprio com o marido, numa moradia bi-familiar, no 1º andar, com apoio do enteado e sua esposa, que residem no r/c. Previamente dependente em grau moderado para a satisfação das AVD, deambulava com auxílio de terceiros e apoio de uma bengala à esquerda, frequentava Centro de Dia da IPSS Santa Casa da Misericórdia de Torres Vedras.

No dia 6 de Outubro de 2019, ao tentar levantar-se sozinha do leito, pelas 9h, tropeçou no tapete e sofreu uma queda, dando entrada posteriormente no SU do HTV. Ficou internada no serviço de Ortopedia 1. Foi colocada tração cutânea de 3kg no MIE, colocado CVP MSDt.º, iniciada analgesia dirigida, aguardando intervenção cirúrgica.

<b>Diagnóstico:</b>	<b>Fratura Subtrocatérica à Esquerda</b>
<b>Cirurgia:</b>	12 Outubro 2019: Redução Incruenta + Encavilhamento proximal do fémur esquerdo.
<b>Terapêutica:</b>	<p>Pós-Operatório:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analgesia: DIB; Paracetamol 1g Ev; Metamizol de Magnésio 2g EV; Tramadol 100mg/2ml EV.</li> <li>- Protocolo antibioterapia: Cefazolina EV (3 tomas).</li> <li>- Anticoagulante: Enoxaparina 40mg.</li> <li>- Terapêutica do domicílio (após as 24 horas)</li> </ul>
<p><b>Resumo das notas de evolução:</b> Utente aguardou cirurgia durante 6 dias, mantendo analgesia dirigida e tração cutânea no MIE de 3kg. No pós-operatório imediato muito queixosa, com períodos de desorientação e confusão, com necessidade de ser imobilizada. Sinais vitais estáveis, por vezes com dispneia, devido a história de anemia crónica e cansaço fácil a esforços. Iniciou programa de reabilitação a qual mostrou-se muito colaborante e participativa, primeiro levante sem intercorrências. Tinha indicação médica para não fazer carga sobre o membro operado. Ferida cirúrgica na face externa da coxa esquerda, de agraços, sem hemorragia e sem sinais inflamatórios. Teve alta clínica ao 4º dia pós-operatório para o domicílio com suporte, enquanto aguarda vaga para Unidade de Média Duração e Reabilitação que foi solicitada pela família.</p>	

<p><b>Exames Complementares:</b></p>	<p>Fez RX (pré e intra-operatório) e colheita de sangue para análises (por Hg: 7.5 mg/dl fez uma UCE Hg: 9mg/dl)</p> <p><b>Pré-op.</b></p> <div data-bbox="778 779 1190 1016"></div> <p><b>Intra-op.</b></p> <div data-bbox="715 1106 1305 1249"></div>
--------------------------------------	--

- ✓ Desorientação no Tempo e Espaço, orientada em relação a Si;
- ✓ Tensão Arterial: 137/71mmHg;
- ✓ Frequência Cardíaca: 80 batimentos por minuto;
- ✓ Temperatura Timpânica 36.5°C;
- ✓ Pele e mucosas pálidas e desidratadas, com prega cutânea;
- ✓ Eupneica em repouso (a saturação periférica da hemoglobina em oxigénio (SpO2) foi medida pela oximetria de pulso, na ordem dos 92% a 98% em ar ambiente), respiração de média amplitude e predominantemente toracoabdominal; simetria entre os movimentos dos lados direito e esquerdo do tórax e abdómen; Tosse eficaz, sem secreções; Dispneia a pequenos esforços;
- ✓ À auscultação Pulmonar: murmúrio vesicular mantido bilateralmente, sem ruídos adventícios;
- ✓ À auscultação Cardíaca: sons cardíacos rítmicos, sem sopros;
- ✓ Abdómen: ruídos hidroaéreos presentes. Mole, depressível, indolor à palpação. Murphy renal ausente;
- ✓ Eletrocardiograma: ritmo sinusal. Sem outras alterações;
- ✓ Radiografia de tórax: com discreta Hipo transparência heterogénea bilateral nas bases;

Escalas	Data de avaliação			Score
	06 -10 - 2019	13 – 10 - 2019	16 – 10 - 2019	
Escala de Glasgow	15	15	15	
Escala de Borg	3	3	1	
Escala Visual Analógica da Dor	4(rep.) 9 (mob.)	5 (rep.) 10 (mob.)	1 (rep.) 5 (mob.)	
Escala Índice de Barthel	10/100	10/100	40/100	
Escala Medida de Independência Funcional (MIF)	Ajuda Total (<25%)	Ajuda Total (<25%)	Ajuda Máxima (≥25%)	
Escala de Morse (Risco Quedas)	75	75	95	
Escala de Braden (Risco UPP)	10/24	12/24	15/24	
Escala de ASHWORTH	MSE + MSD + MID 0/4	MSE+MSD+MID 0/4 MIE 3/4	MSE+ MSD+ MID 0/4 MIE 1/4	
Escala da Força muscular Medical Research Council (MRC)	MSE + MSD + MID 4/5	MIE-0/5 Restantes M. 4/5	MIE-2/5 Restantes M. 5/5	
Escala de Berg	-	4/56	5/56	



## Programa de Enfermagem de Reabilitação

Foram levantados os seguintes focos de atenção:

Dorotheia OREM

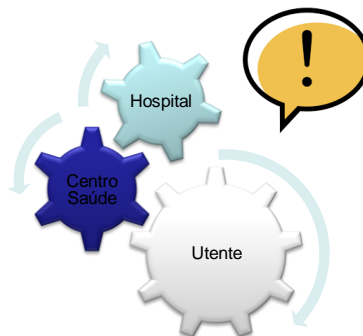
- ❖ Dispneia relacionada com anemia e cansaço fácil a esforços;
  - ❖ Mobilidade comprometida relacionada com colocação de tração cutânea devido à fratura da extremidade superior do fémur esquerdo;
  - ❖ Dor relacionada com a fratura da extremidade proximal do fémur esquerdo;
  - ❖ Auto Cuidado: Higiene comprometido;
  - ❖ Auto Cuidado: Vestuário comprometido;
  - ❖ Auto Cuidado: Uso do Sanitário comprometido;
  - ❖ Auto Cuidado: Atividade Física - Posicionar-se comprometido;
  - ❖ Auto Cuidado: Atividade Física – Transferir-se comprometido relacionado com a cirurgia ortopédica;
  - ❖ Auto Cuidado: Atividade Física – Andar com auxiliar de marcha comprometido relacionado com a dor pós-cirurgia e impossibilidade de realizar carga total sobre o membro operado;
  - ❖ Movimento Muscular comprometido relacionado com a imobilidade do membro operado pré-cirurgia e dor causada pelas mobilizações;
  - ❖ Equilíbrio Corporal comprometido;
  - ❖ Ferida cirúrgica na face externa da coxa esquerda;
  - ❖ Risco de quedas, relacionado com a dor, insegurança e medo e diminuição da força muscular e equilíbrio;
  - ❖ Risco de Úlcera por Pressão (UPP) por incapacidade de auto-posicionamento;
  - ❖ Papel de Prestador de Cuidados face ao regresso para o domicílio – transição de cuidados.
-

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Movimento Muscular comprometido relacionado com a imobilidade do membro operado pré-cirurgia e dor causada pelas mobilizações	Que a utente recupere o movimento muscular do membro operado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o movimento articular, segundo Escala ASHWORTH;</li> <li>• Avaliar a força muscular através da escala Medical Research Council (MRC);</li> <li>• Executar mobilizações musculoesqueléticas passivas (dorso-flexão tibio-társica, abdução-adução não ultrapassando a linha média do corpo, flexão-extensão);</li> <li>• Executar mobilizações musculoesqueléticas ativas assistidas (dorso-flexão tibio-társica, abdução-adução não ultrapassando a linha média do corpo, flexão-extensão);</li> <li>• Incentivar exercícios musculares (contrações isométricas dos glúteos e quadríceps);</li> <li>• São realizados exercícios ativos assistidos e passivos dos membros superiores e inferiores 1x por dia, pelo menos;</li> <li>• Avaliar, instruir e treinar a capacidade do prestador de cuidados para promover o movimento muscular da utente.</li> </ul>	<p><b>Data: 13 de Outubro de 2019</b></p> <p>O movimento articular foi testado com base na escala de ASWORTH, respeitando a tolerância do utente e com precauções, nomeadamente não efetuar flexão acima dos 90°, rotação externa ou adução (para além da linha média) e, sobretudo, não efetuar estes movimentos em combinação e a hiperextensão da anca.</p> <p>Realizados testes de avaliação segundo a escala de ASWORTH, a qual determina a avaliação 3 (na escala 0 – 4), o que significa que o utente apresenta "um considerável aumento do tónus muscular, mas a movimentação passiva é efetuada com dificuldade" no membro operado. Restantes membros com tónus normal, score 0.</p> <p>Apresenta força muscular com base na escala MRC de grau 4 (0- 5) a nível dos membros superiores e membro inferior direito e grau 0 (0-5) do membro inferior esquerdo (operado).</p> <p>Utente mostra-se participativa e colaborante dentro das suas capacidades nas mobilizações musculoesqueléticas ativas-assistidas e nas contrações isométricas dos glúteos e quadríceps.</p> <p><b>Data: 16 de Outubro de 2019</b></p> <p>Utente mostrou evolução relativamente à diminuição do compromisso do movimento muscular. À data da alta, segundo a escala de ASWORTH, determina a avaliação 1 (na escala 0 – 4), o que significa que o utente apresenta "um leve aumento do tónus muscular com mínima resistência no fim do movimento" no membro operado. Restantes membros com tónus normal, score 0.</p> <p>Apresenta força muscular com base na escala MRC de grau 5 (0- 5) a nível dos membros superiores e membro inferior direito e grau 2 (0-5) do membro inferior esquerdo (operado).</p> <p>O prestador de cuidados adquiriu conhecimentos e utiliza a técnica na realização de exercícios ativos assistidos e passivos dos segmentos articulares e contrações isométricas.</p>

### Transição de Cuidados:

Pós-alta e articulação com os Cuidados de Saúde Primários

- Cuidador/Família
- Apoio domiciliário
- Assistente Social – RNCCI
- Consulta Externa



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção Geral de Saúde, 2003. Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso, Recomendações para Intervenção Terapêutica. Lisboa.

Smeltzer, S. C. (2011). Cuidados de enfermagem pré-operatórios. In *Brunner e Sudarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (12.ª ed.) (pp. 423-438). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan



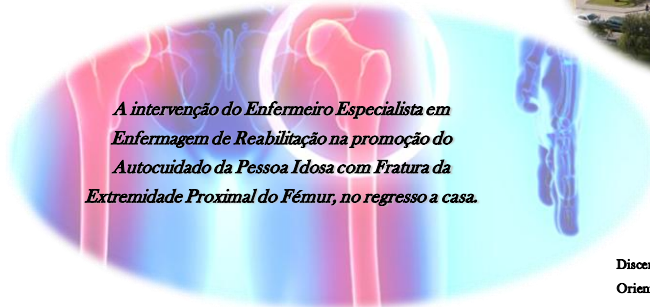


**10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM - ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM  
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

**Estudo de Caso**

 - *Serviço de Ortopedia*



*A intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na promoção do  
Autocuidado da Pessoa Idosa com Fratura da  
Extremidade Proximal do Fémur, no regresso a casa.*

**Discente:** *Sofia T*

**Orientador:** *Enf. * e *Enf.ª *

**Docente:** *Enf.ª Cristina Baixinho*

Lisboa, 11 de Novembro de 2019

## **APÊNDICE III – Estudo de Caso do Ensino Clínico Comunitário**

**10ª Curso de Mestrado em Enfermagem**  
***Área de Especialização em Enfermagem de***  
***Reabilitação***

Estágio com Relatório

**Estudo de Caso**

**Local de Estágio:** Unidade de Cuidados na Comunidade de [REDACTED]  
– ECCI [REDACTED]

**Sofia Tomé**  
**Nº8982**

**Docente Orientador:** Enf.ª Cristina Baixinho

**Enfermeira Orientadora:** Enf.ª [REDACTED]

**Lisboa**

**2020**

99



## INDICE

<b>5- INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
<b>6- COLHEITA DE DADOS/ANAMENÉSE.....</b>	<b>6</b>
<b>7- EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL.....</b>	<b>8</b>
<b>8- PROGRAMA DE REABILITAÇÃO / PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>9- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>27</b>

### ANEXOS

**Anexo A - ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCE)**

**Anexo B - ÍNDICE DE BARTHEL**

**Anexo C - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)**

**Anexo D - ESCALA VISUAL ANALÓGICA**

**Anexo E - ESCALA DE BERG**

**Anexo F - ESCALA DE LOWER**

**Anexo G - ESCALA DE ASHWORTH**

**Anexo H - ESCALA DE MORSE**

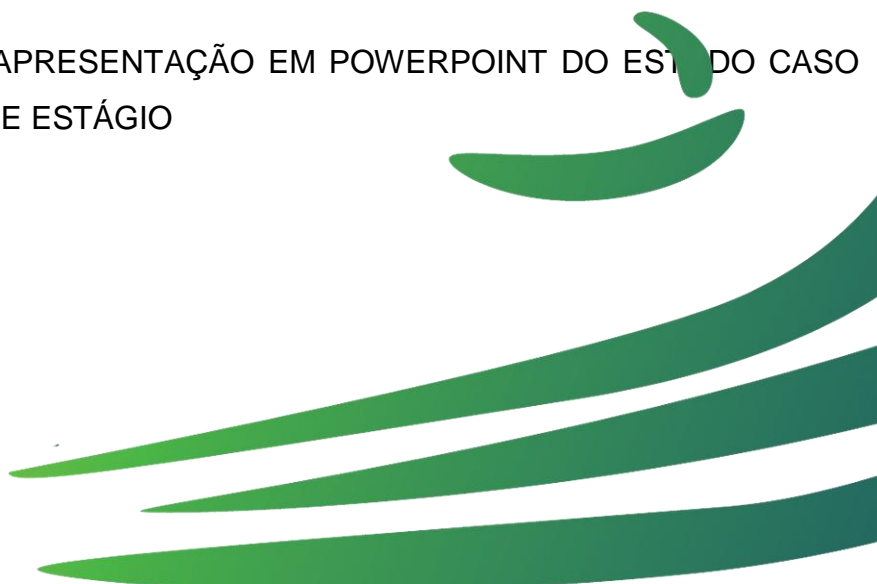
**Anexo I - ESCALA DE BRADEN**

**Anexo J - ESCALA DE BORG MODIFICADA**

**Anexo K - ENSINOS PÓS-OPERATÓRIOS**

### APÊNDICES

**Apêndice 1- APRESENTAÇÃO EM POWERPOINT DO ESTUDO DO CASO DO PRESENTE ESTÁGIO**



## 0 – INTRODUÇÃO

No âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, inserido na Unidade Curricular Estágio com Relatório, foi proposta a realização do presente projeto individual, no âmbito da especificidade de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/ família em contexto domiciliário e na comunidade. Este surge com o intuito de dar a conhecer as atividades projetadas face os objetivos específicos apresentados, de forma a serem adquiridas as competências necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação nesta área de intervenção. Torna-se, assim, importante salientar que o mesmo tem por base o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (REGULAMENTO Nº 122/2011 de 18 de Fevereiro) assim como o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) (REGULAMENTO Nº 125/2011 de 18 de Fevereiro).

O ensino clínico decorrerá na Unidade de Cuidados na Comunidade de Mafra, especificamente na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) integrada no ACeS Oeste Sul, no período de 9 semanas (26/11/2019 – 08/02/2020), tendo já como fio condutor o anterior ensino clínico, através do qual não só consolidou a minha temática, “*A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do Autocuidado da Pessoa Idosa com Fratura da Extremidade Proximal do Fémur, no regresso a casa*”, como enfatizou o meu foco e inquietude da mesma, a continuidade de cuidados do EEER no pós-alta, permitindo-me assim o atual ensino clínico promover a continuidade de cuidados na área da enfermagem de Reabilitação e melhorar a articulação entre cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários.

De acordo com os Censos 2011, Portugal apresenta um quadro de envelhecimento demográfico bastante acentuado, com uma população idosa (pessoas com 65 e mais anos) de 19,15%, uma população jovem (pessoas com 14 e menos anos) de 14,89% e uma esperança média de vida à nascença de 79,2 anos. (cf. Plano de ação do AEEASG; 2012)

A questão da longevidade, bem como as alterações socioeconômicas e políticas que dela advêm, é uma questão que se impõe a toda a sociedade, exigindo especial atenção por parte dos profissionais de saúde.

O envelhecimento associado à cronicidade das doenças, o agravamento das condições econômicas das famílias que condiciona a possibilidade de institucionalização da pessoa até recuperar a sua máxima autonomia, são fatores que exigem uma grande capacidade de resposta por parte dos profissionais de saúde no contexto da comunidade, nomeadamente, dos enfermeiros de reabilitação enquanto elementos das ECCI.

Ciente da importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação no contexto comunitário/domiciliário, com o intuito de maximizar as capacidades da pessoa para readaptar-se ao ambiente, mas também, através da adaptação do ambiente à pessoa.

Motivada pela possibilidade de melhorar a qualidade de vida da pessoa em situação de dependência ou perda da autonomia, maximizando a sua independência, não apenas nas ABVD, como também avaliando a sua capacidade para a realização das AIVD, ajudando-a a readaptar-se ao seu próprio meio e retomando, tanto quanto possível, a sua vida normal. Além destes aspetos que estão na origem da escolha do contexto da comunidade para desenvolver este estágio, inclui ainda o interesse em conhecer, vivenciando, as atividades desenvolvidas pelas ECCI no apoio à pessoa/ família, tendo em conta a diversidade de necessidades condicionadas pela situação de saúde.

Conforme Smeltzer (2011), a fratura é uma interrupção na continuidade do osso, podendo ser definida de acordo com o seu tipo e extensão. As fraturas ocorrem quando o osso é submetido a uma força maior do que pode absorver. Quando ocorre a fratura, as estruturas adjacentes são igualmente afetadas, ocasionando edema dos tecidos moles, hemorragia nos músculos e articulações, luxação de articulações, rotura de tendões, secção de nervos e lesão de vasos sanguíneos. As fraturas são resultado da rotura das integridades ósseas, perturbando o bom funcionamento de todo o sistema musculoesquelético.

De acordo com Smeltzer (2011), as Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur (FEPPF) podem dividir-se em: colo do fémur (localizadas entre a cabeça e a área trocânticas e dividem-se em subcapitais, transcervicais e basicervicais), trocânticas (acima da linha intertrocântica e abaixo do limite distal do pequeno trocânter), e subtrocânticas (restritas ao segmento entre o limite inferior do pequeno trocânter e um nível de 5 cm abaixo dele).

As opções terapêuticas no âmbito das FEPP, contemplam o tratamento cirúrgico e o tratamento conservador, sendo que é consensual entre a comunidade científica a abordagem cirúrgica como o «*standard of care*», com exceção dos casos em que a pessoa apresente comorbilidades que inviabilizem o ato cirúrgico (DGS, 2003).

O tratamento cirúrgico, com colocação de material de osteossíntese, garante maior estabilidade e um retorno funcional mais precoce, de forma que o idoso não fique sujeito a imobilidade por longos períodos, prevenindo o agravamento do seu estado de saúde, e instalação de declínio funcional mais severo (Rocha, Azer, & Nascimento, 2009).

No tratamento, segundo as recomendações da DGS 2003, o método de estabilização cirúrgica deverá permitir uma mobilização e carga precoces, com a utilização de técnicas pouco agressivas, mas com implantes que possibilitem uma estabilização mecânica imediata:

- ✚ Nas fraturas *subcapitais* pode optar-se por um tratamento conservador (com carga precoce, com o objetivo de promover a impactação e consolidação da fratura), ou a fixação mínima com parafusos canelados.
- ✚ Nas fraturas subcapitais descoaptadas e nas transcervicais deverá proceder-se à substituição artroplástica da cabeça do fémur, com artroplastias parciais ou totais da anca. Nas pessoas com idade avançada e/ou pouca mobilidade devem efetuar-se artroplastias parciais da anca (tipo prótese de Moore). Em situações de idade avançada e boa atividade física, sem sinais de artrose da anca, deve efetuar-se artroplastia parcial com cabeça fisiológica ou bipolar. Nos casos de esperança de vida alargada, e com um bom potencial funcional, deve optar-se pela artroplastia total da anca.
- ✚ Nas fraturas *basicervicais*, desde que seja possível a conservação da cabeça do fémur, deve-se optar-se por sistemas de osteossíntese com parafuso dinâmico de deslizamento e placa.

As fraturas subtrocantéricas, devido à região em que ocorrem e às inserções musculares existentes, sujeitam essa área a várias forças deformantes, sendo a deformidade mais comum a flexão (provocada pelo ileopsoas) a abdução (pelo glúteo médio) e a rotação externa (pelos rotadores externos). Por ação dos adutores, poderá ainda apresentar deformidade em varo (Sousa & Carvalho, 2016). As fraturas subtrocantéricas permitem a utilização de vários métodos de osteossíntese: encavilhamento endomedular com parafuso dinâmico; encavilhamento endomedular estático, se a fratura ocorrer já na zona diafisária; osteossíntese com placas, com ou sem parafuso dinâmico (DGS, 2003).

A reabilitação, enquanto especialidade, engloba um conjunto de saberes e procedimentos próprios, que possibilita ajudar a pessoa com doença aguda, crónica ou com as suas sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência. Assim, de acordo com as orientações da Ordem dos Enfermeiros (OE), tem como intuito melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e assim, preservar a autoestima (OE, 2010).

Segundo a DGS (2003) em *Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso- Recomendações para Intervenção Terapêutica*, reabilitar o doente idoso significa facilitar o desenvolvimento das suas potencialidades máximas, a nível físico, psicológico, familiar e social, em função das suas deficiências fisiológicas e anatómicas e limitações ambientais. Para que estes objetivos sejam atingidos, é necessária uma intervenção não só no próprio doente, mas também junto dos familiares ou dos prestadores de cuidados e a nível do meio ambiente envolvente. A abordagem do EEER deve, para além da prevenção das complicações da imobilização, passa pela avaliação funcional e determinação do potencial de reabilitação, reeducação funcional, avaliação sociofamiliar e dos recursos na comunidade, alta clínica e reinserção na comunidade prevenção de novas fraturas.

De acordo com Sousa & Carvalho (2016), as intervenções por parte do EEER devem iniciar-se no pré-operatório, com exercícios de mobilização ativa dos MS e do MI são e RFR, seguindo-se no pós-operatório com exercícios que melhorem a capacidade aeróbica e aumento da força muscular do quadríceps e treinos de mobilidade, transferências e marcha, sempre com atenção major ao controlo da dor, pois um programa de reabilitação e suporte social adequados, são determinantes para que a recuperação da funcionalidade da pessoa idosa com FEPE ocorra nos primeiros 6 a 8 meses pós-cirurgia (85% dos casos).

A responsabilização, envolvimento e capacitação dos utentes e famílias/cuidador, bem como, o incentivo na procura de comportamentos de saúde baseados em esquemas terapêuticos já definidos com o apoio dos profissionais de saúde, é fundamental atendendo à complexidade exigida pelos cuidados de saúde da sociedade atual (Petronilho, 2013). Segundo Silva, Nóbrega, Chaves, Nogueira e Arriaga (2017, p.86), “os enfermeiros pelo seu cariz de proximidade, têm um posicionamento estratégico para orientar e verificar regularmente a motivação e a operacionalização dos planos delineados com a pessoa”, e

que na maioria dos casos, promovem alteração no estilo de vida do utente proporcionando maior qualidade de vida.

O regresso a casa deste tipo de doentes, constitui um momento determinante na sua vida, no qual o enfermeiro de reabilitação é responsável pela promoção da autonomia face ao autocuidado e promoção das competências dos agentes informais de autocuidado terapêutico e do seu bem-estar, bem como, para as necessidades de cuidados na sociedade atual (Orem, 2011).

Tendo em conta que os objetivos gerais da reabilitação são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, promover a autoestima (Regulamento 125/2011), o enfermeiro de reabilitação em contexto comunitário encontra-se em posição privilegiada para ajudar as pessoas a maximizar a funcionalidade desenvolvendo as suas capacidades, na medida em que a visita domiciliária possibilita a avaliação do potencial de reabilitação da pessoa em associação com a situação económica, o apoio, a capacidade e empenho do cuidador e da família, bem como o meio envolvente e as condições habitacionais.

É fundamental que após o internamento hospitalar, exista um cenário de cuidados à pessoa idosa com défice de mobilidade por fratura do fémur e/ou submetido a cirurgia ortopédica, no seu contexto comunitário que lhe permita assegurar um processo de reabilitação devidamente estruturado. Isto implica a necessidade de um sistema de saúde organizado em prol das necessidades de saúde da pessoa idosa e da sua família, com capacidade de resposta para as múltiplas situações de doença e problemas e que assegure um continuum de cuidados organizados, integrados e articulados ente si. Neste processo de transição da pessoa para a comunidade, assumimos que o enfermeiro de reabilitação é um elemento estruturante na recuperação e integração dos cuidados de saúde. Consideramos igualmente que neste processo de continuidade de cuidados, as competências deste especialista são cruciais na gestão de cuidados ao idoso com esta problemática e no apoio aos cuidadores informais e a outros profissionais envolvidos nos cuidados ao idoso no seu contexto social.

## **2- COLHEITA DE DADOS/ANAMENÉSE**

(dados obtidos do processo da utente, da utente e do cuidador)

### **Dados Pessoais**

**Nome:** I.R.P.P.M.

**Data de nascimento:** 1944- 11 - 20 **Idade:** 75 anos

**Sexo:** Feminino **Etnia/raça:** Leucodérmica

**Profissão/situação laboral:** Reformada (trabalhava no Campo)

**Residência/morada:** Cheleiros

**Centro de saúde:** Unidade de Saúde Mafra Norte

**Agregado familiar:** Marido

**Pessoa significativa/cuidador:** Marido

### **História da Doença Progressa**

#### **Antecedentes pessoais:**

- Tuberculose Pulmonar na infância;
- Anemia Crónica;
- HTA;
- Síndrome vertiginoso;
- Hipoacúsia;
- Hipertensão craniana tem uma derivação ventriculo-peritonial há 24 anos;
- Hipertiroidismo;
- # Colo Fémur Dtº em 2015;
- Bronquite asmática;

- Pneumonias de repetição (última em Agosto de 2019).

