



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

Relatório de Estágio

**Reabilitação na Promoção do Autocuidado à Pessoa
Submetida a Artroplastia Total da Anca**

Carla Sofia Silvério e Silva

**Lisboa
2022**



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

Relatório de Estágio

**Reabilitação na Promoção do Autocuidado à Pessoa
Submetida a Artroplastia Total da Anca**

Carla Sofia Silvério e Silva



Orientadora: Professora Doutora Vanda Lopes da Costa Marques
Pinto



**Lisboa
2022**

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quando a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar de tela morta ou do frio mármore comparado com tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

(Florence Nightingale)

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer à minha professora orientadora Professora Dra. Vanda Pinto pela sua total dedicação, simpatia ao longo do percurso e também por acreditar neste trabalho.

A todos os profissionais de saúde que me orientaram, pelos ensinamentos que me transmitiram e pelas sugestões sempre oportunas que me ajudaram a ultrapassar as dificuldades sentidas.

Quero agradecer à minha família pela paciência e pelo apoio incondicional que me deram nos bons e nos maus momentos.

Um muito obrigado a todos os que tiveram sempre presentes pela paciência, carinho e disponibilidade.

Um MUITO OBRIGADO a Todos

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATA - Artroplastia Total da Anca

AVD - Atividades de Vida Diária

DGS - Direção Geral da Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

ECCI - Equipa de cuidados continuados integrados

ER - Enfermeiro de Reabilitação

WHO - World Health Organization

MCEER - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

Nº - Número

OE - Ordem dos Enfermeiros

SARS-CoV2 – *Severe Respiratory Acute Syndrome* (Síndrome Respiratória Aguda Grave)

USF - Unidade de Saúde Familiar

Resumo

Com o aumento da idade média de vida, ocorrem alterações biológicas irreversíveis, entre elas as alterações músculo-esqueléticas, destacam-se: a artrite reumatóide, disfunção da coluna, osteoartrose, osteoporose e traumatismos dos membros, segundo a WHO (2016) a osteoartrose é a mais incapacitante levando a limitações do movimento, provocando incapacidades. Destas a articulação mais afetada é a articulação coxo-femural, levando a incapacidades funcionais da pessoa. O sintoma mais comum da osteoartrose é a dor que normalmente se agrava ao longo do dia e está associada ao movimento e à realização de esforço que reverte em repouso, numa fase mais avançada causa diminuição da amplitude do movimento, rigidez, crepitação óssea e atrofia muscular. Neste caso recorreremos à artroplastia total da anca (ATA), de forma a diminuir a dor e assim promover um melhor nível de vida da pessoa (DGS 014/2013). No período pós-operatório a pessoa apresenta défices de autocuidado, sendo assim importante a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) na maximização das suas funcionalidades, assim como, na promoção da autonomia.

Tendo em conta o contexto da pessoa no pós-operatório a problemática seleccionada encontra-se alicerçada na seguinte questão “Quais as intervenções do EEER na promoção do autocuidado da pessoa submetida a ATA?”.

Para suportar a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) foi abordada a Teoria do Défice de Autocuidado de Orem, porque centra-se no autocuidado, ou seja, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação irá planear os seus cuidados visando a promoção do autocuidado, a reconstrução da autonomia e bem-estar.

Assim, pretende-se desenvolver competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação baseadas numa revisão narrativa da literatura, ou seja, sustentadas nos conhecimentos científicos, atitudes e habilidades, tendo como objetivo aprofundar e aumentar os conhecimentos científicos baseados na evidência sobre os cuidados do enfermeiro especialista. As nossas intervenções alicerçam-se na realização e implementação de um plano de cuidados individual que ofereça cuidados de excelência promovendo uma transição segura, capacitando a pessoa e o seu cuidador, de forma a maximizar o potencial de reabilitação da pessoa, visando sempre a sua máxima autonomia, contribuindo assim para o seu êxito.

Tentar incluir sempre a família/cuidador nas sessões de reabilitação, porque estes são de extrema importância durante todos os cuidados e são estes que ajudam a satisfazer as necessidades que se encontram afetadas, tanto no pré como no pós-operatório. No plano de reabilitação a pessoa e a família/cuidador têm um papel ativo e participativo.

Descritores: Artroplastia total da anca; Cuidados de Enfermagem; Reabilitação; Autonomia

Summary

With the increase in the average age of life, irreversible biological changes occur, including musculoskeletal changes, stands out: rheumatoid arthritis, spinal dysfunction, osteoarthritis, osteoporosis and limb injuries, which according to WHO (2016) osteoarthritis it is the most disabling leading to movement limitations, causing disabilities. Among these, the most affected joint is the hip joint, leading to functional disabilities of the person. The most common symptom of osteoarthritis is pain which usually worsens throughout the day and is associated with movement and exertion that reverts at rest, and in a more advanced stage it causes decreased range of motion, stiffness, bone crepitus and muscle atrophy. In this case we resort total hip arthroplasty (THA) in order to reduce pain and thus promote a better standard of living for the individual (DGS 014/2013). In the postoperative period the person has deficits in self-care, so it is essential the intervention of the specialist nurse in rehabilitation nursing (EEER) in order to maximize its functionalities, as well as promote autonomy.

Taking into account the context of the person in the postoperative period the selected problem is based on the following question "What are the interventions of the EEER in promoting self-care of the person undergoing THA?".

To support the intervention of the nurse specialist in rehabilitation nursing (EEER) Orem's Theory of Self-Care Deficit was addressed, because it focuses on self-care, that is, the nurse specialist in rehabilitation nursing will plan their care with a view to promote self-care, the reconstruction of autonomy and well-being.

Thus, it is intended to develop skills of specialist nurses in rehabilitation nursing based on a narrative review of the literature, that is, based on scientific knowledge, attitudes and skills, with the aim of deepening and increasing scientific knowledge based on evidence about nursing care specialist. Our interventions are based on the realization and implementation of an individual care plan that offers excellent care, promoting a safe transition, empowering the person and their caregiver, in order to maximize the person's rehabilitation potential, always aiming at their maximum autonomy, thus contributing to its success.

Always try to include the family/caregiver in the rehabilitation sessions, because they are extremely important during all the care and are the ones that help to satisfy

the needs that are affected, both pre and postoperative. In the rehabilitation plan the person and the family/caregiver have an active and participative role.

Keywords: Total Hip Arthroplasty; Nursing Care; Rehabilitation; Autonomy

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	17
1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	17
1.1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	17
1.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade	19
1.1.3. Gestão dos Cuidados	20
1.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	22
1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	22
1.2.1. Cuida da pessoa com necessidades especiais, ao longo da vida, em todos os contextos da prática de cuidados	23
1.2.2. Capacita a pessoa com deficiências, limitação das atividades e/ou restrições da participação para a reinserção e exercício de cidadania	30
1.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	33
CAPÍTULO II. AVALIAÇÃO DO PERCURSO REALIZADO	37
CAPÍTULO III. CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Projeto de Estágio	
APÊNDICE II – Jornais de Aprendizagem	
APÊNDICE III – Estudo de Caso A	
Estudo de Caso B	
APÊNDICE IV – Guias orientadoras para a complementar o “Guia Orientador para o Cuidador Informal”	
APÊNDICE V – Guia orientadora na “Fratura do acetábulo e anel pélvico”	
APÊNDICE VI –Revisão Narrativa da Literatura	
ANEXOS	
ANEXO I - Protocolo do Serviço de Internamento – “Cuidar/Reabilitar o Utente Submetido a Artroplastia da Anca no Serviço de Ortopedia”	
ANEXO II – Consulta de Follow-up	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Sistematização das Competências do EEER no programa motor	26
Tabela 2. Sistematização das Competências específicas do EEER no programa de treino motor	28
Tabela 3. Sistematização das Competências específicas do EEER da avaliação dos resultados no treino motor	30
Tabela 4. Sistematização das Competências específicas do EEER na capacitação da pessoa no autocuidado	33
Tabela 5. Síntese das Competências específicas do EEER adquiridas nos ensinos clínicos	35

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi realizado no âmbito da unidade curricular de estágio com relatório do 12º curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tem como finalidade demonstrar a aprendizagem adquirida em todo o percurso, revelando os conhecimentos, habilidades, atitudes e análises assim como o desenvolvimento do conhecimento sustentado na evidência e na prática de cuidados, de forma a desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, articulando-as com as competências gerais do grau de mestre, de acordo com o plano de estudos.

A realização do presente relatório foi baseada na pesquisa elaborada para a realização do projeto desenvolvido com a temática “Reabilitação na Promoção do Autocuidado à Pessoa Submetida a Artroplastia Total da Anca” (Apêndice I), que permitiu delinear a trajetória de todo o Ensino Clínico.

Este trabalho é orientado pela Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, desenvolvendo-a no decorrer de três capítulos. No presente capítulo encontra-se explanado o interesse pelo tema, o contexto e a pertinência do tema escolhido assim como o objetivo do mesmo.

No primeiro capítulo é realizada a descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas para atingir os objetivos e atividades definidas previamente, tendo como finalidade a obtenção das competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, tendo como base os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros assim como pelos descritores de Dublin¹. No segundo capítulo encontra-se esplanada a avaliação do percurso realizado assim como as readaptações efetuadas, seguindo-se as considerações finais.

Trabalhando num internamento cirúrgico, que abrange todas as especialidades cirúrgicas, é importante adquirir conhecimentos a nível da intervenção de enfermagem

¹ Os Descritores de Dublin foram desenvolvidos para haver uma uniformização das qualificações no Ensino Superior no Espaço Europeu. Para o 2º ciclo de estudos está preconizado que o estudante detenha: conhecimento e capacidade de compreensão; realização de julgamento crítico e tomada de decisão; capacidade de comunicação e aprendizagem contínua (de acordo com o quadro europeu de Qualificações da Comissão Europeia).

de reabilitação para conseguir dar resposta às especificidades e aos cuidados que os mesmos necessitam, esta foi uma das motivações para frequentar o mestrado, complementada pelo gosto pessoal na área do cuidar de pessoas com necessidades especiais.

No serviço apesar de se realizar cirurgias ortopédicas existe uma necessidade de adaptação na área de reabilitação, no pós-operatório o acompanhamento realizado é reajustado de acordo com o estado clínico da pessoa, no entanto, os ensinamentos são realizados de acordo com os protocolos estabelecidos pelo cirurgião.

A enfermagem de reabilitação inclui um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que pretende adaptar a pessoa que necessita de cuidados à sua nova condição de saúde, tendo como objetivo a maximização do seu potencial funcional visando a independência, proporcionando o direito à dignidade e à qualidade de vida (Regulamento nº 392/2019). O presente trabalho centra-se na importância da intervenção do enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação na promoção da autonomia e consequentemente da independência da pessoa submetida a artroplastia total da anca em todo o período peri-operatório.

O primeiro ensino clínico foi realizado no Serviço de Ortopedia de um Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo, que decorreu de 19/10/2021 a 10/12/2021. Este campo de estágio permitiu-nos implementar quase todos os objetivos delineados durante o projeto (apêndice I), a nossa opção por este campo de estágio recaiu em fatores com a semelhança do serviço onde trabalhamos, ou seja, centra-se em cuidados específicos à pessoa com problemas de ortotraumatologia, permitindo assim atingir os objetivos da temática do projeto, conseguimos promover a continuidade dos cuidados de reabilitação em todo o período peri-operatório assim como realizar o acompanhamento da pessoa após a alta, através das consultas de *follow-up*.

Relativamente ao segundo ensino clínico que foi realizado numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da Região de Lisboa e Vale do Tejo, que decorreu de 18/12/2021 a 11/03/2022. Este campo de estágio foi bastante diferente do anterior, e neste caso tivemos de readaptar as nossas intervenções de acordo com o contexto de cuidados. Neste ensino clínico apercebemo-nos que a população da área da unidade de saúde se encontrava envelhecida, apresentando várias comorbilidades associadas, dando assim resposta à generalidade das competências gerais do enfermeiro especialista assim como também às competências específicas do

enfermeiro de reabilitação. Neste caso os cuidados foram todos reajustados e adaptados de acordo com as necessidades da pessoa que recorre à USF, neste caso, os cuidados que prestámos foram holísticos e totalmente centrados nas necessidades da pessoa.

Sendo assim tivemos como objetivo geral: desenvolver competências do enfermeiro especialista em reabilitação na promoção do autocuidado à pessoa submetida a artroplastia total da anca; desenvolver competências científicas e técnicas na prestação de cuidados especializados em reabilitação, promovendo o potencial funcional e a independência da pessoa com incapacidade após ATA; desenvolver competências do EEER na prevenção de complicações na pessoa submetida a ATA e clarificar as competências comuns do enfermeiro especialista nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

E como objetivos específicos foram delineados os seguintes:

- Perceber e integrar as dinâmicas da equipa multidisciplinar;
- Aprofundar e compreender os conhecimentos e intervenções do EEER junto da pessoa com alterações ao nível sensório-motor, respiratório e psicológico;
- Compreender as intervenções do EEER à pessoa portadora de incapacidade, principalmente à pessoa submetida a ATA;
- Compreender as intervenções no autocuidado junto da pessoa submetida a ATA e do seu cuidador/família;
- Implementar cuidados de ER à pessoa com incapacidade, após realização de ATA, visando a promoção do autocuidado;
- Realizar planos de cuidados de reabilitação à pessoa submetida a ATA e ao cuidador/família visando a promoção do autocuidado após a alta;
- Realizar planos de cuidados específicos de ER, alicerçados na teoria do autocuidado, relativos às necessidades da pessoa proposta para cirurgia;
- Realizar ensino sobre o período pré-operatório que permita à pessoa assegurar o seu autocuidado, mantendo a participação e exercício de cidadania;
- Efetuar um programa de reabilitação que permita à pessoa proposta para ATA desenvolver a sua capacidade funcional;

Segundo a United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Populations Division (2019), atualmente o envelhecimento é um fenómeno global, em

2019 a prevalência de pessoas de idade superior ou igual a 65 anos era de 703 milhões e espera-se que aumente para 1.5 mil milhões em 2050. Portugal também segue as tendências de envelhecimento, segundo a PORTADA (2022), em 2000 o nosso índice de envelhecimento encontrava-se nos 98.8% aumentando para 182.7% em 2021. Com o aumento da população com mais de 65 anos os profissionais de saúde têm um papel fulcral na prestação de cuidados e na prevenção de complicações, assim como na promoção de um envelhecimento ativo.

Com o aumento da idade média de vida, aumenta concomitantemente as doenças musculoesqueléticas, entre estas, destacam-se as doenças articulares degenerativas, entre elas a osteoartrite, de acordo com Olsen e Hoeman (2011) a osteoartrite é causada pela destruição da cartilagem hialina, a osteoartrose pode ser primária ou secundária. A osteoartrose primária é a prevalente afetando as articulações centrais e periféricas entre elas a anca e os joelhos, tem ideologia desconhecida, mas encontra-se associada com o aumento da idade, enquanto a osteoartrose secundária encontra-se associada a acontecimentos traumáticos. A osteoartrose está associada a dor e a incapacidade. A sintomatologia mais prevalente segundo os mesmos autores são a crepitação, ruído à palpação, edema, ligeira inflamação, deformidade, dor, fraqueza, limitações na mobilidade e instabilidade articular, sendo as queixas mais frequentes na anca (coxartrose) e nos joelhos (gonartrose).

No presente trabalho vamos nos focar na articulação coxo-femural (anca), que é uma articulação esférica constituída pela cabeça do fémur e cavidade acetabular tendo como principal função a de suporte do peso e locomoção (Cruz et. al., 2021). Segundo a Cruz et. al. (2021) a coxartrose é uma doença comum e de acordo com a OMS atinge aproximadamente 10% da população mundial com idade superior a 60 anos, destas 80% apresentam alterações de mobilidade e 25 % apresentam alterações da funcionalidade no desempenho das suas atividades de vida diárias.

A artroplastia total da anca consiste na substituição da superfície articular do acetábulo e do fémur por materiais artificiais, tendo como finalidade minimizar a dor, melhorar a mobilidade, a autonomia e promover a independência funcional para satisfazer as suas necessidades. (Cruz et. al., 2021; Lourenço et al., 2021).

Neste caso a intervenção do EEER inicia-se no pré-operatório de forma a capacitar a pessoa que irá ser submetida a artroplastia assim como a sua família

dando ênfase à melhoria da qualidade de vida e maximizando a sua independência e autonomia, recorrendo-se à teoria do déficit de autocuidado de Dorothea Orem de forma a atingir os objetivos delineados com a pessoa submetida a artroplastia. A teoria do déficit de autocuidado é constituída por três teorias relacionadas: a teoria do autocuidado (descreve a forma de como a pessoa cuida de si e de que forma consegue satisfazer as suas necessidades), teoria do déficit de autocuidado (explica de que forma a enfermeira pode ajudar a pessoa a satisfazer a sua necessidade comprometidas) e a teoria dos sistemas de enfermagem (descreve e explicar as ações praticadas pelo enfermeiro de forma a promover a independência da pessoa submetida a artroplastia total da anca) (Orem ,2001).

O trabalho visa demonstrar quais as competências e intervenções que o EEER desenvolve de forma a promover a autonomia da pessoa submetida a ATA, que requer a adaptação à nova condição de saúde/doença.

CAPÍTULO I. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

O presente relatório tem como finalidade a obtenção do título de grau de especialista em enfermagem de reabilitação, como tal é essencial abordar as competências específicas do enfermeiro de reabilitação, assim como o trabalho realizado para as desenvolver.

É de crucial importância a aquisição de competências comuns dos enfermeiros especialistas assim como as específicas do EEER, sendo relevante a integração nas equipas dos ensinos clínicos, assim como, a apresentação do projeto realizado para futura implementação, no caso do ensino clínico na comunidade o projeto elaborado foi reformulado, como tal realizámos ensinos de acordo com as patologias da pessoa de forma a promover a sua qualidade de vida e concomitantemente a sua autonomia, assim como a elaboração de uma revisão narrativa da literatura, relativamente à importância dos cuidadores informais na prestação dos cuidados de saúde, segundo Oliveira, Couto e Silva (2021), o EEER trabalha em equipa com o cuidador/família de forma a delinear e estabelecer prioridades, tendo em conta as necessidades da pessoa, isto é, a família é o agente propulsor da sua própria saúde, sendo esta a responsável pelos cuidados dos seus membros.

1.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

Neste subcapítulo encontram-se esplanadas as competências comuns do enfermeiro especialista, assim como as atividades desenvolvidas nos ensinos clínicos para a aquisição das mesmas.

1.1.1 Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Durante o exercício da profissão em enfermagem especializada, a ética leva a uma constante reflexão sobre a forma como prestamos os cuidados à pessoa cuidada e aos seus familiares, respeitando sempre a sua dignidade, liberdade e os seus direitos. De acordo com Deodato (2016, p.35)

a ética sugere ao enfermeiro uma reflexão sobre si próprio e do modo como exerce a sua profissão, procurando os valores e os princípios que justifiquem as suas ações no seu exercício profissional, mas que, ao mesmo tempo que

procuram o respeito pela pessoa cuidada, visem igualmente o respeito pela sua dignidade pessoal e profissional. Concretizando-se a ação profissional do enfermeiro numa relação interpessoal com a pessoa assistida (e com os seus familiares) (...).

O EEER tem de desenvolver um exercício profissional seguro utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, realizando uma avaliação sistemática das melhores práticas e preferências da pessoa (OE, 2010).

No decorrer do ensino clínico em ambiente hospitalar, a pessoa não se encontra no seu ambiente, o que leva a uma maior vulnerabilidade, sendo a nossa intervenção diferenciada em cada uma das pessoas e os nossos cuidados centrados na pessoa, ou seja, tivemos de dar especial atenção às expectativas que a pessoa cuidada tem para a sua recuperação, visando a capacitação e autonomia da mesma.

Relativamente ao ensino clínico realizado na comunidade, verificaram-se situações de grande complexidade que levaram ao desenvolvimento de juízo clínico durante as consultas indiretamente, pois estamos a entrar na intimidade do ambiente familiar e social, levando à necessidade de existir um domínio da responsabilidade profissional, legal e ética. Esta especificidade na comunidade permitiu-nos refletir e consolidar a prática de cuidados respeitando sempre a singularidade da pessoa cuidada e dos seus cuidadores, neste contexto os cuidados do EEER emergem na relação que estabelecemos com a pessoa que necessita de cuidados e com os seus familiares/cuidadores (Vasconcelos, 2021). O facto de os ensinamentos clínicos terem ocorrido em dois momentos distintos permitiu-nos realizar uma análise crítica, porque a pessoa quando se encontra no domicílio apresenta mais autonomia e um maior controlo sobre a tomada de decisão dos seus cuidados, enquanto em contexto hospitalar encontra-se mais vulnerável e permite que sejam realizados todos os esforços para atingir a sua autonomia no regresso ao domicílio.

Em ambos os contextos, foram realizados trabalhos que visaram a promoção do autocuidado, sendo esta uma das áreas em que se alicerça a EEER assim como a sua prestação de cuidados específica; de acordo com este conceito permitiu-se integrar a dimensão do juízo clínico, relativamente à importância do respeito pela autonomia, envolvendo sempre a pessoa cuidada na tomada de decisão favorecendo a integração e a capacitação.

1.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade

De forma a desenvolver a presente competência², foi delineado um programa de melhoria contínua nos serviços, ou seja, foi realizado um processo dinâmico baseado na evidência científica, sendo o conhecimento desenvolvido na prestação de cuidados e partilhado por todos os membros da equipa. Durante o percurso também tivemos em consideração os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001) e os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação segundo o Regulamento nº 350/2015.

Para atingirmos o presente domínio analisámos as necessidades identificadas pelos serviços e de que forma poderíamos dar o nosso contributo.

No primeiro campo de estágio tivemos pessoas internadas com fratura do acetábulo e do anel pélvico, como o serviço não tinha informações escritas para reforçar os ensinamentos realizados, propusemo-nos a elaborar um guia orientador (apêndice V) com todos os cuidados a ter durante o período de repouso, assim como os exercícios respiratórios e musculares a concretizar para maximizar a funcionalidade, tanto como quanto possível, porque durante o internamento normalmente existe um período de repouso aproximadamente de 3 a 4 semanas no leito com tração mecânica à lateralidade do membro fraturado.

Na USF existia uma realidade completamente diferente, sendo a nossa intervenção mais centrada na promoção da literacia em saúde³ assim como na promoção e capacitação de estilo de vida mais saudável, ou seja, promover um estilo de vida ativo e aumentar a qualidade de vida, de forma a diminuir as comorbilidades associadas às doenças crónicas. Após reunirmos com a equipa foi proposto realizarmos guias orientadoras sobre as AVD, assim como, os cuidados a ter com os cuidadores informais, porque nos deparámos com cuidadores informais que se negligenciavam chegando mesmo à exaustão, apresentando défices de conhecimento sobre os cuidados a ter e onde podem recorrer para solicitar assistência, tendo havido necessidade de reencaminhar pessoas para a rede nacional

² As competências para o presente domínio englobam: garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolver uma prática de qualidade, gerindo e colaborando em programas contínuos e garantir um ambiente terapêutico seguro.

³ De acordo com a OMS (cit por DGS, 2019) a literacia em saúde é um conjunto de competências cognitivas, sociais assim como a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar a informação na promoção e na manutenção da sua saúde.

de cuidados continuados integrados (RNCCI)⁴. No decorrer dos cuidados domicílios, houve a necessidade de reajustarmos as nossas intervenções, de forma a capacitarmos os cuidadores informais maximizando o seu potencial de saúde apoiando a pessoa a ser proactiva no seu projeto de saúde, de acordo com Marques e Corte (2021, p.991) citando Andrade (2009, p.63) “por parte dos enfermeiros, a facilitação do processo de adaptação a prestador de cuidados merece uma atenção particular já que têm por missão ajudar as pessoas a gerir as transições ao longo da vida”.

Em ambos os ensinamentos clínicos a pesquisa de artigos científicos atualizados, normas, protocolos de serviço e reuniões entre as equipas multidisciplinares são essenciais para a melhoria dos cuidados, assim como a aplicação das escalas e o recurso aos instrumentos informáticos (SClinic), para manter um ambiente de cuidados seguro, diminuindo os riscos e permitindo uma continuidade de cuidados segura e eficaz (DGS, 2015). No decorrer dos estágios tivemos de identificar fatores de risco, para manter a segurança das pessoas através de ensinamentos e da realização dos planos de cuidados organizados.