**Terapêutica ambulatoria:**

- Apixabano 5mg PO 1xdia;
- Sulfato Ferroso 329,7mg PO 1xdia;
- Coveram 10/5 mg PO 1xdia;
- Perindopril/amlodipina 10+5 mg 1 comprimido/manhã;
- Propiltiouracilo 50 mg 1 comprimido/manhã;
- Paroxetina 20mg 1 comprimido/manhã;
- Beta-histina 24 mg 1 comprimido/manhã;
- Nebivolol 5mg 1 comprimido/manhã;
- Budesonida + Fumarato de Formoterol 160 mg + 4,5 mg 1 + 1 inalações;
- Brometo de Ipratrópio em SOS;
- Acetilcisteína em SOS.

**Vacinação:** Prevenir 13, e vacina da gripe anualmente.

**Hábitos de vida anteriores:** Dependente em grau reduzido a nível das AVD e AIVD.

**Hábitos de saúde anteriores:** Vigilância de saúde frequente. Sem hábitos aditivos conhecidos.

**História Social**

**Condições habitacionais:** Casa bi-familiar, reside no r/c com saneamento básico, eletricidade, 4 assoalhadas, sem aquecimento e com sinais de humidade e presença de fungos nas paredes, WC parcialmente adaptado (poliban com barra de apoio e banco).

**Envolvente social:** Cuidador principal é o marido que não apresenta qualquer tipo de limitação física ou cognitiva, reformado (trabalhava como camionista). No 1º andar reside

uma das 5 filhas, secretária numa empresa perto da localidade, com o marido e 3 netos menores, a qual lhe dá apoio diariamente. Igualmente, na moradia anterior, reside outra filha, professora universitária em Lisboa, com o marido, que também lhe presta cuidados frequentemente. Ambas as filhas adquirem a medicação, articulam com a equipa de enfermagem e médico de família e orientam as necessidades diárias de ambos, relativamente à alimentação e higiene.

**Qualidade de vida afetada e suas dimensões:** Atualmente com diversas dimensões de vida afetadas: física, psíquica, familiar, social e económica, pelo isolamento e dependência de terceiros.

### **História da Doença Atual**

Data de admissão: 02/10/2019

Motivo do internamento: Utente, que já deambulava com auxílio de uma bengala, ao caminhar no quintal para cuidar das flores, sofreu uma queda, tendo sido encaminhada para o SU do CHO.

Diagnóstico Clínico: Fratura Basicervical do Fémur Esquerdo.

Exames complementares de diagnóstico:

RX torax (14-09-2019)



Rx anca (14-09-2019)



Evolução clínica:

No dia 13 de Setembro de 2019, ao deambular no quintal, sofreu uma queda, dando entrada posteriormente no SU do HTV. Diagnosticada Fratura Basicervical do Fémur Esquerdo, ficou internada no serviço de Ortopedia. Foi colocada tração cutânea de 3kg no MIE.

No dia 18 de Setembro de 2019 foi submetida a Redução Incruenta + Encavilhamento Vittus proximal do fémur esquerdo. Pós-operatório sem intercorrências, fez protocolo antibioterapia (Cefazolina EV 3 tomas), anticoagulante Enoxaparina 40mg e reiniciou terapêutica do domicílio após as 24horas. Fez 1º levante para cadeirão sem complicações. Teve alta hospitalar a 23 Setembro de 2019.

Inicialmente, seguida pela unidade funcional a que pertence, UCSP (unidade de cuidados de saúde prioritários) Mafra Norte, sendo referenciada para a ECCI Mafra, por necessidade de programa de reabilitação.

Foi admitida na ECCI Mafra a 2 de Outubro de 2019, ficando ao cuidado do EEER (gestor de caso), com intervenção da Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional e Assistente Social.

Manteve seguimento a nível Hospitalar de consulta de Ortopedia e Pneumologia.

Expectativas do Utente/cuidador: Que o utente consiga retomar a sua independência nas AVD que possuía pré-fratura, com equilíbrio e força muscular recuperados.

## 2 – EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL

- **Estado geral:** Aspeto pouco cuidado, com aparência geral adequada à idade, pele e mucosas descoradas e ligeiramente desidratadas
- **Estado nutricional:** Ingere alimentos via oral sem qualquer dificuldade, com alimentação equilibrada e polifracionada (refeições preparadas pelo marido e pelas filhas).

Cabeça e pescoço	Membro superior Dto.	Membro inferior Dto.	Membro superior Esq.	Membro inferior Esq.
<b>Força muscular (Escala de Lower)</b>	Grau 4/5	Grau 4/5	Grau 4/5	Grau 1/5
<b>Tónus muscular (Escala modificada de Ashworth)</b>	Grau 0 em todos os segmentos articulares	Grau 0 em todos os segmentos articulares	Grau 0 em todos os segmentos articulares	Grau 1 em todos os segmentos articulares
<b>Amplitude articular</b>	Mantida	Mantida	Mantida	Diminuída
<b>Coordenação Motora</b>	Apresenta coordenação motora a nível de gestos icónicos, como pentear e escovar os dentes, ao realizar as provas índex-nariz e calcanhar- joelho), apresenta discreta dismetria á esquerda.			
<b>Equilíbrio</b>	Apresenta equilíbrio sentado estático com défice no equilíbrio sentado dinâmico. Sem equilíbrio ortostático.			

<b>Escalas de Avaliação das Atividades de Vida Diária: INDICE DE BARTHEL</b>	
Higiene pessoal	<b>5</b> = Dependente
Evacuar	<b>10</b> = Contigente
Urinar	<b>10</b> = Contigente
Ir à casa de banho	<b>0</b> = Dependente
Alimentar-se	<b>5</b> = Dependente
Transferências	<b>0</b> = Dependente
Mobilidade	<b>0</b> = Dependente
Vestir-se	<b>0</b> = Dependente
Escadas	<b>0</b> = Dependente
Banho	<b>0</b> = Dependente
Total =30 (dependência Severa)	

• Segundo a ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCE) apresenta score 15 (ANEXO A), Vigil, colaborante, orientada na pessoa, mas desorientada no tempo e espaço, discurso fluente;

• Estado de orientação: as capacidades cognitivas apresentam algumas alterações, sendo elas:

- Desorientação no Tempo e Espaço, orientada em relação a Si;
- Analogias (relação de semelhança estabelecida entre duas ou mais entidades distintas);
- Pensamento abstracto (processo de pensamento em que as ideias são distanciadas dos objectos);
- Asseio e cuidado com aparência: pessoa cuidada, com boa aparência física; Estado emocional: ansiosa;
- Linguagem corporal: expressiva;
  - Atenção: Atenção: capacidade para manter o foco, vígil, capaz de manter a atenção e concentração em todas as tarefas de vida diária;
  - Memória: Memória: sem alterações da memória imediata, mas com alterações da memória recente e remota;
  - Capacidades práxicas e linguagem:
- Sem capacidade para cálculos aritméticos;

- Capacidade de escrita;
- Capacidade motora (praxis);
- Reconhecimento de objetos (gnosia);
- Juízo crítico diminuído;
- Percepção diminuída;
- Linguagem: Apresenta discurso fluente, espontâneo, voz firme e clara.

- Segundo o Índice de BARTHEL (ANEXO B) encontrava-se no momento de admissão acamada e dependente em grau elevado de terceiros para todas as AVD score 30 (30/100 pontos), no momento da avaliação pré-alta da ECCI, grau de dependência moderado, score 70 (70/100 pontos);

- Segundo a Medida de Independência Funcional (MIF) (ANEXO C) necessita de ajuda total (indivíduo <25%) nas AVD no momento da admissão, apresentando melhorias, em que no momento da avaliação pré-alta da ECCI, necessita de ajuda moderada (indivíduo 50%);

- Segundo a ESCALA VISUAL ANALÓGICA (ANEXO D) da dor, no momento de admissão apresenta dor score 4, exceto quando são realizadas mobilizações, apresentando dor score 8, a qual apresentou melhorias, à data da avaliação pré-alta da ECCI apresenta dor score 0, na marcha e mobilizações ativas dor score 2;

- Tensão Arterial: 128/73mmHg;

- Frequência Cardíaca: 70 batimentos por minuto;

- Temperatura Timpânica 36.2°C;

- Pele e mucosas pálidas e desidratadas, com prega cutânea;

- Eupneica em repouso (97% em ar ambiente), respiração de média amplitude e predominantemente toracoabdominal; simetria entre os movimentos dos lados direito e esquerdo do tórax e abdómen; Tosse eficaz, expectoração em quantidade reduzida; Dispneia a pequenos esforços;

- À auscultação Pulmonar: murmúrio vesicular mantido bilateralmente, com discretos roncos nas vias aéreas superiores;

- À auscultação Cardíaca: sons cardíacos rítmicos, sem sopros;

- Abdómen: ruídos hidroaéreos presentes. Mole, depressível, indolor à palpação. Murphy renal ausente;

- Eletrocardiograma: ritmo sinusal. Sem outras alterações;

- Radiografia de tórax: com discreta hipo transparência heterogênea bilateral nas bases;

- Segundo a avaliação da Escala de BERG (ANEXO E) na admissão, apresenta equilíbrio corporal sentado e estático, mas não dinâmico, sem equilíbrio ortostático. No momento de avaliação pré-alta apresenta equilíbrio sentado e em ortostatismo, estáticos e dinâmicos;

- Na avaliação da escala da Força muscular Medical Research Council (MRC) (ANEXO F) apresenta no momento de admissão ligeira diminuição da força nos membros superiores – direito score 4/5, esquerdo score 4/5 e nos membros inferiores – direito score 4/5 e esquerdo score 1/5. No momento da avaliação pré-alta da ECCI, apresenta força nos membros superiores – direito score 5/5, esquerdo score 5/5 e nos membros inferiores – direito score 5/5 e esquerdo score 4/5;

- Na avaliação da escala de ASHWORTH (ANEXO G) apresenta na admissão tônus normal score 0 dos segmentos articulares dos membros superiores e do membro inferior são (0/4) e do membro inferior operado score 1 (1/4), o que significa que o utente apresenta “um leve aumento do tônus muscular com mínima resistência no fim do movimento”. No momento da avaliação pré-alta da ECCI, apresenta score 0, tônus normal, em todos os membros;

- Na avaliação da escala de MORSE (ANEXO H), à data de admissão a utente apresenta um risco elevado de quedas score 60 (>50). Posteriormente, apresenta um baixo risco de quedas score 30;

- Na avaliação da escala de BRADEN (ANEXO I) apresenta um risco elevado score 14 (14/24) na admissão, para desenvolver úlceras de pressão (UP) e no momento da pré-alta um risco baixo score 20 (20/24).

- Na avaliação da escala de BORG modificada (ANEXO J), no momento de admissão apresenta score 4 e no momento de pré-alta da ECCI um score de 1.

### **3 - PROGRAMA DE REABILITAÇÃO / PLANO DE INTERVENÇÃO**

A mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER) propôs a elaboração de um documento norteador das práticas de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (CEER). Recai sobre os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação a responsabilidade pela produção e gestão da informação, além de influenciarem direta ou indiretamente a qualidade e os resultados dos Cuidados (CEER). Assim, o documento orientador, além de ser um referencial nos cuidados especializados com a pessoa doente e com o prestador de cuidados (caregiver, familiar ou outro), permite uma melhor caracterização da condição de saúde da pessoa, nas transições saúde-doença, decorrentes da dependência para autonomia, ao longo do seu ciclo de vida.

Em suma, o documento orientador das práticas de CEER tem como objetivos: Documentar os CEER; Identificar o contributo dos CEER nos ganhos em saúde e Monitorizar a qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

Assim o padrão documental CIPE está sustentado nos padrões de qualidade dos CEER, nas Competências Específicas do EEER e segue o referencial emitido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), relativo à classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e aos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) (OE, 2015)

A linguagem CIPE pretende uniformizar a linguagem técnica entre todos os profissionais de uma determinada área de conhecimento. Permite identificar as necessidades de saúde dos utentes na forma de focos de atenção, estruturando os diagnósticos de enfermagem, implementação das intervenções de enfermagem, a cadência em que são realizadas e fornece indicadores que permitem avaliar os resultados dessas mesmas intervenções. Além de introduzir uma nova filosofia relativamente aos cuidados de enfermagem, capacita o profissional a refletir de forma estruturada e organizada para melhor intervir na prática.

De forma a planear realizar registos sistemáticos e diferenciados de enfermagem de reabilitação surgiu então a necessidade de criar planos de reabilitação padrão, integrando a linguagem CIPE para cada foco de atenção alterado. Planos estes que, servem de guia condutor ao EEER no desempenho diário das intervenções implementadas. Estes planos e as suas intervenções estão registados no aplicativo informático Sclínico, o que permite realizar os registos no processo clínico eletrónico e onde são evidenciadas as intervenções

implementadas, a utilização de escalas de avaliação da função e da condição física ou cognitiva do utente. Estes registos permitem gerar a informação que possa ser utilizada como padrão de qualidade, e que de certa forma monitorizam toda a nossa prática.

A realização deste plano de cuidados tem como principal objetivo a operacionalização de planos de Enfermagem de reabilitação, com base nos focos de atenção com interesse; sugerir intervenções a desenvolver para atuar ao nível das alterações identificadas em cada foco e avaliar a sua eficácia através de escalas, para alcançar resultados em saúde.

Assim sendo, foram levantados os seguintes focos de atenção:

- ❖ Dispneia relacionada com anemia e cansaço fácil a esforços;
- ❖ Dor relacionada com a cirurgia à fratura da extremidade proximal do fémur esquerdo;
- ❖ Auto Cuidado: Higiene comprometido;
- ❖ Auto Cuidado: Vestuário comprometido;
- ❖ Auto Cuidado: Uso do Sanitário comprometido;
- ❖ Auto Cuidado: Atividade Física - Posicionar-se comprometido;
- ❖ Auto Cuidado: Atividade Física – Transferir-se comprometido relacionado com a cirurgia ortopédica;
- ❖ Auto Cuidado: Atividade Física – Andar com auxiliar de marcha comprometido relacionado com a dor pós-cirurgia e impossibilidade de realizar carga total sobre o membro operado;
- ❖ Gestão do Regime Terapêutico comprometida pelo aumento do grau de dependência e diminuição da mobilidade;
- ❖ Movimento Muscular comprometido relacionado com a imobilidade do membro operado e dor causada pelas mobilizações;
- ❖ Equilíbrio Corporal comprometido;
- ❖ Ferida cirúrgica na face externa da coxa esquerda;
- ❖ Risco de quedas, relacionado com a dor, insegurança e medo e diminuição da força muscular e equilíbrio;
- ❖ Risco de Úlcera por Pressão (UPP) por incapacidade de auto-posicionamento;
- ❖ Papel de Prestador de Cuidados na adaptação ao domicílio.

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Dispneia relacionada com anemia e cansaço fácil a esforços	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que o Utente ventile de forma eficaz;</li> <li>• Que o Cuidador tenha conhecimento sobre técnicas de melhoria da ventilação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar respiração através da observação da expansão da caixa torácica;</li> <li>• Monitorizar ventilação através da auscultação pulmonar, recorrendo ao estetoscópio, à monitorização da saturação periférica de oxigénio e aos exames complementares de diagnóstico;</li> <li>• Executar técnica de posicionamento – relaxamento, em decúbito dorsal e semi-fowler;</li> <li>• Executar técnicas respiratórias – exercícios de expansão torácica;</li> <li>• Instruir e treinar o prestador de cuidados para assistir na ventilação;</li> <li>• Executar técnicas respiratórias - reeducação costal global, seletiva, diafragmática global, diafragmática seletiva;</li> <li>• Instruir sobre técnicas respiratórias- controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração;</li> <li>• Treinar técnicas respiratórias - controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração;</li> <li>• Instruir e treinar técnicas respiratórias - Ciclo ativo das técnicas respiratórias;</li> <li>• Otimizar ingestão de líquidos;</li> <li>• Assistir técnicas respiratórias – exercícios de expansão torácica;</li> <li>• Instruir sobre técnicas de posicionamento – terapêutica de posição e correção postural;</li> <li>• Elogiar aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados e do utente.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Data: de 2 Outubro de 2019 a 6 Janeiro 2020</b></p> <p>À data de admissão, apresentava Escala de Borg modificada score 4, mantendo-se até realizar IUCE. Após a cirurgia, a dispneia ficou mais controlada, apresentando no momento da alta clínica Escala de Borg modificada score 1.</p> <p>À avaliação física presencia-se um padrão respiratório superficial, recorrendo aos músculos acessórios (diafragma);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À Auscultação murmúrio vesicular mantido bilateralmente, com discretos roncos nas vias aéreas superiores;</li> <li>• As saturações periféricas oscilam entre os 95 e os 97%;</li> <li>• O Prestador de cuidados não tem conhecimentos para assistir em momentos de dispneia;</li> </ul> <p>O utente numa fase inicial não é capaz de ter controlo respiratório, com consciencialização dos tempos respiratórios, feitos ensinamentos ao mesmo ao longo do internamento e ao prestador de cuidados, à data da alta clínica, ambos melhoraram seus conhecimentos;</p> <p>O prestador de cuidados está sensibilizado para a necessidade e importância da ingestão de líquidos. O utente Inger líquidos sem dificuldade;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os exercícios de expansão torácica são realizados com apoio de um cabo de vassoura existente no domicílio, que o utente segura com as suas mãos e posteriormente colaboramos de forma ativa assistida;</li> </ul>

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Dor relacionada com a cirurgia à fratura da extremidade proximal do fémur esquerdo	<p>Que a utente fique sem dor;</p> <p>Que o prestador de cuidados adquira conhecimento para prevenção e controlo da dor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar a dor;</li> <li>• Vigiar a dor;</li> <li>• Assistir a identificar estratégias de alívio da dor;</li> <li>• Assistir a utente a controlar a dor através do posicionamento;</li> <li>• Executar técnica de posicionamento – relaxamento;</li> <li>• Instruir sobre técnicas respiratórias- controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração;</li> <li>• Treinar técnicas respiratórias - controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração;</li> <li>• Administrar analgesia prescrita;</li> <li>• Ensinar o prestador de cuidados sobre estratégias de controlo da dor (farmacologia prescrita e técnicas de conforto).</li> </ul>	<p><b>Data: Data: de 2 Outubro de 2019 a 6 Janeiro 2020</b></p> <p>Utente nesse período de avaliação iniciou com Dor ESCALA VISUAL ANALÓGICA score 4, mas nas mobilizações a dor era score 8.</p> <p>Realizada Gestão do Regime Terapêutico.</p> <p>Realizados ensinamentos e treino das técnicas de posicionamento para relaxamento, com eficácia, bem como das técnicas respiratórias- controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração.</p> <p>Realizados ensinamentos e instruído prestador de cuidados a gerir medicação analgésica prescrita, bem como técnicas de conforto.</p> <p>À data de pré-alta ECCI, a utente apresentava score 0 e nas mobilizações ativas e marcha dor score 2.</p>

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Avaliação</b>
Auto Cuidado: Higiene comprometido	Que a utente recupere a autonomia do Auto Cuidado: Higiene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o autocuidado higiene;</li> <li>• Incentivar o autocuidado higiene;</li> <li>• Ensinar sobre o autocuidado higiene;</li> <li>• Instruir sobre o autocuidado higiene;</li> <li>• Sensibilizar e capacitar o prestador de cuidados para a reconstrução da autonomia do autocuidado higiene.</li> </ul>	<p><b>Data: de 2 Outubro de 2019 a 6 Janeiro 2020</b></p> <p>Utente no dia da admissão apresentava dependência elevada no autocuidado higiene, Índice de BARTHEL score 30/100, Posteriormente, e após os ensinamentos e treinos do autocuidado higiene, passou o seu grau de dependência para moderado, índice de BARTHEL score 70/100.</p> <p>O prestador de cuidados adquiriu conhecimentos ao longo da intervenção da ECCI sobre o autocuidado higiene.</p>

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Avaliação</b>
Auto Cuidado: Vestuário comprometido	Que a utente recupere a autonomia do Auto Cuidado: Vestuário	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o autocuidado vestuário;</li> <li>• Incentivar o autocuidado vestuário;</li> <li>• Ensinar sobre o autocuidado vestuário (ensinar cuidados a ter com os MI's no vestir e despir);</li> <li>• Instruir sobre o autocuidado vestuário (treinar a vestir as cuecas e calças, começando pela perna operada e posteriormente pela perna sã e no despir, começando pela perna sã e por último a perna operada);</li> <li>• Vestir a utente;</li> <li>• Sensibilizar e capacitar o prestador de cuidados para a reconstrução da autonomia do autocuidado vestuário.</li> </ul>	<p><b>Data: de 2 Outubro de 2019 a 6 Janeiro 2020</b></p> <p>Utente no dia da admissão apresentava dependência elevada no autocuidado higiene, Índice de BARTHEL score 30/100, Posteriormente, e após os ensinamentos e treinos do autocuidado vestuário, passou o seu grau de dependência para moderado, índice de BARTHEL score 70/100.</p> <p>O prestador de cuidados adquiriu conhecimentos ao longo da intervenção da ECCI sobre o autocuidado vestuário.</p>

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Avaliação</b>
Auto Cuidado: Uso do sanitário comprometido	Que a utente recupere a autonomia do Auto Cuidado: Uso do Sanitário	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o autocuidado uso sanitário;</li> <li>• Incentivar o autocuidado uso sanitário;</li> <li>• Ensinar sobre o autocuidado uso do sanitário;</li> <li>• Instruir sobre o autocuidado uso do sanitário;</li> <li>• Identificar a necessidade de equipamento adaptativo para o autocuidado uso sanitário (arrastadeira, cadeira sanitária, alteador de sanita);</li> <li>• Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado uso sanitário;</li> <li>• Assistir no autocuidado uso sanitário;</li> <li>• Otimizar fralda;</li> <li>• Trocar fralda;</li> <li>• Vigiar urina;</li> <li>• Incentivar a ingestão de líquidos;</li> <li>• Sensibilizar e capacitar o prestador de cuidados para a reconstrução da autonomia do autocuidado uso sanitário.</li> </ul>	<p><b>Data: de 2 Outubro de 2019 a 6 Janeiro 2020</b></p> <p>Utente no dia da admissão apresentava dependência elevada no autocuidado uso sanitário, Índice de BARTHEL score 30/100. Inicialmente usava fralda, utente e cuidador referiam muita dificuldade em deslocar-se ao wc, não só devido ao compromisso da mobilidade, mas também devido às infraestruturas do domicílio serem estreitas.</p> <p>Posteriormente, até à data da pré-alta da ECCI, após ensinamentos e treinos do autocuidado uso sanitário, bem como adaptação e estratégias com equipamento, melhorou a sua dependência para grau moderado, score 70/100.</p> <p>O prestador de cuidados adquiriu conhecimentos ao longo do internamento sobre o autocuidado uso sanitário.</p>

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Avaliação</b>
Auto Cuidado: Atividade Física – Posicionar-se	Que a utente recupere a capacidade para auto-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o autocuidado Atividade Física – Posicionar-se;</li> </ul>	<p><b>Data: de 2 Outubro de 2019 a 6 Janeiro 2020</b></p> <p>Utente no dia da admissão apresentava dependência elevada no</p>

comprometido	posicionar-se	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar o autocuidado Atividade Física – Posicionar-se;</li> <li>• Ensinar sobre o autocuidado Atividade Física – Posicionar-se (decúbitos possíveis, acessórios de conforto e proteção, como almofadas e rolos);</li> <li>• Instruir sobre o autocuidado Atividade Física – Posicionar-se (técnica do decúbito lateral sob o membro não operado, com a almofada entre os membros inferiores, decúbito dorsal com ligeira flexão dos membros inferiores);</li> <li>• Assistir no posicionar-se;</li> <li>• Sensibilizar e capacitar o prestador de cuidados para a reconstrução da autonomia do autocuidado Atividade Física – Posicionar-se.</li> </ul>	<p>autocuidado Atividade Física – Posicionar-se, Índice de BARTHEL score 30/100, muito renitente face à dor sentida, contrariando por vezes os movimentos executados.</p> <p>Posteriormente, mostrou-se recetiva aos ensinamentos e treinos do autocuidado Atividade Física – Posicionar-se, passando o seu grau de dependência para moderado, Índice de BARTHEL score 70/100.</p> <p>O prestador de cuidados adquiriu conhecimentos ao longo do internamento sobre o autocuidado Atividade Física – Posicionar-se.</p>
--------------	---------------	--	---

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
---------------------------	----------	----------------------------	-----------

<p>Auto Cuidado: Atividade Física – Transferir-se comprometido relacionado com a cirurgia ortopédica</p>	<p>Que a utente recupere a capacidade para auto-transferir-se</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o autocuidado Atividade Física – Transferir-se;</li> <li>• Incentivar o autocuidado Atividade Física – Transferir-se;</li> <li>• Ensinar sobre o autocuidado Atividade Física – Transferir-se (posição na cama, lado de saída e entrada na cama, sentar no sofá);</li> <li>• Instruir sobre o autocuidado Atividade Física – Transferir-se (utente em decúbito dorsal, mais à beira da cama do lado operado com ligeira abdução coxofemoral, sentar utente à beira da cama, colocando os dois pés no chão, com flexão do joelho e anca a 90° e não ultrapassar esse ângulo, levantar com inclinação do tronco para a frente, com impulso sobre o membro sã, inicialmente com carga parcial sobre o membro operado e depois com carga consoante tolerância);</li> <li>• Assistir no Transferir-se;</li> <li>• Validar conhecimentos e realizar reforço positivo.</li> <li>• Sensibilizar e capacitar o prestador de cuidados para a reconstrução da autonomia do autocuidado Atividade Física – Transferir-se.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Data: de 2 Outubro de 2019 a 6 Janeiro 2020</b></p> <p>Utente no dia da admissão apresentava dependência elevada no autocuidado Atividade Física – Transferir-se, Índice de BARTHEL score 30/100, queixosa nas transferências (ESCALA VISUAL ANALÓGICA da DOR score 8). Após ensinamentos e treino de técnicas de transferências, cumprindo a indicação médica da carga do membro operado, passando o seu grau de dependência para moderado, Índice de BARTHEL score 70/100, com dor controlada (ESCALA VISUAL ANALÓGICA da DOR score 2). O prestador de cuidados adquiriu conhecimentos ao longo do internamento sobre o autocuidado Atividade Física – Transferir-se.</p>
--	---	---	---