1.1.3. Gestão dos Cuidados

Ao nível da gestão de cuidados⁵, o EE (enfermeiro especialista) tem um papel central na gestão de cuidados, sendo o autocuidado um domínio fundamental, participando ativamente nos processos de avaliação da pessoa. De acordo com o Regulamento nº140/2019 o EEER tem de ter capacidade para gerir os cuidados de enfermagem, visando a melhoria dos mesmos e articular a informação com a equipa multidisciplinar, adaptando o estilo de liderança ao local e aos recursos onde está inserido, visando a segurança e a qualidade dos cuidados.

⁴ A RNCCI foi criado pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade e Segurança Social e pelo Ministério da Saúde e é constituída por instituições de saúde públicas ou privadas que prestam cuidados continuados ou de apoio social, tendo como objetivo a prestação de cuidados da pessoa que independentemente da idade, apresentem um situação de dependência, na sequência de doenças agudas ou na prevenção de agravamento de doenças crónicas (Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2022).

⁵ O domínio da gestão de cuidados irá integrar as seguintes competências: gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta e a articulação na equipa de saúde e adaptando a liderança e coordenando os recursos às situações garantindo a qualidade dos cuidados.

No contexto hospitalar, foi evidente o reconhecimento e diferenciação do EEER, destacando-se na articulação entre a pessoa cuidada/família e a equipa multidisciplinar. O enfermeiro especialista exerce um importante papel de gestão dos recursos de saúde. Sendo a liderança de crucial importância na gestão das organizações, visando a qualidade dos cuidados prestados. O desenvolvimento do presente domínio evidenciou-se em ambos os contextos, tendo sido essencial na aquisição da presente competência.

Relativamente ao ensino clínico na USF, a equipa e o trabalho elaborado é bastante divergente do contexto hospitalar, neste caso a equipa encontrava-se organizada por coordenadores e cada enfermeiro era o gestor dos seus utentes, permitindo assim uma maior proximidade e cumplicidade entre os profissionais e a comunidade. A equipa de enfermagem é constituída por várias especialidades (enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, enfermagem de saúde infantil e pediátrica, enfermagem de saúde materna, enfermagem de reabilitação e as enfermeiras generalistas que sempre estiveram ligadas ao trabalho realizado na unidade de saúde familiar), tendo assim permitido momentos de partilha de informação e de reflexão relativamente à prestação de cuidados e à importância da diferenciação dos mesmos. Ainda tivemos oportunidade de elaborar os horários, de forma a gerir os recursos existentes, porque semanalmente as enfermeiras têm de se ausentar da unidade para se deslocarem aos centros de vacinação Covid 19 e as suas consultas têm de ficar asseguradas pelos enfermeiros que permanecem na unidade.

O ensino clínico na comunidade permitiu-nos compreender as necessidades sentidas pelas pessoas e pelos cuidadores, e para percebermos como estes vêm a nossa intervenção na comunidade após a alta hospitalar e/ou de unidades de saúde de média duração e reabilitação⁶ (UMDR) tendo sido realizada uma revisão da literatura com esta temática de forma a percebermos a importância da nossa intervenção na comunidade e de que forma podemos alterar as nossas práticas de forma a melhorarmos as nossas intervenções.

⁶ Destinam-se a pessoas que têm alta hospitalar, mas que ficaram com sequelas de doenças agudas ou com sequelas de doenças crónicas que perdem a autonomia e funcionalidade, mas têm capacidade de reabilitação necessitam de cuidados especializados de saúde, apoio social que não podem ser prestados no domicílio (Guia Prático - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2022).

1.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No presente domínio⁷, as diferentes atividades realizadas foram importantes, porém a que se destacou foi a relacionada com as alterações da funcionalidade, tendo permitido melhorar o autoconhecimento essencial, possibilitando verificar o ganho de autonomia da pessoa no decorrer dos ensinamentos clínicos. O enfermeiro especialista deve demonstrar capacidade de autoconhecimento para conseguir estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa e com a família (OE, 2011).

A partilha de experiência por parte das enfermeiras orientadoras teve um papel de crucial importância na aquisição e consolidação dos conhecimentos, tendo permitido colocar em prática os conhecimentos adquiridos durante o decorrer das aulas. As elaborações dos jornais de aprendizagens (apêndice II) permitiram realizar uma reflexão sobre a prática clínica, tendo assim possibilitado o desenvolvimento do autoconhecimento e melhorar a prestação de cuidados como futura EEER.

1.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

No presente subcapítulo encontram-se descritas as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Encontram-se divididas pelas competências específicas do EEER dando resposta ao percurso desenvolvido, apresentando as atividades realizadas para desenvolver as mesmas, agrupando-as por competência específica.

Em cada uma das competências específicas irão estar explanados os objetivos propostos e as atividades realizadas para os atingir.

De acordo OE – MCEER, 2018, o EEER tem de apresentar:

um conjunto de conhecimentos e competências especializadas na área da reabilitação, direcionadas para a recuperação da função cognitiva, sensorial,

⁷ Neste domínio englobam-se as seguintes competências: desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e basear a prática clínica de acordo com a evidência científica.

motora, cardiorrespiratória, comunicação, alimentação, eliminação e sexualidade, através da sua intervenção, recuperar e capacitar a pessoa em processo de doença aguda ou crónica que provoque défices funcionais do foro respiratório, ortopédico, músculo-esquelético, cardiovascular e neurológico. (p.18).

Seguidamente irei apresentar as competências do EEER, de acordo com o regulamento nº 392/2019:

- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo da 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;

1.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo da vida, em todos os contextos da prática de cuidados

Ao longo do ensino clínico foi possível atingir os objetivos definidos durante a elaboração do projeto para a presente competência (ver apêndice I); como competências específicas do enfermeiro especialista neste domínio⁸, temos os seguintes objetivos:

- Compreender as intervenções do EEER à pessoa portadora de incapacidade;
- Realizar planos de cuidados específicos de ER, alicerçados na teoria de autocuidado relativo às necessidades da pessoa proposta para a cirurgia;
- Implementar cuidados de ER à pessoa com incapacidade, após realização de ATA, visando a promoção do autocuidado;
- Realizar planos de cuidados de reabilitação à pessoa submetida a ATA e à família/cuidador visando a promoção do autocuidado após a alta;

⁸ Neste domínio englobam-se as seguintes competências: Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade; conceber 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; implementar as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade e avaliar os resultados das intervenções implementadas.

No decorrer do ensino clínico foram elaborados dois estudos de caso, que se revelaram essenciais para o desenvolvimento e para o aperfeiçoamento dos nossos planos de cuidados, sendo necessário avaliarmos a necessidade da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa, inicialmente foram analisados os diagnósticos assim como as alterações que a mesma apresentava numa fase inicial para conseguirmos elaborar os planos de cuidados, possibilitando assim, avaliarmos os ganhos que os mesmos apresentam com a nossa intervenção. Segundo o Regulamento nº125/2011, o enfermeiro de reabilitação identifica as necessidades de intervenção de reabilitação em todas as pessoas, através da avaliação da funcionalidade e do diagnóstico das alterações apresentadas que limitem a pessoa e só posteriormente é que elaboramos o programa de reabilitação para conseguirmos avaliar os resultados dos mesmos.

De acordo com o Regulamento nº 392/2019 das competências específicas do especialista de enfermagem de reabilitação o enfermeiro:

Identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade 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 (Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019, p.13566).

Segundo Hoeman (2011), os cuidados de enfermagem têm como ponto de partida a avaliação inicial e durante os ensinamentos clínicos verificámos os processos clínicos para conseguirmos averiguar a situação clínica da pessoa (por exemplo: antecedentes pessoais, exames de diagnóstico realizados anteriormente, terapêutica, etc.), temos que avaliar as necessidades reais da pessoa e da família/cuidador, no entanto, na unidade de saúde familiar, as nossas experiências reconduziram-nos para uma forma de intervenção reestruturada de acordo com as patologias que as pessoas apresentam, por isso tínhamos que analisar e avaliar a pessoa de acordo com a situação clínica, adequando a nossa intervenção aos conhecimentos que detinham para promover e otimizar os cuidados de reabilitação e, desta forma, realizar os

ensinos de acordo com a situação clínica e com as queixas que a pessoa refere, instruindo-as sobre os exercícios a realizar e os cuidados a ter para recuperar e conseguir executar as suas atividades de vida o mais autonomamente possível, assim como prevenir agudizações das doenças já existentes.

Em contrapartida, em ambiente hospitalar como estávamos no serviço de ortopedia, conseguimos cumprir os objetivos definidos no projeto inicial com maior facilidade, isto é, realizámos uma colheita de dados mais completa e, assim, acompanhámos a pessoa desde a colheita de dados até ao momento da alta. Tivemos a oportunidade de acompanharmos a pessoa e percebermos a relevância das nossas intervenções na promoção do autocuidado e na promoção da autonomia da pessoa, esta situação ficou esplanada durante as consultas de *follow-up* (ver anexo II). A consulta de *follow-up* de acordo Marques-Vieira, Sousa e Baixinho (2021) é uma consulta de acompanhamento pós-operatório que valida e garante o desenvolvimento de competências para o autocuidado, garantindo assim uma transição seguro para a independência das AVD.

No estudo de caso realizado em ambiente hospitalar (ver apêndice III – Estudo de Caso A), a pessoa foi submetida a artroplastia total da anca, por apresentar coxartrose com incapacidade funcional. O mesmo referia que após a cirurgia pretendia continuar a fazer a sua vida quotidiana, como realizava anteriormente, ou seja, pretendia ser autónomo, por isso, o nosso plano foi elaborado para atingirmos o objetivo da pessoa. O plano de reabilitação foi elaborado e incidiu nos cuidados da pessoa submetida a artroplastia total da anca, a intervenção do enfermeiro de reabilitação é essencial, tendo em atenção os padrões de qualidade dos cuidados especializados de EEER, na promoção do bem-estar, da qualidade de vida, da funcionalidade, do autocuidado e da prevenção de complicações de forma a maximizar as capacidades da pessoa (OE, 2018).

O mesmo apresentava também uma doença respiratória obstrutiva agravada pela obesidade, por isso os nossos cuidados também se focaram na reeducação respiratória e na alimentação, de forma a prevenir complicações respiratórias e infeções relacionadas com o ato anestésico e com a imobilidade no pós-operatório (Kisner & Colby, 2009; Lung et al., 2019)

Segundo Santos (2008), as pessoas submetidas a artroplastia total da anca têm maior probabilidade de se tornarem dependentes, sendo esta patologia a que

causa maior incapacidade funcional. No pós-operatório a pessoa irá apresentar uma maior dependência no autocuidado comparativamente ao pré-operatório. De acordo com a OMS (2019) e Brito (2012), as lesões músculo-esqueléticas levam a limitações da mobilidade, alterações funcionais, diminuição da autoeficácia, limitações na participação social, afastamento laboral, depressão e aumentam o risco de doenças crónicas.

A avaliação da situação de saúde das pessoas internadas contribuiu para a aquisição de competências dos EEER, de acordo com a tabela 1, em relação à apreciação/avaliação dos instrumentos da colheita de dados para complementar a documentação dos cuidados especializados do enfermeiro de reabilitação, assegurando a continuidade dos mesmos através da uniformização de instrumentos de avaliação (OE, 2016).

Tabela 1- Sistematização das competências do EEER no programa do treino motor

Sistematização das competências específicas do EEER e avaliação num programa do treino motor		
Competências adquiridas:		Avaliação realizada:
- Analisa a funcionalidade e o diagnóstico das alterações que determinam limitações da atividade e da capacidade.		- Avaliação da independência funcional através das escalas preconizadas (função sensoriomotora, cognitiva, respiratória e da alimentação);
		- Avaliação social e psicológica.

Adaptado de: Correia (2020, pág.41).

Inicialmente é realizada uma avaliação inicial da pessoa, onde iremos verificar e avaliar todas as necessidades que se encontram alteradas, de acordo com a Teoria de Orem, aplicando as escalas existentes nos serviços. Durante a avaliação das alterações apresentadas recorreremos aos instrumentos de avaliação que o serviço tinha implementados, ("Medical Research Council "(MRC)⁹, Escala numérica da dor,

⁹ Medical Research Council (MRC) é a escala que avalia a força muscular, avalia 12 grupos musculares e a sua pontuação varia de acordo com a força muscular de cada grupo, e a sua pontuação varia entre 0 (paralisia total) e 5 (força muscular mantida), a soma da força de todos os grupos musculares varia entre 0 e 60, onde o maior valor é força muscular normal e o menor é considerado tetraparesia

Escala de Barthel¹⁰, Escala de Morse¹¹, Escala de Braden¹², Escala de Berg¹³ e Escala de Lower¹⁴) a sua avaliação é realizada em três momentos distintos: na admissão, no pós-operatório e no momento da alta. Destaca-se a Medical Reserach Council, que se mostrou um instrumento essencial para a verificação dos ganhos para a saúde através dos ganhos produzidos pela nossa intervenção no treino muscular que se torna essencial na independência funcional. Como exercício acadêmico, foram avaliados todos os segmentos articulares, tanto dos membros superiores como dos membros inferiores, sendo o fortalecimento dos membros superiores essencial para facilitar a realização do treino de marcha com o auxílio do andador/canadianas permitindo também o desenvolvimento de habilidades articulares o que levou ao aumento da amplitude articular facilitando/promovendo a deambulação. Sendo também de extrema importância a avaliação da escala de Barthel, permitindo verificar a evolução da funcionalidade e o grau de dependência que a pessoa apresenta durante a nossa intervenção, avaliando assim os ganhos de saúde que a pessoa apresenta durante e após a nossa intervenção.

A nossa intervenção inicia-se no pré-operatório o que possibilita às pessoas exporem as suas dúvidas, angústias e segundo vários autores tem sido eficaz para a diminuição da ansiedade, aumento do envolvimento da pessoa contribuindo assim para a melhor adesão ao plano de reabilitação, levando a maior satisfação da pessoa e do cuidador/familiar (Pina & Baixinho, 2020; Lourenço et al., 2021). O tempo de internamento atualmente é de aproximadamente 5 dias por isso a nossa intervenção tem de se iniciar no pré-operatório, onde iremos ensinar/instruir e treinar todos os autocuidados, de forma a facilitar e promover uma maior adesão ao programa no pós-operatório e assim prevenir complicações. Neste caso, iremos nos focar na reeducação funcional respiratória e reeducação funcional motora.

¹⁰ Escala de Barthel é a escala que avalia o grau de dependência da pessoa para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas

¹¹ A Escala de MORSE – avalia o risco de queda através de 6 itens: história de queda, diagnóstico secundário, se necessita de auxílio na deambulação, terapia intravenosa/dispositivo endovenoso, postura e andar e estado mental.

¹² Escala de Braden -avalia o risco de desenvolver UPP. Avalia 6 itens: a percepção sensorial, humidade da pele, atividade, mobilidade, nutrição e força de fricção.

¹³ Escala de Berg é utilizada com o objetivo de avaliar o equilíbrio estático e o equilíbrio

¹⁴ A escala de Lower foi utilizada para avaliar a força muscular através da contração muscular da pessoa a pontuação varia entre 0 (ausência de movimento e de contração muscular) e 5 (força normal).

Todas as escalas utilizadas podem ser visualizadas em detalhe no site docinstrurecolhadadosenfrenreabilitação_vf.pdf (ordemenfermeiros.pt)

No período pré-operatório damos ênfase à consciencialização dos tempos respiratórios e ao controlo da respiração, de forma a diminuir complicações respiratórias. Realizamos o ensino e treino da dissociação dos tempos respiratórios e da respiração diafragmática, adaptando os exercícios à tolerância da pessoa. Foram realizados exercícios respiratórios da porção anterior, posterior e hemicúpulas diafragmáticas, visando o fortalecimento da musculatura abdominal de forma a aumentar a resistência, incrementando gradualmente a resistência, incluímos também exercícios de reeducação costal seletiva, recorrendo ao bastão para permitir a abertura costal global. Como no pós-operatório ocorre diminuição da força muscular também foi realizado o ensino do mecanismo de tosse dirigida.

No período pós-operatório, apesar das especificidades relacionadas com a articulação coxofemoral, iremos instruir e treinar a realização da mobilização precoce, com a realização de exercícios isométricos passivos e ativos-assistidos; exercícios ativos; exercícios ativos-resistidos assim como iremos reforçar o treino das estratégias para a concretização das atividades dos diferentes domínios de vida com os produtos de apoio, relacionando com a Teoria do défice do autocuidado de Orem, ou seja, o nosso objetivo é assistir a pessoa nas suas necessidades de autocuidado permitindo que a mesma se consiga adaptar à nova situação de saúde permitindo atingir a sua independência (tabela 2).

Tabela 2 - Sistematização das Competências específicas do EEER no programa de treino motor

Sistematização das competências específicas do EEER com a intervenção num programa de Treino Motor		
Competências adquiridas:		Intervenções planeadas:
- Proporcionar planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas visando o autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;		- Promoção do autocuidado através do modelo teórico de Orem (2001), verificação dos domínios que estão afetados e conceber planos para promover a autonomia;
- Implementar as intervenções planeadas com o objetivo de		- Implementação de um programa de treino sensoriomotor para maximização da

otimizar e/ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, eliminação e da sexualidade; - Conceber e implementar programas de treino motor e cardiorrespiratório;	autonomia, funcionalidade e recuperação da independência; - Instruir e treinar a realização da mobilização precoce; - Realizar exercícios isométricos, passivos e ativos-assistidos; - Realizar exercícios ativos e ativos-resistidos; - Treinar estratégias para concretização das atividades nos diferentes domínios das atividades de vida, recorrendo ou prescrevendo produtos de apoio;
- Elaborar e implementar um programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.	- Adaptação às limitações motoras com a utilização de produtos de apoio (andarelo, canadianas, esponja com cabo longo, pinça de cabo longo para apanhar coisas do chão, calçadeira de cabo longo, calçador de meias e alteador de sanita).

Adaptado de: Correia (2020, pág.43).

Os resultados das nossas intervenções tiveram impacto na independência funcional e na promoção do autocuidado de acordo com as alterações encontradas no pós-operatório da pessoa, de acordo com o modelo de Orem (2001), destacam-se: a melhoria da amplitude articular das articulações mais comprometidas devido à artroplastia, a melhoria da força muscular, a manutenção da independência no posicionamento sentado e levantado, a capacidade de deambular corretamente com as canadianas em segurança e a capacidade de subir e descer escadas com o auxílio das canadianas. Estes cuidados também proporcionaram o desenvolvimento de outras competências, de acordo com a tabela 3.

Tabela 3 - Sistematização das competências específicas do EEER e avaliação dos resultados no programa de treino motor

Sistematização das competências específicas do EEER com a avaliação dos resultados num programa de treino motor		
Competências adquiridas:		Avaliação:
- Avalia os resultados das intervenções implementadas;		- Avalia os resultados dos programas implementados;
- Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados.		- Avalia os resultados dos planos de cuidados e reformula-os de acordo com os resultados dos objetivos definidos pela pessoa.

Adaptado de: Correia (2020, pág.44)

Durante o ensino clínico na unidade de saúde familiar, as nossas intervenções eram baseadas na consciencialização, avaliação de riscos e na promoção e adesão de estratégias preventivas assim como no tratamento precoce das complicações de doenças crónicas. Tivemos oportunidade de realizar domicílios onde foi possível verificarmos os benefícios da nossa intervenção a nível motor e psicossocial (ver apêndice III – Estudo de Caso B), neste caso foi possível ver uma melhoria no estado de saúde da pessoa, por vezes temos de realizar um reforço positivo para proporcionar a adesão ao plano de reabilitação e concomitantemente saber negociar o plano de cuidados com a pessoa debilitada.

1.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

Para desenvolvermos as competências no presente domínio¹⁵ foram elaborados os seguintes objetivos específicos:

- Implementar cuidados de ER à pessoa com incapacidade, após realização de ATA, visando a promoção do autocuidado;

¹⁵ O presente domínio engloba as seguintes competências: elaboração e implementação de programas de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade, à maximização da autonomia, da qualidade de vida, da promoção da mobilidade, da acessibilidade e da participação social.

- Realizar planos de cuidados de reabilitação à pessoa submetida a ATA e família/cuidador visando a promoção do autocuidado após a alta;
- Realizar ensinamentos no período pré-operatório, que permite à pessoa assegurar o seu autocuidado, mantendo a participação e exercícios de cidadania.

Perante uma situação de doença, a pessoa encontra-se fragilizada podendo apresentar alterações de mobilidade que a impede de realizar o autocuidado, sendo assim essencial a nossa intervenção e a implementação de um programa de treino das suas AVD. Os programas implementados tiveram em consideração os tipos de limitações reais da pessoa para a qual o programa foi realizado, ensinando a pessoa dependente e da família/cuidador sobre as técnicas específicas de autocuidado e os produtos de apoio a que pode recorrer para conseguir atingir a sua autonomia, neste caso é preponderante o ensino, treino e a supervisão na realização das AVD, alguns dos pontos em que nos focamos enquanto estamos a realizar os ensinamentos são as barreiras arquitetónicas do domicílio, para adequar os produtos de apoio¹⁶ ao domicílio.

A educação é a ferramenta chave para a reabilitação, de acordo com Hoeman (2011, p.209), a formação da pessoa e da família/cuidador em relação aos métodos e na adaptação à nova condição de saúde é essencial para aumentar a probabilidade de progressão e manutenção das alterações presentes, sendo as estratégias eficazes na correção e prevenção das incapacidades assim como de complicações futuras. A educação apoia a pessoa na promoção da sua independência e a adquirir novos conhecimentos de forma a desenvolver o seu autocuidado e assim conseguir gerir a sua própria doença e adaptar-se a novos comportamentos e hábitos de vida. Para que a intervenção de enfermagem seja eficaz tem de haver uma relação de confiança entre o enfermeiro de reabilitação e a pessoa, porque nos programas de reabilitação a pessoa tem de ser interveniente ativa para atingir os seus objetivos (Hesbeen, 2003), tendo assim o domínio e controlo na manutenção do seu ambiente, assumindo a responsabilidade do seu plano e da manutenção do seu estado de saúde (Hoeman, 2011).

Durante o primeiro ensino clínico, conseguimos observar e comprovar a importância das intervenções do enfermeiro de reabilitação nos diferentes momentos

¹⁶ Ver o decreto de lei nº93/2009, de 23 de abril através do site Aprova o sistema de atribuição de produtos de apoio a pessoas com deficiência e a pessoas com incapacidade temporária | DRE

(desde o pré-operatório até ao momento da alta hospitalar) contudo e devido à pandemia Covid 19 não foi possível realizarmos ensinamentos aos familiares/cuidadores, realizamos ensinamentos e realizamos todas as intervenções com a pessoa internada. As nossas intervenções tinham como finalidade a recuperação da independência funcional e autonomia, permitindo a reinserção na vida quotidiana.

Apesar do programa pré-operatório ser uniforme para todas as pessoas, era realizado individualmente para reduzirmos o risco de propagação de infeção por SARS-CoV2. No pré-operatório as nossas intervenções passavam pelo esclarecimento de dúvidas da pessoa, era explicada a cirurgia, assim como todo o programa realizado no pós-operatório, incluindo os exercícios a realizar. No programa de reabilitação pós-operatório tínhamos como objetivo capacitar a pessoa/cuidador na gestão do autocuidado e no programa de reabilitação, ou seja, instruíamos a pessoa a realizar exercícios de reeducação funcional respiratória, reeducação funcional motora, transferir-se a deambular com auxílio de marcha, a levantar-se e sentar-se, no autocuidado, a apanhar coisas do chão e os cuidados a ter para evitar acidentes no domicílio.

Após a alta clínica, realizamos uma consulta telefónica (anexo II) de forma a mantermos um acompanhamento contínuo e para tomarmos conhecimento de como foi a adaptação da pessoa após a alta ao seu domicílio, e se estava a realizar os exercícios e a utilizar os produtos de apoio de forma a conseguir realizar a sua vida quotidiana, e sempre que fosse necessário readaptávamos os nossos planos terapêuticos para que a pessoa conseguisse atingir os seus objetivos definidos inicialmente.

Enquanto o estágio na unidade de saúde familiar foi de uma dicotomia completamente distinta porque, neste caso, o nosso foco de ação é o empoderamento da pessoa que se dirige à unidade, devido à agudização dos seus problemas crónicos, assim como os ensinamentos e diminuição dos riscos que têm em casa, a população que procura as unidades de saúde primárias eram maioritariamente adultos com idade superior a 65 anos. Neste contexto de estágio tivemos oportunidade de realizarmos cuidados domiciliários, no entanto, deparamo-nos com cuidadores da mesma idade da pessoa cuidada e com limitações físicas, psicológicas e de défices de conhecimentos, como tal foram realizados guias orientadores para otimizar as AVD (apêndice IV) de forma a anexar ao Guia do Cuidador Informal assim como realizada

uma revisão narrativa da literatura de forma a compreendermos a importância do enfermeiro de reabilitação nas intervenções dos cuidadores informais.