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Auto Cuidado: Atividade Física – Andar com auxiliar	Controlar a dor; Promover a marcha.	Monitorizar a dor, através da ESCALA VISUAL ANALÓGICA	<p style="text-align: center;"><b>Data: de 2 Outubro de 2019 a 6 Janeiro 2020</b></p> <p>Utente inicialmente muito queixosa, ESCALA VISUAL</p>

de marcha comprometido relacionado com a dor pós-cirurgia		<p>da DOR;</p> <p>Promover a administração da terapêutica para o controlo da dor;</p> <p>Realizar uma avaliação abrangente da dor (duração, local, gravidade, frequência);</p> <p>Oferecer medidas de conforto (mudança de posição; uso de calor/frio);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar analgésicos conforme prescrição médica, avaliar a resposta da medicação ao alívio;</li> <li>• Avaliar o andar com auxiliar de marcha (andarilho);</li> <li>• Instruir no andar com auxiliar de marcha (andarilho) – após estar em pé, utente desloca andarilho para a frente, dá um passo com o membro operado e sem efetuar carga, segue o passo com o membro são, sem ultrapassar a base do auxiliar de marcha;</li> <li>• Adequar a altura do andarilho;</li> <li>• Calçar chinelos/sapatos fechados e com sola de borracha;</li> <li>• Treinar no andar com auxiliar de marcha (andarilho);</li> <li>• Assistir no andar com auxiliar de marcha (andarilho);</li> <li>• Incentivar no andar com auxiliar de marcha (andarilho);</li> <li>• Validar conhecimentos e realizar reforço positivo;</li> <li>• Sensibilizar e capacitar o prestador de cuidados para a reconstrução da autonomia do autocuidado Atividade Física – Andar com auxiliar de marcha.</li> </ul>	<p>ANALÓGICA da DOR score 8 às mobilizações e transferências.</p> <p>Administrada analgesia prescrita de forma antecipada às mobilizações, transferências e treino de marcha com andarilho, com efeito. Colaborante, mas com muita dificuldade em gerir os movimentos devido à impossibilidade de realizar carga total no membro operado, limitando o treino de marcha no interior do domicílio.</p> <p>Utente com evolução, com melhoria da dor (ESCALA VISUAL ANALÓGICA da DOR score 2 nas mobilizações, transferências e treino de marcha), deambulando com auxílio de andarilho no momento da pré-alta da ECCI, necessitando apenas de supervisão.</p> <p>O prestador de cuidados adquiriu conhecimentos ao longo da intervenção da ECCI sobre o autocuidado Atividade Física – Andar com auxiliar de marcha (andarilho), sendo encaminhada para uma clínica de fisioterapia convencionada do Concelho.</p>
---	--	--	---

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Avaliação</b>
Movimento Muscular comprometido relacionado com a imobilidade do	Que a utente recupere o movimento muscular do membro operado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o movimento articular, segundo Escala ASHWORTH;</li> <li>• Avaliar a força muscular através da escala Medical Research</li> </ul>	<p><b>Data: de 2 Outubro de 2019 a 6 Janeiro 2020</b></p> <p>O movimento articular foi testado com base na escala de ASWORTH, respeitando a tolerância do utente e com precauções,</p>

<p>membro operado pré-cirurgia e dor causada pelas mobilizações</p>		<p>Council (MRC);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Executar mobilizações musculoesqueléticas passivas (dorso-flexão tibio-tarsica, abdução-adução não ultrapassando a linha média do corpo, flexão-extensão);</li> <li>• Executar mobilizações musculoesqueléticas ativas assistidas (dorso-flexão tibio-tarsica, abdução-adução não ultrapassando a linha média do corpo, flexão-extensão) e com resistência;</li> <li>• Incentivar exercícios musculares (contrações isométricas dos glúteos e quadríceps);</li> <li>• São realizados exercícios passivos e ativos assistidos dos membros superiores e inferiores 1x por dia, pelo menos;</li> <li>• Avaliar, instruir e treinar a capacidade do prestador de cuidados para promover o movimento muscular da utente.</li> </ul>	<p>nomeadamente não efetuar flexão acima dos 90°, rotação externa ou adução (para além da linha média) e, sobretudo, não efetuar estes movimentos em combinação e a hiperextensão da anca. Realizados testes de avaliação segundo a escala de ASWORTH, a qual determina a avaliação 1 (na escala 0 – 4), o que significa que o utente apresenta “um leve aumento do tônus muscular com mínima resistência no fim do movimento” no membro operado. Restantes membros com tônus normal, score 0.</p> <p>Apresenta força muscular com base na escala MRC de grau 4 (0-5) a nível dos membros superiores e membro inferior direito e grau 1 (0-5) do membro inferior esquerdo (operado).</p> <p>Utente mostra-se participativa e colaborante dentro das suas capacidades nas mobilizações musculoesqueléticas ativas-assistidas e nas contrações isométricas dos glúteos e quadríceps.</p> <p>Utente mostrou evolução relativamente à diminuição do compromisso do movimento muscular. À data da pré-alta da ECCI, segundo a escala de ASWORTH, determina a avaliação 0 (na escala 0 – 4), o que significa que o utente apresenta “tônus muscular normal” no membro operado, bem como nos restantes membros. Apresenta força muscular com base na escala MRC de grau 5 (0-5) a nível dos membros superiores e membro inferior direito e grau 4 (0-5) do membro inferior esquerdo (operado). Neste estadio, foram incorporados exercícios musculoesqueléticos com resistência.</p> <p>O prestador de cuidados adquiriu conhecimentos e utiliza a técnica na realização de exercícios ativos assistidos e passivos dos segmentos articulares e contrações isométricas.</p>
---	--	---	--

Diagnóstico de	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
----------------	----------	----------------------------	-----------

Enfermagem			
Equilíbrio corporal comprometido	Promover o equilíbrio corporal; Que a utente recupere o equilíbrio corporal.	<p>Avaliar o equilíbrio corporal: o equilíbrio dinâmico sentado, o equilíbrio estático sentado, o equilíbrio dinâmico em pé, o equilíbrio estático em pé, adota posições viciosas, apresenta deformidades da coluna, suporta o próprio peso em diferentes posições – escala de Berg ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistir a pessoa a promover o equilíbrio através da técnica de posicionamento;</li> <li>• Sensibilizar e capacitar o prestador de cuidados para a promoção e recuperação do equilíbrio da utente.</li> </ul>	<p><b>Data: de 2 Outubro de 2019 a 6 Janeiro 2020</b></p> <p>Realizada a avaliação do equilíbrio segundo a escala de BERG, consegue ter equilíbrio sentada, estático, mas não dinâmico e sem equilíbrio em ortostatismo.</p> <p>Utente com evolução, segundo a escala de BERG consegue ter equilíbrio sentada, estático e dinâmico, e equilíbrio em pé, estático e dinâmico.</p> <p>Prestador de cuidados adquiriu conhecimentos para a promoção e recuperação do equilíbrio da utente.</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Ferida cirúrgica na face externa da coxa esquerda	Promover a cicatrização da ferida cirúrgica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a ferida cirúrgica (odor, calor, rubor, edema, serosidade e hematoma);</li> <li>• Executar tratamento à ferida cirúrgica (com técnica asséptica, feita limpeza com soro fisiológico e colocado penso impermeável);</li> <li>• Reforçar o penso da ferida em SOS;</li> <li>• Aplicar gelo.</li> </ul>	<p><b>Data: de 2 Outubro de 2019 a 6 Janeiro 2020</b></p> <p>Ferida cirúrgica de agrafos, sem odor, calor, serosidade ou hematoma, apresentando ligeiro rubor no terço superior e edema em toda a sua extensão.</p> <p>Colocado gelo.</p> <p>Retirados agrafos a 3 de Outubro, sem desunião de bordos nem deiscência.</p> <p>No momento pré-alta da ECCI ferida cirúrgica cicatrizada.</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Risco de quedas,	Promover o equilíbrio corporal,		<b>Data: de 2 Outubro de 2019 a 6 Janeiro 2020</b>

<p>relacionado com a dor, insegurança e medo e diminuição da força muscular e equilíbrio</p>	<p>força muscular e tónus muscular para uma marcha adequada, de forma a prevenir possíveis quedas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a força muscular através da escala Medical Research Council (MRC);</li> <li>• Avaliar risco de Quedas através da escala de Morse;</li> <li>• Estimular a força muscular dos membros superiores e inferiores, através de exercícios isotónicos dos membros superiores e inferiores e isométricos dos membros inferiores;</li> <li>• Controlo da dor;</li> <li>• Encorajar e elogiar os ganhos e estimular / trabalhar a autonomia e autoconfiança;</li> <li>• Sensibilizar o cuidador para fatores causadores de possíveis quedas (barreiras arquitetónicas no domicílio, interior e exterior) e eventuais estratégias para minimizar o risco.</li> </ul>	<p>Apresenta força muscular com base na escala MRC de grau 4 (0-5) a nível dos membros superiores e membro inferior direito e grau 1 (0-5) do membro inferior esquerdo (operado).</p> <p>Utente mostra-se participativa e colaborante dentro das suas capacidades nas mobilizações musculoesqueléticas ativas-assistidas.</p> <p>Apresenta elevado risco de quedas da escala de Morse score 60.</p> <p>Administrada analgesia prescrita.</p> <p>Após estimular a força muscular dos membros superiores e inferiores, através de exercícios isotónicos dos membros superiores e inferiores e isométricos dos membros inferiores e controlo e adaptação do ambiente visivo e barreiras arquitetónicas, a utente apresenta força muscular com base na escala MRC de grau 5 (0-5) a nível dos membros superiores e membro inferior direito e grau 4 (0-5) do membro inferior esquerdo (operado).</p> <p>Apresenta risco de queda na escala de Morse, score 30, baixo..</p> <p>O prestador de cuidados tomou consciência e conhecimentos sobre as barreiras arquitetónicas no domicílio, promotoras de quedas, como escadas, tapetes, móveis). Instruído sobre técnicas de transferência (cama-sofá/sofá-cama; entrada e saída do carro e marcha com andarilho).</p>
--	--	---	---

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
---------------------------	----------	----------------------------	-----------

<p>Risco de Úlcera por Pressão (UPP) por incapacidade de auto-posicionamento</p>	<p>Capacitar o Utente a se automobilizar no leito e a realizar levantamentos diários e deambular;</p> <p>Avaliar, Instruir e Treinar o Cuidador a adotar estratégias para prevenir o desenvolvimento de úlcera de pressão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar posicionamentos frequentes, com alívio das zonas de pressão, para prevenção de úlcera de pressão;</li> <li>• Avaliar tecido cutâneo e mucosas;</li> <li>• Avaliar o risco de UPP através da escala de Braden;</li> <li>• Massajar e hidratar as proeminências ósseas;</li> <li>• Instruir e treinar técnicas de exercício muscular e articular ativo assistido.</li> <li>• Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre: os posicionamentos frequentes em alternância de decúbitos, para prevenção de úlcera de pressão; o tecido cutâneo e mucosas; a capacidade de executar técnica de massagem; a capacidade de executar técnica de exercício muscular e articular ativo assistido e passivo.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Data: de 2 Outubro de 2019 a 6 Janeiro 2020</b></p> <p>Utente apresenta pele íntegra, mas pálida, mucosas descoloradas. Apresenta alto risco de UPP na escala de Braden score 14 (10/24). Realizados ensinamentos sobre alternância de decúbitos, massagem das proeminências ósseas, levantamentos e estratégias para sentar no sofá. Executadas diariamente mobilizações musculoesqueléticas ativas-assistidas dos membros superiores e inferiores. Realizados ensinamentos ao cuidador sobre os cuidados com a pele, reforço hídrico, alternância de decúbitos na cama, importância de levantamentos diários e transferências para cadeira ou sofá e sobre as mobilizações musculoesqueléticas ativas-passivas dos quatro membros.</p> <p>Utente apresenta score 20 (15/24) na escala de Braden, baixo risco.</p>
--	--	--	---

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Avaliação</b>
<p>Papel de Prestador de Cuidados face ao regresso para o domicílio – transição de cuidados</p>	<p>Que o Prestador de Cuidados adquira conhecimentos e estratégias adaptativas para a continuidade segura e eficaz dos cuidados à utente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planear a vinda do prestador de cuidados ao serviço para participar nos cuidados e ensinamentos;</li> <li>• Ensinar, instruir e treinar o utente/prestador de cuidados relativamente aos autocuidados;</li> <li>• Ensinar o prestador de cuidados sobre a prevenção e controlo da dor, das UPP e quedas;</li> <li>• Ensinar, instruir e treinar o prestador de cuidados sobre o equilíbrio corporal e movimento musculoesquelético (mobilizações ativas-assistidas e contrações isométricas glúteas e quadriláteras);</li> <li>• Ensinar o prestador de cuidados sobre a gestão do regime</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Data: de 2 Outubro de 2019 a 6 Janeiro 2020</b></p> <p>Prestador de cuidados presente ao longo da intervenção da ECCI à utente (marido), mostrou-se participativo e interessado nos ensinamentos, instruções e treinamentos prestados, adquirindo conhecimento dos mesmos.</p> <p>Validados no momento da alta da ECCI.</p>

		<p>medicamentoso;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ensinar o prestador de cuidados sobre a alimentação;</li><li>• Ensinar o prestador de cuidados no controlo do meio ambiente e barreiras arquitetónicas;</li><li>• Avaliar o grau de capacidade do prestador de cuidados em agilizar os recursos na comunidade e instruí-lo;</li><li>• Facilitar apoio por parte da Assistente Social;</li><li>• Reencaminhá-lo para a unidade funcional do Centro de Saúde a que pertence.</li></ul>	
--	--	--	--

#### 4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cabral, Manuel Villaverde; Ferreira, Pedro Moura; Silva, Pedro Alcântara; Jeronimo, Paula; Marques, Tatiana – *Processos de envelhecimento em Portugal- Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*,2013,editora Fundação Francisco Manuel dos Santos, Lisboa, ISBN 978-989-8662-00-2

Carvalho, A. C., Silva, C., Rodrigues, M. & Grilo, V. (2016). Terapêutica de posição no idoso. In M. J. Lourenço, Ó. Ferreira & C. L. Baixinho (Eds.), *Terapêutica de posição: Contributo para um cuidado de saúde seguro* (pp. 221-236). Loures: Lusodidacta;

Cordeiro, M. & Menoita, F. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência;

Direção Geral de Saúde, 2003. *Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso, Recomendações para Intervenção Terapêutica*. Lisboa.

Direção Geral de Saúde, 2012. Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto: COM MAIS CUIDADO - Prevenção de acidentes domésticos com pessoas Idosas. Manual de Apoio e Formulário. Lisboa.

Governo de Portugal - *Ano europeu do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações. Programa de ação 2012*; Janeiro de 2012 <http://www.eurocid.pt>

Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4ª ed. Loures: Lusodidacta;

Kisner, C. & Colby, L. A. (2016). *Exercícios terapêuticos: Fundamentos e técnicas*. 6ª ed. São Paulo: Manole;

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidadores especializados em enfermagem de reabilitação, 1–16. Obtido de <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceereabilitacao.pdf>

Ordem dos enfermeiros (2015). Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PQCER). Lisboa. Retrieved from: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER Assembleia a/Core Indicadores por Categoria de Enunciados Descri PQCER.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descri_PQCER.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional. Retrieved from: [www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ\\_Deontologia\\_2015\\_Web.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8444-35-6.

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

Organização Mundial de Saúde (2015). Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf);

Parecer N.º 12/2011. (2011). Parecer sobre Actividades de Vida Diária. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12\\_MCEER\\_18\\_11\\_2011\\_ActividadesVidaDiaria\\_AVD.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf);

Pestana, H. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.47 – 56). Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-73-4.

Petronilho, F. (2013). A Alta Hospitalar, do Doente Dependente no Autocuidado: Decisões, Destinos, Padrões de Assistência e de Utilização dos Recursos - Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador. (Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal).

Petronilho, F. & Machado, M. (2016). Teorias de enfermagem e autocuidado: Contributos para a construção do cuidado de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 3-14). Loures: Lusodidacta;

Regulamento N.º 122/2011. - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista “DR, II Série”*. 35 (2011.02.18) 8648-8653

Regulamento N.º 125/2011. - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. DR II Série”. 35 (2011.02.18) 8658-8659

Rocha, M. A., Azer, H. W., & Nascimento, V. G. (2009). *Evolução funcional nas fraturas da extremidade proximal do fêmur*. *Acta Ortopédica Brasileira*, 17(1), 17-21.

Santos, L. (2016). O processo de Reabilitação. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta. 15-24

Serra, L. M. A., Oliveira, A. F. & Castro, J. C. (2012). *Crítérios Funda-mentais em fraturas e ortopedia*. 3ªed. Lisboa: Lidel;

Silva, S.; Nóbrega, T.; Chaves, N.; Nogueira, M. & Arriaga, M. (2017). Estratégias de enfermagem na promoção da atividade física. *Revista Fatores de Risco*, 44, 84-97. Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

Smeltzer, S. C. (2011). *Cuidados de enfermagem pré-operatórios*. In *Brunner e Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (12.ª ed.) (pp. 423-439). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

Sousa, L. & Carvalho, M. L. (2016). Pessoa com fratura da extremidade superior do fêmur. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfer-magem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 421-431). Loures: Lusodi-dacta;

UNFPA (2012). Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio. Nova Iorque. Disponível em: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary\\_0.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf);

## **ANEXOS**

# **Anexo A**

ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCE)

## ESCALA DE COMA DE GLASGOW

	1	2	3	4	5	6
<b>Ocular</b>	Não abre os olhos	Abre os olhos em resposta a estímulo de dor	Abre os olhos em resposta a um chamado	<b>Abre os olhos espontaneamente</b>	N/A	N/A
<b>Verbal</b>	Emudecido	Emite sons incompreensíveis	Pronuncia palavras inapropriadas	<b>Confuso, desorientado</b>	Orientado, conversa normalmente	N/A
<b>Motor</b>	Não se movimenta	Extensão a estímulos dolorosos	Flexão anormal a estímulos dolorosos	Flexão / Reflexo de retirada a estímulos dolorosos	Localiza estímulos dolorosos	<b>Obedece a comandos</b>

➤ Pontuação total: de 3 a 15  
3 = Coma profundo; (85% de probabilidade de morte; estado vegetativo)

4 = Coma profundo;

7 = Coma intermediário;

11 = Coma superficial;

15 = Normalidade.

➤ Classificação do Trauma cranioencefálico (ATLS, 2005)

3-8 = grave; (necessidade de intubação imediata)

9-13 = moderado;

14-15 = leve.

# **Anexo B**

ÍNDICE DE BARTHEL

# INDICE DE BARTHEL

## ACTIVIDADES

### CONTROLO DO INTESTINO

0 = Incontinente

5 = Ocasionalmente incontinente /  
necessita de ajuda para coloca  
supositório

10 = Continente

### CONTROLO DA BEXIGA

0 = Incontinente / Algaliado / Incapaz  
de urinar sem ajuda

5 = Ocasionalmente incontinente

10 = Continente

### HIGIENE PESSOAL

0 = Necessita de ajuda nos cuidados  
pessoais

5 = Independente para lavar a cara  
/barbear/ pentear/ lavar os dentes

### USAR A SANITA

0 = Dependente

5 = Necessita de alguma ajuda, mas  
pode fazer alguma coisa sozinho

10 = Independente (Vestir/Limpar)

### ALIMENTAR-SE

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda para cortar

alimentos, espalhar manteiga, etc., e necessita de adaptação da dieta.

10 = Independente

TRANSFERÊNCIA 0

0 = Incapaz de se manter sentado

5 = Necessita de ajuda (física) de 1 ou 2 pessoas; pode sentar-se

10 = Necessita de alguma ajuda (física ou verbal)

15 = Independente (em todas as fases)

CAMINHAR NUMA SUPERFÍCIE 0

NIVELADA

0 = Imóvel ou mobiliza-se >

5 = Independente numa cadeira de rodas > 50 m

10 = Caminha com ajuda (verbal ou física) de uma pessoa > 50 m

15 = Independente (mas pode utilizar qualquer ajuda por ex.: bengala) > 50m

VESTIR-SE E DESPIR-SE 0

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda mas pode fazer metade das coisas sem ajuda

10 = Independente

SUBIR E DESCER ESCADAS 0

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda (verbal/Física)

10 = Independente

TOMAR BANHO

0 = Dependente

5 = Independente (na banheira ou no chuveiro); não necessita de ajuda

Interpretação dos resultados:

100 pontos: totalmente independente;

99 a 76 pontos: dependência leve;

75 a 51 pontos - dependência

50 a 26 pontos – dependência severa

25 e menos pontos – dependência total

# ANEXO C

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)

# Medida de Independência Funcional

NÍVEL:

7 Independência completa (seguro e em tempo satisfatório)

6 Independência modificada (recursos auxiliares)

## **Dependência Parcial**

5 Supervisão

4 Mínima assistência (75%)

3 Moderada assistência (50%)

## **Dependente**

2 Máxima assistência (25%)

1 Total assistência (0%)

<b>CATEGORIAS</b>	<b>PRÉ</b>	<b>PO</b>
<b>CUIDADOS PESSOAIS</b>		
Alimentação		
Auto cuidado		
Banhar-se		
Vestir tronco superior		
Vestir tronco inferior		
Higiene íntima		
<b>CONTROLE ESFINCTERIANO</b>		
Controle vesical		
Controle intestinal		
<b>MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIAS</b>		
Cama / cadeira / cadeira de rodas		
Banheiro		
Banho chuveiro / banheira		
<b>LOCOMOÇÃO</b>		
Andar / cadeira de rodas		
Escadas		
<b>COMUNICAÇÃO</b>		
Compreensão		
Expressão		
<b>COGNITIVO SOCIAL</b>		
Interação social		
Resolver problemas		
Memória		
<b>TOTAL</b>		

# ANEXO D

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

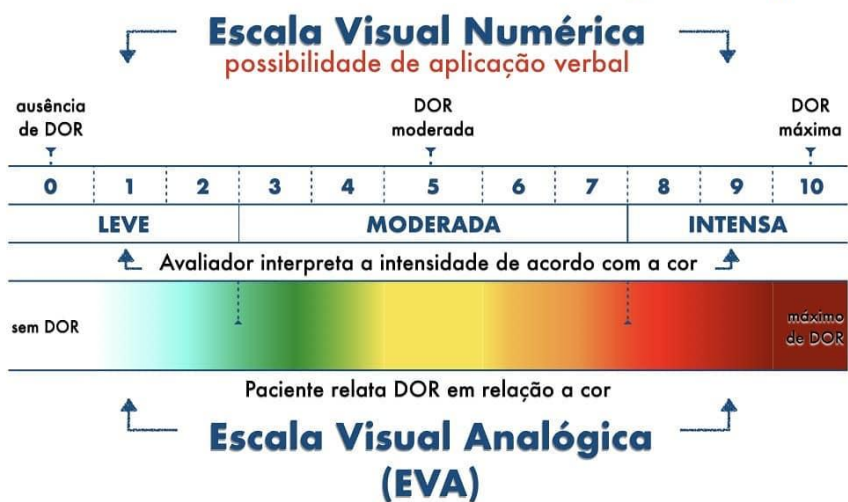
# ESCALA VISUAL ANALOGICA – DOR



## AVALIANDO A DOR DO SEU PACIENTE

ADULTO

@dicas.do.profe



# ANEXO E

ESCALA DE BERG

# ESCALA DE BERG

## **INSTRUÇÕES GERAIS** (pontuação de 0 a 4)

### 1. SENTADO PARA EM PÉ

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé. Tente não usar suas mãos como suporte.

- (4) Capaz de permanecer em pé sem o auxílio das mãos e estabilizar de maneira independente;
- (3) Capaz de permanecer em pé independentemente usando as mãos;
- (2) Capaz de permanecer em pé usando as mãos após várias tentativas;
- (1) Necessidade de ajuda mínima para ficar em pé ou estabilizar;
- (0) Necessidade de moderada ou máxima assistência para permanecer em pé.

### 2. EM PÉ SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se segurar em nada.

- (4) Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos;
- (3) Capaz de permanecer em pé durante 2 minutos com supervisão;
- (2) Capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem suporte;
- (1) Necessidade de várias tentativas para permanecer 30 segundos sem suporte;
- (0) Incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem assistência.

Se o sujeito é capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, marque pontuação máxima na situação sentado sem suporte. Siga diretamente para o item 4.

### 3. SENTADO SEM SUPORTE PARA AS COSTAS MAS COM OS PÉS APOIADOS SOBRE O CHÃO OU SOBRE UM BANCO

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

- (4) Capaz de sentar com segurança por 2 minutos;
- (3) Capaz de sentar com por 2 minutos sob supervisão;

- (2) Capaz de sentar durante 30 segundos;
- (1) Capaz de sentar durante 10 segundos;
- (0) Incapaz de sentar sem suporte durante 10 segundos.

#### 4. EM PÉ PARA SENTADO

INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

- (4) Senta com segurança com o mínimo uso das mãos;
- (3) Controla descida utilizando as mãos;
- (2) Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida;
- (1) Senta independentemente mas apresenta descida descontrolada;
- (0) Necessita de ajuda para sentar.

#### 5. TRANSFERÊNCIAS

INSTRUÇÕES: Pedir ao sujeito para passar de uma cadeira com descanso de braços para outra sem descanso de braços (ou uma cama).

- (4) Capaz de passar com segurança com o mínimo uso das mãos;
- (3) Capaz de passar com segurança com uso das mãos evidente;
- (2) Capaz de passar com pistas verbais e/ou supervisão;
- (1) Necessidade de assistência de uma pessoa;
- (0) Necessidade de assistência de duas pessoas ou supervisão para segurança.

#### 6. EM PÉ SEM SUPORTE COM OLHOS FECHADOS

INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e permaneça parado por 10 segundos

- (4) Capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos;
- (3) Capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos com supervisão;
- (2) Capaz de permanecer em pé durante 3 segundos;
- (1) Incapaz de manter os olhos fechados por 3 segundos mas permanecer em pé;
- (0) Necessidade de ajuda para evitar queda.

## 7. EM PÉ SEM SUPORTE COM OS PÉS JUNTOS

INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se segurar

- (4) Capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto;
- (3) Capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto, com supervisão;
- (2) Capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente e se manter por 30 segundos;
- (1) Necessidade de ajuda para manter a posição mas capaz de ficar em pé por 15 segundos com os pés juntos;
- (0) Necessidade de ajuda para manter a posição mas incapaz de se manter por 15 segundos.

## 8. ALCANCE A FRENTE COM OS BRAÇOS EXTENDIDOS PERMANECENDO EM PÉ

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

- (4) Capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm (10 polegadas);
- (3) Capaz de alcançar acima de 12,5cm (5 polegadas);
- (2) Capaz de alcançar acima de 5cm (2 polegadas);
- (1) Capaz de alcançar mas com necessidade de supervisão;
- (0) Perda de equilíbrio durante as tentativas / necessidade de suporte externo.

## 9. APANHAR UM OBJETO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO EM PÉ

INSTRUÇÕES: Pegar um sapato/chinelo localizado a frente de seus pés

- (4) Capaz de apanhar o chinelo facilmente e com segurança;
- (3) Capaz de apanhar o chinelo mas necessita supervisão;
- (2) Incapaz de apanhar o chinelo mas alcança 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e manter o equilíbrio de maneira independente;
- (1) Incapaz de apanhar e necessita supervisão enquanto tenta;
- (0) Incapaz de tentar / necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda.

## 10. EM PÉ, VIRAR E OLHAR PARA TRÁS SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO

INSTRUÇÕES: Virar e olhar para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o direito. O examinador pode pegar um objeto para olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar o giro.

- (4) Olha para trás por ambos os lados com mudança de peso adequada;
- (3) Olha para trás por ambos por apenas um dos lados, o outro lado mostra menor mudança de peso;
- (2) Apenas vira para os dois lados mas mantém o equilíbrio;
- (1) Necessita de supervisão ao virar;
- (0) Necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda.

## 11. VIRAR EM 360 GRAUS

INSTRUÇÕES: Virar completamente fazendo um círculo completo. Pausa. Fazer o mesmo na outra direção

- (4) Capaz de virar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos;
- (3) Capaz de virar 360 graus com segurança para apenas um lado em 4 segundos ou menos;
- (2) Capaz de virar 360 graus com segurança mas lentamente;
- (1) Necessita de supervisão ou orientação verbal;
- (0) Necessita de assistência enquanto vira.

## 12. COLOCAR PÉS ALTERNADOS SOBRE DEGRAU OU BANCO PERMANECENDO EM PÉ E SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Colocar cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.

- (4) Capaz de ficar em pé independentemente e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos;
- (3) Capaz de ficar em pé independentemente e completar 8 passos em mais de 20 segundos;
- (2) Capaz de completar 4 passos sem ajuda mas com supervisão;
- (1) Capaz de completar mais de 2 passos necessitando de mínima assistência;
- (0) Necessita de assistência para prevenir queda / incapaz de tentar.

## 13. PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OUTRO PÉ A FRENTE

INSTRUÇÕES: (DEMOSTRAR PARA O SUJEITO - Colocar um pé diretamente em frente do outro. Se você perceber que não pode colocar o pé diretamente na frente, tente dar um passo largo o suficiente para que o calcanhar de seu pé permaneça a frente do dedo de

seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento do passo poderá exceder o comprimento do outro pé e a largura da base de apoio pode se aproximar da posição normal de passo do sujeito).

- (4) Capaz de posicionar o pé independentemente e manter por 30 segundos;
- (3) Capaz de posicionar o pé para frente do outro independentemente e manter por 30 segundos;
- (2) Capaz de dar um pequeno passo independentemente e manter por 30 segundos;
- (1) Necessidade de ajuda para dar o passo mas pode manter por 15 segundos;
- (0) Perda de equilíbrio enquanto dá o passo ou enquanto fica de pé.

#### 14. PERMANECER EM PÉ APOIADO EM UMA PERNA

INSTRUÇÕES: Permaneça apoiado em uma perna o quanto você puder sem se apoiar

- (4) Capaz de levantar a perna independentemente e manter por mais de 10 segundos;
- (3) Capaz de levantar a perna independentemente e manter entre 5 e 10 segundos;
- (2) Capaz de levantar a perna independentemente e manter por 3 segundos ou mais;
- (1) Tenta levantar a perna e é incapaz de manter 3 segundos, mas permanece em pé independentemente;
- (0) Incapaz de tentar ou precisa de assistência para evitar queda.

**PONTUAÇÃO TOTAL (máximo = 56)**

# ANEXO F

ESCALA DE LOWER

## ESCALA DE LOWER

Força Muscular segundo a Escala de Lower			
Cabeça e Pescoço	Flexão		
	Extensão		
	Flexão lateral esquerda		
	Flexão lateral direita		
	Rotação		
Membro superior		Direito	Esquerdo
Escapulo umeral	Flexão		
	Extensão		
	Adução		
	Abdução		
	Rotação Interna		
	Rotação Externa		
Cotovelo	Flexão		
	Extensão		
Antebraço	Pronação		
	Supinação		
Punho	Flexão plantar		

	Dorsi flexão		
	Desvio cubital		
	Desvio Radial		
	Circundação		
Dedos	Flexão		
	Extensão		
	Adução		
	Abdução		
	Circundação		
	Oponência do Polgar		
<b>Membro Inferior</b>		<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
Coxo femoral	Flexão		
	Extensão		
	Adução		
	Abdução		
	Rotação Interna		
	Rotação Externa		
Joelho	Flexão		
	Extensão		
Tibiotársica	Flexão plantar		
	Flexão dorsal		
	Inversão		
	Eversão		
Dedos	Flexão		
	Extensão		
	Adução		
	Abdução		

A escala de força muscular gradua os níveis de força entre 0 (sem contração muscular palpável ou visível), 1 (contração palpável ou visível mas sem movimento do membro), 2 (movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular), 3 (movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência), 4 (movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade) e 5 (força normal). Esta graduação faz-se em relação ao máximo esperado para aquele músculo, através de resistência à mobilização ativa.

# ANEXO G

ESCALA DE ASHWORTH

# ESCALA DE ASHWORTH

## **Escala de Ashworth Modificada\*\*\***

- Grau X Descrição:
  - 0 Tônus normal
  - 1 Leve aumento do tônus muscular com mínima resistência no fim do movimento
  - 1+ Leve aumento do tônus muscular com mínima resistência em menos da metade do movimento
  - 2 Aumento mais marcado do tônus muscular na maior parte do movimento, mas a mobilização passiva é efetuada com facilidade
  - 3 Considerável aumento do tônus muscular, mas a movimentação passiva é efetuada com dificuldade
  - 4 Segmento afetado rígido em flexão ou extensão

# ANEXO H

ESCALA DE MORSE

# ESCALA DE MORSE

## AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

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

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

# ANEXO I

ESCALA DE BRADEN

# ESCALA DE BRADEN

<p><b>Percepção sensorial</b></p> <p>Capacidade de reacção significativa ao desconforto</p>	<p><b>1. Completamente limitada:</b></p> <p>Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação,</p> <p>OU</p> <p>capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b></p> <p>Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação,</p> <p>OU</p> <p>tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p><b>3. Ligeiramente limitada:</b></p> <p>Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição,</p> <p>OU</p> <p>tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b></p> <p>Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>			
<p><b>Humidade</b></p> <p>Nível de exposição da pele à humidade</p>	<p><b>1. Pele constantemente húmida:</b></p> <p>A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p><b>2. Pele muito húmida:</b></p> <p>A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p><b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b></p> <p>A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p><b>4. Pele raramente húmida:</b></p> <p>A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>			
<p><b>Actividade</b></p> <p>Nível de actividade física</p>	<p><b>1. Acamado:</b></p> <p>O doente está confinado à cama.</p>	<p><b>2. Sentado:</b></p> <p>Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>	<p><b>3. Anda ocasionalmente:</b></p> <p>Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p>	<p><b>4. Anda frequentemente:</b></p> <p>Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>			
<p><b>Mobilidade</b></p> <p>Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</p>	<p><b>1. Completamente imobilizado:</b></p> <p>Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b></p> <p>Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p><b>3. Ligeiramente limitado:</b></p> <p>Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b></p> <p>Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>			
<p><b>Nutrição</b></p> <p>Alimentação habitual</p>	<p><b>1. Muito pobre:</b></p> <p>Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios).</p> <p>Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido</p> <p>OU</p> <p>está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.</p>	<p><b>2. Provavelmente inadequada:</b></p> <p>Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético</p> <p>OU</p> <p>recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p><b>3. Adequada:</b></p> <p>Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido,</p> <p>OU</p> <p>é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p><b>4. Excelente:</b></p> <p>Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>			
<p><b>Fricção e forças de deslizamento</b></p>	<p><b>1. Problema:</b></p> <p>Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p>	<p><b>2. Problema potencial:</b></p> <p>Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.</p>	<p><b>3. Nenhum problema:</b></p> <p>Movimenta-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição.</p> <p>Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.</p>				
<p>Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.</p>							
							<p>Pontuação total</p>

## ANEXO J

ESCALA DE BORG MODIFICADA (AVALIAÇÃO DA DISPNEIA)

## Escala de Borg modificada (avaliação da dispneia)

---

### **Escala de Borg Modificada**

---

<b>0</b>	Nenhuma
<b>0.5</b>	Muito, muito, leve
<b>1</b>	Muito leve
<b>2</b>	Leve
<b>3</b>	Moderada
<b>4</b>	Um pouco forte
<b>5</b>	Forte
<b>6</b>	
<b>7</b>	Muito forte
<b>8</b>	
<b>9</b>	Muito, muito, forte
<b>10</b>	Máxima

---

# **ANEXO K**

ENSINOS PRÉ E PÓS-OPERATÓRIOS

## **ENSINOS PRÉ E PÓS-OPERATÓRIOS A FRATURAS DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO FÉMUR**

(Maxey L., Magnusson, J., 2003; Cunha, 2008; Cruz, Oliveira & Conceição, 2009; Morais, 2010; Silva 2011; Menoita & Cordeiro, 2012; Gomes, 2013; Bettencourt, Afonso e Gonçalves, 2014; Jacinto, 2014; Violante, 2014)

### **EXERCÍCIOS DE REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA**

- Instruir e treinar sobre técnicas respiratórias: controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração
- Exercícios abdomino-diafragmáticos
- Incentivar e treinar a tosse

### **EXERCÍCIOS ISOMÉTRICOS**

- Contrações isométricas abdominais
- Contrações isométricas dos glúteos
- Contrações isométricas do quadríceps e isquiotibiais

### **EXERCÍCIOS ISOTÓNICOS**

• Mobilizações passivas / ativas / ativas assistidas / ativas resistidas de todos os segmentos articulares (3 séries de exercícios / 10 repetições 1 a 2 vezes por dia (conforme tolerância do utente), de forma a evitar / diminuir o risco de edemas e trombozes venosas profundas e a ativar a força muscular, a sensibilidade distal e o retorno venoso:

o Dorsiflexão / flexão plantar da tibio-társica

o Flexão / extensão da coxo-femural com e sem flexão do joelho, mas não ultrapassando os 90º

o Mobilizações ativas livres / resistidas do membro são

o Abdução / adução do membro operado até a linha média e voltar à posição inicial

o Extensão lombo-pélvica

o Fortalecimento do quadríceps com auxílio do rolo.

Neste caso em particular trata-se da via de abordagem POSTERO-LATERAL, onde é realizada uma incisão na face lateral-externa proximal, há comprometimento dos músculos **abdutores** (pequeno e médio glúteo, tensor da fáscia lata, costureiro, piriforme, obturador interno e externo) e **rotadores externos** (piriforme, obturador interno e externo, quadrado femoral, costureiro, bicipite femoral, pectíneo, reto interno), pelo que serão contra-indicados os movimentos de rotação interna, flexão acima de 90º e adução da anca além da linha média. A abordagem posterior preserva o glúteo médio e o mínimo, bem como o vasto interno, o que facilita a recuperação funcional.

#### **O que deve fazer:**

o Fazer marcha com canadeanas durante 3 meses

o Iniciar carga progressiva a partir do 1 mês (10% do peso corporal por semana)

o A partir do 3º mês deve fazer marcha sem canadianas

o Dormir com uma almofada entre as pernas durante pelo menos 10 meses

o Evitar pisos acidentados

o Evitar andar de bicicleta

o Tomar banho de duche em substituição da banheira

o Todos os exercícios ensinados e treinados durante o internamento devem continuar pelo menos até ao 6º mês

#### **O que não deve fazer:**

- o Não deve cruzar as pernas
- o Não deve fazer carga sobre o membro operado durante o 1º mês
- o Não deve carregar pesos
- o Não deve fazer mais de 90° de flexão no membro na anca operada
- o Não deve sentar-se em cadeiras ou sanitas baixas
- o Não deve dobrar o corpo sobre as pernas a partir da posição de sentado
- o Não deve fazer rotações bruscas
- o Não deve aumentar de peso
- o Inclinarse em demasia para a frente para se calçar, deve pedir ajudar ou adquirir produtos que permitem realizar esta operação sem risco
- o Não dobrar o membro operado a mais de 90°
- o Não apanhar objetos do chão, inclinándose para a frente
- o Não permanecer longos períodos de pé
- o Evitar principalmente nas primeiras 6 semanas tarefas para as quais o utente tem de se vergar.

### **POSICIONAMENTO NO LEITO**

- o Posicionar o utente em decúbito dorsal com uma almofada triangular entre as pernas, de forma a prevenir a rotação interna e a adução



Fig.1 – Utente corretamente posicionado em Decúbito Dorsal

o Posicionar o utente em decubito semi-dorsal lado sã, com uma almofada entre as pernas, para apoiar o membro operado, de forma a prevenir a rotação interna e a adução



Fig. 2 - A)utente incorretamente posicionado em Decubito Lateral; B) Utente corretamente posicionado em Decubito Lateral

o Promover ensino ao utente sobre a mobilização no leito, utilizando o suporte existente por cima da cama e o apoio do calcanhar da perna sã, para alívio da pressão da região sagrada, de forma a evitar úlceras de pressão

### **MOBILIZAÇÕES (LEVANTAR, DEITAR, SENTAR)**

Levantar

1º Levante

Sempre que possível o levante deve ser realizado pelo lado do membro operado, uma vez que permite que a maior parte da força seja efectuada pelo membro não operado (rodar e levantar ligeiramente as nádegas)

Avaliação de sinais vitais de antes do levante e na posição de sentado e após levante

Assumir uma posição de sentado na cama a 45º (mantendo sempre o membro operado em extensão, mantendo um angulo superior a 90º)

Rodar na cama de forma a colocar os pés no chão, mantendo o alinhamento dos membros e abdução dos mesmos

Colocar as mãos na cama, e com a força dos membros superiores mais o membro inferior não operado pôr-se de pé

Já em pé e em equilíbrio deve apoiar-se no seu auxiliar de marcha

Nota: o primeiro levante deve ser progressivo e devemos ter em conta os valores tensionais do doente.

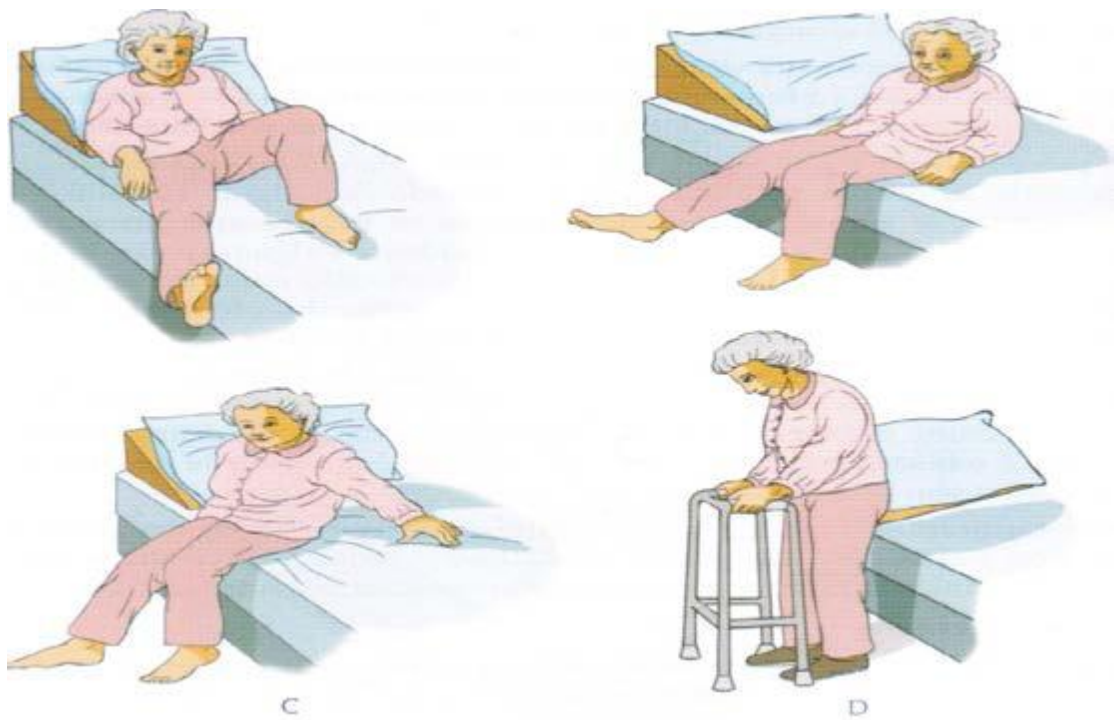


Fig 5 – Levante

o Deitar

Movimento de deitar

Correspondem aos movimentos inversos relativamente ao levantar

o Sentar

Sentar

Colocar-se em frente da cadeira de forma a que a região popliteia fique encostada à borda dianteira do acento da cadeira

Agarrar os braços da cadeira (um de cada vez)

Deslizar o membro operado para a frente de forma a fazer uma ligeira extensão

Baixar-se até ficar sentada, apoiando os antebraços na cadeira

Deslizar para traz até ficar confortável

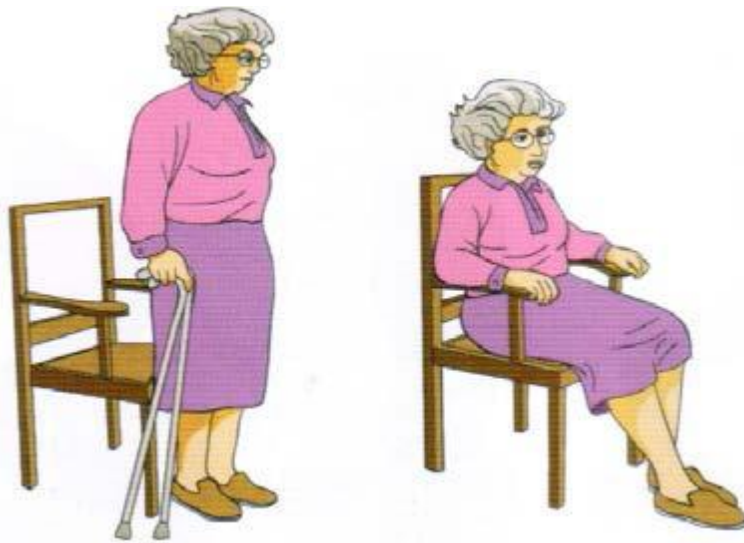


Fig 8 – Sentar-se em cadeira com braços

## SUBIR E DESCER ESCADAS

Os auxiliares de marcha (usar andarilho e posteriormente canadianas) devem estar bem ajustados às características do doente. Pois evita que o doente ande demasiado vergado ou excessivamente direito o que dificultaria a marcha

o Subir escadas

O membro não operado é o primeiro a avançar

Em seguida avança o membro operado

E por fim avançam as canadianas (se houver corrimão, deve sempre que possível apoiar-se nele)

o Descer escadas

As canadianas são as primeiras a avançar

Em seguida a o membro operado

E por fim avança o membro não operado

Rodar sobre o membro são



Fig 7 - A, B) Subir escadas; C) descer escadas



Fig. 6 –Marcha com canadianas

### **TRANSFERÊNCIAS (CAMA / CADEIRA / SANITÁRIO / CARRO)**

#### o Uso da sanita

Esta não pode ser baixa, se for tem de se recorrer a um alteador, ou seja, depois de sentado, os ângulos entre o tronco e as coxas e entre as coxas e as pernas nunca deverá ser inferior a 90º) deverá adotar um procedimento semelhante ao sentar-se na cadeira. Deverá haver dispositivos fixos ou móveis onde o doente se possa agarrar e/ou apoiar-se de forma evitar quedas e facilitando os movimentos de sentar e levantar.



Fig 9 – uso correto da sanita

## CUIDADOS DE HIGIENE

O Utente deverá sempre que possível escolher o duche. Não deve sentar-se, tendo de se sentar optar por um banco alto

Se optar por tomar banho numa banheira, não deve tentar entrar na banheira sem utilizar uma tabua de banheira e um assento. Estes procedimentos devem manter-se pelo menos até 12 semanas após a cirurgia.

Sentar-se na tabua de banheira previamente fixa

Levantar as pernas e passa-las (uma de cada vez) para dentro da banheira. Tentando que o membro operado permaneça em ligeira extensão

Apoiar as mãos na banheira e em seguida baixar-se até ao assento colocado no interior da banheira

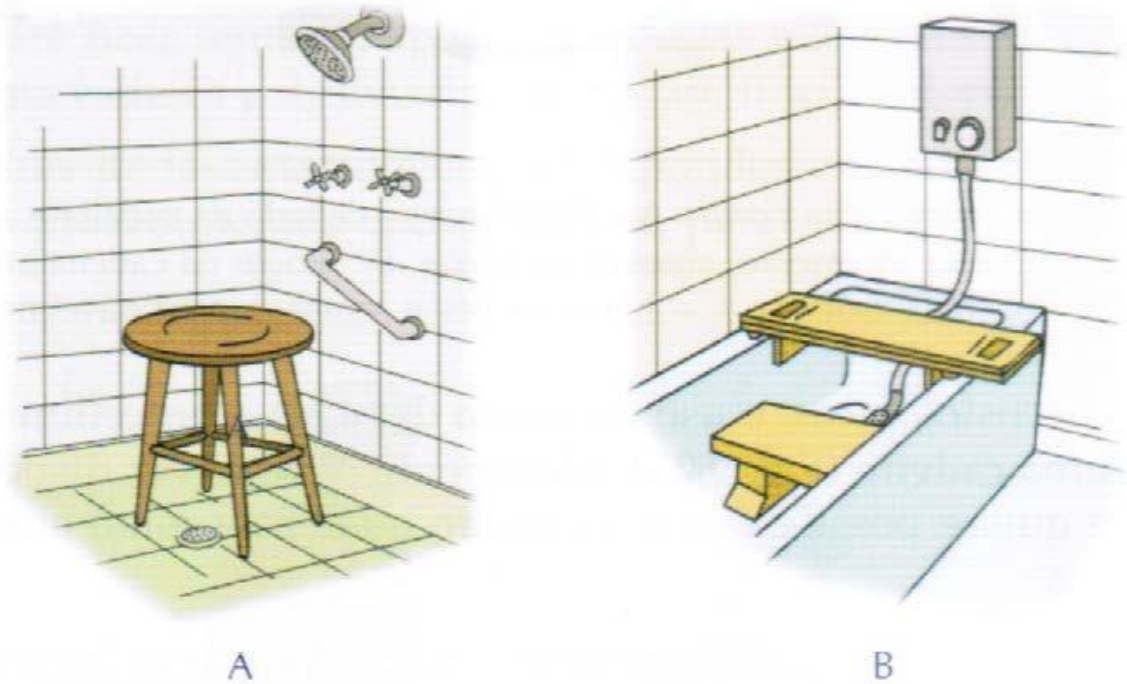


Fig 10 – A) Banho Duche; B) Banho Banheira

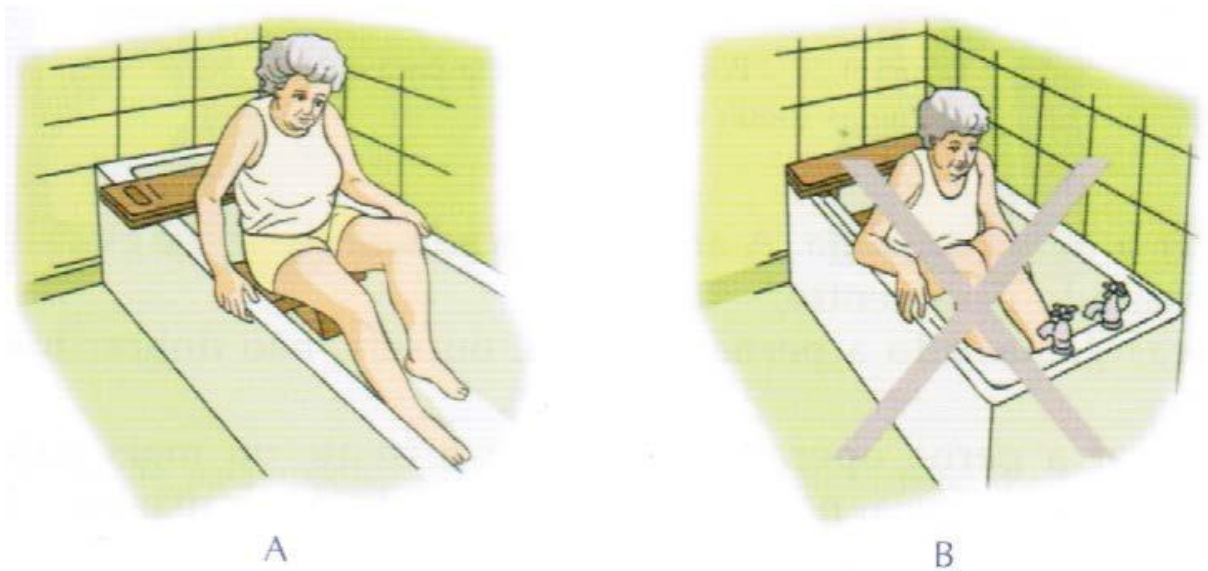


Fig 11 – A) uso correto do apoio da banheira; B) uso incorreto do apoio da banheira

Nota: tanto no caso do duche em poliban como no caso do banho na banheira devem existir dispositivos fixos ou móveis onde o doente se possa agarrar/apoiar de forma a prevenir as quedas.

### **ENTRAR E SAIR DO CARRO**

A condução pode ser retomada a partir da 8ª semana após a cirurgia, tendo o cuidado de elevar o banco com almofadas, devendo evitar fazer viagens longas.

o Para entrar no carro

De costas para o carro apoiar a região popliteia na soleira da porta do carro

Apoiar as mãos no assento

Sentar-se mantendo o membro operado com o joelho em extensão

Utilizar a força das mãos e do membro não operado para se chegar para tras em sentido do banco contrario (sempre com o membro operado em extensão)

Rodar sobre o assento e colocar as pernas para o interior do carro (é importante o membro operado manter a extensão)

Ajustar a posição de forma a ficar confortável, respeitando sempre a regras dos 90° (o angulo entre o tronco e a coxa não deve ser inferior a 90°)



Fig 12 – Posição correta para entrar no carro

Para sair do carro deve seguir os passos acima descritos mas em ordem inversa



Fig 13- Posição correta para sair do carro

## **VESTIR E DESPIR**

Para se vestir, a melhor estratégia é a utilização de pinças de cabo longo ou suspensórios, fixados ao vestuário, pois permitem deslizar os membros inferiores com o mínimo de flexão.