Na tabela infra encontra-se explanado o percurso desenvolvido na aquisição da competência enunciada, assim como as atividades realizadas e também a avaliação e reavaliação visando a maximização das funcionalidades desenvolvidas e a capacidade da pessoa e promoção do seu autocuidado.

Tabela 4 - Sistematização das competências específicas do EEER na capacitação da pessoa no autocuidado

Sistematização das competências específicas do EEER na capacitação da pessoa no autocuidado	
Competências adquiridas:	Avaliação:
- Elaborar e implementar programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;	- Realizar programas visando a promoção das AVD individualizados promovendo a maximização e a autonomia da pessoa;
	- Adequar os produtos de apoio de acordo ao enquadramento social e económico da pessoa;
- Promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.	- Atuar na avaliação dos programas implementados baseando-se na literatura científica validada de forma a promover a reinserção social;
	- Mobilizar os recursos presentes na comunidade para auxiliar a família/cuidador e a pessoa.

Adaptado de: Correia (2020, pág. 52)

1.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Segundo as competências específicas do enfermeiro de reabilitação definidas pela OE, o presente domínio¹⁷ vem consolidar e reformular as atividades realizadas

¹⁷ O presente domínio inclui as seguintes competências: concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório e avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratórios em função dos resultados esperados.

nas competências anteriores e iremos desenvolver atividades que permitam maximizar as capacidades funcionais da pessoa.

No nosso caso, ao ensinarmos e durante a realização das atividades de vida diárias estamos a instruir e a reformular técnicas específicas de forma a maximizar o desempenho da pessoa a nível motor e cognitivo, visando atingir autonomia da pessoa.

O enfermeiro de reabilitação trabalha em parceria com a pessoa/ família/ cuidador, estabelecendo metas realistas, ou seja, tem de haver uma parceria entre a pessoa e o profissional e tem de haver concordância durante a tomada de decisão, valorizando o papel da pessoa na saúde e no seu bem-estar, considerando todos os ganhos de saúde que apresenta (Hoeman, 2001). Durante os programas de reabilitação a inexistência de complicações associadas à intervenção cirúrgica e o restabelecimento das capacidades funcionais da pessoa durante o programa de reabilitação permitiram o desenvolvimento da presente competência.

Para maximizar a capacidade funcional da pessoa, foram elaboradas várias atividades ao longo dos ensinamentos clínicos, nas quais implementámos programas de reeducação funcional respiratória e motora, através da realização de sessões de treino, visando a promoção de saúde, prevenindo complicações e promovendo a sua reabilitação de forma mais eficiente. De acordo com o Regulamento nº350/2015 o enfermeiro de reabilitação tem de demonstrar capacidade para ensinar, instruir e treinar a pessoa, envolvendo-a na prevenção de complicações e na maximização das suas capacidades, de forma, a atingirmos os objetivos da pessoa. Desta forma temos de realizar uma avaliação e readaptar os programas de reeducação funcional sempre que necessário, de acordo com os ganhos de saúde pretendidos, integrando sempre a pessoa no seu processo de reabilitação.

Durante o ensino clínico na comunidade como estivemos na unidade de saúde familiar, tivemos limitações a maximizar a funcionalidade das capacidades das pessoas, porque estas quando necessitam de um acompanhamento de cuidados e de um programa de reabilitação prolongado são reencaminhadas para a RNCCI. Durante o ensino clínico tivemos oportunidade de observar vários reencaminhamentos para a unidade nacional de cuidados continuados integrados porque a USF apresenta uma capacidade limitada para realizar estes cuidados de longa duração, dado que só têm disponibilidade para realizar deslocações ao exterior duas vezes por semana.

Tabela 5 - Síntese das competências específicas do ER adquiridas nos ensinamentos clínicos

Sistematização das competências específicas do EEER adquiridas no âmbito dos ensinamentos clínicos	
Competências adquiridas:	Atividades desenvolvidas:
- Avalia a funcionalidade e diagnóstica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade;	- Avaliar a pessoa com alterações na funcionalidade através da utilização de instrumentos de avaliação implementados nos serviços; - Perceber o impacto das alterações na satisfação do autocuidado;
- Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas visando o autocontrolo e o autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;	- Realizar planos de cuidados de acordo com a incapacidade da pessoa;
- Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e sexual; - Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório;	- Promover a otimização e reeducação motora e respiratória;

- Avalia os resultados das intervenções implementadas; - Elabora e executa programas de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida; - Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados;	- Intervir/ implementar programas de promoção de AVD de forma a promover a sua autonomia e independência; - Avaliar os resultados das intervenções e, se necessário, reformular o programa de reabilitação;
- Promove a mobilidade e a participação social.	- Mobilizar recursos na comunidade atuando com a família/ cuidador informal.

Adaptado de: Correia (2020, pág. 59).

Nos dois momentos de análise sobre a situação do enfermeiro de reabilitação com a orientadora acerca da especificidade dos cuidados de reabilitação prestados nas USF e relativamente às readaptações que tivemos de realizar neste contexto, designadamente o défice nas redes de apoio. Observou-se uma população cada vez mais idosa, com mais limitações funcionais, físicas, cognitivas e com maior dificuldade no processo de aprendizagem relacionada com a baixa literacia de saúde. O enfermeiro de reabilitação na comunidade tem de desenvolver capacidades argumentativas, baseadas na evidência científica, essenciais no estabelecimento de decisões visíveis a todos os intervenientes independentemente da área do conhecimento.

No domicílio os cuidados são prestados pelos familiares e/ou cuidadores informais, por isso foi essencial elaborarmos um guia orientador para os cuidadores informais, onde se encontram descritos todos os cuidados a ter no domicílio à pessoa dependente, de forma a capacitar e maximizar a pessoa e o cuidador. De acordo com Sequeira (2010), o enfermeiro tem de capacitar o cuidador informal/família para que consiga prestar os cuidados à pessoa, melhorando o seu desempenho para a promoção/ manutenção da qualidade de vida do cuidador.

Na tabela supra estão descritas as atividades que mais se manifestaram na aquisição das competências descritas.

CAPÍTULO II. AVALIAÇÃO DO PERCURSO REALIZADO

Ao longo dos ensinamentos clínicos a elaboração do projeto revelou-se de crucial importância, apresentou-se um elemento facilitador no desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e nas competências específicas do enfermeiro especialista de reabilitação. Os ensinamentos clínicos demonstraram-se enriquecedores, possibilitando o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, o percurso foi repleto de novas experiências de aprendizagem, contudo também existiram dificuldades e limitações.

O campo de estágio realizado em âmbito hospitalar teve um papel central tendo possibilitado a implementação do projeto, onde foi possível desenvolver as competências inerentes ao enfermeiro especialista e ao enfermeiro especialista na área da reabilitação. A pessoa internada encontrava-se com várias limitações funcionais no pós-operatório, por isso tivemos que mobilizar os conhecimentos para maximizar a autonomia nos autocuidados proporcionando independência e a máxima satisfação da pessoa, de forma a promover/manter a autoestima (OE, 2010).

Relativamente ao ensino clínico na comunidade tivemos que nos desviar do tema central do projeto, o que poderia ter sido interpretado como uma limitação, no entanto, tivemos que reformular para conseguirmos atingir as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, focámo-nos essencialmente na área dos ensinamentos de acordo com as patologias das pessoas que recorriam à unidade de saúde familiar, porém a área dos cuidadores informais foi a que se salientou, porque quando trabalhamos em ambiente hospitalar não temos oportunidade de perceber as dificuldades e receios que os familiares sentem no domicílio.

Ambos os ensinamentos clínicos apesar de apresentarem áreas de conhecimento divergentes revelaram-se ricos em novas experiências proporcionando novas experiências e aprendizagens, contribuindo para o desenvolvimento das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros para a atribuição do título profissional de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, assim como, das competências delineadas nos descritores de Dublin para o segundo ciclo de ensino. Neste caso conseguimos adquirir conhecimentos e capacidades de compreensão necessárias promovendo uma evolução contínua de conhecimentos.

Desenvolvemos as competências em contextos multidisciplinares dando resposta aos problemas identificados, revelando capacidade de tomada de decisão e análise crítica perante situações complexas.

Durante o percurso conseguimos desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista, em relação ao *Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal* a nossa intervenção tem como finalidade promover a segurança da pessoa de acordo com a sua situação de saúde, respeitando os direitos humanos segundo a deontologia profissional. Todas as intervenções implementadas foram feitas em parceria com a pessoa, facultando toda a informação sobre as vantagens e riscos das diferentes intervenções respeitando sempre a tomada de decisão da pessoa.

Relativamente ao *Domínio melhoria contínua da qualidade* em âmbito hospitalar executamos o projeto de estágio, complementando o projeto que o serviço já tinha implementado com o tema “Cuidar/Reabilitar o Utente Submetido a Artroplastia da Anca” (anexo I) colaborando assim na melhoria contínua dos cuidados garantindo um ambiente terapêutico seguro. Na unidade de saúde familiar participámos na elaboração do Manual do Cuidador Informal com a elaboração dos guias orientadores em falta no mesmo (Alimentação, Prevenção de quedas no domicílio, Cuidados de higiene oral, Higiene da pessoa do banho no leito, Higiene da pessoa no chuveiro, Auxiliar no vestir e despir e Cuide de Si). Desenvolvemos competência de análise e planeamento de estratégias na qualidade no programa de melhoria continua assim como conhecimentos avançados sobre a gestão de cuidados.

No *domínio da gestão dos cuidados*, neste caso assumimos a função de gestor de cuidados em colaboração com toda a equipa multidisciplinar, respeitando a função de cada profissional otimizando o trabalho em equipa, este procedimento permitiu que houvesse uma continuidade dos cuidados a nível da tomada de decisão delegando tarefas para permitir uma continuidade dos cuidados.

Ao nível do *domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais* temos a responsabilidade de sermos facilitadores da aprendizagem contínuo e de autoconhecimento. No serviço de ortopedia desenvolvemos o guia orientador na “Fratura do acetábulo e anel pélvico” enquanto que na comunidade (USF) elaboramos guias orientadoras para complementar o “Manual do Cuidador Informal” que estava a ser elaborado na unidade durante o ensino clínico e para complementarmos e aumentarmos os nossos conhecimentos sobre a importância da nossa intervenção

também foi realizada uma revisão narrativa da literatura com o tema “Reabilitação na Capacitação do Cuidador Informal”, a nossa prática clínica foi suportada na evidência científica.

No domínio das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, cuidámos da pessoa no pós-operatório maximizando as suas capacidades de forma a diminuir a incapacidade funcional, também cuidámos da pessoa com alterações na sua condição de saúde com a finalidade de desenvolver as competências específicas de acordo com a Ordem dos Enfermeiros.

De forma a prevenir a dependência da pessoa quando ocorre um desvio de saúde tivemos de demonstrar uma visão global para conseguirmos compreender as necessidades que se encontram alteradas. Deste modo para intervirmos na pessoa que se encontra com alterações de saúde é necessário realizarmos uma abordagem holística que envolve uma abordagem multifatorial, neste caso temos de realizar uma avaliação em conjunto com a pessoa para definirmos estratégias e para delinear as intervenções de forma a maximizarmos as suas capacidades funcionais. Implementámos planos de reeducação funcional, cardiorrespiratória, motora, sensorial, cognitiva, eliminação, sexual e treinamos a realização das atividades de vida diárias com o recurso de produtos de apoio sempre que necessário de forma a promover a máxima autonomia à pessoa.

Todas as experiências vividas durante o estágio percebi que no caso de pessoas com idade superior a 70 anos apesar de serem mobilizados esforços para capacitar a pessoa e a família/cuidador na preparação para o regresso ao domicílio, no entanto, os recursos que se encontram disponíveis na comunidade têm dificuldade a dar resposta às solicitações efetuadas. Esta situação leva ao aumento do nível de dependência da pessoa e à incapacidade da família em prestar os cuidados necessários, levando ao aumento das limitações da capacidade funcional da pessoa dado que no período em que aguarda a resposta das unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados encontra-se sem apoio do EEER.

CAPÍTULO III. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho apresenta o culminar de um percurso de aprendizagem tendo como objetivo primordial a aquisição de competências enquanto futura EEER. Tendo sido selecionada uma temática que levou à elaboração do projeto de aprendizagem conceptualizado no segundo semestre do ciclo de estudos, tendo sido suportado por pesquisas científicas. A escolha da temática teve como base os objetivos nas seguintes dimensões: pessoais, pelo gosto na área de ortotraumatologia; académicos, no desenvolvimento de um tema que se encontra em constante progresso profissional e científico. Devido ao aumento da esperança média de vida tem-se verificado um crescimento de problemas músculo-esqueléticos entre eles a coxartrose, que numa fase mais tardia se torna incapacitante, levando a pessoa a recorrer ao tratamento cirúrgico, convertendo-se num desafio para os profissionais de saúde, nomeadamente, na reabilitação e na reintegração sociofamiliar.

Neste sentido foi escolhida uma temática da promoção do autocuidado na reabilitação da pessoa submetida a artroplastia total da anca que se procurou desenvolver durante os ensinamentos clínicos. A seleção do presente tema permitiu intervir e abranger várias necessidades sensíveis aos cuidados do EEER, tendo assim permitido alcançar o preconizado pelos descritores de Dublin para a atribuição de títulos académicos, competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do EEER. Tendo sido desenvolvidas no contexto hospitalar, no serviço de cirurgia ortopédica e na comunidade numa Unidade de Saúde Familiar.

O primeiro estágio desenvolveu-se no serviço de cirurgia ortopédica, tendo sido aplicado o projeto a pessoas que se encontravam internadas, sendo necessário uma prática especializada em ER para capacitar a pessoa no seu autocuidado e para proporcionar uma transição segura no âmbito hospitalar para o domicílio, ou seja, pretendemos maximizar e desenvolver as capacidades visando a promoção da funcionalidade e o autocuidado da pessoa, diminuindo os riscos de acidentes no período pós-operatório (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Durante o estágio, foram elaborados programas de reabilitação para as pessoas internadas com alterações músculo-esqueléticas, de forma a prevenir complicações e na promoção do autocuidado da pessoa no período pós-operatório. Este resultado de aprendizagem dá resposta aos descritores de Dublin através da

resolução de problemas e dificuldades que a pessoa apresentava na sua nova condição de saúde.

O segundo ensino clínico, que decorreu numa USF, revelou-se um desafio no desenvolvimento da aprendizagem, porque o tipo de pessoas que recorre à unidade, encontravam-se com um quadro clínico agudizado ou recorriam esporadicamente por situações pontuais, o que nos obrigou a adaptar e a aproveitar os momentos das consultas e os momentos dos tratamentos para instruímos e capacitarmos a pessoa e o seu cuidador relativamente aos cuidados na manutenção da sua saúde, assim como na prevenção de acidentes, neste âmbito realizámos guias orientadoras para reforçar os ensinamentos efetuados. Conseguindo, assim, dar resposta aos descritores de Dublin, tendo a capacidade de integrar conhecimentos e lidar com a complexidade.

Durante o percurso foi perceptível que a intervenção do enfermeiro de reabilitação é de crucial importância na capacitação da autonomia à nova condição de saúde e quanto mais precoce este momento ocorrer maior o benefício para a saúde da pessoa.

Após concluída esta etapa, pretendemos empreender um investimento profissional que passará por colaborar com a restante equipa multidisciplinar para a implementação de estratégias adaptativas, de forma a maximizar a funcionalidade e capacidade de autocuidado na pessoa no pós-operatório e a promover um regresso a casa em segurança, assim como, iniciar um programa de reabilitação precoce, de forma a evitar ansiedade no período pré-operatório e evitar complicações no período pós-operatório.

Sendo de crucial importância estarmos em constante atualização dos conhecimentos baseando-nos sempre na evidência científica disponível, desenvolvendo esforços para demonstrar os conhecimentos adquiridos. Sendo necessário que a instituição onde estou a colaborar reconheça o esforço e o conhecimento para criar as condições que permitam o desenvolvimento.

Durante o percurso foram-nos proporcionadas várias experiências que contribuíram para o nosso crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional. Sinto que me tornei mais humana e com capacidade para ver a pessoa e família em todas as dimensões. As competências e experiências desenvolvidas no decorrer do percurso representaram um desenvolvimento de conhecimentos e capacidades, que se refletiram na prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação,

espero que tenhamos conseguido demonstrar durante a reflexão e análise descrita de todas as anteriormente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arriga, M., Santos, B., Silva, A., Mata, F., Chaves, N. & Freitas, G. (2019). *Plano de Ação para a Literacia em saúde – Plano 2019-2021*. Lisboa: DGS
- Brito, M^a. (2012). *A Reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado* (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências de Saúde.
- Comissão Europeia (2008). *Explicar o quadro europeu de qualificações para a aprendizagem ao longo da vida*. Acedido a 01/01/2022. Disponível em EQF-Archives-PT.pdf (europa.eu)
- Correia, J. (2020). *Promoção do Autocuidado na reabilitação da Pessoa em Risco de Úlcera de Pressão* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. Disponível em João Paulo Cabrita Guerreiro Inácio Correia.pdf (rcaap.pt)
- Cruz, A., Sá, M^a., Conceição, V., Castro, J., Baixinho, C. & Sousa, L. (2021). A Pessoa com Doença Músculo Esquelética. In C. Marques-Viera, L. Sousa & C. Baixinho, *Cuidado de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (p. 761-774) Sintra: Sabooks Editora. ISBN 978-969-80-75-73-4.
- Decreto-Lei nº 93/2009, de 16 de abril (2009). Sistema de atribuição de produtos de apoio a pessoas com deficiência e a pessoas com incapacidade temporária. Diário da República 1^a Série, nº 74 (16-4-2009). 2275-2277
- Despacho n.º 7197/2016 de 1 de junho (2016). Lista de produtos de apoio. Diário da República 2^a Série, n.º 105 (1-6-2016). 17168-17185.
- Deodato, Sérgio (2016). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (p. 35-39). Lisboa: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-73-4.
- Direção Geral da Saúde. (2003). Norma nº. 014/2013 de 23 de setembro de 2013: *Astroplastica total da anca*. Lisboa: Direção Geral de Saúde
- Direção Geral de Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde – Revisão e extensão a 2020. Acedido a 02/03/2022. Disponível em pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.

- Hesbeen, W. (2008). *A Reabilitação: Criar Novos Caminhos*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-992-838-343-5.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados esperados*. (4ª ed.). Loures: Lusoditacta. ISBN 978-989-807-531-4.
- Kisner, C, & Colby, L. (2007). *Therapeutic Exercise* .(5ª ed.). Piladelphia: Davis Company. ISBN 978-0-8036-2574-7.
- Kisner, C. & Colby, L. (2009). *Exercícios terapêuticos e técnicas*. (5º ed.). São Paulo: Editora Manole. ISBN 978-8521427261.
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R. & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de reabilitação à pessoa adulta/ idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação – conceções e práticas* (p. 281-328). Lisboa: Lidel. ISBN 978-989-752-723-4.
- Lung, BE, Kanjya, S. Komatsu DE & Wang, ED (2019). *Preoperative indicadores for total shoulder arthroplasty predict adverse postoperative complications*. Acedido a 03/03/2022. Disponível em <https://doi.org/10.2016/j.jses.2019.03.003>
- Marques, E. & Corte, A. (2021). Transição para o Papel de Cuidador Familiar. In C. Marques-Viera, L. Sousa & C. Baixinho. *Cuidado de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (p. 987-995) Sintra: Sabooks Editora. ISBN 978-989-53006-1-7.
- Marques – Vieira, C. & Sousa. L. (2016). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusoditacto. ISBN 978-989-8075-73-4.
- Marques – Vieira, C., Sousa, L & Baixinho, C. (2021). *Cuidados de enfermagem à pessoa com doença aguda*. (1º ed.). Sintra: Sabooks Editora. ISBN 978-989-53006-1-7.
- Oliveira, C., Couto, G. & Silva, P (2021). Enfermagem de reabilitação nos cuidados de saúde primários. In O. Ribeiro. *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (p. 654-670) Lisboa: Lidel. ISBN 978-989-752-723-4.
- Olson, R. (2011). Função Musculo Esquelética. In S. Hoeman. *Enfermagem de Reabilitação Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (p.411-422) Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-807-531-4.

- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciadas descritivos*. Acedido a 03/03/2022. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/documents/divulgar/20-20padroes/20de/20docs/20cuidados.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de Recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Acedido a 04/12/2021. Disponível em docinstrurecolhadadosenfreabilitação_vf.pdf (ordemenfermeiros.pt)
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Acedido a 06/10/2021. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/media/5682/ponto-4-regulamento-dos-padroes-qualidade.ceer.pdf
- Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice*. 6ª Ed. Missouri: Mosby. ISBN 978-0323008648.
- Orientação 038/2020 (2020). COVID-19: Acompanhantes e Visitas nas Unidades Hospitalares. Direção Geral de Saúde (nº 038/ 2020 de 17/12/2020). Acedido a 10/11/2021. Disponível em www.hospitaldeguimares.min-saude.pt/wp-content/uploads/site/15/2021/03/orientacao-38-2020.dgs.pdf
- Paixão, G. (2012). *Programa Nacional de Prevenção de Queda*. Lisboa: DGS. Acedido a 04/01/2022. Disponível em [manualdeapoioP.COMMAISCUIDADO2012-doc\(dgs.pt\)](http://manualdeapoioP.COMMAISCUIDADO2012-doc(dgs.pt))
- Pina, M. & Baixinho, C. (2020). Vantagens da consulta pré-operativa na reabilitação da pessoa submetida a astroplastica da anca. Revisão Integrada da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 42-48. Acedido a 12/12/2021. Disponível em <https://doi.org/10.33194/rper-2020.v3.n1.5.5758>

- PORTADA (2022). *Indicadores de Envelhecimento*. Acedido a 01/02/2022. Disponível em www.portada.pt/portugal/indicadores+de+envelhecimento-526
- Regulamento nº 125/2011 (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, II série, nº 35 (18-02-2011) 8658-8659.
- Regulamento nº350/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II série, nº 119 (22-06-2015). 16655-16660.
- Regulamento nº 140/ 2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II série (nº26 de 06/02/2019). 4744-4750
- Regulamento nº 392/ 2019 (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, II série (nº85 de 03/05/2019). 13565-13568
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas*. Lisboa: Lidel. ISBN 978-978-752-723-4.
- Santos, D. (2008). *As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente: um estudo no concelho da Lourinhã*. Dissertação de mestrado em comunicação e saúde, Universidade Aberta de Lisboa, Portugal.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757-717-0.
- Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede nacional de Cuidados Continuados Integrados (2022). Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (N37-V4.24) Instituto de Segurança Social, IP.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Populations Division (2019). *World Population Ageing 2019: Highlight*. Acedido a 02/03/2022. Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>.

Vasconcelos, M. (2021). Ética em Enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro. *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (p. 34-37). Lisboa: Lidel. ISBN 978-978-752-723-4.