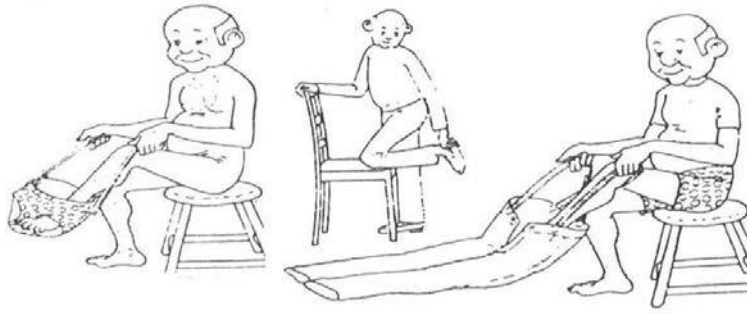


Fig 14 – forma correta de vestir e calçar      Fig 15 – Forma incorreta de calçar

Para se calçar, a melhor forma é arranjar uma calçadeira de cabo longo ou utilizar uma cadeira.

## **APÊNDICES**

## **Apêndice 1**

APRESENTAÇÃO EM POWERPOINT DO ESTUDO CASO DO PRESENTE  
ESTÁGIO

ACe: [REDACTED] UCI [REDACTED] ECCI [REDACTED]



*A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem  
de Reabilitação na promoção do Autocuidado da Pessoa  
Idosa com Fratura da Extremidade Proximal do Fémur, no  
regresso a casa.*

**Discente:** *Sofia Tomé*

**Orientador:** *Enl [REDACTED]*

**Docente:** *Enl.ª Cristina Baixinho*

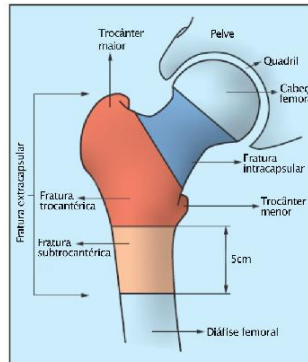
Lisboa, 20 de Janeiro de 2020

## Sumário

- Revisão Anatomopatológica
- Regresso a Casa – enquadramento teórico
- Apreciação multidimensional da pessoa
- Programa de Enfermagem de Reabilitação

Fratura é uma interrupção na continuidade do osso, podendo ser definida de acordo com o seu tipo e extensão, e ocorre quando o osso é submetido a uma força maior do que pode absorver. As estruturas adjacentes são igualmente afetadas, ocasionando edema dos tecidos moles, hemorragia nos músculos e articulações, luxação de articulações, rotura de tendões, secção de nervos e lesão de vasos sanguíneos.

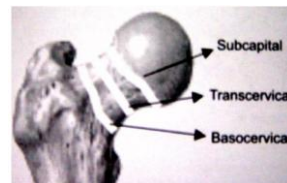
Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur (FEPF)



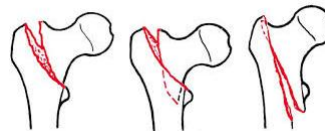
Smeltzer (2011)

As FEPF podem dividir-se em:

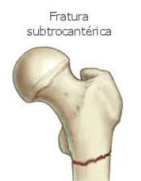
❖ Colo do fémur (localizadas entre a cabeça e a área trocântéricas e dividem-se em subcapitais, transcervicais e basicervicais);



❖ Trocântéricas (acima da linha intertrocântérica e abaixo do limite distal do pequeno trocânter);



❖ Subtrocântéricas (restritas ao segmento entre o limite inferior do pequeno trocânter e um nível de 5 cm abaixo dele).



Smeltzer (2011)

As opções terapêuticas no âmbito das FEPF, contemplam o tratamento cirúrgico e o tratamento conservador.

**Fraturas subcapitais** - tratamento conservador ou a fixação mínima com parafusos canelados.

**Fraturas transcervicais** - substituição artroplástica da cabeça do fémur, com artroplastias parciais ou totais da anca.

**Fraturas basicervicais** - sistemas de osteossíntese com parafuso dinâmico de deslizamento e placa.

**Fraturas trocantéricas** - osteossíntese com parafuso dinâmico de deslizamento e placa encavilhamento endomedular e parafuso dinâmico.

**Fraturas subtrocantéricas** - encavilhamento endomedular com parafuso dinâmico ou estático e osteossíntese com placas, com ou sem parafuso dinâmico.

DGS (2003)



O papel do enfermeiro de reabilitação na comunidade é fundamental, associado ao problema individual da pessoa, insere a família como um todo, como um sistema interativo, que para além da soma dos seus membros, a engloba como uma unidade básica ou primária, tal como muitas outras o são (instituições de saúde, ensino, religiosas ou económicas), uma vez que todas fazem parte de um sistema mais vasto que é a sociedade.

(Hanson, 2005)

A conceção de Orem no que concerne à promoção da independência para o autocuidado, relaciona-se intimamente com as capacidades inerentes ao modelo de atuação do enfermeiro de reabilitação, sendo que “estas competências contribuem para uma melhor resposta de cuidados face às necessidades dos clientes, quer em termos de limitação funcional, quer no autocuidado.

Couto (2012)

**Teoria do Défice de Autocuidado**



Orem (2001)



O enfermeiro EEER cria um sistema que seja totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação, ou seja, seleciona e combina formas de ajuda que compensem o autocuidado.

Tomey & Alligood (2004)

**Apreciação multidimensional da pessoa**



I.R.P.P.M.



Feminino



19244– 11 – 20  
75 anos



Caucasiana



Mafra  
(Cheleiros)



Reformada  
(trabalhava  
no campo)



Portuguesa



UCSP do Centro  
Saúde Mafra Norte

**Antecedentes de Saúde:**

Sem hábitos aditivos;

Sem alergias conhecidas;

**Terapêutica habitual:** Apixabano 5mg PO 1xdia, Sulfato Ferroso 329,7mg PO 1xdia, Coveram 10/5 mg PO 1xdia; - Perindopril/amlodipina 10+5 mg 1 comprimido/manhã; - Propiltiouracilo 50 mg 1 comprimido/manhã; - Paroxetina 20mg 1 comprimido/manhã; - Beta-histina 24 mg 1 comprimido/manhã; - Nebivolol 5mg 1 comprimido/manhã; - Budesonida + Fumarato de Formoterol 160 mg + 4,5 mg 1 + 1 inalações; - Brometo de Ipratrópio em SOS; - Acetilcisteína em SOS. Vacinação: Prevenar 13, e vacina da gripe.

**Co\_morbilidades:** Anemia Crónica; Bronquite asmática; HTA; Síndrome vertiginosa; Hipoacúsia; Hipertensão craniana tem uma derivação ventrículo-peritoneal há 24 anos; Hipertiroidismo; Tuberculose Pulmonar na infância, # Colo Fémur Dtº em 2015; Pneumonias de repetição (última em Agosto de 2019).

### História da doença atual

Utente com 75 anos de idade, reside em domicílio próprio com o marido, reformado (era camionista), numa moradia bi-familiar, no r/c, no 1º andar vive uma das filhas com o marido e 3 netos. Previamente dependente em grau reduzido para a satisfação das AVD, deambulava com auxílio de uma bengala. Tem 5 filhos, dois vivem longe, uma filha reside na moradia ao lado e um dos filhos a poucos Km. Estes três filhos que residem mais perto, prestam auxílio diário aos pais.

No dia 13 de Setembro de 2019, ao deambular no quintal, sofreu uma queda, dando entrada posteriormente no SU do HTV. Diagnosticada Fratura Basicervical do Fémur Esquerdo, ficou internada no serviço de Ortopedia. Foi colocada tração cutânea de 3kg no MIE.

No dia 18 de Setembro de 2019 foi submetida a Redução Incruenta + Encavilhamento Vittus proximal do fémur esquerdo. Pós operatório sem intercorrências, fez protocolo antibioterapia (Cefazolina EV 3 tomas), anticoagulante Enoxaparina 40mg e reiniciou terapêutica do domicílio após as 24horas. Fez 1º levante para cadeirão sem complicações. Teve alta hospitalar a 23 Setembro de 2019.



**Foi admitida na ECCI Mafra a 2 de Outubro de 2019**

- ✓ Orientada em todas as dimensões;
- ✓ Tensão Arterial: 128/73mmHg;
- ✓ Frequência Cardíaca: 70 batimentos por minuto;
- ✓ Temperatura Timpânica 36.2°C;
- ✓ Pele e mucosas ligeiramente descoradas, mas hidratadas;
- ✓ Eupneica em repouso (97% em ar ambiente), respiração de média amplitude e predominantemente toracoabdominal; simetria entre os movimentos dos lados direito e esquerdo do tórax e abdómen; Tosse eficaz, expectoração em quantidade reduzida; Dispneia a pequenos esforços;
- ✓ À auscultação Pulmonar: murmúrio vesicular mantido bilateralmente, com discretos ferveores a nível superior;
- ✓ À auscultação Cardíaca: sons cardíacos rítmicos, sem sopros;
- ✓ Abdómen: ruídos hidroaéreos presentes. Mole, depressível, indolor à palpação.

Descarga total (sem carga no MIE)

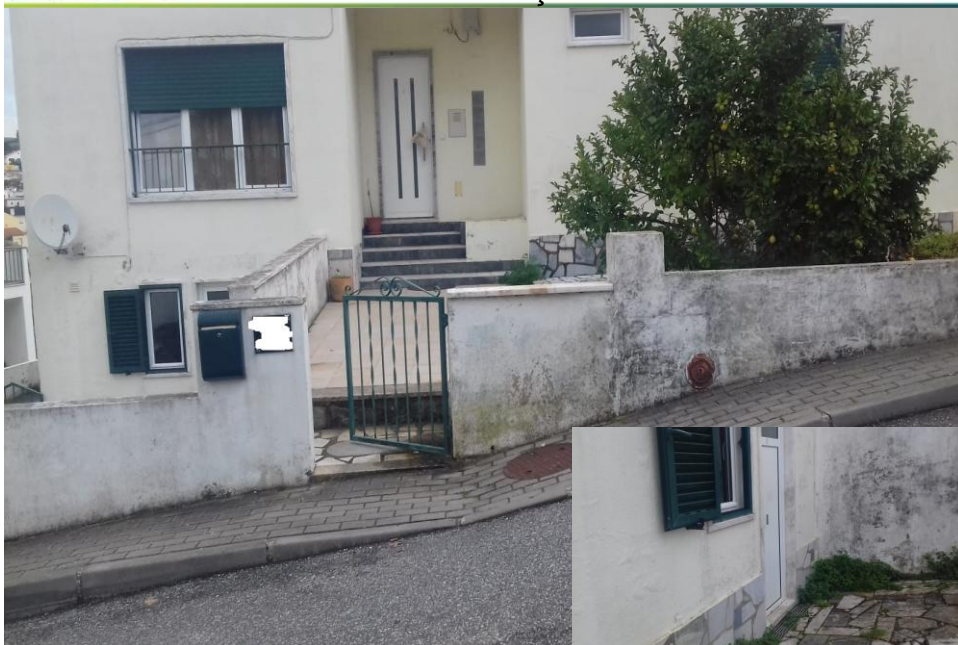
Gelo local 4xdia 20min

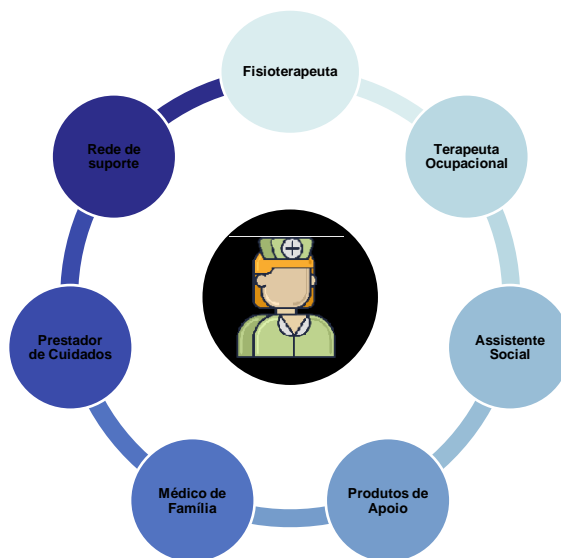
Marcha com apoio

Remover material de sutura 10 dias pós-operatório

Consulta Ortopedia a 22 Outubro 2019







**EXERCÍCIOS DE REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA**

- Instruir e treinar sobre técnicas respiratórias: controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração
- Exercícios abdomino-diafragmáticos
- Incentivar e treinar a tosse

**EXERCÍCIOS ISOMÉTRICOS**

- Contrações isométricas abdominais
- Contrações isométricas dos glúteos
- Contrações isométricas do quadríceps e isquiotibiais

**EXERCÍCIOS ISOTÓNICOS**

- Mobilizações passivas / ativas / ativas assistidas / ativas resistidas de todos os segmentos articulares (3 séries de exercícios / 10 repetições 1 a 2 vezes por dia (conforme tolerância do utente):
  - o Dorsiflexão / flexão plantar da tíbio-társica
  - o Flexão / extensão da coxo-femural com e sem flexão do joelho, mas não ultrapassando os 90°
  - o Mobilizações ativas livres / resistidas do membro sã
  - o Abdução / adução do membro operado até a linha média e voltar à posição inicial
  - o Extensão lombo-pélvica
  - o Fortalecimento do quadríceps com auxílio do rolo.

**AUTOCUIDADOS**

**SUBIR E DESCER ESCADAS**

**ENTRADA E SAÍDA DO CARRO**

Escala	Data de avaliação		Score
	2-10 - 2019	6 - 01 - 2020	
Escala de Glasgow	15	15	
Escala de Borg	4	1	
Escala Visual Analógica da Dor	4(rep.) 8 (mob.)	0 (rep.) 2 (mob.)	
Escala Índice de Barthel	30/100	70/100	
Escala Medida de Independência Funcional (MIF)	Ajuda Total (<25%)	Ajuda Moderada (50%)	
Escala de Morse (Risco Quedas)	60	40	
Escala de Braden (Risco UPP)	14/24	20/24	
Escala de ASHWORTH	MSE + MSD + MID 0/4 MIE 1/4	MSE+MSD+MID+MIE 0/4	
Escala da Força muscular Medical Research Council (MRC)	MSE + MSD + MID 4/5 MIE 1/5	MSE + MSD 5/5 MID + MIE 4/5	
Escala de Berg	2/56	20/56	

## Programa de Enfermagem de Reabilitação

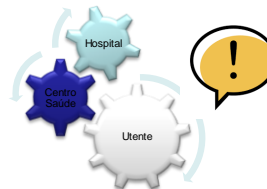
**Foram levantados os seguintes focos de atenção:**

- ✦ Dispneia relacionada com anemia e cansaço fácil a esforços;
- ✦ Dor relacionada com a cirurgia à fratura da extremidade proximal do fémur esquerdo;
- ✦ Auto Cuidado: Higiene comprometido;
- ✦ Auto Cuidado: Vestuário comprometido;
- ✦ Auto Cuidado: Uso do Sanitário comprometido;
- ✦ Auto Cuidado: Atividade Física - Posicionar-se comprometido;
- ✦ Auto Cuidado: Atividade Física – Transferir-se comprometido relacionado com a cirurgia ortopédica;
- ✦ Auto Cuidado: Atividade Física – Andar com auxiliar de marcha comprometido relacionado com a dor pós-cirurgia e impossibilidade de realizar carga total sobre o membro operado;
- ✦ Gestão do Regime Terapêutico comprometida pelo aumento do grau de dependência e diminuição da mobilidade;
- ✦ Movimento Muscular comprometido relacionado com a imobilidade do membro operado e dor causada pelas mobilizações;
- ✦ Equilíbrio Corporal comprometido;
- ✦ Ferida cirúrgica na face externa da coxa esquerda;
- ✦ Risco de quedas, relacionado com a dor, insegurança e medo e diminuição da força muscular e equilíbrio;
- ✦ Risco de Úlcera por Pressão (UPP) por incapacidade de auto-posicionamento;
- ✦ Papel de Prestador de Cuidados no regresso para o domicílio – adaptação

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Movimento Muscular comprometido relacionado com a imobilidade do membro operado e dor causada pelas mobilizações	Que a utente recupere o movimento muscular do membro operado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar o movimento articular, segundo Escala ASHWORTH;</li> <li>Avaliar a força muscular através da escala Medical Research Council (MRC);</li> <li>Executar mobilizações musculoesqueléticas passivas (dorso-flexão tibio-társica, abdução-adição não ultrapassando a linha média do corpo, flexão-extensão);</li> <li>Executar mobilizações musculoesqueléticas ativas assistidas (dorso-flexão tibio-társica, abdução-adição não ultrapassando a linha média do corpo, flexão-extensão);</li> <li>Incentivar exercícios musculares (contrações isométricas dos glúteos e quadríceps);</li> <li>São realizados exercícios ativos assistidos e passivos dos membros superiores e inferiores 1x por dia, pelo menos;</li> <li>Avaliar, instruir e treinar a capacidade do prestador de cuidados para promover o movimento muscular da utente.</li> </ul>	<p><b>Data: 2 de Outubro de 2019</b></p> <p>O movimento articular foi testado com base na escala de ASWORTH, respeitando a tolerância do utente e com precauções, nomeadamente não efetuar flexão acima dos 90°, rotação externa ou adução (para além da linha média) e, sobretudo, não efetuar estes movimentos em combinação e a hiperextensão da anca.</p> <p>Realizados testes de avaliação segundo a escala de ASWORTH, a qual determina a avaliação MSE + MSD + MID 0/4 com tónus normal, e MIE: 1/4, leve aumento do tónus muscular com mínima resistência no fim do movimento.</p> <p>Apresenta força muscular com base na escala MRC de grau 4 (0-5) a nível dos membros superiores e membro inferior direito e grau 1 (0-5) do membro inferior esquerdo (operado).</p> <p>Utente mostra-se participativa e colaborante dentro das suas capacidades nas mobilizações musculoesqueléticas ativas-assistidas e nas contrações isométricas dos glúteos e quadríceps.</p> <p><b>Data: 6 de Janeiro de 2020</b></p> <p>Utente mostrou evolução relativamente à diminuição do compromisso do movimento muscular, segundo a escala de ASWORTH, determina a avaliação 0 (na escala 0 – 4), o que significa que a utente tónus normal em todos os membros.</p> <p>Apresenta força muscular com base na escala MRC de grau 5 (0-5) a nível dos membros superiores e a nível dos membros inferiores grau 4 (0-5).</p> <p>O prestador de cuidados já adquiriu conhecimentos e utiliza a técnica na realização de exercícios ativos-assistidos e resistidos dos segmentos articulares e contrações isométricas.</p>



Transição de Cuidados:  
Pós-alta e articulação com os Cuidados de Saúde Primários



# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção Geral de Saúde, 2003. Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso, Recomendações para Intervenção Terapêutica. Lisboa.

Smeltzer, S. C. (2011). *Cuidados de enfermagem pré-operatórios*. In *Brunner e Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (12.ª ed.) (pp. 423-439). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

Stasi S., Papathanasiou G., Chronopoulos E., A Dontas I., Baltopoulos I., Papaioannou N. (2019). *The Effect of Intensive Abductor Strengthening on Postoperative Muscle Efficiency and Functional Ability of Hip-Fractured Patients: A Randomized Controlled Trial*. Greece. Website: [www.ijonline.com](http://www.ijonline.com). 10.4103/ortho.IJOrtho\_183\_18

Andrade, L.T., Araujo, E. G., Andrade, K.D.R.P., Soares, D.M. & Chianca, T.C.M. (2010). Papel da enfermagem na reabilitação física. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 1056-1060.

Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, prática e investigação*(2ªed.). Loures, Portugal: Lusociência.

Couto, G. M. (2012). *Autonomia/Independência no autocuidado: Sensibilidade aos cuidados de enfermagem de reabilitação*. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

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

Tomey, Ann; Halligood, Martha (2004) – *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)*. Lusociência: ISBN: 972-8383-74-6



## 10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM - ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

### ESTÁGIO COM RELATÓRIO

#### Estudo de Caso

ACe [redacted] UCC [redacted] ECCI [redacted]



**Discente:** *Sofia Tomé*

**Orientador:** *Enf. [redacted]*

**Docente:** *Enf.ª Cristina Baixinho*

Lisboa, 20 de Janeiro de 2020

## **APÊNDICE IV – Jornal de Aprendizagem do Ensino Clínico Hospitalar**

**10<sup>a</sup> Curso de Mestrado em Enfermagem**  
***Área de Especialização em Enfermagem de***  
***Reabilitação***



Estágio com Relatório

**Reflexão**

**Local de Estágio:** Serviço de Ortopedia do 

**Sofia Tomé**  
**Nº8982**

**Docente Orientador:** Enf.<sup>a</sup> Cristina Baixinho

**Enfermeira Orientadora:** Enf.<sup>a</sup>  e Enf.<sup>a</sup> 

**Lisboa**

**2019**



## REFLEXÃO

Esta reflexão tem como intuito descrever a dinâmica experienciada neste campo de estágio, onde pude desenvolver as competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, a pessoas com problemas de incapacidade, limitação da atividade ou restrição de participação, nos diferentes contextos de cuidados, tendo em vista a sua reabilitação e reintegração social.

Este estágio serviu-me de ponto de partida para dar resposta ao meu Tema de Projeto *“A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do Autocuidado da Pessoa Idosa com Fratura da Extremidade Proximal do Fémur, no regresso a casa”*.

Concretamente a este local de estágio, assumiu-se como imprescindível para a tomada de consciência e estruturação do meu pensamento crítico na área da enfermagem de reabilitação e, conseqüentemente, para o desenvolvimento das competências previstas.

Através da minha reflexão crítica, construí uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que tem como suporte o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática, indo ao encontro da temática do problema identificado. Assim, produz-se conhecimento, indo de encontro ao preconizado pelos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011).

Para o Fundo da População das Nações Unidas (UNFPA), o envelhecimento populacional apresenta uma importante implicação, de longo alcance em todos os domínios da sociedade, sendo uma tendência significativa do século XXI. É um fenómeno atual que se encontra em crescimento e que não pode ser ignorado. A tendência do aumento do número de idosos tem-se agravado, prevendo-se que em 2050, a população com mais de 60 anos ascenda aos 20% (UNFPA, 2012).

No entanto, com esta longevidade surgem preocupações na sociedade relativamente à capacidade e aos desafios que esta evolução acarreta, pela necessidade de envelhecer com dignidade e segurança permitindo desfrutar dos direitos humanos e liberdades fundamentais. Esta será a receita para um Mundo em evolução e transição sendo importante não padronizar os idosos como uma categoria única, reconhecendo-os como uma população com características específicas (UNFPA, 2012).

O envelhecimento é associado a um conjunto de mudanças complexas. As alterações biológicas e fisiológicas levam a um aumento do risco de desenvolver patologias assim como ao declínio geral das suas capacidades físicas e intelectuais (OMS, 2015).

O envelhecimento acarreta alterações físicas e neurológicas que tornam os idosos mais vulneráveis, verificando-se que, os acidentes não intencionais nas pessoas com mais de 65 anos causam mortalidade, morbilidade e incapacidade. 14% das vítimas de acidentes domésticos e de lazer são idosas, predominantemente mulheres, sendo o local de ocorrência mais frequente, o domicílio. Existem vários fatores de risco extrínsecos e intrínsecos, que de forma individual ou em interação são determinantes ao surgimento de acidentes e que estão envolvidos em cerca de metade das quedas como, o *comportamento humano, a saúde da pessoa e a estrutura da habitação ou dos espaços públicos*. As doenças que surgem com o processo de envelhecimento como alteração da visão, que fornece informação sobre a orientação no espaço e influência o equilíbrio, a audição, que fornece informação sobre a orientação no espaço (sistema vestibular) e, em caso de doença ou deficiência influencia a manutenção do equilíbrio, doenças do foro neurológico, como tonturas ao levantar-se, perda do equilíbrio, tremores, que favorecem as quedas, a falta de vitamina D e os problemas de locomoção, tais como os de natureza osteoarticulares, artrose, osteoporose, doenças inflamatórias das articulações e a polimedicação, podendo provocar diminuição da perceção dos riscos (DGS, 2012).

Em Portugal, as quedas em pessoas com mais de 75 anos representam 90% das ocorrências, verificando-se que o número e tempo de internamento por fratura do colo do fémur aumenta com a idade. As quedas são, de facto, a principal causa de lesão nos idosos. Em cada ano, uma em cada três pessoas com 65 ou mais anos sofre um acidente

doméstico e, nas pessoas com mais de 80 anos, uma em cada duas sofre uma queda, pelo menos uma vez no ano. Aproximadamente, uma em cada cinco quedas necessita cuidados médicos e uma em cada vinte termina em fratura. A taxa de mortalidade no primeiro ano após a fratura na população idosa pode atingir os 26% (DGS, 2012).

Analisando empiricamente, sem ter realizado qualquer estatística ou levantamento de dados, ao longo das minhas 9 semanas deste ensino clínico (EC), posso afirmar com toda a certeza que cerca de 95% dos utentes internados no serviço de Ortopedia no qual estagiei tinham mais de 65 anos de idade, bem como as diversas comorbilidades descritas na evidência, cujo motivo de admissão traduzia-se por uma fratura causada maioritariamente por queda no domicílio, tenha sido no seu interior ou exterior, vindo ao encontro da minha problemática e população alvo, os idosos, população mais vulnerável e de elevado risco.

Ao longo da vida do ser humano, podem definir-se dois picos de incidência de fratura de origem traumática: na 1ª idade (do nascimento aos 19 anos) e na 3ª idade (dos 50 em diante). Focando-nos no idoso, a entidade de relevo para este trabalho este, “sofre fraturas nas quedas fortuitas durante a marcha, porque a osteoporose lhe fragiliza o osso segundo a longevidade adquirida” (Serra, Oliveira & Castro, 2012, p.154), tendendo esta incidência a aumentar cada vez mais com o envelhecimento.

Na maioria das vezes, ocorrem traumatismos dos membros inferiores, mínimos ou moderados, dos quais podem resultar fraturas ou artroses pós-traumáticas. As fraturas mais frequentes são da extremidade proximal do fémur, em idosos com idade superior a 65 anos, com pico médio de incidência nos 80 anos de idade e, maioritariamente, no sexo feminino (DGS, 2003).