World Health Organization (2019). *Musculoskeletal conditions*. Acedido a 10/05/2022. Disponível em: www.who.int/news-room/factsheets/detail/musculoskeletal-conditions

APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto de Estágio



12.º Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

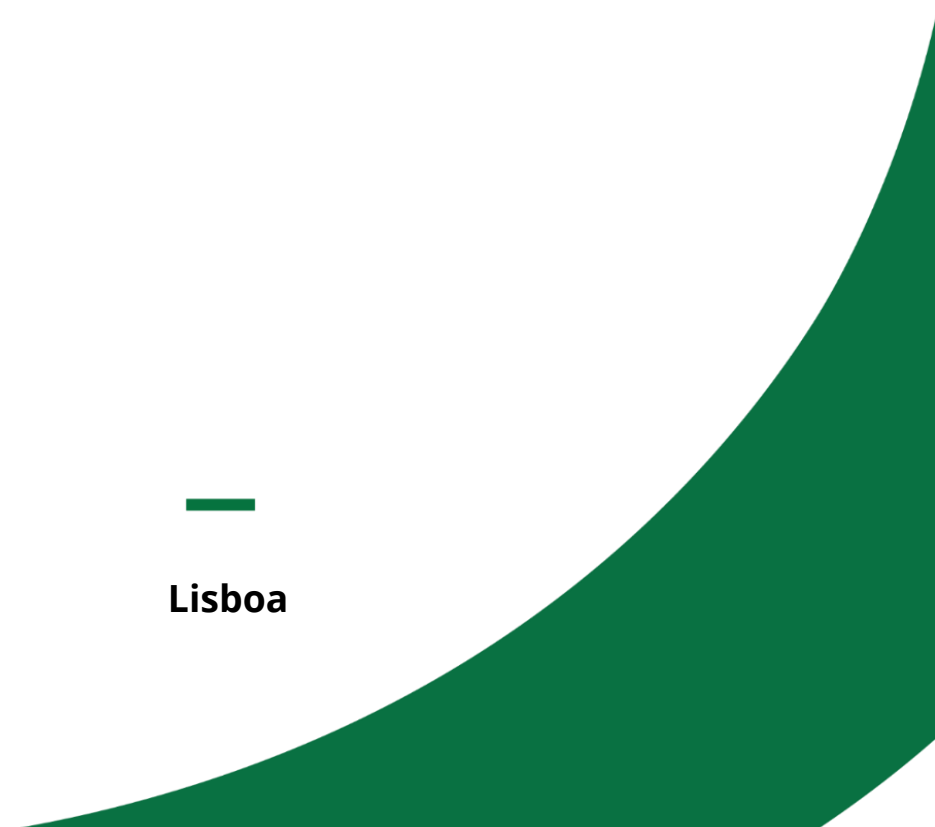
Opção II – Projeto de Estágio

Reabilitação na Promoção do Autocuidado à Pessoa Submetida a Artroplastia Total da Anca

Carla Sofia Silvério e Silva, nº 10544



Lisboa





12.º Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Opção II – Projeto de Estágio

Reabilitação na Promoção do Autocuidado à Pessoa Submetida a Artroplastia Total da Anca

Carla Sofia Silvério e Silva, nº10544

Orientadora: Professora Doutora Vanda Marques Pinto

**Lisboa
Setembro 2021**

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1. IDENTIFICAÇÃO DE PROJETO	7
1.1. Título	7
1.2. Palavra-chave/ Termos indexados	7
1.3. Metodologia	7
1.4. Data de Inicio	7
2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	8
3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA	9
3.1. Sumário	9
3.2. Enquadramento Conceptual do Tema	10
3.2.1. A Pessoa Submetida a Artroplastia Total da Anca	10
3.2.2. Intervenção do Enfermeiro Reabilitação	15
3.2.3. Teoria do Autocuidado de Orem	17
3.3. Plano de Trabalho e Métodos	19
4. CONSIDERAÇÕES GERAIS	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
APÊNDICES:	
Apêndice I - Descrição dos objetivos específicos e das tarefas a realizar e Resultados Esperados	
Apêndice II - Cronograma de Atividades	
Apêndice III – Apresentação em PowerPoint	

Índice Imagens

Figura 1 - Componentes que formam a ATA

12

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Opção II, inserido no 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, tendo sido solicitada a elaboração de um projeto de estágio, a desenvolver no terceiro semestre, envolvendo as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, em articulação com o grau de mestre, o plano de estudos assegura que os estudantes adquiram competências técnicas, científicas, humanas e culturais adequadas aos cuidados especializados.

De acordo com o Regulamento n.º 392/2019, o enfermeiro de reabilitação tem de adquirir conhecimentos e procedimentos específicos, promovendo a maximização do potencial funcional e independência, dignidade e qualidade de vida. A minha questão inicial para este projeto explana as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na promoção do autocuidado à pessoa com artroplastia total da anca. Estabeleci como objetivos gerais:

- Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Reabilitação, na promoção do autocuidado à pessoa com artroplastia total da anca (ATA);
- Desenvolver competências científicas e técnicas na prestação de cuidados especializados em reabilitação, promovendo o potencial funcional e independência da pessoa com incapacidade após ATA;
- Desenvolver competências de EEER na prevenção de complicações na pessoa submetida a artroplastia total da anca;
- Clarificar as competências comuns do enfermeiro especialista nos domínios da responsabilidade profissional ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais;

No decorrer do projeto irei abordar as causas que conduzem à ATA no que consiste, o impacto na pessoa/família submetida a artroplastia total da anca; identificar as intervenções específicas do EEER no indivíduo submetido a artroplastia total da anca (ATA) relacionando com o modelo teórico do autocuidado de Dorothea Orem; planejar objetivos e atividades a desenvolver nos locais de estágio.

No que respeita à estrutura do trabalho, encontra-se dividido em quatro capítulos, no primeiro apresento a identificação do projeto, a metodologia, duração e onde possivelmente irá realizar-se. Seguidamente irei apresentar a componente científica e formativa, aqui encontrará o enquadramento conceptual do tema selecionado e a importância da reabilitação no período peri-operatório na pessoa/ família/ comunidade, e perceber como é que o enfermeiro de especialidade em reabilitação pode intervir para auxiliar, relacionando

com a Teoria de Autocuidado de Orem. No final do terceiro capítulo irá encontrar os planos de cuidados relacionados com os objetivos específicos, assim como todas as atividades a desenvolver durante o ensino clínico.

No último capítulo encontram-se as considerações finais, onde realizo uma pequena reflexão sobre as expectativas que detenho sobre o presente projeto e a sua implementação.

1. IDENTIFICAÇÃO DE PROJETO

1.1. Título

Como título do projeto definiu-se:

A Reabilitação na Promoção do Autocuidado à Pessoa Submetida a Artroplastia Total da Anca

1.2. Palavras-chave

As palavras-chave o presente projeto são as seguintes:

Artroplastia total da anca; Cuidados de Enfermagem; Reabilitação; Autonomia

Termos Indexados

As palavras indexadas na plataforma Cinahl e Medline:

Artroplasty Replacement hip; Nursing Care; Rehabilitation

1.3. Metodologia

A metodologia deriva da palavra latina “Methodus”, que significa o “caminho para a realização de algo”, ou seja, consiste no método que escolhemos para conseguirmos delinear a nossa trajetória de forma a explicarmos não apenas os resultados da investigação como o caminho que percorremos para chegar a esse resultado (Legembre (1993) citado por França & Gomide (2015)).

Este projeto teve por base uma revisão narrativa da literatura, recorri a artigos científicos, dissertações, teses, revistas e sites fidedignos, associações e a organizações mundiais e a livros. Os artigos selecionados foram obtidos através da plataforma google, EBSCO e JBI, nomeadamente na base dados MEDLINE e CINAHL.

Relativamente aos critérios de inclusão foram: Pessoas com mais de 65 anos de ambos os sexos submetidos a artroplastia total da anca; Intervenções de Enfermagem que promovam a autonomia; Intervenções da enfermagem de reabilitação que promovam a independência e autocuidado. O idioma selecionado foi o português e o inglês, texto integral e com um limite temporal de 2014 a 2021.

1.4. Data de início

Irá ter início a 11 de outubro de 2021 e terá a duração de 19 semanas e será dividido entre unidade Hospitalar e Unidade de Cuidados Continuados.

2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

As instituições envolvidas na elaboração do projeto é a ESEL, que é tutelada pelo Ministério da Educação, Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, com a colaboração [REDACTED]

[REDACTED] (os campos de estágio ainda não estão confirmados).

O [REDACTED], é um hospital especializado e de referência no tratamento ortopédico e traumatológico. Tem como missão prestar cuidados de excelência a todos os doentes que o procuram, de forma a melhorar e recuperar a saúde, auxiliando na promoção de autonomia e na capacidade funcional o mais rapidamente possível.

O ACES [REDACTED], abrange as freguesias [REDACTED]. Esta unidade tem uma equipa de Enfermagem de Reabilitação o que é uma mais-valia para a o desenvolvimento académico e profissional.

Como os campos de estágio ainda não estão confirmados não tive oportunidade de os conhecer e de realizar uma entrevista prévia para conhecer o trabalho elaborado pelas equipas.

3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

No presente capítulo irei realizar uma análise detalhada do contexto e problemática na qual vai incidir o projeto de intervenção de reabilitação, sendo também aqui identificados os objetivos.

3.1. Sumário

A problemática abordada no projeto será na área da ortopedia, devido ao meu interesse pessoal e profissional, mais especificamente na artroplastia total da anca (ATA), e nos cuidados de enfermagem de reabilitação e na promoção da autonomia da pessoa submetida a ATA. O recurso à ATA tem vindo a aumentar nos últimos anos, e de acordo com a literatura, este número está diretamente relacionado com o aumento da esperança média de vida da população.

A cirurgia ortopédica encontra-se em constante evolução nas últimas décadas, os procedimentos são cada vez menos invasivos, mas não são isentos de riscos. A pessoa após a cirurgia refere sempre dor, défices funcionais associados às comorbilidades e diminuição da mobilidade que provocam temporariamente incapacidade (Ferreira et. al., 2019).

De acordo com a WHO (World Population Ageing) (2019), o envelhecimento é um fenómeno global, em 2019 havia 703 milhões de pessoas com 65 anos ou mais e projeta-se que em 2050 irão duplicar para 1.5 mil milhões.

De acordo com Moraes (2009) o envelhecimento biológico ocorre de forma ativa sendo irreversível, causando várias vulnerabilidades ao organismo, provocando alterações físicas e neurológicas, que tornam o idoso mais vulnerável a acidentes. Os fatores mais frequentes, estão relacionados com alterações visuais, diminuição do equilíbrio, da força muscular, tremores e diminuição da audição, aumentando o risco de queda, enquanto o défice de vitamina D e os problemas de locomoção, levam à diminuição da perceção de queda (Paixão, 2012).

Uma das alterações físicas mais prevalentes são as alterações músculo-esqueléticas, onde se destaca a artrite reumatoide, disfunções da coluna, osteoartrose, osteoporose e vários traumatismos graves dos membros, sendo a osteoartrose uma das principais incapacidades, atinge 18.8% das mulheres e 9.6% dos homens, destes 80% apresentam limitações no movimento e 25% poderão não conseguir suprimir as suas necessidades (WHO, 2016).

A articulação mais afetada pela osteoartrose é a coxo-femoral, provocando incapacidades funcionais à pessoa (DGS, 2013). A osteoartrose manifesta-se por dor, tumefação e limitações da mobilidade, podendo mesmo provocar deformações na articulação lesada. A dor normalmente agrava-se no decorrer do dia, provocada pelo movimento e pela realização de esforços e reverte em repouso (Liga Portuguesa contra as doenças Reumáticas, 2014).

Por sua vez a osteoporose também está associada ao idoso, aumentando assim o risco de fratura após traumatismo, nestes casos a fratura mais comum é a fratura da anca (Gali,2001).

Segundo Holzwarth & Cotogno (2012), anualmente eram realizadas cerca de um milhão de artroplastias totais da anca a nível mundial. Em Portugal, de acordo com a Circular Informativa nº13 (01/04/08) da DGS, em 2006 ocorreram 9523 fraturas do colo do fémur, e destes só 15% recuperaram a sua capacidade funcional, contudo este número tem vindo a aumentar, em 2015 ocorreram 12992 fraturas proximais do fémur, aumentaram 36.4% relativamente aos dados de 2006 (Felicissimo & Branco, 2017).

O presente projeto visa compreender, quais as competências e intervenções do enfermeiro de reabilitação no peri-operatório para a promoção do autocuidado do individuo submetido a artroplastia total da anca, ou seja, inicia-se na fase de planeamento da cirurgia ortopédica e irá decorrer até ao momento da alta, visando a independência e autonomia do mesmo.

O EEER baseia-se em todos os problemas reais e potenciais da pessoa, realiza um plano individual de intervenções, implementa e monitoriza a eficácia das intervenções implementadas, e altera-as sempre que necessário (OE, 2010). O EEER realiza um acompanhamento em todo o contexto de cirurgia ortopédica e requer cuidados e adaptações específicas na nova condição de saúde.

A escolha deste tema surge na vasta atuação e no contributo do EEER na promoção do autocuidado e da independência da pessoa submetida a ATA. Sendo a elaboração deste projeto orientado pela Teoria do Autocuidado de Orem.

3.2. Enquadramento Conceptual do Tema

No presente subcapítulo irei abordar todo o referencial teórico que sustenta o projeto: a pessoa submetida a artroplastia total da anca e o processo de reabilitação da pessoa submetida a ATA (referindo a promoção do autocuidado).

3.2.1. A Pessoa Submetida a Artroplastia Total da Anca

Fisiopatologia da Osteoartrose

A osteoartrose é uma doença crónica degenerativa, que se caracteriza pelo desgaste da cartilagem articular, aumentando a sua incidência com o aumento da idade média de vida. Segundo Duarte et. al. (2013) e Dobberstein (2014) citado por Sousa & Carvalho (2016), referenciaram 44% e 70% de casos de osteoartrose em pessoas com idade superior a 50 anos, no caso de pessoas com 75 anos ou mais a percentagem aumenta para 85%.

Caracteriza-se clinicamente por dor, diminuição da amplitude do movimento e rigidez matinal (duração inferior a 30 minutos), crepitação óssea e atrofia muscular, a nível radiológico é observada diminuição do espaço intra-articular, formação de osteófitos, esclerose do osso subcondral e formação de quistos (Altman et. al., 1991; Sousa & Carvalho, 2016).

Esta patologia afeta principalmente as articulações que envolvem peso, sendo a sua predominância nos membros inferiores, e em algumas articulações das mãos e da coluna cervical e lombar.

A osteoartrose pode ser classificada de primária ou idiopática e secundária, a primária pode ser localizada (se afetar uma única articulação) ou generalizada e a sua causa não é conhecida, enquanto a secundária surge sempre associada a uma situação clínica, como traumatismo, fraturas antigas, doenças inflamatórias ou metabólicas (Queiroz, 2011). Embora apresentem etiologias diferentes, ambas apresentam a mesma sintomatologia.

Tratamento indicado para Osteoartrose

O tratamento da osteoartrose deve de ser multidisciplinar, tendo como objetivo o alívio da dor, aumentar a mobilidade das articulações afetadas e capacitar a funcionalidade, sendo de crucial importância impedir o agravamento das lesões já existentes promovendo a função articular e a qualidade de vida (Narciso et. al., 2016). As estratégias não farmacológicas são as primeiras a serem abordados no tratamento, incluem programas educativos, envolvendo o indivíduo no seu programa de reabilitação e na realização de exercícios para melhorar as articulações e a força muscular. O tratamento farmacológico baseia-se na administração terapêutica analgésica, anti-inflamatórios e por fim administram-se os opioides se os anteriores não surtirem efeito. Se os tratamentos anteriores não forem eficazes recorre-se à intervenção cirúrgica (Narciso et. al., 2016).

Segundo o artigo 014/2013 da DGS, para realizar uma artroplastia da anca, tem que se realizar uma *“avaliação pré-operatória cuidada e sistematizada que permita o diagnóstico de artropatia da anca, que identifique os casos clínicos apropriados para cirurgia, que auxilie no planeamento cirúrgico e que permita minimizar as complicações no peri e pós-operatório”* (DGS 014/2013). O mesmo artigo refere que as causas mais frequentes de dor e disfunção articular da anca, levando à ATA são: osteoartrose primária e secundária, osteonecrose da cabeça do fémur, doença inflamatória da anca e fratura do colo do fémur.

A artroplastia da anca está indicada quando o indivíduo refere dor crónica ou aguda acompanhada de incapacidade articular para realizar as suas atividades de vida diárias (Lenza et. al., 2013).

As contraindicações absolutas para a realização da artroplastia da anca segundo a DGS 014/2013 baseiam-se na presença de infecção localizada ou sistêmica, imaturidade óssea e presença de tetraplegia ou hemiplegia. Como contraindicação relativa encontram-se a obesidade mórbida, a artropatia de Charcot e a doença neurológica ou neuromuscular incapacitante e/ou progressiva.

Artroplastia Total da Anca

A artroplastia da anca foi relatada pela primeira vez em 1938 por Phillip Wiles, mas foi em 1960 com os estudos de John Charnley que o procedimento ganhou expressão, quando utilizou cimento de metacrilato para fixar a prótese femoral Moore, em 1962 introduziu a parte acetabular metálica, de forma a obter componentes com estabilidade, sendo estes princípios utilizados até hoje. Assim a ATA consiste numa cirurgia que substitui as superfícies articulares desgastadas por um implante metálico interposto por um polietileno (Kisner & Colby, 2009).

Esta cirurgia é realizada em indivíduos com artrose em estado avançado de evolução, e que represente limitações funcionais e perda de qualidade de vida. A artroplastia total ou parcial da anca, visa substituir a articulação afetada por uma artificial igualmente funcional, sem dor, com o objetivo de reduzir a dor e corrigir deformidades existentes, permitindo assim a realização das atividades diárias (Mourad, 1994).

Segundo Mazières & Tressor-Verrouill (2003), a ATA é constituída por dois elementos: a componente femoral e a componente acetabular. A componente femoral, consiste numa haste, predominantemente metálica, colocada numa cavidade aberta do fémur, que permite a biocompatibilidade a longo prazo e a elevada resistência às cargas cíclicas encontradas durante as funções normais da anca saudável. A componente acetabular tem a forma de concha e a sua parte exterior permite o encaixe no acetábulo, esta cavidade existente no osso ilíaco



é preparada para receber a componente acetabular, na parte interna encontramos a calote semiesférica para encaixar na cabeça esférica da componente

do fémur (ver figura 1).

Figura 1 – Componentes que formam a ATA (artroplastia total da anca componentes – Pesquisa Google)

A artroplastia total da anca substitui o acetábulo assim como o colo do fémur com a prótese, enquanto a hemi-artroplastia substitui apenas o fémur. Atualmente as técnicas minimamente invasivas para a substituição da anca estão em constante desenvolvimento e podem reduzir a dor apresentada no pós-operatório, o tempo de recuperação, sendo importante um acompanhamento de reabilitação precocemente (Hoeman, 2011).

A artroplastia da anca é dividida de acordo com o tipo de fixação, podem ser cimentadas, não cimentadas ou híbridas. A não cimentada é fixa ao osso por pressão de aperto das paredes do osso contra a superfície da prótese, aproveitando a elasticidade do material, no pós-operatório, só pode realizar carga parcial (durante 6 semanas), devido ao risco de afundar. A cimentada consiste na aplicação de “cola” designada por cimento ósseo e entre as paredes do osso e a prótese, ou seja, a prótese é fixada ao osso, neste caso pode realizar carga no primeiro levante porque não há o risco de afundamento. A prótese híbrida conjuga os dois sistemas de fixação referidos anteriormente, isto é, realizam uma fixação cimentada num dos componentes e uma fixação não cimentada no outro (Mazières & Tressor-Verrouíll, 2003).

Todas as intervenções cirúrgicas à anca podem também originar complicações que poderão surgir no intra-operatório, no pós-operatório ou posteriormente no domicílio. As complicações mais comuns de acordo com a DGS (2013):

- » Hematoma – por funcionamento desadequado do dreno, provocando dores, edema no local, equimose e aumento da temperatura;
- » Luxação da prótese – por má colocação da prótese ou por posicionamentos desadequados;
- » Infecção;
- » Trombose venosa profunda – que normalmente se encontra associada à imobilização; A melhor forma de prevenir complicações associadas com a imobilização é a mobilização e o levante precoce.

Impacto na pessoa, família e sociedade

Com a esperança média de vida, o número de pessoas com mais de 65 anos de idade tem vindo a aumentar, como referido anteriormente, o que leva diretamente ao aumento de comorbilidades físicas e motoras, daí a importância deste subcapítulo (WHO, 2019).

A avaliação da qualidade de vida (QdV) tem sido de grande interesse na comunidade científica, porque a maioria dos doentes submetidos a artroplastia apresenta

alterações de mobilidade, alterações psicológicas e isolamento social, que está relacionada com a diminuição da mobilidade e à dor provocada pela coxartrose (Martins, 2019).

Segundo os estudos de Llobet et. al. (2011), com o avançar da idade verifica-se diminuição da atividade física diária, podendo estar relacionada com os processos degenerativos, como a osteoartrose, o que leva ao agravamento e diminuição da capacidade funcional, ou seja, diminuição da força muscular, equilíbrio e flexibilidade, diminuindo assim a qualidade de vida.

O idoso percebe a sua saúde e a sua qualidade de vida de acordo com as limitações das atividades que priorizam, de acordo com a investigação de Canavarro (2007) e de Fonseca (2008), existem várias componentes que podem levar ao agravamento da qualidade de vida geral, entre elas encontramos os domínios físico, psicológico, relações sociais e do ambiente envolvente (provocadas pela dor, diminuição de mobilidade, realização das atividades de vida diárias (AVD), sentimentos negativos, imagem corporal, autoestima, segurança física, relações interpessoais e ambiente físico), apresentando estas alterações tanto no pré-operatório como no pós-operatório. De acordo com Martins (2019), os doentes prepostos para cirurgia apresentam dor, alterações da mobilidade, ou seja, já se encontram dependentes nas suas AVD's, com discurso negativista, alterações da imagem corporal, compromisso na segurança física, encontram-se dependentes e a necessitar de ajuda de outros para satisfazerem os seus autocuidados.

Segundo Rampazo & Délboux (2010) o objetivo da artroplastia é de diminuir a dor, recuperar a mobilidade e assim aumentar a sua capacidade funcional para aumentar a sua qualidade de vida.

É nesta fase que o enfermeiro de Reabilitação surge como parceiro, para auxiliar a pessoa na reintegração no seu meio ambiente, realizando um plano de cuidados e intervenções centrado na pessoa, valorizando todas as suas dimensões, de forma a promover o seu autocuidado e a sua independência.

3.2.2. Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

Os cuidados de EEER baseiam-se na “pessoa em todas as fases do ciclo vital”, ou seja, visa a promoção da saúde, referente “à prevenção dos riscos de alterações de funcionalidade”, da “capacidade para o autocuidado da pessoa com necessidades especiais ou deficiência” e de processos de readaptação sempre que ocorram alterações da funcionalidade, ou seja, dizem respeito à satisfação do cliente, à promoção da saúde, à presença de complicações, ao bem-estar e autocuidado da pessoa, reeducação e readaptação funcional, à promoção da inclusão social e à organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 350 de 22 Junho de 2015).

Desta forma o EEER detém um conhecimento e procedimentos específicos que permitem ajudar os indivíduos que apresentem doenças agudas ou crônicas ou sequelas, para maximizar o seu potencial funcional e independência, promover a independência e maximizar a satisfação do indivíduo para promover a autoestima (OE, 2010).

O programa de reabilitação deve ser iniciado precocemente e deve ser feita uma avaliação global da pessoa e deve ser assegurada a máxima independência para melhor qualidade de vida da pessoa submetida a ATA (Gomes, 2013). No planeamento e na implementação dos programas de reabilitação temos de ter em conta as limitações que a pessoa pode apresentar e temos que tentar manter a motivação e satisfação, para conseguirmos ter resultados positivos.

O programa de reabilitação tem um papel de extrema importância e divide-se entre o período pré e pós-operatório, a nossa intervenção irá incidir na educação para assegurar uma melhor recuperação da função da anca e assegurar a aquisição da capacidade de realizar as suas atividades de vida diárias assegurando a sua autonomia (Patente et. al. (2009) citado por Amaro (2019)).

No período pré-operatório, iremos informar e esclarecer todas as dúvidas relativas ao procedimento cirúrgico, ou seja, vamos ensinar a pessoa a realizar exercícios e estratégias de alívio da dor, dando tempo ao indivíduo/família para se ambientar com a atual situação clínica, tendo como objetivo diminuir a ansiedade e diminuir as complicações do pós-operatório, levando a internamentos mais curtos, como podemos verificar na investigação de Amaro (2019).

Os aspetos importantes a referir no programa pré-operatório ao indivíduo com artroplastia total da anca, irá incidir nos ensinamentos sobre o funcionamento da articulação da anca, a importância da realização da cirurgia, planeamento do internamento, recuperação e planeamento do período pós-anestésico, explicar o período de recuperação e reabilitação e dar orientações sobre os possíveis progressos e orientações dos exercícios que deve realizar no pós-operatório e na preparação para a alta, devemos ainda realizar a verificação da lista pré-operatória (verificar se o indivíduo tem próteses dentárias, verniz nas unhas, se realizou a higiene corporal com antisséptico, avaliação dos sinais vitais e administrar a pré-medicação se prescrita), (Sousa & Carvalho (2016), Amaro (2019), Martins (2019)).

No período pré-operatório ainda se destacam as mobilizações passivas e ativas assistidas da articulação coxofemoral do lado intervencionado, bicicleta estática, pedaleira e hidroterapia, tendo as sessões a duração de uma a três vezes por semana (Lemos, Nascimento & Guedes (2009) citado por Sousa & Carvalho, 2016)).