Para além dos cuidados de enfermeiro generalista, o enfermeiro de reabilitação tem um papel preponderante na recuperação do idoso com fratura de fémur, visto que, a sua intervenção tem como objetivo a restituição da capacidade funcional que a pessoa tinha antes da fratura, minimizando a incapacidade e a dependência, aumentando desta forma a autonomia e consequentemente a qualidade de vida (Sousa & Carvalho, 2016). São inúmeras as intervenções que o enfermeiro de reabilitação aplica no seu programa de reabilitação, salientando-se algumas delas como, levante precoce, a mobilização articular,

o fortalecimento muscular e o treino de marcha que permitem obter ganhos significativos para a pessoa, sua família e para os serviços de saúde.

As questões relacionadas com as fraturas dos membros inferiores e todas as problemáticas que delas advém (autocuidado comprometido, mobilidade alterada, perda de autonomia e modificações da sexualidade), permitiram-me desenvolver uma grande sensibilidade na avaliação criteriosa das queixas apresentadas pelos doentes, da sua história de saúde, dos fatores facilitadores adotados potenciadores da autonomia e, do impacto e da necessidade de reajuste ao nível das AVD e do ambiente, que estas problemáticas impõem à pessoa.

Refletindo particularmente sobre a utente envolvida, a sua patologia, as suas necessidades, a sua família, a sua comunidade, o seu programa de reabilitação, posso dizer que na escolha esteve presente o fato de ser uma pessoa com necessidades intrínsecas aos cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de reabilitação (EEER), bem como exemplo integral que reflete toda a evidência científica por mim já revista, traduzida em todos os seus antecedentes pessoais.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação a doentes do foro ortotraumatológico submetidos a intervenção cirúrgica devem ser iniciados o mais precocemente possível e ter como principais objetivos diminuir a dor, aumentar a força muscular, melhorar a amplitude articular e diminuir a incapacidade, para que, deste modo, se evitem complicações pós-operatórias, com maior participação na realização de atividades de vida diárias, melhoria da qualidade de vida e aumento do nível de autoestima (Hoeman, 2011).

Através deste ensino clínico (EC) testemunhei que o EEER é considerado um dos participantes mais ativos do processo de reabilitação, que atua de forma contínua nos vários períodos do processo cirúrgico. Os dois grandes momentos em que o EEER atua são o período pré-operatório e período pós-operatório, sendo o pós-operatório o período mais importante. O pós-operatório permite dar continuidade ao processo de reabilitação iniciado no pré-operatório, permitindo validar os ensinamentos realizados e avaliar as necessidades do doente neste período de forma a atuar em função dos objetivos do mesmo.

Segundo a DGS (2013), na avaliação pré-operatória das cirurgias de fratura do fémur, deve-se ter em atenção a história clínica do doente como gravidade e impacto funcional e situação clínica, que possa ter implicações sobre o processo cirúrgico. A cirurgia deve ser realizada nas primeiras 24-48 horas de internamento, sendo protelada em função da situação clínica do doente. Segundo os autores Sousa & Carvalho (2016), a cirurgia deve ser realizada nas primeiras 48 horas devido às complicações que possam advir da imobilização prolongada, mas em determinadas situações clínicas como, pessoas que tomam anticoagulantes e anti-agregantes plaquetários podem ter um intervalo maior de espera entre o traumatismo e a cirurgia.

Durante este período de tempo mais ou menos longo, o doente fica em repouso no leito com incapacidade de mover uma parte do corpo ou a sua totalidade em consequência da fratura. Esta alteração da mobilidade nos idosos pode causar alterações em todos os sistemas orgânicos e um maior grau de incapacidade do que o causado pela fratura (DGS, 2003a; OE, 2013).

No decorrer dos últimos anos, o conceito de Reabilitação tem ganho particular destaque devido à sua importância junto dos doentes com deficiência ou incapacidade por uma pluralidade de motivos. A Reabilitação é caracterizada como um processo que permite o desenvolvimento das capacidades perdidas, possibilitando assim a restituição nas dimensões psicológicas, físicas ou sociais, relacionadas com os potenciais anteriores. Deste modo, pretende-se a minimização das alterações através da promoção da saúde, tendo como ponto de partida o passado da pessoa, de forma a possibilitar um retorno ao quotidiano com qualidade, aumentando o nível de autoestima e, por conseguinte, a independência (Santos, 2016).

As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação enunciam a sua importância no período pós-operatório de cirurgia ortotraumatológica e apresentam como função conceber, implementar e monitorizar planos de cuidados de reabilitação diferenciados. Deste modo, devem ter como meta a maximização da funcionalidade e das potencialidades do doente durante todo o ciclo vital, de forma a que se promova a qualidade de vida, a reinserção plena na sociedade e a dignidade da pessoa. A intervenção do enfermeiro especialista está inserida neste contexto, na medida em que, para além de assumir todas as competências intrínsecas ao seu papel de enfermeiro,

arroga outra “Ser capaz de maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.” (OE, 2010).

Por conseguinte, os cuidados de enfermagem de reabilitação são basilares, quer na maximização das capacidades e diminuição dos défices pós-cirúrgicos, quer no restabelecimento da autonomia da pessoa com conseqüente retorno à sua vida familiar, social e profissional (Pinto, 2016). Os cuidados de enfermagem de reabilitação devem ser individualizados a cada pessoa, tendo em conta a avaliação de vários fatores como a avaliação funcional e a determinação do potencial de reabilitação; reeducação funcional; avaliação sociofamiliar e dos recursos na comunidade; alta clínica e reinserção na comunidade e prevenção de novos traumatismos (Pinto, 2016).

Segundo o parecer nº12/2011 da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de reabilitação sobre atividades de vida diária, um dos objetivos primordiais do processo de reabilitação é capacitar a pessoa para o autocuidado referindo-se na reabilitação como um conjunto de atividades que as pessoas realizam de forma autónoma no dia-a-dia (atividades básicas de vida diárias e atividades instrumentais de vida diária).

O compromisso da pessoa a nível físico, cognitivo, comportamental, diminui a capacidade para o autocuidado, tornando-a mais suscetível á influência da complexidade da tarefa e do ambiente (Petronilho & Machado, 2016).

As intervenções terapêuticas para a mobilidade e autocuidado são o núcleo fundamental à prática de enfermagem de reabilitação (Hoeman, 2011). Daí, a utilização da teoria do défice do autocuidado de Orem (2001) por ser a teoria de enfermagem que melhor se adequa à avaliação da capacidade funcional do idoso com défice de mobilidade por fratura do fémur.

Os alicerces de intervenção no doente idoso com défice de mobilidade por fratura do fémur e/ou submetido a cirurgia por fratura do fémur são a mobilidade e o autocuidado.

O EEER tem um papel preponderante na reabilitação do idoso com défice de mobilidade por fratura do fémur, apontando-se a sua intervenção como fundamental nos períodos pré-operatório, pós-operatório e na continuidade do programa de reabilitação no

regresso ao domicílio. A intervenção do EEER baseia-se na reabilitação destes doentes, maximizando os seus potenciais através da aplicação de programas de reabilitação funcional e da capacitação para o autocuidado onde o ensino e treino estão patentes. O EEER através da aplicação de programas de reeducação funcional respiratória e reeducação funcional motora pretende restituir a capacidade funcional do idoso, prévia à fratura de forma a obter ganhos para a saúde (Sousa & Carvalho, 2016).

*A reeducação funcional respiratória no pré-operatório e pós-operatório da pessoa idosa submetida a cirurgia visa a prevenção e correção de alterações posturais e defeitos ventilatórios que possam advir da cirurgia, manter a permeabilidade das vias aéreas, e reeducar a pessoa ao esforço (Cordeiro & Menoita, 2012), dependendo a sua eficácia da instituição precoce do programa e da adesão da pessoa.*

*A reeducação funcional motora baseia-se na realização de exercícios terapêuticos. O exercício terapêutico consiste na realização planeada e sistemática de movimentos corporais e posturais, com o objetivo de prevenir/reduzir défices, fatores de risco, melhorando as limitações funcionais. São vários os exercícios terapêuticos com vista à redução do défice e de forma preponderante à melhoria da amplitude de movimento, força e equilíbrio (Kisner & Colby, 2016).*

O envelhecimento traduz alterações do sistema locomotor e perda de capacidade em controlar a postura e a marcha. Algumas das alterações do sistema locomotor que surgem com o processo de envelhecimento consistem na diminuição das amplitudes articulares, diminuição e perda de tónus muscular, diminuição da velocidade dos movimentos e alterações posturais de coordenação e equilíbrio (Carvalho, Silva, Rodrigues & Grilo, 2016).

Deste modo, afirmo que a prática de cuidados do EEER proporciona ganhos para a pessoa, família e para os serviços de saúde, demonstrando a importância e necessidade de existência da Enfermagem de Reabilitação em todos os contextos da prática clínica. Adiciono ainda segundo a minha perspetiva que, o processo de reabilitação no doente idoso com fratura do fémur submetido a cirurgia é comparável a uma cascata de objetivos que se relacionam e dependem uns dos outros para serem atingidos para além de outros fatores. A independência na realização das AVD's, está dependente da

capacidade de marcha do doente e esta conseqüentemente dependente do levantar e da transferência estando também eles dependentes do equilíbrio e postura corporal.

Assim no âmbito da minha aprendizagem em contexto Hospitalar, enquanto aluna da Especialidade de Reabilitação e, segundo os objetivos delineados em Projeto de Estágio, no âmbito do desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (CEEEER), pude intervir e atuar ao nível dos vários campos de intervenção:

- ❖ O relacionamento terapêutico, empático com base numa relação de ajuda;
- ❖ Na conceção, organização, planeamento, execução e da implementação de programas de: reeducação funcional cardio-respiratória; reeducação funcional motora, no âmbito da prevenção, tratamento e reinserção social da pessoa e da família nos seus contextos de vida diária, através da minha prestação de cuidados diferenciados e da realização de reuniões pré-cirúrgicas;
- ❖ Atuar ao nível da pessoa com alterações do foro respiratório: Reeducação ventilatória, com dissociação dos tempos ventilatórios; Treino da tosse para limpeza das vias aéreas; Exercícios de correção postural; Exercícios de tonificação diafragmática e intercostal; Exercícios de abertura costal, recorrendo à própria canadiana;
- ❖ Atuar ao nível da pessoa com alterações músculo-esqueléticas e osteoarticulares: Na execução das mobilizações de todos os segmentos articulares e exercícios terapêuticos no leito (ponte, automobilizações; Treino de equilíbrio sentado e em pé, estático e dinâmico); Na execução das técnicas de transferência da cama para a cadeira de rodas e desta para o sanitário; Na realização de treino de marcha com auxílio de andarilho e de canadianas; Ensinos no pós-operatório específicos à reabilitação dos doentes, através da execução de exercícios isométricos e isotónicos de todos os segmentos articulares; Posicionamentos terapêuticos, mantendo o alinhamento cefalo-caudal; Mobilização da pessoa no leito, em segurança; Exercícios de mobilização articular e fortalecimento muscular, recorrendo ao artromotor e ao treino de subir e descer escadas; Levantar e treino de equilíbrio estático e dinâmico, sentado e em pé; Transferência da cama para a cadeira de rodas e desta para o sanitário; Ensino e treino de marcha com andarilho e posteriormente com canadianas;
- ❖ Treino de vestir (lado afetado) e despir (lado são);
- ❖ Treino intestinal e vesical;
- ❖ Ensinos sobre a sexualidade;

❖ Reforço dos ensinamentos de preparação da pessoa / família para a alta do internamento hospitalar;

❖ Na avaliação, através da ida à consulta externa e parceria com as colegas que lá prestam cuidados, após alta (24h / 72h) para identificar possíveis complicações ou necessidades a registar.

As competências específicas do EEER encontram-se intimamente relacionadas não sendo possível, ao analisar uma determinada situação da prática, dissociá-las. Ainda assim, e apesar de já ter descrito que o meu agir promove a maximização da funcionalidade da pessoa, é importante referir que a temática da mobilidade/imobilidade marcou, sem dúvida, o meu EC. Segundo Pestana (2017, p.53) “a mobilidade de forma geral e a capacidade da pessoa se deslocar no ambiente são componentes da função física extremamente importantes, constituindo pré-requisitos para a execução das AVD e a manutenção da independência.”.

Concordantemente com esta abordagem verifico na literatura que “o comprometimento da função neuromuscular e a diminuição da amplitude de movimento geram limitações funcionais que dificultam a execução das AVD.” (Pestana, 2017, p. 53), situação que se verificou, onde a imobilidade teve impacto ao nível da funcionalidade dos utentes, como o exemplo da utente do meu estudo de caso. A tipologia de intervenções que implementei assim como os resultados que obtive na prática estão de acordo com a literatura na medida em que quando o EEER trabalha as questões relacionadas com a mobilidade, está a contribuir para a promoção da autonomia e da independência da pessoa ao nível dos autocuidados (Pestana, 2017).

A vivência desta experiência suscitou-me várias questões sobre as quais não tinha refletido anteriormente, nomeadamente em que medida é que o enfermeiro de reabilitação faz a diferença nestas situações? Nesta realidade onde realizei o meu EC os enfermeiros de reabilitação são distribuídos pelos turnos de igual modo e prestando os mesmos cuidados gerais que os restantes colegas, necessitando de promover um tempo a mais, durante o turno, para poderem realizar os cuidados de reabilitação. No entanto, ao longo de cada horário, existe um turno específico, uma vez por semana e normalmente à 2ª feira, onde está escalado um EEER das 12h-20h30, onde presta cuidados exclusivos de ER a todos os utentes do serviço. Sinto que a minha permanência no serviço, durante os

vários turnos que realizei, principalmente nesse turno específico do EEER, permitiu-me compreender a importância que tem, para o serviço e para os doentes, o facto dos enfermeiros de reabilitação terem o seu próprio espaço para praticar apenas os cuidados especializados de enfermagem de reabilitação. Penso que, se tal for possível com mais frequência, ou quiçá, passar a ser implementado esse turno todos os dias, então os utentes não terão que “esperar” vários dias tendencialmente mais despersonalizados e perdendo a sua funcionalidade devido a uma maior imobilidade.

Há um vasto leque de aspetos positivos a retirar desta experiência e do caso clínico que me debrucei, atrevo-me até a afirmar que estas nove semanas deste EC traduziram-se num crescimento exponencial profissionalmente, enquanto futura EEER, mostrando-me a verdadeira essência da reabilitação, mesmo face a todas as limitações e por vezes contrariedades que possam existir no serviço. Se por um lado, permitiram que eu implementasse programas de reeducação funcional motora e respiratória, como forma de promover a funcionalidade dos utentes e potenciar a sua mobilidade, por outro lado permitiram-me também perceber a diferença que podem fazer os enfermeiros de reabilitação nos serviços de internamento, como promotores, disponíveis, da funcionalidade e autocuidado da pessoa, sempre de mãos dadas com a sua multidimensionalidade.

No que se refere ao quadro de referência de enfermagem que escolhi para orientar este meu percurso de desenvolvimento de competências, considero que marcou presença constante ao longo dos vários momentos de EC, orientando o meu modo de pensar a enfermagem de reabilitação e de agir quer no planeamento, quer na prestação direta de cuidados. Perante as várias situações com que me deparei no contexto prático, delineei um plano de intervenção de ER, salientado por Orem como ferramenta essencial para a obtenção dos resultados desejados, adaptado às necessidades identificadas e debatido sempre com os enfermeiros orientadores clínicos. O quadro de referência escolhido assumiu-se como uma mais-valia na medida em que pautou a direção das intervenções que implementei para a constante promoção do autocuidado sempre com o objetivo de possibilitar a autonomia progressiva da pessoa na autossatisfação das suas necessidades e, portanto de acordo com os pressupostos definidos na teoria de Orem. Estas minhas intervenções oscilaram sempre entre o sistema de atuação parcialmente

compensatório e o sistema apoio-educação de acordo com a condição da pessoa/família/cuidadores e com vista à sua recuperação e à adoção de medidas de promoção da saúde. Neste sentido, em todas as intervenções que desenvolvi, mais do que fazer por, eu atuei com intenção de ensinar e assistir o doente/família/cuidadores na realização das ações, em vez de os substituir.

Neste sentido pude assimilar e por em prática as competências específicas do EEER, junto das pessoas com necessidades especiais e o seu papel de empreendedorismo, na medida em que concebe e implementa intervenções, procurando otimizar e/ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. Atuei com a equipa de enfermagem na criação e na implementação de programas de treino de AVD's (Atividades de Vida Diária), visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia no exercício dos autocuidados, essencialmente programas de treino motor e cardiorrespiratório, essenciais à aquisição de independência autonomia.

As intervenções que realizei assim como os resultados que obtive, possibilitaram uma evolução positiva na recuperação ao longo do tempo de internamento, culminando com a maximização da funcionalidade dos doentes traduzida numa maior capacidade funcional e de autocuidado no momento da alta hospitalar. Dado que as limitações funcionais são muito incidentes na população internada neste tipo de serviço hospitalar, tive a necessidade de me articular diariamente com os vários elementos da equipa multidisciplinar como fisioterapeutas, enfermeiros de cuidados gerais, médicos, assistentes operacionais, etc., traçando programas de reabilitação que contemplassem os *inputs* destes vários intervenientes. Neste contexto de ensino clínico, um dos principais fatores redutores com que me deparei, foi o facto de implementar os programas de ER com vista à maximização da funcionalidade da pessoa e à promoção da sua autonomia, sem que no entanto me fosse possível avaliar presencialmente aquela que iria ser a residência do doente após a alta hospitalar. A meu ver seria fundamental não só do ponto de vista dos cuidados de reabilitação de modo a adaptar os treinos específicos de AVD de acordo com aquelas que irão passar a ser as exigências específicas impostas pelo ambiente após a alta (ex.: realizar treino de marcha com andarilho com um doente que irá necessitar de utilizar como apoio de marcha um tripé por não ter espaço suficiente no

domicílio para realizar marcha com andarilho), mas também porque deste modo poderia ser um recurso para o doente e para a família/cuidadores, facilitador e promotor de um ambiente domiciliário inclusivo, promotor da autonomia. Como forma de colmatar esta limitação sentida, procurei avaliar o mais detalhadamente possível o ambiente domiciliário através da entrevista ao doente/famíliares/cuidadores, numa tentativa de o caracterizar e de aconselhar em possíveis adaptações. Enquanto interveniente no meio hospitalar, o enfermeiro de reabilitação tem controlo sobre o ambiente na medida em que pode ou deve adaptar as unidades de acordo com as necessidades de reabilitação identificadas. Assim, considero o enfermeiro de reabilitação o perito em termos de consultoria e aconselhamento no sentido de promover a autonomia do doente naquele que é o seu espaço de vida. A experiência que tive, permitiu-me realizar ensinamentos ao doente de acordo com as necessidades identificadas e possibilitar que este treine, sob a minha supervisão, as técnicas ou exercícios que deverá realizar no seu domicílio.

Esta experiência e este caso em particular fez-me compreender a importância do EEER na continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. Cuidados estes vitais tanto na atuação direta com o utente, como na importância da intervenção sobre o prestador de cuidados na manutenção desses mesmos. Apesar de ter sido um cuidador presente, tratava-se de um idoso a cuidar de outro idoso, necessitando de apoio, reforços de ensinamentos e orientação na comunidade ao qual pertence por parte do EEER.

Este é um caso face a tantos outros que presenciei, que além destes défices, surgem casos da não existência de cuidador, outros mesmos tendo cuidador é como se não tivesse, pois são seres humanos muitas vezes “largados” ao abandono, aos maus tratos, à falta de carinho, de afeto e até de alimentação. Com isto percebi que as questões financeiras muitas vezes são tão ou mais importantes, quanto ter uma família que valorize, que cuide de quem já cuidou de si.

Estes factos supracitados suscitaram em mim uma grande inquietude e consciencialização de uma realidade que urge resolução, levando-me a questionar: o que é feito dos nossos idosos? O que se faz pelos mesmos? Que acessibilidades têm? Que investimento de promoção e educação para a saúde se está a fazer? Como reduzir os riscos evidenciados na literatura e estatísticas? Onde está o EEER face a esta população? Quais as intervenções a serem implementadas e executadas? De quem é a responsabilidade dos cuidados de saúde?

E decididamente, termino esta minha reflexão com a conclusão major desta minha preocupação, levando a certeza de que com o próximo EC, seja lançada a primeira pedra e erguida a primeira viga para a “construção de uma ponte onde se circule nos dois sentidos”, a ARTICULAÇÃO ENTRE AS DIVERSAS ENTIDADES DE SAÚDE (Hospitais e Centros de Saúde), de forma a promover e a assegurar a continuidade de cuidados ao utente/família/cuidador.

## 6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carvalho, A. C., Silva, C., Rodrigues, M. & Grilo, V. (2016). Terapêutica de posição no idoso. In M. J. Lourenço, Ó. Ferreira & C. L. Baixinho (Eds.), *Terapêutica de posição: Contributo para um cuidado de saúde seguro* (pp. 221-236). Loures: Lusodidacta;

Cordeiro, M. & Menoita, F. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência;

Direção Geral de Saúde, 2003. Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso, Recomendações para Intervenção Terapêutica. Lisboa.

Direção Geral de Saúde, 2012. Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto: COM MAIS CUIDADO - Prevenção de acidentes domésticos com pessoas Idosas. Manual de Apoio e Formulário. Lisboa.

Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4ª ed. Loures: Lusodidacta;

Kisner, C. & Colby, L. A. (2016). *Exercícios terapêuticos: Fundamentos e técnicas*. 6ª ed. São Paulo: Manole;

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidadores especializados em enfermagem de reabilitação, 1–16. Obtido de <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceereabilitacao.pdf>

Ordem dos enfermeiros (2015). Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PQCER). Lisboa. Retrieved from: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER Assembleia/Core Indicadores por Categoria de Enunciados Descrip PQCER.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrip_PQCER.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional. Retrieved from: [www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ\\_Deontologia\\_2015\\_Web.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8444-35-6.

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

Organização Mundial de Saúde (2015). Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf);

Parecer Nº 12/2011. (2011). Parecer sobre Actividades de Vida Diária. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12\\_MCEER\\_18\\_11\\_2011\\_ActividadesVidaDiaria\\_AVD.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf);

- Pestana, H. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.47 – 56). Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-73-4.
- Petronilho, F. & Machado, M. (2016). Teorias de enfermagem e autocuidado: Contributos para a construção do cuidado de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 3-14). Loures: Lusodidacta;
- Rocha, M. A., Azer, H. W., & Nascimento, V. G. (2009). *Evolução funcional nas fraturas da extremidade proximal do fêmur*. *Acta Ortopédica Brasileira*, 17(1), 17-21.
- Santos, L. (2016). O processo de Reabilitação. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta. 15-24
- Serra, L. M. A., Oliveira, A. F. & Castro, J. C. (2012). *Critérios Fundamentais em fraturas e ortopedia*. 3ªed. Lisboa: Lidel;
- Smeltzer, S. C. (2011). *Cuidados de enfermagem pré-operatórios*. In *Brunner e Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (12.ª ed.) (pp. 423-439). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Sousa, L. & Carvalho, M. L. (2016). Pessoa com fratura da extremidade superior do fêmur. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 421-431). Loures: Lusodidacta;

UNFPA (2012). Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio. Nova Iorque.

Disponível em: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary\\_0.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf);

## **APÊNDICE V – Jornal de Aprendizagem do Ensino Clínico Comunitário**

**10ª Curso de Mestrado em Enfermagem**  
***Área de Especialização em Enfermagem de***  
***Reabilitação***

Estágio com Relatório

**Reflexão**

**Local de Estágio:** Unidade de Cuidados na Comunidade de  
[REDACTED] – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

**Sofia Tomé**  
**Nº8982**

**Docente Orientador:** Enf.ª Cristina Baixinho

**Enfermeira Orientadora:** Enf.ª [REDACTED]

**Lisboa**

**2020**



## REFLEXÃO

Esta reflexão tem como intuito descrever a dinâmica experienciada neste campo de estágio, onde pude desenvolver as competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, a pessoas com problemas de incapacidade, limitação da atividade ou restrição de participação, nos diferentes contextos de cuidados, tendo em vista a sua reabilitação e reintegração social.

Do mesmo modo que o anterior jornal de aprendizagem pretendo com a realização deste, o relato do crescimento e maturação profissional sentidos, bem como, a expressão da transformação e evolução, por mim sentidas ao longo das 9 semanas de ensino clínico, no âmbito da aquisição de competências de enfermeiro especialista de reabilitação na comunidade. Para a elaboração deste documento mantenho como base o ciclo reflexivo de Gibbs, utilizando a descrição/reflexão de uma ou mais situações, pensamentos e sentimentos vivenciados, avaliação da experiência, análise e conclusão obtida.

Este estágio foi a complementaridade do anterior, para dar resposta ao meu Tema de Projeto *“A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do Autocuidado da Pessoa Idosa com Fratura da Extremidade Proximal do Fémur, no regresso a casa”*.

Percebi que este local de estágio era de extrema importância, pois dispõe de uma equipa de três enfermeiros especialistas de reabilitação (neste pólo), agregando-se a mais três EEER de outros dois pólos, um enfermeiro generalista e um enfermeiro especialista em médico cirúrgica, que constituem a ECCI. Os EEER prestam cuidados enquanto enfermeiros de reabilitação na comunidade, à pessoa em situação de dependência, desde cuidados gerais a cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, vendo a pessoa como um todo. A missão desta equipa é ajudar a pessoa a recuperar ou manter a sua autonomia e maximizar a sua qualidade de vida. Esta ECCI funciona no seio de uma equipa multidisciplinar composta para além dos enfermeiros supracitados, pelos médicos de família de cada utente, psicóloga, assistente social, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Nesta equipa os enfermeiros são sempre os gestores de caso, responsáveis pela articulação com toda a equipa multidisciplinar, bem como pelos recursos na comunidade e hospitais de referência.

O fenómeno do envelhecimento tem suscitado um interesse global, uma vez que aliado à conquista de mais anos de vida, também se associa a diminuição da taxa de natalidade, a crescente instabilidade dos laços familiares, a indisponibilidade familiar em dar apoio efetivo aos idosos, a crescente incapacidade dos sistemas de proteção social e as constantes mudanças das relações sociais que agravam e diminuem a qualidade de vida das pessoas mais velhas, associado a um conjunto de mudanças complexas, como alterações biológicas e fisiológicas, levando a um aumento do risco de desenvolver patologias assim como ao declínio geral das suas capacidades físicas e intelectuais (OMS, 2015).