É bastante importante explicarmos à pessoa e família a importância de cumprir o programa de reabilitação e informá-los sobre as ajudas técnicas que poderá necessitar após o procedimento cirúrgico (Sousa & Carvalho, 2016). O Enfermeiro de Reabilitação deve

avaliar a função respiratória e deve ensinar, instruir e treinar a realização de exercícios de reeducação funcional respiratória, consciencialização da respiração, exercícios abdomino-diafragmáticos, reeducação costal, tosse dirigida e assistida (Sousa & Carvalho, 2016).

Durante o programa de reabilitação está preconizada a mobilização da articulação tibiotársica de forma a favorecer o retorno venoso, realizar a mobilização precoce efetuando concomitantemente exercícios isométricos e isotônicos, mobilizações passivas e ativas assistidas, exercícios de flexão e extensão da coxofemoral, exercícios de adução e abdução do membro inferior intervencionado, exercícios ativos com o membro inferior menos afetado, técnicas de posicionamento na cama, instruir sobre transferências, levantar e medidas a adotar para a realização das suas atividades de vida diárias (Sousa & Carvalho 2016, Amaro 2019).

Segundo o estudo de McDonal et. al. (2014) e Cooke et. al. (2016), a informação fornecida no período pré-operatório tem bastantes benefícios no pós-operatório diminuindo complicações, promovendo o encorajamento da pessoa submetida a ATA que levam a internamentos mais curtos e promovem resultados positivos a longo prazo.

O programa de reabilitação no pós-operatório da ATA tem como base a informação sobre técnicas de prevenção de luxação, deve-se instruir a realização de exercícios de mobilização ativa e ativa assistida das articulações coxofemoral e tibiotársica do membro inferior intervencionado, instrução e treino isométrico da articulação coxofemoral, exercícios que promovam o fortalecimento muscular do membro intervencionado, treino de marcha e de subir e descer escadas entre outras atividades de vida diárias (Sousa & Carvalho, 2016).

O fortalecimento muscular do membro intervencionado deve incluir: exercícios isométricos do quadríceps, adutores e extensores da coxa, exercícios isotônicos de amplitude de movimentos através da mobilização assistida e ativa da articulação coxo-femural dentro de amplitudes protegidas, mobilizações ativas no leito, flexão e extensão do joelho com deslizamento do calcanhar na base da cama e mobilização ativa da articulação coxo-femural (Kisner & Colby, 2009; Hoeman, Lizner & Alverzo, 2011; Sousa & Carvalho, 2016).

Segundo Sousa & Carvalho (2016), a implementação de um programa de reabilitação no período pós-operatório permitiu melhorar a qualidade de vida num curto espaço, e após oito a vinte e quatro semanas verificou-se uma melhoria da função cardiorrespiratória, promovida pela atividade aeróbica, melhoria das atividades motoras de forma a promover a sua independência.

A intervenção do EEER passa por instruir, ensinar e treinar a pessoa e família submetida a ATA, com o objetivo de capacitar e maximizar as funcionalidades da pessoa, promovendo o autocuidado e a autonomia.

3.2.3. Teoria de Autocuidado de Orem

Após uma intervenção cirúrgica o indivíduo que era independente passa a viver numa situação de dependência, ainda que temporária. Nesta fase irá necessitar de auxílio e de um conjunto de informações fornecidas pelo enfermeiro de reabilitação para ultrapassar os défices apresentados e voltar a concretizar os autocuidados comprometidos pela cirurgia, neste caso será abordado o Modelo de Orem.

Orem começou a introduzir o autocuidado em 1959 e continuou a desenvolvê-lo até 2001. Ficando denominada como a Teoria do Défice de Autocuidado para a enfermagem, dividindo-o em três subtemas: a teoria do autocuidado, teoria do défice de autocuidado e teoria dos sistemas de enfermagem (Orem, 2001).

De acordo com Orem (2001) o autocuidado é definido 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 regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes. São ações realizadas para garantir o fornecimento de requisitos necessários para continuar vivo (...) para a manutenção da integridade humana. (...) . Também são ações com foco na prevenção, alívio, cura, ou controle de condições indesejáveis que afetam ou podem vir a afetar a vida ou o bem-estar”. (p.45)

Segundo Petronilho & Machado (2016) a Teoria do Défice do Autocuidado explica as causas que podem levar a pessoa a necessitar dos cuidados de enfermagem, e podemos identificar cinco conceitos:

- Agir ou fazer pela pessoa – ação de autocuidado;
- Conduzir e orientar – capacidade de autocuidado;
- Oferecer suporte físico ou emocional - necessidade de autocuidado;
- Oferecer e proporcionar um ambiente seguro e favorável ao desenvolvimento da pessoa – défice de autocuidado;
- Ensinar – intervenção de enfermagem;

O défice de autocuidado permite perceber e estabelecer o que a pessoa consegue realizar e as necessidades que a mesma apresenta, permitindo assim intervir de forma a minimizar os efeitos dos défices apresentados.

Enquanto na teoria dos sistemas de enfermagem, as intervenções de enfermagem podem ser divididas: em totalmente compensatórias, parcialmente compensatórias e de suporte educativo. Na totalmente compensatória o enfermeiro de reabilitação concretiza o autocuidado, compensa os défices que a pessoa apresenta, apoia e protege o doente, na parcialmente compensatória o enfermeiro de reabilitação executa as medidas de autocuidado que o indivíduo não consegue concretizar enquanto na de apoio e educação o enfermeiro de

reabilitação regula o exercício e o desenvolvimento da atividade de autocuidado (Tomey & Alligood, 2004).

De acordo com a OE (1996), o enfermeiro é um profissional habilitado e com competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados à pessoa/família e comunidade, dando assim resposta à Teoria de Défice de Autocuidado.

Como abordado anteriormente, no défice do autocuidado haverá uma verificação das necessidades da pessoa e a sua capacidade de autocuidado. Após a intervenção cirúrgica o enfermeiro deve avaliar os défices de autocuidado, adaptando a sua intervenção de forma a minimizar os efeitos do défice, avaliando e adaptando os métodos mais adequados.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), o EEER identifica as necessidades da pessoa, avalia a funcionalidade e diagnostica as alterações que a pessoa apresenta, para realizar um plano de cuidados e implementá-lo com o objetivo de promover o autocuidado proporcionando uma melhor qualidade de vida à pessoa, potenciando o desenvolvimento da pessoa e a sua integração na sociedade.

Para Couto (2012), o modelo de Orem no que respeita à promoção da independência do autocuidado, está diretamente relacionada com a atuação do enfermeiro de reabilitação, pretende auxiliar o doente nos seus cuidados, quer em termos de limitações funcionais quer no autocuidado, estando assim, relacionado com as competências específicas do EEER (OE, 2010; Couto, 2012). De acordo com este autor, o EEER cria um sistema que seja totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de educação-apoio, relaciona e seleciona as formas mais adequadas para compensar o autocuidado.

O EEER tem como foco central a promoção do autocuidado, adaptando intervenções capazes de capacitar a pessoa para o desempenho das atividades que compõem os domínios do autocuidado (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

Segundo a OE (2010, p.4) o enfermeiro de reabilitação intervém nos “treinos específicos de AVD’s, utilizando produtos de apoio (...). Ensina e supervisiona a utilização de produtos de apoio, tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa”.

3.3. Plano de Trabalho e Métodos

Todas as atividades que delineei estão relacionadas com os objetivos específicos, encontram-se apresentados no apêndice I, tendo sido realizadas de acordo com as Competências Gerais do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do EEER, de acordo com o Regulamento n.º 392 de 3 de maio de 2019. No apêndice II, apresento o cronograma relacionado com período em que proponho a atingir os objetivos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No início do projeto encontrava-me muito renitente, relacionado com o grau de complexidade que o mesmo apresenta.

Durante a pesquisa bibliográfica consegui perceber a pertinência do tema e de que forma podemos desenvolver as competências específicas e comuns do EEER no quotidiano dos enfermeiros de reabilitação nos serviços de ortopedia, apesar de trabalhar num serviço de cirurgia onde 50% dos nossos doentes são de ortopedia. Antes do presente projeto não conseguia distinguir a diferença de funções entre o enfermeiro generalista e do enfermeiro especialista, até porque no meu serviço a única enfermeira que temos com especialidade em reabilitação encontra-se num cargo de gestão.

Durante a execução deste projeto de estágio tive bastantes dificuldades, porque até à data ainda não sei onde irei implementá-lo, tentei colocar objetivos mais abrangentes, para que possam ser mais facilmente aplicados durante o ensino clínico.

Com este projeto pretendo delinear um percurso adequado para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do EEER, de forma a conseguir desenvolver cuidados de reabilitação adequados à pessoa submetida a ATA.

Este trabalho poderá sofrer algumas adaptações durante o decorrer da sua aplicação. Os objetivos definidos, assim como as atividades planeadas também poderão ser alteradas e reajustadas no decorrer no ensino clínico, para conseguir adquirir as competências do EEER.

BIBLIOGRAFIA

- Altman R, Alarcon D, Appelrouth D, et al. (1991). The American College of Rheumatology Criteria for the Classification and Reporting of Osteoarthritis of the Hip. *Arthritis Rheumatology*.34(5) 505-514. DOI: 10.1002/art.1780340502
- Amaro, S. (2019). *O Impacto da Capacitação Pré-Operatória na Pessoa Submetida a Artroplastia Total da Anca* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Castelo Branco. Acedido a 10/08/2021. Disponível em *impacto da capacitação pré-operatório na pessoa submetida a ata.pdf
- Canavarro, MC.(2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida. *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. (p. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Circular Informativa Direção Geral de Saúde nº13 (01/04/08) da DGS. Disponível em Microsoft Word - Circular Informativa vitamina D e Ca_REV.doc (nocs.pt)
- Cooke, M. Walker, R. Aitken, L., Freeman, A., Pavey, S. & Cantrill, R. (2016). Pre-operative self-efficacy education vs. Usual care for patients undergoing joint replacement surgery: a pilot randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 30, 74-82. Acedido a 22/06/2021. Disponível em Educação pré-operatória de auto-eficácia versus cuidados habituais para pacientes submetidos a cirurgia de substituição conjunta: um teste controlado randomizado piloto - Cooke - 2016 - Jornal Escandinavo de Ciências De Cuidado - Wiley Online Library
- Couto, G. (2012). *Autonomia/independência no autocuidado: Sensibilidade aos cuidados de enfermagem de reabilitação* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Disponível em Microsoft Word - MER _Glória 1621_ (rcaap.pt)
- Direção Geral da Saúde (2013). Norma 014/2013 de 23 de setembro de 2013. Artroplastia Total da Anca. Acedido a 14/06/2021. Disponível em i020411.pdf (nocs.pt)
- Gali, J. (2001). Osteoporose. *Acta Ortopédica Brasileira*. 9(2). Disponível em tmp.p65 (scielo.br)
- Gomes, J. (2013). *A pessoa com artroplastia total da anca – Atividades de vida diária e qualidade de vida*. (Tese de dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo. Disponível em Jacinta_Gomes.pdf (ipvc.pt)
- Felicissimo, 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*. Volume 25. Acedido a 04/06/202. Disponível em v25n4a05.pdf (scielo.pt)
- Fonseca, AM. & Paúl, C. (2008). Saúde e qualidade de vida ao envelhecer: perdas, ganhos e um paradoxo. *Revista Geriatria e Gerontologia*. 2 (1), 29-34
- França, D. & Gomide, E. (2015). Metodologia de Projetos, Universidade Federal de Mato Grosso. Acedido a 04/06/2021. Disponível em Metodologia_Projetos_14_07_15.pdf (rnp.br)
- Hoeman, S., Lizzner, K. & Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional nas Atividades de Vida Diária. In Shirley Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (pp. 209-270). Loures: Lusodidacta
- Hoeman, S. (2011). História, Controvérsias e Tendências. In Shirley Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação, Intervenção e Resultados Esperados* (pp. 1-14). Loures: Lusodidacta
- Holzwarth, U. & Cologna, G. (2012). *Total Hip Arthroplasty: State of the art, challenges and prospects*. Luxemburgo: União Europeia. Acedido a 10/06/2021. Disponível em Artroplastia total do quadril - Escritório de Publicações da UE (europa.eu)
- Lenza, M; Ferraz, S; Viola, D; Filho, R; Neto, M; Ferretti, M. (2013). Epidemiologia da artroplastia total de quadril e de joelho: estudo transversal. *Journal Einstein*. 11(2), 197-202.
- Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas (2014). Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Portugal. Acedido a 10/06/2021. Disponível em quadriptico_resultados_epireumapt.pdf (reumacensus.org)
- Llobet, MP., Ávila NR., Farràs JP. & Canut, MT. (2011). Qualidade de vida, felicidade e satisfação com a vida em anciãos com 75 anos ou mais, atendidos num programa de atenção domiciliária. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 19 (3), 467-475.
- Luo, J., Dong, X. & Hu, J.(2019). Effect of nursing intervention via a chatting tool on the rehabilitation of patients after Total hip Arthroplasty. *J Orthop Surg Res* **14**, 417. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s13018-019-1483-4>.
- Martins, AC (2019). *Qualidade de vida relacionada com coxartrose em idosos, após artroplastia total da anca*. Dissertação de Mestrado para a obtenção do grau de Mestre em Epidemiologia, da Universidade de Lisboa. Acedido a 20/06/2021. Disponível em Qualidade de vida relacionada com coxartrose em idosos, após artroplastia total da anca (ul.pt)

- Mazières, B. & Essol-Verrouil, E. (2003) Características generales de la artrosis. In Enciclopédia Médico-Cirúrgica. (1-14). Paris: Elsevier.
- McDonald, S. Page, M., Beringer, K. & Sprowson, A. (2014). Preoperative education for hip or Knee replacement. Cochrane Database of Systematic Reviews, 13 (5). Acedido a 07/07/2021. Disponível em Educação pré-operatória para reposição de quadril ou joelho - McDonald, S - 2014 | Biblioteca Cochrane (cochranelibrary.com)
- Moraes EN (2009). *Princípios básicos de geriatria e gerontologia*. Belo Horizonte: Coopmed.
- Mourad, L. (1994) - *Ortopedia*. 1ª Edição, Madrid: Mosby
- Nações Unidas (2019): *Envelhecimento*. Acedido a 03/06/2021. Disponível em <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Nações Unidas (2020). *World Population ageing 2019*. Acedido a 03/06/2021. Disponível em WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf
- National Association of Orthopedic Nurses (2018). *Patient Education Manual: Total hip Replacement*. Acedido a 07/07/2021. Disponível em TotalHipReplacement_Manual - FINAL 10.2019 (1).pdf
- Narciso L., Capela S., Fernandes S., Seixas I., Cruz M. & Fonseca J. (2019). *Manual Informativo para o Doente com Osteoartrose*. Acedido a 10/08/2021. Disponível em Manual da Osteoartrose.pdf (chln.pt)
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.
- Ordem dos Enfermeiros (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro- Decreto de Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril.
- Orem, D.E. (1993). Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica (M. T. L. Rodrigo, Trad.). Barcelona: Masson-Salvat (Tradução do original do inglês Nursing: Concepts of Practice, 1991).
- Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (6ª ed.). Missouri: Mosby
- Paixão G. (2012). *Programa Nacional de Prevenção de Queda*. Direção Geral da Saúde, Acedido a 03/06/2021. Disponível em Microsoft Word - 2.Manual de apoio P. COM MAIS CUIDADO_2012.doc (dgs.pt)
- Petronilho, F. & Machado, M. (2016). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. Retirado Marques-Vieira, C. & Sousa, L.

(2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* pp. 3-14). Loures: Lusodidacta.

Queiroz, M. (2011). *Doenças Reumáticas, guia e exercícios para doentes*. Lisboa: LIDEL.

Rampazo, MK. & D'Elboux, MJ. (2010). A influência de variáveis sociodemográficas, clínicas e funcionais sobre a qualidade de vida de idosos com artroplastia total do quadril. *Brazilian Journal of Physical Therapy*. 14(3), 244-251.

Regulamento nº 350/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, II Série (Nº119 de 22-06-2015).

Sousa, L. & Carvalho, M. (2016). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Coxartrose de Internamento em Ortopedia. In C. Marques-Vieira & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (p.405-420). Lisboa: Lusodidacta.

Kisner, C. & Colby, L. (2009). *Exercícios Terapêuticos, Fundamentos e técnicas*. (5ªed). São Paulo: Editora Manol

Tapadinhas, M. (2016). *Registo Português de Artroplasta, Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia*. Disponível em R.P.A - Apresentação Dr. Mário Tapadinhas (spot.pt)

Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª Edição) Loures: Lusociência

APÊNDICE

APÊNDICE I

Descrição dos objetivos específicos e das tarefas a realizar e
Resultados Esperados

Objetivo específico: Perceber e integrar as dinâmicas da equipa multidisciplinar (1)

Domínio das competências	Atividades	Critérios de Avaliação	Indicadores
» A. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal » B. Domínio da melhoria Contínua da Qualidade » C. Domínio da Gestão de Cuidados	→ Integração na equipa de enfermagem dos diferentes serviços; → Observação da estrutura física do serviço; → Consultar os protocolos, normas e outra documentação específica do serviço; → Identificação das dinâmicas habituais da prática de cuidados de enfermagem de reabilitação, e colaborar com a equipa de enfermagem nos cuidados; → Mobilizar os conhecimentos técnico, científico e humano para intervir na equipa interdisciplinar, no planeamento e na implementação dos cuidados especializados;	→ Perceber de que forma a análises da documentação do serviço e da legislação que regula a instituição pode contribuir para a integração das dinâmicas; → Perceber como as atividades planeadas são importantes para atingir o objetivo, e de que forma permitem o desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade para estabelecer as relações terapêuticas;	→ Realizar uma visita para conhecer os locais do ensino clínico; → Ter integrado a equipa multidisciplinar; → Ter analisado a documentação e a legislação que regula o funcionamento das instituições; → Ter mobilizado conhecimento técnico-científico e humano para intervir na equipa multidisciplinar;

Objetivo específico: Aprofundar e compreender os conhecimentos e intervenções do EEER junto da pessoa com alterações ao nível sensório-motor, respiratório e psicológico (2)

Domínio das competências	Atividades	Critérios de Avaliação	Indicadores
» D. Domínio do desenvolvimento das Aprendizagens	→ Consultar de bibliografia de referência na área da enfermagem de reabilitação (artigos científicos, livros, trabalhos académicos, apontamentos das aulas e nas bases de dados); → Desenvolvimento e análise dos conhecimentos específicos do EEER nas áreas da reeducação funcional respiratória, sensoriomotora à pessoa submetida a Artroplastia total da anca; → Consultar o processo da pessoa, participando nas intervenções especializadas do ER à pessoa com alterações respiratórias e	→ Perceber de que forma a pesquisa irá ajudar nas atividades planeadas e são determinantes para atingir o objetivo; → De que forma a observação da atuação do enfermeiro orientador irá contribuir para atingir o objetivo;	→ Ter consultado bibliografia pertinente sobre o tema e área de intervenção; → Ter desenvolvido conhecimentos teóricos sobre as estratégias especializadas para a intervenção do EEER na área da reeducação sensoriomotoras e respiratória;

	sensoriomotoras implementadas pelo enfermeiro orientador;		→ Ter analisado as intervenções implementadas pelos enfermeiros orientadores;
--	---	--	---

Objetivo específico: Compreender as intervenções do EEER à pessoa portadora de incapacidade, sobretudo à pessoa submetida a ATA (3)

Domínio das Competências	Atividades	CrITÉrios de AvaliaÇão	Indicadores
» B. Domínio da melhoria dos cuidados; » D. Domínio do desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais » J1. Cuida da Pessoa com necessidades especiais, ao Longo do Ciclo da Vida, em todos os contextos da prática de cuidados	→ Consultar os regulamentos das competências especificas do EEER da OE; → Mobilização dos conhecimentos teóricos, técnicos e científicos nas principais alterações motoras na pessoa submetida a ATA; → Mobilização dos conhecimentos teóricos, técnicos e científicos nas principais alterações respiratórias no pós-operatório da pessoa submetida a ATA; → Interpretação correta dos exames de diagnostico; → Identificar as necessidades de intervenção para otimizar as funções motora e respiratória em parceria com a pessoa/ cuidador;	→ De que forma aas atividades planeadas e executadas são importantes na obtenção do objetivo; → De que forma as atividades planeadas e implementadas são relevantes para conseguir avaliar e diagnosticar as alterações que levam às limitações e incapacidades;	→ Ter consultado os regulamentos da OE; → Ter mobilizados os conhecimentos lecionados sobre as principais alterações motoras e respiratórias no pós-operatório; → Interpretar as intervenções que podem otimizar a função motora e respiratória no pós-cirúrgico;

Objetivo específico: Compreender as intervenções no autocuidado junto da pessoa submetida a ATA e do seu cuidador/ família (4)

Domínio das Competências	Atividades	CrITÉrios de Avaliação	Indicadores
» D. DomÍnio do desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais » J1 . Cuida da Pessoa com necessidades especiais, ao Longo do Ciclo da Vida, em todos os contextos da prática de cuidados	→ Consulta de bibliografia pertinente e científica; → Desenvolver conhecimentos científicos, tÉcnicos e teÓricos sobre o Défice de autocuidado de Orem; → Mobilização do conhecimento adquirido no impacto da ATA no autocuidado da pessoa; → Realização de entrevistas à pessoa submetida a ATA e seu cuidador/ família;	→ Perceber como as atividades são importantes para atingir o objetivo; → De que modo as atividades planeadas permitem o desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, bem como basear a práticas em conhecimentos científicos sólidos; → Avaliar o impacto no autocuidado da pessoa submetida a ATA, família/cuidador;	→ Ter consultado artigos científicos pertinentes; → Ter desenvolvido conhecimentos sobre a Teoria do Défice de autocuidado de Orem; → Ter mobilizado conhecimentos para perceber o impacto da ATA no autocuidado da pessoa; → Ter realizado entrevistas à pessoa submetida a ATA para perceber o impacto no seu autocuidado;

Objetivo específico: Implementar cuidados de ER à pessoa com incapacidade, após realização de ATA, visando a promoção do autocuidado (5)

Domínio das Competências	Atividades	Critérios de Avaliação	Indicadores
» J1. Cuida da Pessoa com necessidades especiais, ao Longo do Ciclo de Vida, em todos os contextos da prática de cuidados » J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania » J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	→ Avaliação neurológica, cardiorrespiratória e sensoriomotora à pessoa com incapacidade; → Avaliação da pessoa utilizando os instrumentos de avaliação disponíveis; → Avaliação dos parâmetros vitais, controlar as queixas álgicas da pessoa, nomeadamente no pós-operatório da pessoa submetida a ATA; → Realização do plano de cuidados de enfermagem inserido no programa de reabilitação motora e reeducação funcional respiratória à pessoa com incapacidade, no âmbito da	→ De que forma as atividades utilizadas ajudam a atingir o objetivo; → Verificar de que modo as atividades planeadas e realizadas permitem realizar planos de cuidados de intervenções para otimizar e/ou reeducar a	→ Ter realizado avaliação neurológica, cardiorrespiratória e sensoriomotora à pessoa com incapacidade; → Ter avaliado a pessoa utilizando os instrumentos de avaliação disponíveis; → Ter avaliado os parâmetros vitais e a dor,

	prevenção, tratamento ou adaptação ao novo papel social; → Realização de técnicas de Reeducação Respiratória e Motora, sob a supervisão do EEER orientador (a);	função motora, respiratória, e perceber como podem ajudar na autonomia e qualidade de vida da pessoa;	principalmente no pós-operatório; → Ter feito e implementado o plano de cuidados, incorporado no programa de reeducação funcional motora e respiratória à pessoa com incapacidade;
--	---	--	--

Objetivo específico: Realizar planos de cuidados de reabilitação à pessoa submetida a ATA e família/cuidador visando a promoção do autocuidado após a alta (6)