Deste modo, o enfermeiro de reabilitação tem um papel fundamental na promoção e na manutenção da saúde da pessoa idosa, norteado por uma assistência direta nos vários níveis de complexidade, compreendendo uma abordagem holística e compartilhada, onde o idoso/família/comunidade tem o seu papel preservado.

Concretamente a este local de estágio, assumiu-se como imprescindível para a tomada de consciência e estruturação do meu pensamento crítico na área da enfermagem de reabilitação e, conseqüentemente, para o desenvolvimento das competências previstas.

Através da minha reflexão crítica, construí uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que tem como suporte o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática, indo ao encontro da temática do problema identificado. Assim, produz-se conhecimento, indo de encontro ao preconizado pelos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011).

O aumento da longevidade é uma das preocupações da Organização Mundial de Saúde (2014), que delineia como prioridade a elaboração de estratégias que promovam um envelhecimento com qualidade. Neste contexto, reforçou a abordagem do processo “envelhecimento ativo”, tendo como alicerce a promoção da saúde e a prevenção da doença.

De acordo com a Direção Geral da Saúde (2014) o envelhecimento ativo visa dar uma imagem positiva do idoso, demonstrando a importância que o aumento da longevidade tem para a sociedade.

São os idosos que maior número de exigências e desafios colocam aos cuidados de saúde, tendo como finalidade a promoção de saúde e bem – estar, e para fazer face às situações de morbilidade e dependência, emerge a pertinência de um modelo orientador dirigido à prevenção, tratamento da doença e à promoção da saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Em resposta a um conjunto de preocupações resultantes tanto dos novos paradigmas da saúde e da doença como dos contextos em que estas se processam surgiu o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (Direção Geral de Saúde, 2006). É com uma responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de ações cada vez mais próximas dos cidadãos que o Estado Português desenvolve estratégias centradas no idoso, de forma a promover a sua autonomia, indo de encontro às suas necessidades e às dos que o rodeiam de forma a “ (...) minimizar os custos, evitar dependências, humanizar os cuidados e ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e o envelhecimento da população” (Direção Geral da Saúde, 2006, p. 6). Deste programa ressaltam três pilares fundamentais: promoção de um envelhecimento ativo, ao longo de toda a vida; maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas; promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência.

A enfermagem surge na primeira linha do cuidar, afirmando plenamente a sua identidade na preocupação, na valorização social e na importância de “pequenas coisas” da vida, que são um contributo essencial para a saúde dos utentes (Hesbeen, 2003). O cuidar não poderá ser programável, pré estabelecido ou repetido de utente para utente, deve ser imbuído de um processo de crescimento, de desenvolvimento constante e com o poder de conduzir à transformação.

Como elemento de uma equipa multidisciplinar, que agrega a prestação de cuidados holísticos, o enfermeiro, teve necessidade de reunir um corpo de conhecimentos mais especializados, baseando-se no respeito pelas motivações e necessidades individuais dos cuidadores e recetores. Através de um processo que tem por base o primeiro estadio de doença ou acidente, passando por uma fase de recuperação até à readaptação funcional da sua nova condição, a Enfermagem de Reabilitação deve integrar ações convergentes e sinérgicas, seguindo uma estratégia, exprimindo a necessidade de agir para que a “cronicidade” do indivíduo não se traduza numa real desvantagem, “handicap”, e por fim

“(...)o tempo a mais de vida seja também um tempo rico em vida ainda compatível com o desenvolvimento das pessoas e que não se limite a uma espera, por vezes vividas como uma espécie de fardo(...)” (Hesbeen, 2003, p.33).

O papel do enfermeiro de reabilitação na promoção de saúde na comunidade torna-se ainda mais sonante quando, associado ao problema individual da pessoa, insere a família como um todo, como um sistema interativo, que para além da soma dos seus membros, a engloba como uma unidade básica ou primária, tal como muitas outras o são (instituições de saúde, ensino, religiosas ou económicas), uma vez que todas fazem parte de um sistema mais vasto que é a sociedade.

Assim, a enfermagem de reabilitação é considerada “uma intervenção criativa para conseguir a máxima funcionalidade e a melhor qualidade de vida” (Hoeman, 2011:1), para tal, no âmbito das 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, 2011:4).

Tendo como foco de atenção a pessoa com deficiência ou limitação da atividade, o enfermeiro de reabilitação, identifica os fatores que condicionam a independência na realização das AVD`s no contexto da vida da pessoa, avalia a capacidade funcional para a realização das mesmas, bem como, elabora e implementa programa de treino de AVD`s, visando a adaptação às limitações da mobilidade, maximizando a autonomia e a qualidade de vida.

No âmbito das suas competências, o enfermeiro de reabilitação, seleciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), ensina e supervisa a sua utilização, tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa (Regulamento 125/2011).

Durante este estágio em contexto comunitário, verificou-se a importância dos domínios da mobilidade funcional: capacidades de mobilidade funcional; AVD`s e atividades instrumentais de vida diária, para o planeamento e implementação das intervenções de reabilitação que visam a adaptação da pessoa ao meio, por forma a maximizar a mobilidade, a funcionalidade na realização das AVD`s e a capacitação para a reinserção da pessoa na vida familiar e social. Neste contexto de cuidados, o enfermeiro de reabilitação está numa posição privilegiada para promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social (Regulamento 125/2011).

Ao longo do ensino clínico foi possível verificar que uma completa avaliação de enfermagem de reabilitação permite identificar as limitações e principalmente, a capacidade funcional da pessoa, por forma a rentabilizá-la na promoção da sua máxima independência, através da implementação de planos de intervenção baseados nas necessidades da pessoa, em que a mesma fica idealmente mais envolvida na definição metas de reabilitação e em discutir os planos de intervenção de reabilitação.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação a doentes do foro ortotraumatológico submetidos a intervenção cirúrgica devem ser iniciados o mais precocemente possível e ter como principais objetivos diminuir a dor, aumentar a força muscular, melhorar a amplitude articular e diminuir a incapacidade, para que, deste modo, se evitem complicações pós-operatórias, com maior participação na realização de atividades de vida diárias, melhoria da qualidade de vida e aumento do nível de autoestima (Hoeman, 2011).

Através deste ensino clínico (EC) testemunhei que o EEER é considerado um dos participantes mais ativos do processo de reabilitação, que atua de forma contínua nos vários períodos do processo cirúrgico. Um dos grandes momentos em que o EEER atua é o período pós-operatório, o período mais importante. O pós-operatório permite dar continuidade ao processo de reabilitação iniciado no pré-operatório, permitindo validar os ensinamentos realizados e avaliar as necessidades do doente neste período de forma a atuar em função dos objetivos do mesmo.

Igualmente, neste EC, testemunhei que o EEER vê a pessoa (utente) como tendo corpo e mente inseparáveis, e deve manter o equilíbrio emocional e físico, o que implica obter ajuda para readquirir independência o mais rapidamente possível. O utente não está sozinho - utente e família são uma unidade, e o apoio prestado à família/cuidador do utente é fundamental em contexto comunitário, na fase de readaptação.

Para além dos cuidados de enfermeiro generalista, o enfermeiro de reabilitação tem um papel preponderante na recuperação do idoso com fratura de fémur, visto que, a sua intervenção tem como objetivo a restituição da capacidade funcional que a pessoa tinha antes da fratura, minimizando a incapacidade e a dependência, aumentando desta forma a autonomia e conseqüentemente a qualidade de vida (Sousa & Carvalho, 2016). São inúmeras as intervenções que o enfermeiro de reabilitação aplica no seu programa de

reabilitação, salientando-se algumas delas como, levante precoce, a mobilização articular, o fortalecimento muscular e o treino de marcha que permitem obter ganhos significativos para a pessoa, sua família e para os serviços de saúde.

As questões relacionadas com as fraturas dos membros inferiores e todas as problemáticas que delas advém (autocuidado comprometido, mobilidade alterada, perda de autonomia e modificações da sexualidade), permitiram-me desenvolver uma grande sensibilidade na avaliação criteriosa das queixas apresentadas pelos doentes, da sua história de saúde, dos fatores facilitadores adotados potenciadores da autonomia e, do impacto e da necessidade de reajuste ao nível das AVD e do ambiente, que estas problemáticas impõem à pessoa.

Refletindo particularmente sobre a utente envolvida, a sua patologia, as suas necessidades, a sua família, a sua comunidade, o seu programa de reabilitação, posso dizer que na escolha esteve presente o fato de ser uma pessoa com necessidades intrínsecas aos cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de reabilitação (EEER), bem como exemplo integral que reflete toda a evidência científica por mim já revista, traduzida em todos os seus antecedentes pessoais. Analisando a situação, posso concluir que a intervenção do ER assume uma importância fulcral perante a pessoa em contexto comunitário pois representa o profissional de maior proximidade, com competências que lhe conferem respostas/apoio de extrema qualidade.

*A reeducação funcional motora* baseia-se na realização de exercícios terapêuticos. O exercício terapêutico consiste na realização planeada e sistemática de movimentos corporais e posturais, com o objetivo de prevenir/reduzir défices, fatores de risco, melhorando as limitações funcionais. São vários os exercícios terapêuticos com vista à redução do défice e de forma preponderante à melhoria da amplitude de movimento, força e equilíbrio (Kisner & Colby, 2016).

O envelhecimento traduz alterações do sistema locomotor e perda de capacidade em controlar a postura e a marcha. Algumas das alterações do sistema locomotor que surgem com o processo de envelhecimento consistem na diminuição das amplitudes articulares, diminuição e perda de tónus muscular, diminuição da velocidade dos

movimentos e alterações posturais de coordenação e equilíbrio (Carvalho, Silva, Rodrigues & Grilo, 2016).

Deste modo, afirmo que a prática de cuidados do EEER proporciona ganhos para a pessoa, família e para os serviços de saúde, demonstrando a importância e necessidade de existência da Enfermagem de Reabilitação em todos os contextos da prática clínica. Adiciono ainda segundo a minha perspectiva que, o processo de reabilitação no doente idoso com fratura do fémur submetido a cirurgia é comparável a uma cascata de objetivos que se relacionam e dependem uns dos outros para serem atingidos para além de outros fatores. A independência na realização das AVD's, está dependente da capacidade de marcha do doente e esta conseqüentemente dependente do levantar e da transferência estando também eles dependentes do equilíbrio e postura corporal.

Assim no âmbito da minha aprendizagem em contexto Comunitário, enquanto aluna da Especialidade de Reabilitação e, segundo os objetivos delineados em Projeto de Estágio, no âmbito do desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (CEEEER), pude intervir e atuar ao nível dos vários campos de intervenção:

- ❖ O relacionamento terapêutico, empático com base numa relação de ajuda;
- ❖ Na conceção, organização, planeamento, execução e da implementação de programas de: reeducação funcional cardio-respiratória; reeducação funcional motora, no âmbito da prevenção, tratamento e reinserção social da pessoa e da família nos seus contextos de vida diária, através da minha prestação de cuidados diferenciados e da articulação com as outras entidades de saúde e recursos com da comunidade;
- ❖ Atuar ao nível da pessoa com alterações do foro respiratório: Reeducação ventilatória, com dissociação dos tempos ventilatórios; Treino da tosse para limpeza das vias aéreas; Exercícios de correção postural; Exercícios de tonificação diafragmática e intercostal; Exercícios de abertura costal, recorrendo à própria canadiana;
- ❖ Atuar ao nível da pessoa com alterações músculo-esqueléticas e osteoarticulares: Na execução das mobilizações de todos os segmentos articulares e exercícios terapêuticos no leito (ponte, automobilizações; Treino de equilíbrio sentado e em pé, estático e dinâmico); Na execução das técnicas de transferência da cama para o sofá e deste para a cama, para a sanita; Na realização de treino de marcha com auxílio de andarilho; Ensinos de exercícios

isométricos e isotônicos de todos os segmentos articulares; Posicionamentos terapêuticos, mantendo o alinhamento cefalo-caudal; Mobilização da pessoa no leito, em segurança; Exercícios de mobilização articular e fortalecimento muscular, recorrendo ao artromotor e ao treino de subir e descer escadas; Levante e treino de equilíbrio estático e dinâmico, sentado e em pé; Treino de entrada e saída do automóvel;

- ❖ Treino de vestir (lado afetado) e despir (lado são);
- ❖ Treino intestinal e vesical;
- ❖ Ensinos sobre a sexualidade;
- ❖ Articulação com os restantes elementos da ECCI;
- ❖ Ajudas técnicas.

As competências específicas do EEER encontram-se intimamente relacionadas não sendo possível, ao analisar uma determinada situação da prática, dissociá-las. Ainda assim, e apesar de já ter descrito que o meu agir promove a maximização da funcionalidade da pessoa, é importante referir que a temática da mobilidade/imobilidade marcou, sem dúvida, o meu EC. Segundo Pestana (2017, p.53) “a mobilidade de forma geral e a capacidade da pessoa se deslocar no ambiente são componentes da função física extremamente importantes, constituindo pré-requisitos para a execução das AVD e a manutenção da independência.”.

Há um vasto leque de aspetos positivos a retirar desta experiência e do caso clínico que me debrucei, atrevo-me até a afirmar que estas nove semanas deste EC traduziram-se num crescimento exponencial profissionalmente, enquanto futura EEER, mostrando-me a verdadeira essência da reabilitação, mesmo face a todas as limitações e por vezes contrariedades que possam existir na unidade. Se por um lado, permitiram que eu implementasse programas de reeducação funcional motora e respiratória, como forma de promover a funcionalidade dos utentes e potenciar a sua mobilidade, por outro lado permitiram-me também perceber a diferença que podem fazer os enfermeiros de reabilitação nos serviços de cuidados de saúde primários, como promotores, disponíveis, da funcionalidade e autocuidado da pessoa, sempre de mãos dadas com a sua multidimensionalidade.

No que se refere ao quadro de referência de enfermagem que escolhi para orientar este meu percurso de desenvolvimento de competências, considero que marcou

presença constante ao longo dos vários momentos de EC, orientando o meu modo de pensar a enfermagem de reabilitação e de agir quer no planeamento, quer na prestação direta de cuidados. Perante as várias situações com que me deparei no contexto prático, delineei um plano de intervenção de ER, salientado por Orem como ferramenta essencial para a obtenção dos resultados desejados, adaptado às necessidades identificadas e debatido sempre com os enfermeiros orientadores clínicos. O quadro de referência escolhido assumiu-se como uma mais-valia na medida em que pautou a direção das intervenções que implementei para a constante promoção do autocuidado sempre com o objetivo de possibilitar a autonomia progressiva da pessoa na autossatisfação das suas necessidades e, portanto de acordo com os pressupostos definidos na teoria de Orem. Estas minhas intervenções oscilaram sempre entre o sistema de atuação parcialmente compensatório e o sistema apoio-educação de acordo com a condição da pessoa/família/cuidadores e com vista à sua recuperação e à adoção de medidas de promoção da saúde. Neste sentido, em todas as intervenções que desenvolvi, mais do que fazer por, eu atuei com intenção de ensinar e assistir o doente/família/cuidadores na realização das ações, em vez de os substituir.

Neste sentido pude assimilar e por em prática as competências específicas do EEER, junto das pessoas com necessidades especiais e o seu papel de empreendedorismo, na medida em que concebe e implementa intervenções, procurando otimizar e/ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. Atuei com a equipa de enfermagem na criação e na implementação de programas de treino de AVD's (Atividades de Vida Diária), visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia no exercício dos autocuidados, essencialmente programas de treino motor e cardiorrespiratório, essenciais à aquisição de independência autonomia.

## 6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carvalho, A. C., Silva, C., Rodrigues, M. & Grilo, V. (2016). Terapêutica de posição no idoso. In M. J. Lourenço, Ó. Ferreira & C. L. Baixinho (Eds.), *Terapêutica de posição: Contributo para um cuidado de saúde seguro* (pp. 221-236). Loures: Lusodidacta;

Cordeiro, M. & Menoita, F. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência;

Direção Geral de Saúde, 2003. *Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso, Recomendações para Intervenção Terapêutica*. Lisboa.

Direção Geral de Saúde, 2012. Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto: COM MAIS CUIDADO - Prevenção de acidentes domésticos com pessoas Idosas. Manual de Apoio e Formulário. Lisboa.

Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4ª ed. Loures: Lusodidacta;

Kisner, C. & Colby, L. A. (2016). *Exercícios terapêuticos: Fundamentos e técnicas*. 6ª ed. São Paulo: Manole;

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidadores especializados em enfermagem de reabilitação, 1–16. Obtido de <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceereabilitacao.pdf>

Ordem dos enfermeiros (2015). Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PQCER). Lisboa. Retrieved from: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/Core Indicadores por Categoria de Enunciados Descrit PQCER.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core%20Indicadores%20por%20Categoria%20de%20Enunciados%20Descrit%20PQCER.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional. Retrieved from: [www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ\\_Deontologia\\_2015\\_Web.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8444-35-6.

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

Organização Mundial de Saúde (2015). Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf);

Parecer Nº 12/2011. (2011). Parecer sobre Actividades de Vida Diária. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Disponível em:

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12\\_MCEER\\_18\\_11\\_2011\\_ActividadesVidaDiaria\\_AVD.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf);

Pestana, H. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.47 – 56). Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-73-4.

Petronilho, F. & Machado, M. (2016). Teorias de enfermagem e autocuidado: Contributos para a construção do cuidado de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 3-14). Loures: Lusodidacta;

Rocha, M. A., Azer, H. W., & Nascimento, V. G. (2009). *Evolução funcional nas fraturas da extremidade proximal do fêmur*. Acta Ortopédica Brasileira, 17(1), 17-21.

Santos, L. (2016). O processo de Reabilitação. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta. 15-24

Serra, L. M. A., Oliveira, A. F. & Castro, J. C. (2012). *Critérios Fundamentais em fraturas e ortopedia*. 3ªed. Lisboa: Lidel;

Smeltzer, S. C. (2011). *Cuidados de enfermagem pré-operatórios*. In Brunner e Suddarth *tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (12.ª ed.) (pp. 423-439). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

Sousa, L. & Carvalho, M. L. (2016). Pessoa com fratura da extremidade superior do fémur.  
In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 421-431). Loures: Lusodi-dacta;

UNFPA (2012). Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio. Nova Iorque.  
Disponível em: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary\\_0.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf);

**APÊNDICE VI – Descrição das Atividades segundo os Objetivos definidos para o Internamento Hospitalar e para a Comunidade (Equipa de Cuidados Continuados Integrados - ECCI)**

**Descrição das Atividades segundo os Objetivos definidos para o Internamento Hospitalar e para a Comunidade  
(Equipa de Cuidados Continuados Integrados - ECCI)**

Objetivos	Competências
<p>Caracterizar as dinâmicas orgânico-funcionais dos locais de ensino clínico</p>	<p>Para responder a este objetivo foi necessário desenvolver atividades já enunciadas em projeto (ver apêndice I), podendo dar resposta às competências <b>A – Responsabilidade profissional ética e legal</b> (A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais); <b>B Domínio da melhoria da qualidade</b> (B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro, B3.1- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo); <b>C- Domínio da gestão de cuidados</b> (C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; C1.1- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão); <b>D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b> (D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2. Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões</p>

	<p>de conhecimento, D2.1-Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade, D2.2- Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade; D2.3- Provê liderança e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho).</p>
<p>Analisar as intervenções do EEER, nomeadamente no âmbito dos cuidados à pessoa idosa com Fratura da Extremidade Proximal do Fémur (FEPF)</p>	<p>Para responder a este objetivo foi necessário desenvolver atividades já enunciadas em projeto (ver apêndice I), podendo dar resposta às competências <b>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b> (J1.1 Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações, J1.2 Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade, J1.3 Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade, J1.4 Avalia</p>

	<p>os resultados das intervenções implementadas); <b>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</b> (J2.1 Elabora e implementa plano de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida, J2.2- Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social); <b>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</b> (J3.1 Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório, J3.2 Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados).</p>
<p>Desenvolver competências na prestação de cuidados de ER à pessoa/família/cuidador com FEPP</p>	<p>Para responder a este objetivo foi necessário desenvolver atividades já enunciadas em projeto (ver apêndice I), podendo dar resposta às competências <b>A. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</b> (A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais); <b>B- Domínio da melhoria da qualidade</b> (B3. Cria e mantém um ambiente</p>

	<p>terapêutico e seguro); <b>C – Domínio da gestão de cuidados</b> (C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional); <b>D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b> (D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento); <b>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b> (J1.1 – Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades, J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa).</p>
<p>Planear intervenções de enfermagem, relativas aos programas de reabilitação respiratória e motora, quer em estágio hospitalar, como no domicílio, nomeadamente na pessoa idosa com FEPP</p>	<p>Para responder a este objetivo foi necessário desenvolver atividades já enunciadas em projeto (ver apêndice I), podendo dar resposta às competências <b>J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b> (J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades, J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover</p>

	<p>capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto - cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade, J1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio- -respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas); <b>J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</b> (J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida, J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social); <b>J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</b> (J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor e cardio –respiratório, J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor e cardio -respiratório em função dos resultados esperados).</p>
--	---

Prestar cuidados de enfermagem, relativos aos programas de reabilitação respiratória e motora, quer em estágio hospitalar, como no domicílio, nomeadamente na pessoa idosa com FEPF

Para responder a este objetivo foi necessário desenvolver atividades já enunciadas em projeto (ver apêndice I), podendo dar resposta às competências **J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados** (J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades, J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto - cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade, J1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio- -respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas); **J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania** (J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida, J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social);

	<p><b>J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</b> (J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório, J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados).</p>
<p>Avaliar as intervenções de enfermagem, relativas aos programas de reabilitação respiratória e motora, quer em estágio hospitalar, como no domicílio, nomeadamente na pessoa idosa com FEPP</p>	<p>Para responder a este objetivo foi necessário desenvolver atividades já enunciadas em projeto (ver apêndice I), podendo dar resposta às competências <b>J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b> (J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades, J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade, J1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas); <b>J2 — Capacita a pessoa</b></p>

	<p><b>com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</b> (J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida, J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social); <b>J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</b> (J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório, J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados).</p>
<p>Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família/cuidador com FEPE, tendo por base a evidência científica mais atual, com vista à promoção do autocuidado.</p>	<p>Para responder a este objetivo foi necessário desenvolver atividades já enunciadas em projeto (ver apêndice I), podendo dar resposta às competências <b>A. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</b> (A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais); <b>B- Domínio da melhoria da qualidade</b> (B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro); <b>D - Domínio do desenvolvimento das</b></p>

	<p><b>aprendizagens profissionais</b> (D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento);</p> <p><b>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b> (J1.1 Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades); <b>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</b> (J2.1 Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida); <b>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</b></p>
<p>Capacitar a pessoa com patologia ortotraumatológica e a sua família, de forma a reconhecer possíveis sinais de complicações e a minimizar riscos</p>	<p>Para responder a este objetivo foi necessário desenvolver atividades já enunciadas em projeto (ver apêndice I), podendo dar resposta às competências <b>J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b> (J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades, J1.2 —</p>

	<p>Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto - cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade).</p>
<p>Conceber planos individualizados de preparação para o regresso a casa, incluindo o assegurar dos conhecimentos da pessoa/familiares/cuidadores, indispensável aos cuidados de saúde após alta</p>	<p>Para responder a este objetivo foi necessário desenvolver atividades já enunciadas em projeto (ver apêndice I), podendo dar resposta às competências <b>J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b> (J1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, J1.3.3 — Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do auto -cuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade), J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas).</p>
<p>Elaborar o relatório final do projeto de estágio</p>	<p>Para responder a este objetivo foi necessário desenvolver atividades já enunciadas em projeto (ver apêndice</p>

	<p>l), podendo dar resposta às competências <b>D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b> (D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade; D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento).</p>
--	---

**APÊNDICE VII – Apresentação de formação em serviço no Serviço de Ortopedia do  
CHO intitulada “A intervenção do EEER na pessoa idosa com fratura da  
extremidade proximal do fêmur na transição do hospital para a comunidade”**

# A intervenção do EEER na pessoa idosa com fratura da extremidade proximal do fémur na transição do hospital para a comunidade



## OBJECTIVOS:

**Caracterizar** as necessidades de continuidade de cuidados da pessoa idosa com FEFP e da sua família;

**Determinar** circuitos de comunicação da informação para a continuidade de cuidados;

**Definir** os cuidados de enfermagem de reabilitação na transição do hospital para a comunidade.

## PROBLEMÁTICA

### PROBLEMÁTICA

As fraturas da extremidade proximal do fémur (FEFP) são uma das **consequências mais graves da osteoporose**, representando um **importante problema de saúde pública** nas sociedades ocidentais industrializadas.

**A taxa de mortalidade no primeiro ano após a fratura na população idosa pode atingir os 26% .**

As FEFP estão associadas a um aumento da morbilidade e comprometimento funcional com impacto negativo na qualidade de vida dos doentes.

Estudos recentes estimam que o número de **fraturas osteoporóticas duplicará em 2040.**

(Laires et al., 2015; Odén et al., 2015)

## PROBLEMÁTICA

As **quedas** são a principal causa das FEFP.

As lesões associadas às quedas **aumentaram 131% nos últimos 30 anos**.

Estima-se um aumento de **100% na incidência até 2030**. (OMS, 2007)

**5 a 20% das quedas resultam em lesões graves**. (Morse, 2009)

1 em cada 20 idosos com fratura da extremidade superior do fémur acaba por morrer no hospital, e dos que regressam ao domicílio estima-se uma perda de funcionalidade na ordem dos 17%.

Estima-se que a **prevalência triplique nos próximos anos pelo envelhecimento populacional**.  
(OMS, 2007; OCDE, 2013)

## PROBLEMÁTICA

### Após a fratura e cirurgia....

Apenas 40 a 60% das pessoas com FEFP **recuperaram o seu nível de mobilidade prévio à fratura** e a capacidade de realizar as suas atividades de vida diária.

Sendo que esta evolução acontece sobretudo durante os primeiros seis meses após a fratura e pode diminuir após término dos cuidados de reabilitação. (Lee, Jo, Jung, & Kim, 2014 ; Dyer *et al.*, 2016 )

## PROBLEMÁTICA

### Após a fratura e cirurgia....

A pessoa idosa que cai tem um **risco acrescido de queda no ano seguinte**.

Há uma **elevada probabilidade da nova queda** nos primeiros cinco dias após o regresso a casa.