Domínio das Competências	Atividades	Critérios de Avaliação	Indicadores
» J1. Cuida da Pessoa com necessidades especiais, ao Longo do Ciclo da Vida, em todos os contextos da prática de cuidados » J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania » J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	→ Avaliação do défice e da capacidade do autocuidado; → Identificação dos requisitos de autocuidado; → Identificação das características do domicílio da pessoa submetida a ATA; → Realizar e implementar um plano de reabilitação em parceria com a pessoa submetida a ATA e com o cuidador/família; → Aplicar e avaliar os planos de reabilitação implementados; → Ensino e treino de atividades à pessoa submetida a ATA e	→ Perceber como as atividades são importantes para atingir o objetivo; → Perceber de que forma as atividades do plano de reabilitação são importantes para avaliar a capacidade funcional da pessoa para realizar as AVD e como permitem, a	→ Ter avaliados os défices e capacidades do autocuidado; → Ter identificado as características do domicílio, para implementar o plano de reabilitação de acordo com o mesmo; → Ter elaborado e implementado o plano de reabilitação em parceria com a pessoa submetida a

	cuidador/família promovendo o autocuidado e independência após a alta; → Gestão do processo de continuidade dos cuidados de reabilitação na comunidade; → Realização de registos dos cuidados de reabilitação já realizados;	avaliação e implementação do plano de reabilitação, principalmente na otimização da função e reeducação funcional;	ATA cuidador/família, motorizando-o e avaliando-o regularmente; → Ter feito ensinamentos e treino de atividades que promovam o autocuidado e independência; → Ter gerido o processo para a comunidade; → Ter realizados os registos de reabilitação;
--	---	---	--

Objetivo específico: Realizar planos de cuidados específicos de ER, alicerçada na teoria do autocuidado, relativas às necessidades da pessoa proposta para cirurgia (7)

Domínio das Competências	Atividades	CrITÉrios de AvaliaÇão	Indicadores
» J1. Cuida da Pessoa com necessidades especiais, ao Longo do Ciclo da Vida, em todos os contextos da prática de cuidados	→ Realizar entrevistas � pessoa/ família/ cuidador, podendo recorrer ao exame físico, avaliar a capacidade funcional recorrendo a instrumentos de avaliação disponíveis e aos exames auxiliares de diagnostico para identificar os défices de autocuidado; → Elaboração de plano de cuidados de enfermagem de reabilitação relacionados com o défice de autocuidado; → Estabelecer em conjunto com a pessoa e família um plano de prioridades para a elaboração do plano de cuidados; → Levantar diagnósticos de enfermagem, e realizar planos para os mesmos;	→ De que forma as atividades utilizadas ajudam a atingir objetivo; → As intervenções planeadas e executadas conseguiram garantir os cuidados identificados como necessários à pessoa/família onde se incluem todos os cuidados aut�nomos e interdependentes;	→ Insere no projeto as entrevistas realizadas � pessoa e família, incluindo as escalas utilizadas; → Mostra os planos de cuidados e as intervenções especificas do enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação; → Mobiliza os recursos da

			pessoa e família, de forma a melhorar a assistência prestada; → Avalia a eficácia das intervenções realizadas, realizando os registos;
--	--	--	--

Objetivo específico: Realizar ensinios no período pré-operatório, que permita à pessoa assegurar o seu autocuidado, mantendo a participação e exercício de cidadania (8)

Domínio das Competências	Atividades	Critérios de Avaliação	Indicadores
» J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	→ Identificar as várias limitações/ restrições que o meio envolvente apresenta (entre elas as arquitetónicas e sociais); → Apresentar estratégias que permitam diminuir o seu impacto dessas limitações no quotidiano da pessoa; → Mobilizar os familiares/ pessoa significativa a estar presente neste processo para fazer parte da capacitação; → Sugerir produtos de apoio, quando aplicável; → Mobilizar os conhecimentos relativos à legislação em vigor;	→ De que forma as atividades utilizadas ajudam a atingir objetivo; → As intervenções planeadas e realizadas permitam à pessoa manter a capacidade de autocuidado e de exercício da cidadania, ultrapassando as barreiras físicas, sociais e psicológicas;	→ Avaliar o meio ambiente; → Identificar as limitações existentes; → Permitir que a pessoa seja capaz de exercer a sua cidadania utilizando auxiliares; → Dar a conhecer a legislação em vigor, para que a pessoa com deficiência esteja protegida

			da discriminação; → A satisfação da pessoa perante as intervenções aplicadas;
--	--	--	--

Objetivo específico: Efetuar um programa de Reabilitação que permita à pessoa proposta para ATA desenvolver a sua capacidade funcional (9)

Domínio das Competências	Atividades	Critérios de Avaliação	Indicadores
» J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	→ Avaliar a capacidade funcional da pessoa no pré-operatório; → Perceber quais os défices nos autocuidados; → Delinear um plano de cuidados, visando a promoção da capacidade funcional à pessoa e família. (ensinar, exemplificar, treinar com a pessoa e avaliar a capacidade de execução); → Realizar intervenções específicas de enfermagem de reabilitação para promover a máxima capacidade funcional; → Avaliar os resultados do plano de reabilitação delineado, recorrendo-se a procedimentos validados;	→ De que forma as atividades utilizadas ajudam a atingir objetivo; → Verificar de que forma as intervenções e os planos de cuidados elaborados permitem o aumento da capacidade funcional;	→ Com base na avaliação realizada, recorrendo as escalas validadas para identificar os problemas presentes; → Previne o declínio da sua capacidade funcional; → Permite que a pessoa adira ao plano de cuidados proposto;

	→ Registrar as intervenções realizadas, assim como a avaliação das mesmas;		→ Realizar consultas no pré-operatório para aumentar a capacidade funcional;
--	---	--	---

APÊNDICE II

Cronograma

Cronograma

[illegible]

Objetivo 6																								
Objetivo 7																								
Objetivo 8																								
Objetivo 9																								

APÊNDICE III

Apresentação em PowerPoint

12.º Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Opção II - Projeto de Estágio

*Promoção do Autocuidado na Reabilitação da
Pessoa Submetida a Artroplastia Total da Anca*



12 de julho de 2021

Carla Sofia Silvério e Silva
Regente: Doutor Miguel Serra
Orientadora: Doutora Vanda Marques
Pinto

1

Sumário

- ❖ Título
- ❖ Enquadramento conceptual
- ❖ Modelo de Referência Teórico
- ❖ Pertinência do tema
- ❖ Questão de partida
- ❖ Metodologia da Pesquisa
- ❖ Análise das intervenções
- ❖ Locais de Estágio
- ❖ Objetivos Gerais do Projeto
- ❖ Objetivos Específicos – Competências Específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação
- ❖ Objetivos Específicos – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista
- ❖ Cronograma
- ❖ Referências Bibliográficas

Titulo

Promoção do Autocuidado na Reabilitação da Pessoa Submetida a Artroplastia Total da Anca

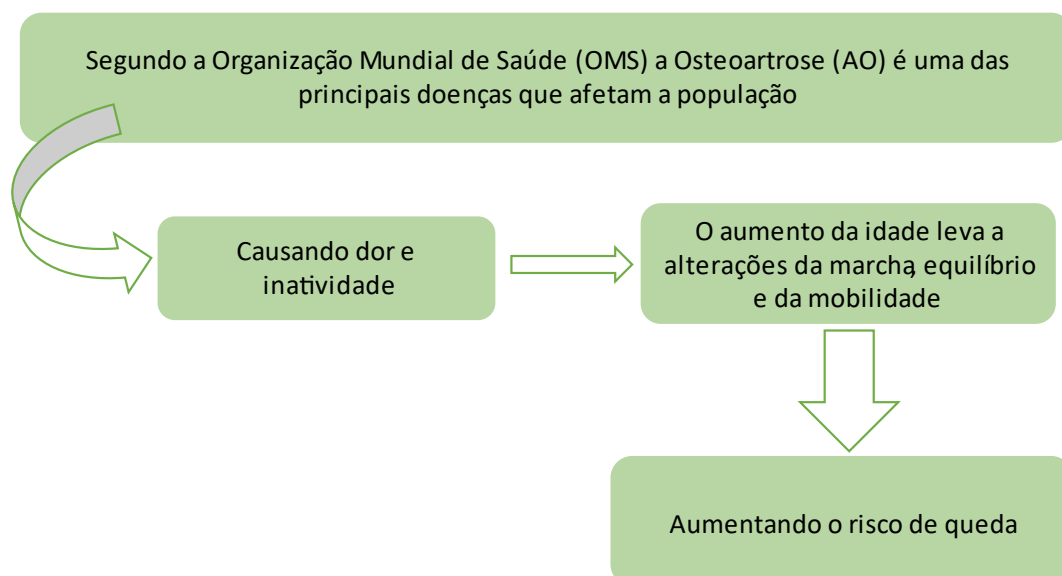
Palavras Chave:

- Artroplastia total da anca
- Enfermagem
- Enfermagem de Reabilitação
- Promoção do autocuidado

12 de julho de 2021



Enquadramento Conceptual



12 de julho de 2021



Enquadramento Conceptual

A lesão da articulação coxofemoral é a mais atingida com o aumento da idade e com fenómenos de traumatismos, levando à disfunção da anca, propondo para a indicação de artroplastia total da anca. (DGS 2013)



A fragilidade e as diversas comorbilidades que a pessoa apresenta podem levar ao aumento de complicações no pós-operatório



Os cuidados de enfermagem de reabilitação no pré-operatório podem ser essenciais, para diminuir o declínio da funcionalidade no pós-operatório.

A intervenção do enfermeiro de reabilitação tem como objetivo a promoção do autocuidado, ou seja, a promoção de melhores níveis de independência

12 de julho 2021



Modelo de Referenciação Teórica

Durante a hospitalização e após a cirurgia, há uma nova realidade e a satisfação dos padrões do autocuidado irão estar comprometidas



Necessidade de intervenções de enfermagem



Promoção da autonomia



Teoria do Autocuidado de Orem

Orem, 2001

12 de julho 2021

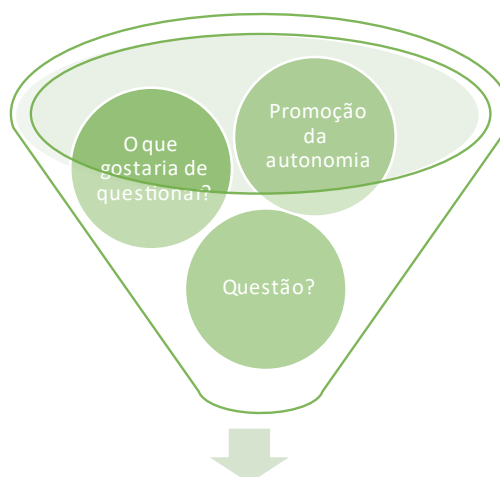


Pertinência do Tema



12 de julho 2021

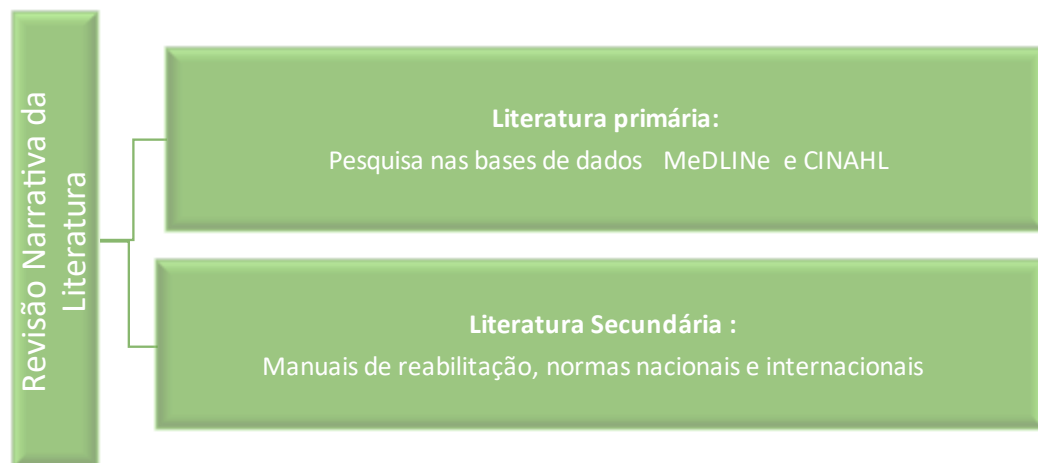
Tema do Projeto Questão



Quais as intervenções do EEER na Promoção do autocuidado da pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca?

12 de julho 2021

Metodologia da Pesquisa



12 de julho 2021



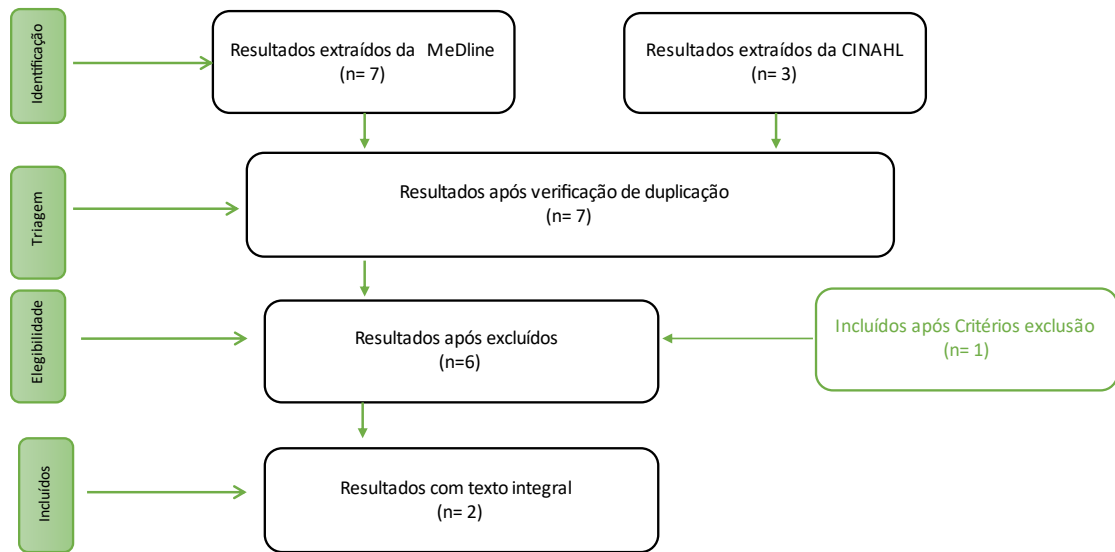
Delimitação da Pesquisa

	CINAHL				MeDLINE			
	População	Intervenções	Contexto	Outcomes	População	Intervenções	Contexto	Outcomes
Termos naturais	Total Hip Arthroplasty	Nursing	Não específico	Rehabilitathion	Total Hip Arthroplasty	Nursing	Não específico	Rehabilitathion
Data de publicação de 2010 a 2021, Pesquisas em Inglês								
Temas indexados	S1-(MM "Arthroplasty, Replacement, Hip") - 11,857 S2-(MM "Arthroplasty, Replacement") - 2,097	S 4 - (MM "Orthopedic Nursing") 401 S5 – (MM "Nursing Interventions") - 2,249 S6 – (MM "Nursing Care") - 7,884		S8 - (MM "Rehabilitation Nursing") – 488 S9 - (MM "Rehabilitation") 5,807	S1 - (MM "Arthroplasty, Replacement, Hip") - 16,121 S2-(MM "Arthroplasty") -2,061	S4 - (MM "Nursing Care") - (4,319) S5 - (MM "Nursing") - 4,191 S6 - (MM "Rehabilitation 463 S7 - (MM "Orthopedic Nursing") - 176		S9 - (MM "Rehabilitation Nursing") - 463 S10 - (MM "Rehabilitation") - 2,347
Resultados	S3: S1 OR S2 - 13,930	S7: S4 OR S5 OR S6- 10,468		S10 : S8 OR S9 - 6,287)	S 3: S1 OR S2 - 18,169	S8 : S4 OR S5 OR S6 OR S7 - 9,099		S11: S9 OR S10 - 2,808
Resultados	S3 AND S7 AND S10 - 3				(S3 AND S8 AND S11) - 7			

12 de julho 2021



Fluxograma



12 de julho 2021

Análise da Intervenção do EEER na Reabilitação Motora

- A reabilitação física deve iniciar-se o mais precocemente possível, de preferência, no pré-operatório, para diminuir complicações no pós-operatório, tais como a diminuição da força muscular e amplitude articular;
- Estimular movimentos ativos e realizar movimentos passivos de acordo com a capacidade funcional da pessoa, podendo-se aumentar de acordo com a capacidade e tolerância da pessoa;

(Marques-Vieira & Sousa, 2016)

12 de julho 2021

Análise da Intervenção do EEER na Reeducação Funcional Respiratória

- Realizar no pré e pós-operatório da pessoa submetida a artroplastia total da anca visando a prevenção e correção de alterações posturais e defeitos ventilatórios que possam advir da cirurgia e da anestesia;
- Manter a permeabilidade das vias aéreas e reeducar a pessoa ao esforço, a sua eficácia depende da instituição precoce do programa e da adesão da pessoa;

(Cordeiro & Menoita, 2012)

Análise da Intervenção do EEER na Preparação Psicológica

- A parte psicológica é o foco de atenção primordial, nos cuidados porque o contexto hospitalar e cirúrgico, tem implicações no comportamento psíquico e emocional, tendo impacto no controlo da dor e no tempo de internamento assim como no declínio da funcionalidade;
- A abordagem do enfermeiro de reabilitação no pré-operatório é essencial para diminuir a ansiedade e o medo da cirurgia;
- Promover um ambiente de tranquilidade, em que a pessoa consiga participar ativamente em todos os planos de cuidados realizados no pré e pós operatório, promovendo a aceitação das novas limitações;

Cabete (2005)

Locais de Estágio

Foram propostos:

- » Hospital [REDACTED]
- » Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) [REDACTED]

12 de julho 2021



Objetivos Gerais

Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Reabilitação, na promoção do autocuidado à pessoa submetida ou que irá ser submetida a artroplastiatotal da anca

Desenvolver competências científicas e técnicas na prestação de cuidados especializados em reabilitação, promovendo o potencial funcional e independênciada pessoa com incapacidadeapós ATA

Desenvolver competências de EEER na prevenção de complicações e na promoção do autocuidado da pessoa submetida a artroplastiatotal da anca

12 de julho 2021



Competências Específicas do EEER

Objetivo específico: Implementar cuidados de ER à pessoa com incapacidade, após realização de ATA, visando a promoção do autocuidado (5)

Domínio das Competências	Atividades	Critérios de Avaliação	Indicadores
» J1 . Cuida da Pessoa com necessidades especiais, ao Longo do Ciclo da Vida, em todos os contextos da prática de cuidados » J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania » J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	→ Avaliação neurológica, cardiorrespiratória e sensoriomotora à pessoa com incapacidade → Avaliação da pessoa utilizando os instrumentos de avaliação disponíveis → Avaliação dos parâmetros vitais, controlar as queixas álgicas da pessoa, nomeadamente no pós-operatório da pessoa submetida a ATA → Realização do plano de cuidados de enfermagem inserido no programa de reabilitação motora e reeducação funcional respiratória à pessoa com incapacidade, no âmbito da prevenção, tratamento ou adaptação ao novo papel social → Realização de técnicas de Reeducação Respiratória e Motora, sob a supervisão do EEER orientador (a)	→ De que forma as atividades utilizadas ajudam a atingir o objetivo → Verificar de que modo as atividades planeadas e realizadas permitem realizar planos de cuidados de intervenções para otimizar e/ou reeducar a função motora, respiratória e perceber como podem ajudar na autonomia e qualidade de vida da pessoa	→ Ter realizado avaliação neurológica, cardiorrespiratória e sensoriomotora à pessoa com incapacidade → Ter avaliado a pessoa utilizando os instrumentos de avaliação disponíveis → Ter avaliado os parâmetros vitais e a dor, principalmente no pós-operatório → Ter feito e implementado o plano de cuidados, incorporado no programa de reeducação funcional motora e respiratória à pessoa com incapacidade

12 de julho 2021



Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Objetivo específico: Aprofundar e compreender os conhecimentos e intervenções do EEER junto da pessoa com alterações ao nível sensório-motor, respiratório e psicológico (2)

Domínio das competências	Atividades	Critérios de Avaliação	Indicadores
» Domínio do desenvolvimento das aprendizagens	→ Consultar de bibliografia de referência na área da enfermagem de reabilitação (artigos científicos, livros, trabalhos académicos, apontamentos das aulas e nas bases de dados) → Desenvolver e analisar os conhecimentos específicos do EEER nas áreas da reeducação funcional respiratória, sensoriomotora à pessoa submetida a artroplastia total da anca. → Consultar o processo da pessoa, participando nas intervenções especializadas do ER à pessoa com alterações respiratórias e sensoriomotoras implementadas pelo enfermeiro orientador.	→ Perceber de que forma a pesquisa irá ajudar nas atividades planeadas e de que formas estas são determinantes para atingir o objetivo → De que forma a observação da atuação do enfermeiro orientador irá contribuir para atingir o objetivo.	→ Ter consultado bibliografia pertinente sobre o tema e área de intervenção → Ter desenvolvido conhecimentos teóricos sobre as estratégias especializadas para a intervenção do EEER nas área da reeducação sensoriomotoras e respiratória → Ter analisado as intervenções implementadas pelos enfermeiros orientadores

12 de julho 2021



Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Objetivo específico: Aprofundar e compreender os conhecimentos e intervenções do EEER junto da pessoa com alterações ao nível sensório-motor, respiratório e psicológico (2)

Domínio das competências	Atividades	CrITÉRIOS de Avaliação	Indicadores
» Domínio do desenvolvimento das Aprendizagens			→ Ter analisado as intervenções implementadas pelos enfermeiros orientadores

12 de julho 2021



Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Específicos do EEER

Objetivo específico: Compreender as intervenções no autocuidado junto da pessoa submetida a ATA e do seu cuidador/ família (4)

Domínio das Competências	Atividades	CrITÉRIOS de Avaliação	Indicadores
» Domínio do desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais » J1 . Cuida da Pessoa com necessidades especiais, ao Longo do Ciclo da Vida, em todos os contextos da prática de cuidados	→ Consultar bibliografia pertinente e científica → Desenvolver conhecimentos científicos, técnicos e teóricos sobre o Déficit de auto-cuidado de Orem → Mobilização do conhecimento adquirido no impacto da ATA no autocuidado da pessoa → Realização de entrevistas à pessoa submetida a ATA e seu cuidador/ família	→ Perceber como as atividades são importantes para atingir o objetivo → De que modo as atividades planeadas permitem o desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, bem como basear a práticas em conhecimentos científicos sólidos → Avaliar o impacto no autocuidado da pessoa submetida a ATA, família/cuidador	→ Ter consultado artigos científicos pertinentes → Ter desenvolvido conhecimentos sobre a Teoria do Déficit de autocuidado de Orem → Ter mobilizado conhecimentos para perceber o impacto da ATA no autocuidado da pessoa → Ter realizado entrevistas à pessoa submetida a ATA para perceber o impacto no seu autocuidado.

12 de julho 2021



Cronograma

Anos	2021												2022													
Meses	outubro			novembro				dezembro				janeiro					fevereiro				março					
Dias	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	21	28	3	7	14	21	
	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	4	11	18	25	2	4	11	18	23	
Locais de Estágio	1 local de estágio 								2 local de estágio (Unidade Hospitalar)		Férias de Natal	2 local de estágio (unidade hospitalar)								Férias de Carnaval	Elaboração do relatório					
Objetivo 1																										
Objetivo 2																										
Objetivo 3																										
Objetivo 4																										
Objetivo 5																										
Objetivo 6																										
Objetivo 7																										
Objetivo 8																										
Objetivo 9																										

12 de julho de 2021



Referência Bibliográficas

- Amaro, S. (2019). O impacto da capacitação pré-operatória na pessoa submetida a artroplastia total da anca. Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Viseu. Disponível em [Sandra Amaro .pdf\(ipvc.pt\)](#)
- Cabete, D. G. (2005). O Idoso, a Doença e o Hospital: O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas. Loures: Lusociência, Ed. Técnicas e Científicas Lda.
- Cordeiro, C. & Menoita, E. (2012). Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas. Loures: Lusociência.
- Direção Geral de Saúde. (2013). Norma nº.014/2013 de 23 de Setembro de 2013: Artroplastia total da anca. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Luo, J., Dong, X. & Hu, J. Effect of nursing intervention via a chatting tool on the rehabilitation of patients after Total hip Arthroplasty. *J Orthop Surg Res* **14**, 417 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13018-019-1483-4>.
- Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da sua vida. Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. (22-10-2011), 1-16. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>.