**A fratura, a nova queda e o medo de cair provocam diminuição da atividade, sobreproteção dos cuidadores e dependência.** Marques-Vieira et al; 2017; DGS, 2019

### Quais as recomendações internacionais

Um estudo com 503 utentes com FEPF submetidos a intervenção cirúrgica, **conclui que a intervenção de enfermeiros especializados e um programa de reabilitação individualizado à pessoa com FEPF, capacitando-a, é fundamental ajudar os utentes a reduzir o tempo de hospitalização e a regressar à sua vida anterior.**

Programa diário individualizado de reabilitação de 60 minutos, faseado, com ênfase no fortalecimento muscular isométrico dos membros inferiores, exercícios de amplitude, treino de transferências e instrução para a realização de AVD, exercícios de equilíbrio e treino de marcha.

O programa de reabilitação personalizado precocemente, e o seu planeamento para a continuidade no regresso a casa, são fulcrais para a recuperação da sua funcionalidade pré-fratura e promoção do autocuidado.

### Quais as recomendações internacionais

O processo de reabilitação é único e pessoal e não termina no hospital.

Termina quando a pessoa se torna autónoma e independente no seu meio ambiente.

**O sucesso da reabilitação depende da continuidade**, da coordenação e da inter-relação entre a equipa de saúde e o utente, com o objetivo da resolução de problemas e da obtenção de ganhos em qualidade de vida e bem-estar.

Deve ser tão prolongado quanto o necessário para adaptar, recuperar e/ou restabelecer o nível ótimo ou pré-mórbido de independência funcional.

**A reabilitação deve começar nas primeiras 48h** e ir até as 12 semanas pós-operatório, adequando as intervenções ao tipo de cirurgia realizada. Mais acrescenta que após a alta o programa de reabilitação deve ser continuado no domicílio, três vezes por semana nas primeiras 4 semanas – depois reavaliar. (Stasi et al., 2019).

### Qual a proposta de trabalho para garantir a continuidade de cuidados

- Programa Organizado nas seguintes dimensões:
- Planeamento de cuidados para a alta;
- Programa de reabilitação;
- Educação para a saúde;
- Comunicação entre níveis de cuidados;
- Acompanhamento no regresso a casa;
- Intervenção com o familiar cuidador;
- Continuidade de cuidados após reabilitação.

Qual a proposta de trabalho para garantir a continuidade de cuidados C

Planeamento de cuidados para a alta:

- **Identificar** cuidador informal;
- **Identificar** necessidades de cuidados de transição;
- **Identificar** as redes de apoio existentes fora do hospital;
- **Informar** família tempo médio de internamento;
- **Avaliar** risco de queda e determinar mecanismo de queda.

### Programa de reabilitação

- Iniciar na admissão;
- Manter no mínimo até 12 semanas após regresso a casa;
- Reeducação funcional para manter ou recuperar dos défices instalados, visando a restituição da função pré-fratura, maximizando o potencial multidimensional da pessoa;
- Programa diário individualizado de reabilitação de 60 minutos, faseado.

#### Pré-operatório:

- Mobilização ativa dos membros superiores e membro inferior;
- Contrações isométricas do membro com fratura;
- Reabilitação respiratória – dissociação de tempos respiratórios, respiração diafragmática e ensino tosse;
- Associar mobilização da articulação escapulo-umeral – uso de 'bastão';
- Contrações isométricas dos tricíspites braquiais.

## Qual a proposta de trabalho para garantir a continuidade de cuidados com o idoso?

Programa de reabilitação

### **Pós-operatório imediato**

- Incentivar a tossir – uso espirômetro de incentivo;
- Mobilização ativa da TT;
- Contração isométrica do quadríceps e glúteos (separado e conjunto);
- Contração isométrica do abdominais;
- Elevação dos Membros inferiores.

### **1ª semana:**

- Fortalecimento muscular isométrico dos membros inferiores; Exercícios de amplitude de movimentos dos MI(s) com flexão da articulação coxofemoral afetada limitado a 90 e abdução limitada a 0-30;
- Evitar movimentos de adução e rotação do membro operado, Treino de transferências;
- Mobilização e levantar (12-24 horas);
- Treino de equilíbrio;
- Treino de marcha (escolha e adaptação do auxiliar de marcha) ;
- Instruir e treinar realização de AVD;
- Exercícios que melhorem a capacidade aeróbica.

### **2ª semana:**

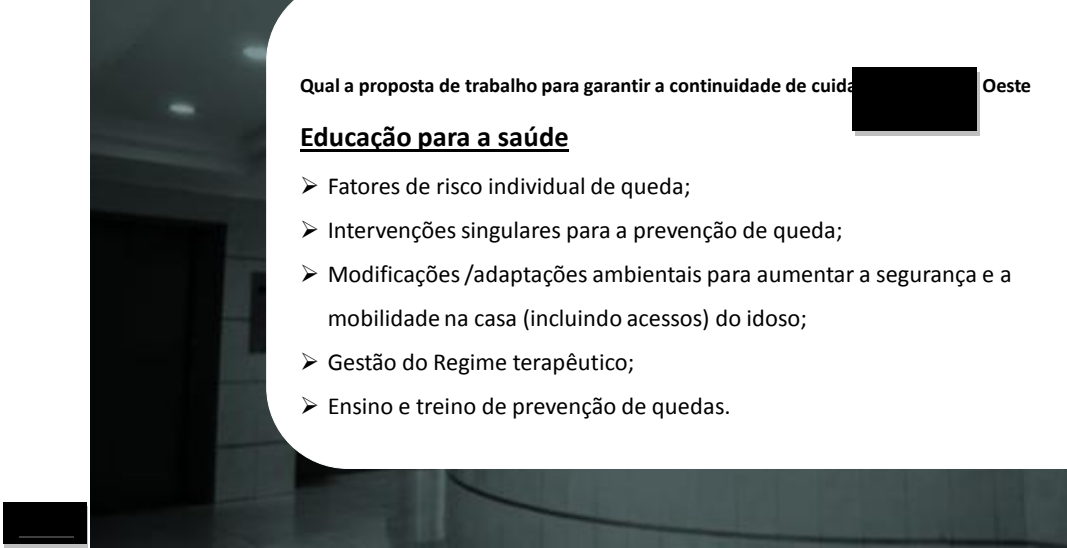
- Fortalecimento muscular isotônico;
- Treino de transferências no espaço da casa do idoso;
- Exercícios sensório-motores;
- Treino de marcha e caminhada;
- Otimização do auxiliar de marcha.

### **3ª semana:**

- Treino de marcha funcional ( andarilho, canadianas, subir/descer escadas progressivamente).

### **4ª semana e seguintes:**

- Exercícios de fortalecimento.



Qual a proposta de trabalho para garantir a continuidade de cuidados com o idoso? Oeste

### Educação para a saúde

- Fatores de risco individual de queda;
- Intervenções singulares para a prevenção de queda;
- Modificações /adaptações ambientais para aumentar a segurança e a mobilidade na casa (incluindo acessos) do idoso;
- Gestão do Regime terapêutico;
- Ensino e treino de prevenção de quedas.

Qual a proposta de trabalho para garantir a continuidade de cuidados com o idoso? Oeste

Acompanhamento no regresso a casa:

- **Identificar** fatores de risco de queda ambientais;
- **Controlar** risco de queda;
- **Manutenção** do programa de reabilitação;
- **Primeira visita até 72 horas pós- regresso a casa.**

Qual a proposta de trabalho para garantir a continuidade de cuidados C [redacted] e [redacted]

#### Comunicação entre níveis de cuidados

- Comunicação internamento (via administrativa?);
- Carta de alta;
- Envio de e-mail com informação de alta clinica;
- Contacto telefónico.

A DEBATER NA  
SEGUNDA PARTE  
DA REUNIÃO

Qual a proposta de trabalho para garantir a continuidade de cuidados C [redacted] e [redacted]

30 min de trabalho em pequenos grupos entre EEER do [redacted] do ACES

#### DESAFIOS

- Alterações ao programa de reabilitação.
- Continuidade de cuidados – que informação? Como transferir?
- Como continuar este trabalho?
- Formação da equipa de referência ?

## BIBLIOGRAFIA

- Asif M, Cadel L, Kuliski K, Everall AC & Guilcher SIT. (2019). Patient and caregiver experiences on care transitions for adults with a hip fracture: a scoping review, *Disability and Rehabilitation*, DOI: 10.1080/09638288.2019.1595181
- Avila MAG, Pereira GJC & Bochi SCM. (2015). Informal caregivers of older people recovering from surgery for hip fractures caused by a fall: fall prevention. *Clínica & Saúde Coletiva*, 20(6):1901-7. DOI: 10.1590/1413-81232015206.17202014
- Bayon-Catalayud M, Benavente-Valdepeñas, A.M. (2018). *Short-Term Outcomes of Interdisciplinary Hip Fracture Rehabilitation in Frail Elderly Inpatients*. Hindaui, *Rehabilitation Research and Practice*. Article ID 1708272, 7 pages. <https://doi.org/10.1155/2018/1708272>.
- Contro D, Elli S, Castaldi S, Formili M, Ardoino I, Caserta AV, Panella L. (2019). Continuity of care for patients with hip fracture after discharge from rehabilitation facility. *Acta Bio Med*, 90(3):385-93. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC678872/>
- Dyer S, Mu, Crotty M, Fairhall, M, Maguire, J, Beaupre, L.A., & Cameron, I. D. (2016). *A critical review of the long-term disability outcomes following hip fracture*. *BioMed Central (BMC) Geriatrics*, 16, 1–18.
- Ferreira, L., Lourenço, O., Costa, P., Pinto, S., Gomes, C., Oliveira, A., Ferreira, O., & Baixinho, C. (2019). Active Life: a project for a safe hospital-community transition after arthroplasty. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1), 147–153.
- Guerrero KS, Puls SE, Andrew DA. Transition of care and the impact on the environment of care. *J Nurs Educ Pract*. 2014;4(6):30-6.
- Hesselink G, Plink M, Olsson M, Barach P, Dudzik-Urbaniak E, Orrego C, et al. Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. *BMC Qual Saf*. [Internet]. 2012;21(Suppl 1):[cesso em 1 jul 2015]. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2288-21-S1-A13>.
- Jensen CM, Smith AC, Overgaard S, et al. "If only had I known": a qualitative study investigating a treatment of patients with a hip fracture with short-time stay in hospital. *Int J Qual Stud Health Well-Being*. 2017;12:1–9.
- Killington M, Walker R, Crotty M. The chaotic journey: Recovering from hip fracture in a nursing home. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;67:106–112.
- Lee, D. J., & Eftar, J. C. (2014). *Timing of Hip Fracture Surgery in the Elderly*. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, 5(3), 138–140. <https://doi.org/10.1177/1533317513507272>
- Lee, D., Jo, J. Y., Jung, J. S., & Kim, S. J. (2014). *Prognostic Factors Predicting Early Recovery of Pre-fracture Functional Mobility in Elderly Patients With Hip Fracture*. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 38(6), 827–835.
- Lofgren S, Hedstrom M, Ekstrom W, Lindberg L, Flodin L, & Ryd L. (2015). *Power to the patient: care tracks and empowerment a recipe for improving rehabilitation for hip fracture patients*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 462–469.
- McDonald S, Page MJ, Beringer K, Wasiak J, Sproson A (2014). Preoperative education for hip or knee replacement. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 5. Art. No.: CD003526. DOI: 10.1002/14651858.cd003526.pub3.
- Mendes F, Gemito MLP, Parralrinha C, Caldera EC, Serra IC, Casas-Novas MV. Continuity of care from the perspective of users. *Clínica & Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 27];22(3):841-53. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-8123201722384153>
- Meyers AG, Salanitro A, Wallston KA, Cawthon C, Vasilevskis EE, Goggins KM, et al. Determinants of health after hospital discharge: rationale and design of the Vanderbilt Inpatient Cohort Study (VICS). *BMC Health Serv Res*. [Internet]. 2014;14:[cesso em 1 jul 2015]. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0249-4>
- National Institute for Clinical Excellence. (2018). *Falls: the assessment and prevention of falls in older people*. Clinical guideline 161. London: National Institute for Clinical Excellence.
- Pereira SK, Santana RF, Moraes VSC, Soares TS, Silva DM. Discharge planning in post-operative of elderly: multiple cases study. *Rev Fund Care Online* [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 02];8(4):494-55. Available from: <https://doi.org/10.15361/2016v8n4a0494-4555>
- Rimmet, A. H., & Hutchison, J. D. (2016). The multidisciplinary management of hip fractures in older patients. *Orthopaedics and trauma*, 30(2), 117–122. doi:10.1016/j.jom.2016.03.006
- Sims-Gould J, Stott-Evanschen S, Fleck L, McAllister M, & Ashe MC. (2017). "Patient Perspectives on Engagement in Recovery after Hip Fracture: A Qualitative Study," *Journal of Aging Research*, vol. 2017, Article ID 2171865, 9 pages, doi: <https://doi.org/10.1155/2017/2171865>.
- Weber LAF, Lima MAOS, Accosta AM, Marques GD. Care transition from hospital to home: integrative review. *Cogitare Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 07];22(3): e47615. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201702230004>
- Wendt K, Heim D., Josten C, Kdošky K., Distern H.-J., Palm H. et al (2016). *Recommendations on hip fractures*. *European Journal of Trauma & Emergency Surgery*, 42:425–431.



**APÊNDICE VIII – Apresentação de formação de serviço à equipa multiprofissional da ECCI intitulada “*A Pessoa com Artroplastia da Anca – a perspetiva da Reabilitação*”**

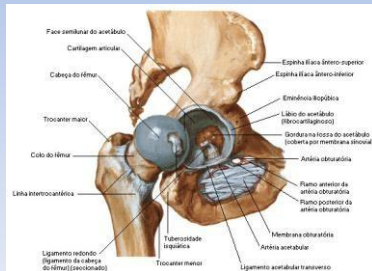


## Sumário

- Revisão anatomo-patológica
- Epidemiologia
- Reabilitar o utente com ATA na sua

## Revisão anatomo-patológica

A articulação da anca ou coxofemoral é formada pela cabeça redonda do fémur e pela superfície côncava do acetábulo que se apresenta em forma de taça. Esta organização oferece grande mobilidade e estabilidade de movimento e é auxiliada por uma resistente cápsula fibrosa e importantes grupos musculares que cruzam a articulação (Gobbi, 2009).



## Revisão anatomo-patológica

É uma cirurgia de reconstituição da articulação da anca pela utilização de Prótese total (constituída pela componente acetabular de polietileno e a componente femoral de liga metálica e num interface que lhe conferem modularidade e grande flexibilidade).

A fixação dos componentes pode ser efetuada de duas formas:

- Cimentada - envolve a utilização de cimento que assegura a fixação do implante ao osso;
- Não-cimentada - baseia-se numa fixação primária através de "press-fit" ou "interference-fit"

(Direção Geral de Saúde, 2013)

## Revisão anatomo-patológica

- A escolha do implante tem que ter em consideração a qualidade óssea, o nível de atividade física, o estado geral, a expectativa de vida e a idade do doente, e poderá ser influenciada pela experiência do cirurgião e pelas normas de orientação e experiência
- A tendência mundial atual é privilegiar a artroplastia total cimentada nos doentes com idade avançada, com má qualidade óssea ou com curta expectativa de vida. Nos doentes jovens ou com boa qualidade óssea assiste-se a uma preferência pelas

(Direção Geral de Saúde, 2013)

## Revisão anatomo-patológica

### Causas frequentes de

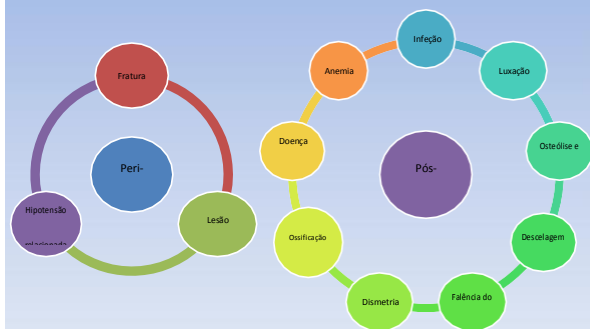
- osteoartrose primária ou secundária;
- Tumores da região proximal do fémur;
- Displasia congénita;
- Espondilose anquilosante;

### Contra-indicações para a

- contra-indicações absolutas: infeção ativa (local ou sistémica); imaturidade esquelética; paraplegia ou tetraplegia, massa óssea inadequada, suporte peri articular inadequado, parésia dos músculos da anca como consequência de uma patologia
- contra-indicações relativas: obesidade mórbida; artropatia de Charcot; doença neurológica ou neuromuscular incapacitante e/ou progressiva.

(Direção Geral de Saúde, 2013)

## Revisão anatomo-patológica



(Direção Geral de Saúde, 2013)

## Epidemiologia



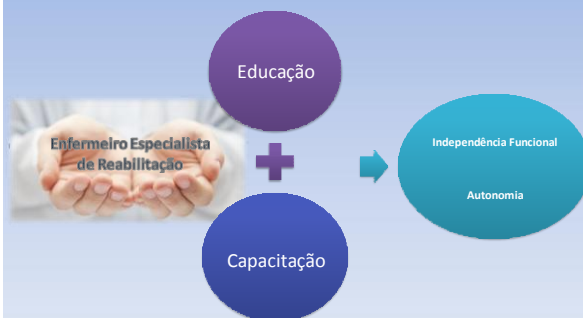
Indicadores de envelhecimento  
 Fundo de Estudos, ICS - Estatísticas Anuais da  
 População Portuguesa  
 Fátima, Portugal, ICS  
 Última atualização: 2018.06.14

## Epidemiologia

- Segundo o Registo Português de Artroplastias, a artrose primária foi a principal causa da realização da ATA entre 2010/2011, com 63%, em detrimento da fratura do colo do fémur, com 33%.
- Em 2010/2011 foram realizadas em Portugal 6271 próteses totais da anca, enquanto que no ano anterior 2009/2010 foram registadas 5964. Um aumento de 57% para 64%, respetivamente.
- O género feminino predomina em relação ao género masculino, sendo de 55% e 45%, respetivamente. No entanto a ATA por artrose é a mais comum, em ambos os sexos, sendo mais concentrada no escalão etário dos 71 aos 80 anos; enquanto que a ATA por fratura do colo do fémur é mais comum entre os 81 e 90 anos de idade. Quanto à Lateralidade, o predomínio inclina-se ligeiramente para o lado direito.

[Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia (SPOOT), 2010]

## Reabilitar o utente com ATA na sua multidimensionalidade



## Reabilitar o utente com ATA na sua multidimensionalidade



- ◆ Diminui ansiedade e stress
- ◆ Diminui a dor
- ◆ Diminui complicações associadas ao internamento
- ◆ Promove a autonomia e a independência (marcha)
- ◆ Previne perda força
- ◆ Aumenta segurança – diminui medo de cair
- ◆ Melhora mobilidade e flexibilidade articular
- ◆ Aumenta equilíbrio

[Yoon et al., 2010; Dobberstein, 2014; Duarte et al., 2015; Sousa & Carvalho, 2016]

## Reabilitar o utente com ATA na sua multidimensionalidade



## Reabilitar o utente com ATA na sua multidimensionalidade

### Avaliação

funcional e determinação clara do potencial de

- ▶ Tinetti – equilíbrio
- ▶ MIF – independência funcional
- ▶ Índice de Barthel
- ▶ TUGT – marcha (relacionar com autocuidado)

## Reabilitar o utente com ATA na sua multidimensionalidade



Controlo e Dissociação dos tempos respiratórios

Respiração diafragmática

Associar mobilização da articulação escapulo-umeral – uso de 'bastão'

Contrações isométricas dos tricéptes braquiais

## Reabilitar o utente com ATA na sua multidimensionalidade

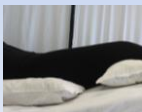
### Utente Deitado

Abdução a 30° com almofada de abdução (postero-lateral)

#### Decúbito dorsal

Abdução – sem necessidade de triângulo abdutor na abordagem anterior

**Proibido** – Adução além da linha média e



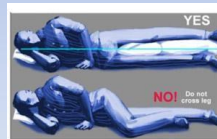
rolo região da coxofemoral para evitar rotação externa

rolo na região poplitea e anquilliana – 'massa muscular

## Reabilitar o utente com ATA na sua multidimensionalidade

### Utente Deitado

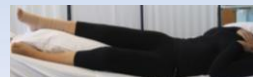
**Decúbito lateral – pode ser efetuado decúbito**



Garantir alinhamento corporal e estabilidade da posição

**Abdução do M.I.o.p. - Sem Rotação**

**Decúbito semi dorsal**



## Reabilitar o utente com ATA na sua multidimensionalidade

### Utente Sentado

- Manter alinhamento corporal
- Manter abdução
- A articulação coxofemoral com  $> 90^\circ$  -



## Reabilitar o utente com ATA na sua multidimensionalidade

### Programa de exercícios

Melhorar capacidade aeróbica

Aumentar força muscular do

- Mobilização ativa-assistida do membro op.: flexão/extensão tibio-társica, adução/abdução, flexão/extensão da articulação coxofemoral associada à extensão/flexão do joelho;
- Contração isométrica do quadríceps e glúteos (separado e conjunto);
- Contração isométrica do abdominais;
- Elevação dos Membros inferiores;
- Abordagem anterior - Evitar rotação interna/externa a flexão a menos de  $90^\circ$ ;
- Abordagem posterior - evitar abdução para além de  $30^\circ$ , flexão superior a  $90^\circ$  e rotação interna;

(Juhi et al., 2014; Sousa & Carvalho, 2016)

Só flexão,  
extensão



IDEAL - séries de 10 a cada hora



A flexão coxofemoral com o joelho em extensão deve ter em conta a técnica cirúrgica e deve ser progressiva, iniciar com  $30^\circ$  -  $45^\circ$ . Há quem aconselhe a sua utilização só quando a pessoa já suporta carga

Mobilização  
ativa  
assistida



### Como assistir os movimentos?



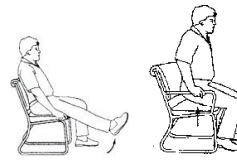
- Apoiar articulação – não pressionar massa muscular
- O Especialista posiciona-se na 'direção do movimento'
- Princípios da biomecânica

## Reabilitar o utente com ATA na sua multidimensionalidade

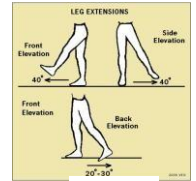
- Treino da mobilidade na cama, técnicas de rolamento na cama;
- Treino de transferência;
- Treino de marcha – avaliar possibilidade face à condição clínica da pessoa, tipo de abordagem e sucesso cirúrgico;
- Treino subir-descer escadas;
- Entrar e sair do carro.

- Recuperam funcionalidade – 85% entre 6-8 meses

- Programas de reabilitação e suporte social influenciam a recuperação da



Contrair -5''



Contrair -5''



Técnica de Transferência cama-cadei



Técnica de Transferência cadeira-cama

Fonte de imagens: <https://www.tuasaude.com/como-acelerar-a-recuperacao-apos-protese-de-quadril/>

## Reabilitar o utente com ATA na sua multidimensionalidade

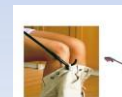
### Treino de AVD

Assistir a pessoa no vestir-despir



Durante o dia veste roupa de casa –

Calça sapato adequado



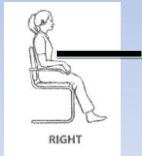
- Assistir colocar meia – capacitar cuidador
- Solicitar ajuda para meias, calças e sapatos
- Treinar produtos de apoio

Fonte: <https://myhealth.alberta.ca/Alberta/Pages/hip-fracture-hip-exercises.aspx>

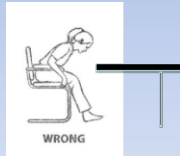
## Reabilitar o utente com ATA na sua multidimensionalidade

### Treino de AVD

#### Assistir a Comer-beber



RIGHT



WRONG

Fonte: <https://myhealth.alberta.ca/Alberta/Pages/hip-fracture-hip-exercises.aspx>

## Reabilitar o utente com ATA na sua multidimensionalidade

### Treino de AVD

#### Assistir a pessoa na casa de banho



Barra de apoio

Banco articulado para chuveiro



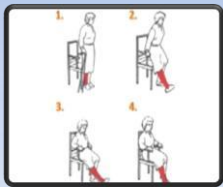
Assessorar na escolha de material não derrapante e barras de apoio

Fonte: <https://myhealth.alberta.ca/Alberta/Pages/hip-fracture-hip-exercises.aspx>

## Reabilitar o utente com ATA na sua multidimensionalidade

### Treino de AVD

#### Sentar/levantar de cadeira

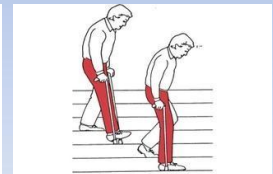
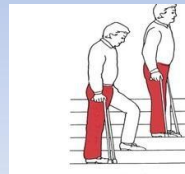


<https://www.tuasaude.com/como-acelerar-a-recuperacao-apos-protese-de-quadril/>

## Reabilitar o utente com ATA na sua multidimensionalidade

### Treino de AVD

#### Subir e descer escadas



<https://www.tuasaude.com/como-acelerar-a-recuperacao-apos-protese-de-quadril/>

## Reabilitar o utente com ATA na sua multidimensionalidade

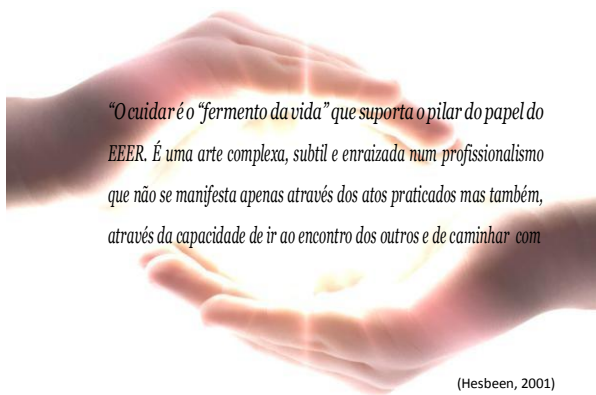
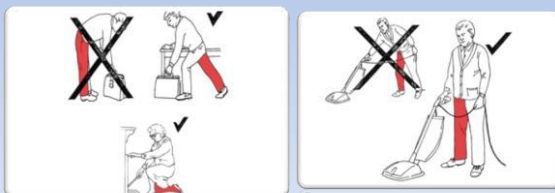
### Treino de AVD



## Reabilitar o utente com ATA na sua multidimensionalidade

### Treino de AVD

#### Atividades domésticas



# Artroplastia Total da Anca Total da Anca

A perspectiva da  
Reabilitação