12 de julho de 2021



Referências Bibliográficas

- Ordem dos Enfermeiros . (2018). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação . Diário Da República, 2ª Série - Nº 119 de 22-06-2015, 16655-16660
- Orem, D.E. (2001). Nursing: Concepts of Practice. (6ª ed.). Missouri: Mosby.
- Portugal, Ministério da Saúde. (2005b). O que são doenças reumáticas. Lisboa. Acedido em 10, maio, 2021 em <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+reumaticas/oquesaodoencasreumaticas.htm>
- Portugal, Ministério da Saúde. (2005a). O que é a osteoartrose. Lisboa. Acedido em 10, maio, 2021 em <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+reumaticas/osteoartrose.htm>
- Portugal, Ministério da Saúde. (2005c). O que é a reabilitação. Lisboa. Acedido em 10, maio, 2021 em <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/reabilitacao/reabilitacao.htm>
- Tapadinhas, M.(2016). Registo Português de Artroplastia, Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia . Disponível em [R.P.A. - Apresentação Dr. Mário Tapadinhas \(spot.pt\)](#)
- Vieira, C, Sousa, L &Carvalho M. (2019). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo de Vida. 1ª edição, Loures. Lusodidacta
- WHO (2019). World Population Ageing 2019. Disponível em [World Population Ageing 2019 \(un.org\)](#)

12 de julho de 2021



12.º Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação Opção II - Projeto de Estágio

Promoção do Autocuidado na Reabilitação da Pessoa Submetida a Artroplastia Total da Anca



Carla Sofia Silvério e Silva
Regente: Doutor Miguel Serra
Orientadora: Doutora Vanda Marques
Pinto

12 de julho de 2021

1

APÊNDICE II – Jornais de Aprendizagem



12.º Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem 1

Carla Sofia Silvério e Silva, nº 10544

Docente Orientador: Professora Doutora Vanda Marques Pinto

Brejos de Azeitão

2021

Jornal de Aprendizagem

O Jornal de Aprendizagem é um instrumento onde é realizada uma reflexão das situações vivenciadas durante a prática de cuidados, ou seja, vamos procurar o significado das experiências vivenciadas, dos sentimentos e como estes contribuíram para o enriquecimento do meu processo formativo e na melhoria dos cuidados prestados.

O [REDACTED], inclui uma grande área populacional, abrangendo uma população envelhecida, o que leva a internamentos mais prolongados. O serviço de ortopedia no piso 2, tem um total de 46 vagas, que se encontram sempre ocupadas. Tem uma enfermeira de reabilitação, sendo assim necessário gerir as necessidades de cada pessoa de acordo com o potencial de reabilitação.

No início do ensino clínico encontrava-me com muitas expectativas, por estar no serviço de referência no tratamento ortopédico e traumatológico do distrito de [REDACTED], o que iria ser uma mais-valia para o meu percurso académico, pessoal e profissional, ajudando-me também a perceber que os nossos cuidados têm de ser adaptados às possibilidades de cada pessoa e que temos de ter atenção para verificar se as mesmas estão a compreender a informação que estamos a transmitir.

Não temos consulta de enfermagem no pré-operatório, por isso todos os ensinamentos são realizados no dia da cirurgia e é nesse momento que as pessoas nos referem as suas dúvidas e tentamos explicar o que irá acontecer durante a cirurgia e os cuidados a ter após a cirurgia. Nesse momento realizamos os ensinamentos e treinamos a importância de uma respiração eficaz e de realizar exercícios isométricos e isotónicos durante o período pós-operatório, mesmo antes de regressar ao serviço (porque as pessoas permanecem 24 horas no recobro e o seu levante só é realizado 48 horas após a cirurgia).

Já realizava os ensinamentos quase autonomamente quando fui efetuar o ensino a uma pessoa que iria realizar uma artroplastia total da anca devido a osteoartrose; durante os ensinamentos no pré-operatório encontrava-se bastante otimista em relação à cirurgia e ao plano de reabilitação que tínhamos delineado. A pessoa apresentava-se bastante colaborante durante todo o processo e estava muito otimista em relação à

sua recuperação, porque sempre se manteve ativa e aparentemente não apresentava nenhuma perda muscular.

Quando regressei na segunda-feira seguinte a mesma encontrava-se deprimida, e ao consultarmos o processo verificámos que tinham ocorrido intercorrências na cirurgia; tinha sofrido uma fratura do fémur e não poderia realizar carga no membro operado. Ao dirigirmo-nos à pessoa para reavaliarmos se estava a realizar corretamente os exercícios que lhe tinha explicado no dia da cirurgia, a mesma não se recordava de nada.

Após esta situação senti-me desiludida porque interpretei como se o erro fosse meu e que não lhe tinha realizado os ensinamentos adequadamente, porque no dia da cirurgia a pessoa aparentemente já conseguia realizar os exercícios e dois dias depois já não se recordava de nada e durante o fim-de-semana não tinha realizado nenhum dos exercícios. A enfermeira orientadora então explicou-me que por vezes estas situações ocorrem: não podemos esperar que as pessoas estejam sempre com a mesma disposição para as nossas intervenções e que quando ocorrem problemas no intra-operatório, muitas vezes não ficam com a mesma disponibilidade e seria sensato regressar mais tarde.

Após o almoço fomos ter com a pessoa que já estava mais receptiva e nesse momento concordou em realizarmos os exercícios motores, para promover o fortalecimento muscular, para posteriormente ser mais fácil realizar o treino de marcha e, assim, progressivamente conseguir tornar-se mais autónoma.

Nesta situação consegui perceber que os nossos programas de reabilitação não são lineares como delineamos, que temos de ter em atenção todo o contexto em que as pessoas vivem e que, muitas das vezes, somos obrigados a observar todos os cuidados porque algumas pessoas antes das intervenções têm grandes expectativas de recuperação, mas por vezes as coisas não correm como o previsto. Ficam mais fragilizadas e as prioridades das mesmas alteram-se e, neste caso, não tinha realizado mal os ensinamentos, porque no momento a pessoa conseguiu realizá-los; assim temos de ter atenção ao estado emocional, psicológico e à disponibilidade da pessoa.

O plano/programa de reabilitação teve de ser reformulado para que a mesma conseguisse realizar todos os exercícios de forma autónoma, adaptando-os de acordo com as disponibilidades da mesma.

Após a alta infelizmente não a consegui contactar para realizar a consulta de follow-up porque a alta foi muito próxima do meu final do estágio.



12.º Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem 2

Carla Sofia Silvério e Silva, nº 10544

Docente orientador: Professora Doutora Vanda Marques Pinto

Brejos de Azeitão

2021

Jornal de Aprendizagem

Durante este período tive a oportunidade de ir ao bloco operatório assistir a duas artroplastias da anca, o que foi bastante gratificante pois consegui compreender as técnicas realizadas no intraoperatório, assim como a importância dos nossos ensinamentos na prevenção de complicações no pós-operatório e da razão de ocorrerem as luxações com certos movimentos que as pessoas podem realizar e a importância dos ensinamentos na prevenção da luxação da prótese.

Nunca tinha assistido a uma artroplastia e, por isso, nunca tive a percepção de que para colocarem uma prótese, seria necessário fraturar primeiramente o fêmur e das técnicas utilizadas para preparar o osso para posteriormente receber a prótese. Naquele momento percebi a razão de terem fraturado o fêmur da pessoa que referi na reflexão anterior.

A abordagem predominante no serviço é a antero-lateral porque, de acordo com o ortopedista, é a que tem menor risco de luxação e melhor preservação anatômica dos músculos da anca e que também leva a uma recuperação mais breve.

Ao visualizar a técnica da artroplastia torna-se mais fácil de compreender como e as razões pelas quais ocorrem as luxações e, concomitantemente, os movimentos que as pessoas podem ou não realizar, porque ao observar os componentes no exterior do corpo é muito mais fácil de compreender como os mesmos funcionam no organismo da pessoa.

Com esta experiência constatei a importância das técnicas e dos materiais utilizados na cirurgia, porque algumas complicações também podem ser provocadas pela utilização de material inadequado. Durante a nossa intervenção temos de adaptar todos os nossos procedimentos de acordo com a abordagem cirúrgica e de acordo com o tipo de material utilizado na cirurgia.



12.º Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem 3

Carla Sofia Silvério e Silva, nº 10544

Docente orientador: Professora Doutora Vanda Marques Pinto

Brejos de Azeitão

2021



Jornal de Aprendizagem

Tive oportunidade de estar perante várias patologias/ cirurgias e aprendi muito sobre os cuidados de reabilitação específicos na capacitação e maximização. Porém, as cirurgias com maior incidência são: as artroplastias totais e parciais da anca e do joelho, cirurgias da coluna e o tratamento conservador da fratura do acetábulo e do anel pélvico após acidentes de viação.

No meu contexto profissional nunca tive oportunidade de estar perante uma fratura do acetábulo; a pessoa entrou após a minha terceira semana de estágio, por isso, consegui estar com a mesma desde o momento da entrada até ao momento que iniciou o treino de marcha.

Durante as primeiras semanas tive oportunidade de estar com pessoas que iriam ser submetidas a artroplastia total da anca e fazer-lhe os ensinios desde o período pré-operatório até ao momento da alta e após esta realizei as consultas de follow-up. No serviço não é possível realizar a consulta pré-operatória, por isso não conseguimos realizar os ensinios pormenorizados. O primeiro contacto que temos com as pessoas ocorre na manhã antes da cirurgia, nesse momento, tentamos tirar as dúvidas e assim diminuir a ansiedade e as incertezas do que irá ocorrer durante a cirurgia e após a mesma, assim como ensinamos e instruimos sobre os cuidados a ter. Iniciamos sempre com a reeducação funcional respiratória, porque as pessoas tinham patologias respiratórias associadas e, nesta fase, também realizámos os ensinios dos exercícios isotónicos e isométricos, para realizar o fortalecimento muscular enquanto estiver em repouso no leito. O levante é realizado às 48 horas após a cirurgia, sendo a partir desse momento efetuado o ensino e treino nos autocuidados e, se necessário, utilizar os produtos de apoio disponíveis para capacitar e promover a autonomia da pessoa. O serviço tem implementado um projeto de intervenção do enfermeiro de reabilitação e do enfermeiro especialista, tendo como objetivo capacitar a pessoa na gestão do autocuidado, porque com a pandemia os familiares só conseguem realizar visitas de 20 minutos e não conseguimos capacitar os cuidadores informais na prestação de cuidados a realizar no domicílio, como tal, tentamos sempre fornecer guias orientadoras sobre todos os nossos ensinios e acerca dos cuidados a ter no domicílio na prevenção de quedas.

Neste período de estágio consegui compreender a importância primordial da nossa intervenção numa pessoa com uma fratura do acetábulo, como referido

anteriormente. A pessoa deu entrada no final do turno da tarde e só tivemos oportunidade de estar com o mesmo 24 horas após ser admitido no serviço; nesse momento encontrava-se vulnerável e referia não ter nenhuma informação sobre os cuidados que lhe iriam ser prestados e, foi nesse momento, que lhe explicámos o tipo de fratura que tinha e que naquele momento ainda não a conseguiríamos informar se iria ser operada, mas demos-lhe a conhecer os dois tipos de trações: a tração cutânea, que era a que tinha neste momento e a tração esquelética que teria que ser realizada no bloco. Realizei-lhe os ensinamentos para fortalecimento muscular nos membros superiores e do membro inferior contralateral assim como a reeducação funcional respiratória; relativamente ao membro que se encontrava em tração informei que poderia realizar os exercícios de forma moderada e de acordo com a sua tolerância. No decorrer do tempo conseguíamos visualizar as melhorias que o mesmo apresentava; duas semanas após a nossa intervenção, apesar de se manter no leito, já estava bastante autónoma e conseguia auxiliar-nos em todos os cuidados; tinha aumentado a força muscular tanto nos membros superiores como nos inferiores e referia já conseguir realizar uma respiração muito mais eficaz.

Após a visita médica na terceira semana, o médico deu indicação para realizarmos o levante sem realizar carga no membro que apresentava a fratura e foi nesse momento que compreendemos a verdadeira importância de todos os nossos cuidados, porque a pessoa conseguiu realizar o levante e o treino de marcha sem nenhuma intercorrência; os sinais vitais mantiveram-se sempre estáveis, tornando-se independente na cadeira de rodas.

Neste caso, consegui perceber a importância da nossa intervenção no decorrer do internamento, porque a acompanhei desde o início até ao momento do treino de marcha, auxiliando-a desde a sua total dependência até ao momento do seu levante; é nestes casos que se torna gratificante ver as expressões de felicidade da pessoa quando consegue ultrapassar os obstáculos que tinha inicialmente, ou seja, passou de dependente para parcialmente independente.

Ainda elaborei um guia orientador sobre este tema, porque o serviço não tinha nenhuma informação por escrito para conseguirmos reforçar todos os ensinamentos e cuidados a ter no caso de fraturas do acetábulo, o que também me ajudou a reter mais informações dos cuidados a ter neste tipo de patologias.



12.º Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Estágio com Relatório

5º Jornal de Aprendizagem

Carla Sofia Silvério e Silva, nº 10544

Docente Orientador: Professora Doutora Vanda Marques Pinto

Brejos de Azeitão

2022

Jornal de Aprendizagem

Quando iniciei o ensino clínico estava com muitas expectativas e tinha a percepção que as pessoas após as cirurgias eram reencaminhadas para as unidades de saúde familiar para iniciar e/ ou continuar a sua recuperação, assim como, também estava esperançosa que houvesse pós-operatórios, onde pudesse implementar o projeto, contudo, após a primeira semana de estágio, deparei-me com uma situação bastante diferente porque no pós-operatório o reencaminhamento era realizado diretamente para as unidades de cuidados continuados e não passavam pelas USF.

Com a pandemia de covid 19 as USF estavam com elementos no exterior e as equipas que se encontravam alocadas na unidade era distribuição por equipas formadas por um médico e um enfermeiro, ou seja, quando tinha elementos no exterior tínhamos que reajustar a distribuição das equipas de forma a assegurar o normal funcionamento da unidade. A presente unidade realizava cuidados domiciliários duas vezes por semana e os cuidados prestados centram-se em cuidados de enfermagem periódicos, todos os cuidados que sejam necessários de um acompanhamento diário são reencaminhados para as unidades de cuidados continuados, esta situação poderia limitar a minha intervenção na implementação do projeto no presente ensino clínico, tivemos que nos adaptar a esta nova realidade totalmente desconhecida, porque na minha experiência até ao momento esteve sempre mais relacionada com cuidados à pessoa que estava internada e por isso temos mais tempo para realizar uma colheita de dados completa. De acordo com a OE (2016) a colheita de dados é uma ferramenta importante para a melhoria contínua dos cuidados assim como essencial na reflexão e na elaboração dos cuidados de enfermagem de reabilitação; nas primeiras semanas senti dificuldade em colocar e mobilizar os meus conhecimentos teóricos na prática, porque as pessoas que recorriam ao centro de saúde estavam com agudização dos seus problemas crónicos e quando estavam melhor deixavam de comparecer, ou seja, tínhamos um contacto breve limitando assim a elaboração e implementação do plano de cuidados elaborado para a pessoa e não havia mais nenhum contacto com a mesma.

Neste momento comecei a tentar perceber como é que poderia colocar em prática os conhecimentos teóricos adquiridos, porque os que estava a fazer não eram benéficos e não conseguia progredir, e os planos de cuidados não estavam a ser adequados porque não conseguia implementá-los; como durante todo o estágio só

tivemos um cuidado domiciliário que tinha condições para reabilitação, apesar de esse não ser o foco principal do reencaminhamento. Mas esta pandemia e contaminação por covid 19 veio modificar a minha planificação dos cuidados que foram prestados apenas dois dias, o que se verificou ser insuficiente para implementar e avaliar a eficácia dos mesmos; essa pessoa foi reencaminhada para os cuidados continuados, a fim de ser acompanhada com mais regularidade, dado que a unidade só vai ao domicílio duas vezes por semana.

Só após esta situação é que comecei a adaptar e a implementar os cuidados, mesmo sem realizar previamente o plano de cuidados, porque tinha que aproveitar todas as oportunidades para educar e tentar modificar alguns comportamentos, por exemplo, uma pessoa recorre à USF para realizar um penso a uma lesão no pé, se essa pessoa for diabética, irei instruir e ensinar a pessoa a adaptar estratégias para ter cuidados específicos a fim de melhorar os seu hábitos, ou seja, pretendemos capacitar a pessoa a adaptar e a gerir as suas doenças crónicas de forma a reduzir as incapacidades, sendo a educação para a saúde muito importante e facilitadora na mudança voluntária de comportamentos (Direção Geral da Saúde, 2017).

Durante as semanas que estive na USF verifiquei que muitos dos cuidadores (as) informais são pessoas que muitas das vezes não têm experiência e se encontram fragilizados (as) e não lhes é dado o devido valor e o seu trabalho muitas das vezes não é valorizado e por isso elaborei guias orientadoras para ficarem anexadas ao guia do cuidador informal onde tentei descrever como realizar os cuidados, não descurando a atenção a ter com o próprio para prevenir a exaustão e foi nesse momento que comecei a abordar as USF de outra forma e que comecei a nutrir um carinho e um gosto muito especial por esta área que até então me era totalmente desconhecida.

APÊNDICE III – Estudos de Caso

Estudo de Caso A

12.º Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular Estágio com Relatório

Estudo de Caso A

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no Serviço de Internamento Ortopédico

Carla Sofia Silvério e Silva

Docente: Dra. Vanda Lopes Marques Pinto



30 de novembro de 2021

1

Sumário

	Colheita de Dados
	Exame Físico e Avaliação Funcional
	Plano de Cuidados
	Considerações Finais
	Bibliografia

30 de novembro de 2021



Colheita de Dados

Nome:	Sr. A. B.	Idade:	53 anos
Género	Masculino	Etnia:	Caucasiana
Nacionalidade:	Portuguesa	Estado civil:	Casado
Profissão:	Agente da PSP		
Escolaridade:	12º ano		
Alergias	Alergia alimentar (Manga)		
Agregado Familiar	Vive com a esposa de 50 anos, tem uma filha mas que se encontra a trabalhar no estrangeiro. A esposa ainda se encontra a trabalhar, no entanto consegue auxiliá-lo após a alta. Reside numa vivenda, tem um quintal com pavimento linear onde consegue andar com facilidade com o auxílio das canadianas. A casa tem 2 casas de banho, um poliban e uma banheira, no entanto, após a cirurgia terá que tomar banho no poliban e colocou uma cadeira no mesmo para prevenir quedas.		

30 de novembro de 2021

Colheita de Dados – História Actual da Doença

- O Sr. AB apresenta uma coxartrose primária à esquerda, foi proposto para artroplastia total da anca esquerda a 04/11/2021.
- Utente refere dor durante a deambulação que se agrava no decorrer do dia.



RX pós-operatório (05/11/2021)

30 de novembro de 2021

Antecedentes de Saúde

Antecedentes Pessoais

☐

☐ Síndrome da apneia obstrutiva do sono

☐ Diabetes tipo II

☐ Dislipidemia

Antecedentes Cirúrgicos

☐

☐ Amigdalectomia

☐ Cirurgia ao 5º dedo do pé direito em 2021

30 de novembro de 2021



Exame Físico e Avaliação Funcional

Observação Física

- 04/11/2021 – Na admissão o Sr. A. B. encontrava-se calmo, consciente e orientado. Pele e mucosas coradas e hidratadas, mantinha integridade cutânea, unha íntegra sem alterações, não apresenta varizes. Utiliza óculos para corrigir a miopia. Refere diminuição da força no MI esquerdo, sem outras alterações.
- Foi intervencionado a 04/11/2021, regressou ao serviço a 05/11/2021.

Avaliação da Funcionalidade

- Avaliação da Dor- escala numérica
- Avaliação da Força Muscular: segundo a Medical Research Council Muscle Scale
- Avaliação do Risco de queda escala de Morse e escala de Tinetti;
- Avaliação do Grau de Dependência Índice de Barthel
- Avaliação da Tolerância à atividade Escala de Borg

30 de novembro de 2021



Exame Físico e Avaliação Funcional – Avaliação do Impacto no Autocuidado

Requisitos Universais	Padrão Autocuidado	Sistemas de Enfermagem
Manutenção de quantidade de ar suficiente	Componente respiratória: apresenta uma doença obstrutiva do sono, contudo, após ter iniciado o CPAP noturno, ficou corrigido	Sistema parcialmente compensatório
Manutenção de quantidade suficiente de água	Segundo o que doente diz: ingere pouca água, tendo sido realizado o reforço da importância de ingerir no mínimo 1.5l por dia	Sistema parcialmente compensatório Sistema de apoio -educação
Manutenção de ingestão suficiente de alimento	No domicílio ingere 4 refeições por dia. No pós-operatório seria a esposa a confeccionar a alimentação.	Sistema parcialmente compensatório Sistema apoio -educação
Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso	Quando não utiliza o seu CPAP noturno, refere maior cansaço durante o período diurno	Sistema parcialmente compensatório

30 de novembro de 2021



Exame Físico e Avaliação Funcional – Avaliação do Impacto no Autocuidado

Requisitos Universais	Padrão Autocuidado	Sistemas de Enfermagem
Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e do bem estar do ser humano	No pré operatório conseguia fazer tudo autonomamente. No pós operatório apresenta diminuição do equilíbrio ortostático estático e dinâmico, deambula com o auxílio das canadianas, aumentando o risco de queda	Sistema parcialmente compensatório
Realizar as prescrições de terapêuticas de reabilitação	Participa ativamente e encontra-se muito motivado nos planos de reabilitação definidos, e que se encontram protocolados nos serviço	Sistema parcialmente compensatório Sistema apoio -educação

30 de novembro de 2021



Exame Físico e Avaliação Funcional – Problemas Identificados

Alteração da capacidade em manter a quantidade suficiente de

- Ventilação ineficaz

Alteração no equilíbrio estática e dinâmico em ortostatismo

- Equilíbrio corporal comprometido

Dependência parcial para o autocuidado

- Capacidade para usar dispositivos de apoio no autocuidado

Alto risco de queda pela Escala de Tiedt (score 14)

- Risco de queda, elevado

30 de novembro de 2021



Exame Físico e Avaliação Funcional – Problemas Identificados

Alteração da capacidade em manter a quantidade suficiente de

- Ventilação ineficaz

Alteração no equilíbrio estática e dinâmico em ortostatismo

- Equilíbrio corporal comprometido

Dependência parcial para o autocuidado

- Capacidade para usar dispositivos de apoio no autocuidado

Alto risco de queda pela Escala de Tiedt (score 14)

- Risco de queda elevado

30 de novembro de 2021



Intervenção da Enfermagem de Reabilitação

Diagnóstico	Plano	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
✓ Ventilação comprometida	Objetivo: Aquisição de um padrão ventilatório eficaz Sistema de Enfermagem: parcialmente compensatório Método: assistir e ensinar o outro	1. Avaliação do padrão respiratório 2. Assegurar que cumpre o CPAP noturno 3. Monitorização da saturação de oxigénio 4. Informar, ensinar e executar técnica de posicionamento para otimizar a ventilação (ex: Posicionar o doente em semi-fowler) 5. Instruir a pessoa sobre técnicas respiratórias; 6. Incentivar a realização da técnica de posicionamento; 7. Informar sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação; 8. Ensinar e instruir técnicas respiratórias para otimizar a ventilação (incluir técnicas de dissociação dos tempos respiratórios, reeducação abdomino-diafragmática, reeducação costal bilateral, inspirações profundas e expiração com os lábios semicerrados 9. Ensino e treino sobre o mecanismo da tosse	<u>Identificação do compromisso no pré-operatório:</u> O Sr. A. B. referia cansaço a pequenos esforços e referia sensação de falta de ar, no entanto no momento não apresentava sinais de dificuldade respiratória e as SpO₂ encontrava-se a 94%, e segundo o mesmo nessa noite não realizou o CPAP <u>05/11:</u> utente encontrava-se eupneico, e realizou sempre os exercícios propostos sem alterações no padrão respiratório. <u>08/11:</u> apresenta conhecimento sobre a ventilação efetiva, consegue executar as técnicas respiratórias.

30 de novembro de 2021



Intervenção da Enfermagem de Reabilitação

Diagnóstico	Plano	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
✓ Equilíbrio corporal Comprometido	Objetivo: Melhorar o equilíbrio dinâmico e estático Prevenir o risco de queda Sistema de Enfermagem: parcialmente compensatório Método: ensinar e guiar o outro	1. Monitorizar a força muscular através da escala Medical Research Council Muscle Scale e monitorizar o equilíbrio corporal através da Escala de Tinetti 2. Executar técnicas de equilíbrio estático e dinâmico 3. Instruir e treinar o equilíbrio estático e dinâmico (treino de equilíbrio na posição de sentado, levantando-se e sentando-se na cadeira de rodas; treino de equilíbrio, com correção postural; realizar treino de marcha com as canadianas com supervisão, podendo-se treinar o equilíbrio através do contorno de obstáculos e de exercícios de controlo do movimento); 4. Treinar o equilíbrio 5. Assistir no treino de equilíbrio estático e dinâmico 6. Incentivar a realização do treino de marcha com o auxílio das canadianas 7. Fornecer o guia orientador disponível no serviço	No pós operatório a 05/11 o Sr. A. Apresentava um alto Risco de queda pela escala de Tinetti (Score 14), tinha equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado, porém não apresentava equilíbrio estático e dinâmico durante a deambulação. A 06/11 já conseguiu deambular com o andarilho, apresentando maior equilíbrio estático, no entanto ainda não tinha equilíbrio suficiente para deambular com as canadianas. No dia 08/11 encontra-se completamente autónomo, já conseguia ter equilíbrio dinâmico e estático com as canadianas, só necessitava de supervisão (Score 24 – Risco moderado de queda)

30 de novembro de 2021



Intervenção da Enfermagem de Reabilitação

Diagnóstico	Plano	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
✓ Autocuidado comprometido: Higiene	Objetivo: Capacitar o utente na gestão do seu autocuidado Sistema de Enfermagem: parcialmente compensatório Método: ensinar e guiar o outro	1. Avaliar a capacidade para autocuidado através da escala MIF e Índice de Barthel (48, 72h e na Alta); 2. Analisar com o utente a relação entre o uso de dispositivos de apoio e a autonomia para tomar banho; 3. Instruir sobre os dispositivos de apoio para tomar banho (por exemplo: a existência de esponjas de cabo longo para evitar movimentos luxantes e a colocação de dispositivos no poliban ou na banheira para o mesmo se agarrar e assim evitar quedas); 4. Treinar o uso de dispositivos de apoio para tomar banho; 5. Ensinar sobre a prevenção de complicações na articulação durante o banho; 6. Treinar para prevenir complicações da região coxo-femural esquerda durante e após o banho 7. Ensinar sobre as adaptações do domicílio ; 8. Entregue o guia orientador de autocuidados e produtos de apoio.	A <u>05/11/2021</u> o Sr. AB encontrava-se totalmente dependente com um Índice de Barthel de 45 (dependência severa), não tinha conhecimentos sobre os dispositivos de apoio para tomar banho, neste momento encontra-se completamente dependente nos cuidados de higiene dos membros inferiores. No dia <u>08/11</u> o utente consegue realizar todos os cuidados de higiene autonomamente, consegue tomar banho independentemente com os dispositivos de apoio, apresentando uma dependência moderada (Score 75, no Índice de Barthel) Na consulta de Follow UP realizada a <u>18/11</u>, o Sr. A. encontra-se completamente autónomo nas AVD's.

30 de novembro de 2021



Considerações Finais

As nossas intervenções visam manter e promover o bem-estar e a qualidade de vida, restabelecendo a funcionalidade na medida possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades do utente.

30 de novembro de 2021



Bibliografia

- Albarta Health Services. (2020). Hip Fracture Recovery Pathway: Day 8 to 28 After Surgery. Acedido em: 28/06/2021. Disponível em: <https://myhealth.alberta.ca/HealthTopics/After-ahip-fracture/Documents/hip-fracture-pathway-after-english.pdf>
- Albarta Health Services. (2020). Your Guide After a Hip Fracture (Breaking a Hip). Acedido em: 30/06/2021. Disponível em: <https://myhealth.alberta.ca/HealthTopics/After-a-hip-fracture>
- Baylor Scott & White Health. (2019). Orthopedic guide Hip fracture. Acedido em: 17/07/2021. Disponível em: <https://www.bswhealth.com/SiteCollectionDocuments/specialties/orthopedics/hip-fracture-brochure.pdf>
- CENTRE FOR HIP HEALTH & MOBILITY (2017). Fracture Recovery for Seniors at Home: A hip fracture recovery guide for patients & families. Acedido em: 28/06/2021. Disponível em: <https://vch.eduhealth.ca/en/viewer?file=%2fmedia%2fVCH%2fFB%2fFB.863.F73.pdf#search=hip%20fracture&phrase=false&pagemode=bookmarks>
- Cruz, A. et al. (2021). A Pessoa com Doença Musculo Esquelética. In Marques-Vieira, C., Sousa, L. & Baixinho, C. (Coord), Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda (pp. 761- 786). Lisboa: Sabooks
- Direção Geral de Saúde. (2003). Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso: Recomendações para Intervenção Terapêutica. Lisboa: Ministério da Saúde
- Direção Geral de Saúde. (2012). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto: COM MAIS CUIDADO - Prevenção de acidentes domésticos com pessoas Idosas. Lisboa: Ministério da Saúde
- Ferreira, B., Gomes, T., Baixinho, C. & Ferreira, O. (2021). Transição Segura do Hospital para a Comunidade da Pessoa e Família com Doença Aguda. In Marques-Vieira, C., Sousa, L. & Baixinho, C. (Coord), Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda (pp. 963-975). Lisboa: Sabooks
- Guimarães, J. et al. (2021). Osteossíntese minimamente invasiva de fraturas transtrocantericas com Dynamic Hip Screw (DHS). Rev Bras Ortop, 56 (1), 109–113. Doi: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1716758>.
- Karimi, F., Yaghoubinia, F., Keykha, A. & Askari, H. (2018). Investigating the Effect of Home-Based Training for Family Caregivers on the Incidence of Bedsore in Patients with Stroke in Ali Ebne Abitaleb Hospital, Zahedan, Iran: A Clinical Trial Study. Med Surg NursJ. 7(3). Doi: 10.5812/msnj.87325.
- Lino, N. (2016). Terapêutica de Posição na Pessoa Submetida a Redução e Osteossíntese (DHS e cavilha). In Lourenço, M., Ferreira, O. & Baixinho, C. (Coord), Terapêutica de Posição: Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro (pp. 339-343). Lisboa: Lusodidacta

30 de novembro de 2021



Bibliografia

- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R. & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de Enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idoso com compromisso no sistema musculoesquelético. In Ribeiro, O., Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas (pp.281-327) Lisboa: Lidl
- Mahmood, A., Kalra, M. & Patralekh, M. (2013). Comparison between Conventional and Minimally Invasive Dynamic Hip Screws for Fixation of Intertrochanteric Fractures of the Femur. ISRN Orthopedics, 2013, 1-6. Doi: <https://doi.org/10.1155/2013/484289>
- NHS. (2019). ADVICE AND EXERCISES FOLLOWING DYNAMIC HIP SCREW (DHS). Acedido em: 28/06/2021. Disponível em: <https://www.worcsacute.nhs.uk/patientinformation-and-leaflets/documents/patient-information-leaflets-a-z/2436-advice-and-exercises-following-dynamic-hip-screw-dhs/file>
- NHS. (2020). Information and exercises following dynamic hip screw. Acedido em: 28/06/2021. Disponível em: <https://www.royalberkshire.nhs.uk/patient-information-leaflets/Physiotherapy%20Hip%20Dynamic%20hip%20screw.htm>
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2ª série – nº 85 - 3 de maio de 2019 (2019). Acedido em: 28/06/2021. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>
- Petronilho, F. (2012). Autocuidado: conceito central da enfermagem. Coimbra: Formasau
- Petronilho, F., Pinheiro, E. & Machado, M. (2021). Transições, Promoção de Independência/Autonomia no Autocuidado e do Papel do Cuidador Familiar. In Marques-Vieira, C., Sousa, L. & Baixinho, C. (Coord), Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda (pp. 101-122). Lisboa: Sabooks
- Santos, B. & Baixinho, C. (2020). Possibilidade de intervenção da enfermagem na prevenção de queda em idoso: estudo de revisão. Cogitare enferm, 25 (e71326). Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.71326>.
- Sousa, L., Marques-Vieira, C. & Branco, P. (2016). Prevenir a Queda: um Indicador da Qualidade dos Cuidados. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord), Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida (pp. 559-570). Lisboa: Lusodidacta
- UNIDADE CURRICULAR DE OPÇÃO I (Diapositivos da aula). Prof. Joaquim Paulo Oliveira e Profª. Cristina Baixinho. ESEL
- Varanda, E. & Rodrigues, C. (2016). Reeducação Cognitiva em Enfermagem de Reabilitação: Recuperar o Bailado da Mente. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord), Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida (pp. 145-158). Lisboa: Lusodidacta

30 de novembro de 2021



12.º Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular Estágio com Relatório

Estudo de Caso A

**Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no
Serviço de Internamento Ortopédico**

Carla Sofia Silvério e Silva

Docente: Dra. Vanda Lopes Marques Pinto



30 de novembro de 2021

1

Estudo de Caso B

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

ESTUDO DE CASO B

Carla Silva, aluna de Mestrado em Enfermagem na área de Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Docente: Professora Dra. Vanda Marques Pinto



07/02/2022

1

Sumário

- Apresentação da Pessoa
- Colheita de Dados
- Avaliação de Enfermagem
- Avaliação da Funcionalidade
- Avaliação do Grau de Dependência e do Impacto no Autocuidado
- Problemas Identificados
- Plano de Cuidados
- Síntese
- Referências Bibliográficas

07/02/2022



Apresentação da Pessoa

A D. AP tem 91 anos
» Viúva
» Nacionalidade: Portuguesa
» Raça: caucasiana
» Reformada (doméstica)



Desconhece alergias

AP:

- ✓ Asma
- ✓ HTA
- ✓ Anemia crónica
- ✓ Dislipidémia
- ✓ Status pós fratura subtrocanterica direita operada em 2014
- ✓ Status pós fratura do quadro obturado esquerdo em 2014

Medicação habitual:

- ✓ Spiriva
- ✓ Alopurinol 300
- ✓ Ácido Fólico 5
- ✓ Furosemida 20 mg
- ✓ Omeprazol 20 mg
- ✓ Ramipril + Hidroclorotiazida 5+25mg
- ✓ Sinvastatina 20 mg
- ✓ Bisoprolol 2,5mg
- ✓ Brometo ipatropico
- ✓ Paracetamol
- ✓ Nolotil
- ✓ Oxigenoterapia a 1 l/min num período de 16 horas diárias

07/02/2022



Colheita de Dados

Sofreu múltiplas quedas por lipótímias, a última foi em novembro de 2021.
Sofreu uma fratura quadro obturado à direita, recorreu-se a tratamento conservador.



Vive com a filha num apartamento, que se situa num 4º andar com elevador.

Núcleo familiar: tem dois filhos.
Antes do internamento vivia sozinha na casa do filho que está no estrangeiro.

Último internamento :
- De 05/12 a 15/12/21 por quadro de prostração, desorientação, agravamento da anemia e alterações analíticas.
Após a alta:
- Apresenta uma úlcera por pressão grau III na região sacral, tendo ficado com alterações na mobilidade, associadas ao medo de novas quedas e à diminuição da massa muscular associada à imobilização.

07/02/2022



Avaliação de Enfermagem

- Durante a primeira visita domiciliária, a utente encontra-se calma, consciente aparentemente orientada. Pouco comunicativa.
- Não apresentava cansaço na mobilização no leito.
- Apresenta uma UP de Grau III na região sagrada com aproximadamente 8 cm de largura e 2 cm de profundidade, encontrava-se com tecido de granulação nos bordos e no centro tecido necrosado.
- Encontra-se maior parte do tempo em repouso no leito, referindo não ter força para andar, mas segundo a cuidadora informal ainda conseguia deambular com o andarrilho por curtos períodos apesar do medo de voltar a cair.
- Diminuição da força muscular, devido ao síndrome de imobilidade
- Apresenta varizes nos MI's.

07/02/2022



Avaliação da Funcionalidade

Escala		Datas de avaliação			Score
		20/01/2022	27/01/2022	03/02/2022	
Escala de Glasgow		15	15	15	
Escala de Borg modificada		5 (intenso)	3 (moderado)	2 (muito leve)	
Escala numérica da Dor		5	3	1	
Índice de Barthel		15	40	70	
Escala de Morse		60		65	
Escala de Braden		17 (alto Risco de UPP)	19	23	
Medical Research Council	MI Dto	2	3	4	
	MI Esq.	3	5	5	
Escala de Berg		5 (prejuízo do equilíbrio)		29 (equilíbrio aceitável)	

07/02/2022



Avaliação do Impacto no Autocuidado

(Requisitos Segundo A Teoria Do Déficit Do Autocuidado Em Enfermagem De Orem)

Requisitos Universais	Padrão de Autocuidado	Sistemas de Enfermagem
Manutenção de um aporte de ar suficiente	20/01 - Eupneica em repouso, sem alterações na auscultação. Score 4 na escala de Borg modificada: no auxílio da mobilização no leito e Score 5 durante a marcha. Realiza oxigénoterapia por óculos nasais no período noturno (aproximadamente 16 horas) a 1 l/min. 03/02 – Tolerar ir ao wc e deambular pela casa com o apoio do andarrilho, com um score 2 na escala de Borg.	Sistema de Enfermagem parcialmente Compensatório Sistema de apoio educativo
Manutenção de uma ingestão suficiente de água	Bebe água durante o dia, aproximadamente 4 garrafas de 33 cl.	Sistema de Enfermagem parcialmente compensatório . Sistema de apoio educativo
Manutenção de uma ingestão suficiente de alimento	Realiza cinco refeições diárias apesar de em pequena quantidade, fazendo uma dieta diversificada .	Sistema de Enfermagem parcialmente compensatório .

07/02/2022



Avaliação do Impacto no Autocuidado

(Requisitos Segundo A Teoria Do Déficit Do Autocuidado Em Enfermagem De Orem)

Requisitos Universais	Padrão de Autocuidado	Sistemas de Enfermagem
Provisão de cuidados associados ao processo de eliminação	20/01 – Refere ter problemas de obstipação, realizados ensinamentos sobre a importância de se mobilizar e importância da mobilização por curtos períodos . Realiza as necessidades na fralda, apesar de não apresentar incontinência . Realizados ensinamentos sobre a importância de realizar as necessidades no wc. Explicada a importância de ir ao wc para que o encerramento a UPP que tem na região sagrada seja mais rápido e para evitar infeções da mesma. 03/02 – Mantém um padrão intestinal irregular, mas consegue defecar 2 a 3 vezes por semana, e durante o dia já consegue ir ao wc, usa cueca fralda durante o dia e fralda durante período noturno .	Sistema parcialmente compensatório . Sistema de apoio educativo.

07/02/2022



Avaliação do Impacto no Autocuidado

(Requisitos Segundo A Teoria Do Déficit Do Autocuidado Em Enfermagem De Orem)

Requisitos Universais	Padrão de Autocuidado	Sistemas de Enfermagem
Manutenção entre o equilíbrio a atividade e o repouso	Não apresenta iniciativa para realizar atividade física, tem que ser incentivada por terceiros, no entanto, mesmo com o apoio apresenta medo de cair, o que leva-a a aumentar a dependência. - Avaliação do equilíbrio ortostático e dinâmico, através da escala de Berg. 20/01 – score 5 - Equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada, no entanto na posição ortostática ainda mantém o desequilíbrio estático dinâmico. 03/02 – score 29 equilíbrio aceitável - Apresenta equilíbrio estático na posição ortostática, no entanto ainda apresenta desequilíbrio dinâmico.	Sistema compensatório . Sistema de apoio educativo
Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social 07/02/2022	Encontra-se sempre na companhia da filha ou da neta. Neste momento não tem visitas dos familiares por causa da pandemia.	Sistema parcialmente compensatório Sistema de apoio educativo.

9

Avaliação do Impacto no Autocuidado

(Requisitos Segundo A Teoria Do Déficit Do Autocuidado Em Enfermagem De Orem)

Requisitos Universais	Padrão de Autocuidado	Sistemas de Enfermagem
Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem estar	Diminuição do equilíbrio ortostático e estático; Deambula com o auxílio do andador e com supervisão da filha, devido ao elevado risco de queda. - Marcha muito lenta com o apoio do andador e com supervisão/auxílio de outra pessoa. - Score 75 na Escala de Morse – Alto Risco de Queda	Sistema parcialmente compensatório Sistema de apoio educativo

Avaliação do Impacto no Autocuidado

(Desvios de Saúde)

Desvios de Saúde	Padrão de Autocuidado	Sistemas de Enfermagem
Garantir assistência adequada	Deste a alta hospitalar que a filha é a principal cuidadora, a unidade foi solicitada para realizar o penso da UPP, causada pela imobilização durante o internamento. 20/01 – a utente encontrava-se muito fragilizada, referia não ter força para se mobilizar, realizava todas as necessidades na fralda, o que levou à regressão da cicatrização da UPP 03/02 – UPP encontrava-se melhorada e a utente já realiza levante e deambula por períodos pela casa, já conseguia ir autonomamente ao wc. Esclarecidas algumas questões relacionadas sobre o programa de reabilitação.	Sistema parcialmente compensatório Sistema de apoio educativo
Entender a situação da sua patologia	Esclarecer as dúvidas sobre a importância de ter autonomia dentro do domicílio e apesar de necessitar de ajuda já conseguir satisfazer as suas necessidades autonomamente. Esclarecida sobre a importância realizar os exercícios de fortalecimento muscular e de se mobilizar frequentemente.	Sistema de apoio educativo

07/02/2022



Avaliação do impacto do autocuidado

(Desvios de Saúde)

Desvios de Saúde	Padrão de Autocuidado	Sistemas de Enfermagem
Cumprir as prescrições terapêuticas e de reabilitação	20/01 – Pouca tolerância na realização dos exercícios, a cuidadora foi instruída para que na nossa ausência fossem realizado os exercícios, de forma a melhorar a força muscular e o equilíbrio. 03/02 Tolerava deambular com o auxílio do andador, necessitando de supervisão.	Sistema parcialmente compensatório Sistema de apoio e educação
Compromisso da integridade cutânea	20/01 – Tem cama articulada e colchão de pressão alternada, mas precisa de auxílio para se posicionar no leito, não tem iniciativa para se posicionar autonomamente. 03/02 – Consegue posicionar-se autonomamente na cama, recorre ao auxílio das grades e do trapézio para se posicionar.	Sistema parcialmente compensatório Sistema de apoio e educação

07/02/2022



Problemas Identificados

Padrão ventilatório comprometido relacionado com a imobilidade e com a asma

Intolerância à atividade relacionado com cansaço fácil

Autocuidado comprometido relacionado com a diminuição da mobilidade

Movimento corporal comprometido relacionado com a imobilidade

Alteração da integridade cutânea relacionada com o comprometimento da mobilidade

Alteração no equilíbrio estático e dinâmico em ortostatismo relacionado às várias quedas e à polimedicação

07/02/2022



Diagnóstico

Alteração do Padrão ventilatório associado a doença obstrutiva agravado pela imobilidade

- Informar e realizar exercícios ventilatórios dando ênfase à fase expiratória do ciclo respiratório
 - Reeducação da porção posterior da diafragma
 - Reeducação da porção anterior da diafragma
 - Reeducação costal inferior bilateral com recurso a dispositivos – faixa
 - Reeducação costal global com recurso a dispositivos - bastão
- Ensinar o cuidador informal sobre técnicas a realizar para otimizar a ventilação
- Treinar as técnicas respiratórias para otimizar a ventilação

Melhorar o padrão ventilatório para conseguir gerir o cansaço e adquirir a sua autonomia.

07/02/2022



Diagnóstico

Intolerância à atividade

- ✓ Instruir/ ensinar sobre a gestão da energia entre os períodos de atividade e de repouso
- ✓ Instruir sobre a implementação de estratégias adaptativas para satisfazer as suas necessidades
- ✓ Instruir e treinar alguns exercícios de forma a aumentar a resistência à atividade, neste caso, utilizámos a pedaleira e utilizámo-la nos membros inferiores e superiores e também realizávamos treino de marcha dentro do domicílio.

- Diminuir a intolerância à atividade
- Consciencializar e capacitar a relação entre a gestão da atividade/repouso e conservação de energia, para conseguir satisfazer as suas necessidades básicas

07/02/2022

Diagnóstico

Compromisso no autocuidado associado a cansaço decorrente da imobilidade

- ✓ Instruir sobre técnicas adaptativas para o autocuidado (o wc já se encontrava todo adaptado (alceador de sanita e cadeira higiénica), porém a mesma recusava-se a usar)
- ✓ Instruir e treinar a utilização correta do elevador de sanita e da cadeira higiénica durante os cuidados de higiene e sobre a forma de otimizar os recursos existentes
- ✓ Informar, ensinar e treinar estratégias de gestão de energia
- ✓ Ensinar a gerir a atividade
- ✓ Instruir a cuidadora informal como dispor a casa de banho e quarto de forma a facilitar a deambulação e o uso do WC

Pretende-se que a utente tenha mais autonomia no autocuidado, através da utilização dos apoios que a família adquiriu permitindo que mantenha-se mais ativa e autónoma.

07/02/2022

Diagnóstico

Movimento corporal alterado
relacionadas com o
imobilização prolongada

- ✓ Instruir a utente e a cuidadora informal sobre exercícios musculares a realizar para fortalecimento muscular
- ✓ Ensinar sobre exercícios musculares
- ✓ Treinar os exercícios isométricos dos Membros Inferiores e Glúteos, adução e abdução dos membros inferiores e contração isométricas dos glúteos, quadríceps e abdominais para o fortalecimento muscular
-

- ✓ Prevenir complicações músculo-esqueléticas
- ✓ Promover autonomia, tanto na deambulação como nos posicionamentos no leito, e assim alternar as zonas de pressão
- ✓ Permitir que a utente consiga realizar as suas AVD's, pelo menos dentro do domicílio, sem sofrer quedas e sem apresentar a sensação de falta de ar

07/02/2022



Diagnóstico

Equilíbrio corporal comprometido
relacionado com alterações
músculo-esqueléticas

- ✓ Avaliar com a pessoa/cuidador a relação entre o equilíbrio e o risco de queda
- ✓ Ensinar e instruir as técnicas de equilíbrio estático e dinâmico, iniciamos com o equilíbrio na posição e sentada, e só depois realizamos com o treino de equilíbrio na posição ortostática
- ✓ Treino de equilíbrio com correção postural, recorrendo-se ao apoio do andador

- ✓ Ter capacidade de se manter de pé, sem apresentar desequilíbrio se necessário apoiando-se no andador
- ✓ Conseguir manter controlo postural na posição sentada ou de pé
- ✓ Manter o controlo postural durante a deambulação
- ✓ Abordar a importância do equilíbrio na prevenção de quedas

07/02/2022



Diagnóstico

Alteração da integridade cutânea relacionada com o comprometimento da mobilidade

- ✓ Avaliar o risco de UPP
- ✓ Mobilizar e posicionar a utente frequentemente
- ✓ Realizar exercícios de equilíbrio, realizar o levante e fazer treino de marcha frequentemente
- ✓ Instruir a cuidadora sobre os posicionamentos a evitar, devido a UPP
- ✓ Adaptar os produtos de apoio disponíveis no domicílio para evitar a pressão na região sagrada, adquirir uma almofada de silicone
- ✓ Informar a cuidadora sobre os sinais de alerta de possíveis infeções da UPP

- ✓ Que a utente se posicione autonomamente no leito, dando preferência aos decúbitos laterais
- ✓ Que utilize a almofada de silicone enquanto estiver sentada no sofá ou cadeira de rodas
- ✓ Manter o penso sempre íntegro

07/02/2022

Síntese

Neste caso todas as nossas ações foram realizadas em parceria com a cuidadora informal, que já tinha algum conhecimento de cuidados de saúde.

Segundo Souza et al. (2014), a capacitação do cuidador informal deve ser vista como um caminho seguro para se obterem melhores resultados na reabilitação garantindo cuidados de qualidade à pessoa em situação de dependência

07/02/2022

Referências Bibliográficas

- Alves, F. (2012). *O Contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa com dependência em contexto de cuidados de saúde primários*. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido a 24 de Janeiro de 2022 em [O contributo dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com dependência em contexto de CSP - pdf \(rcaap.pt\)](#)
- Branco, C. (2015). *As intervenções do enfermeiro especialista de reabilitação na Readaptação do domicílio da pessoa com limitação funcional – ajudas técnicas no autocuidado*. Tese de mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido a 4 de fevereiro de 2022 em [Branco - Relatório de Estágio 2015 FINAL.pdf](#)
- Carvalho, V. (2020). *Intervenção Sistematizada de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Prevenção das consequências de imobilidade: Risco de Compromisso da Integridade Cutânea e limitações da Funcionalidade*. Estágio e Relatório de mestrado. Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde. Acedido a 24 de janeiro de 2020 em [BCTFC141.pdf \(rcaap.pt\)](#)
- Correia, J. (2020). *Promoção do Autocuidado na Reabilitação da Pessoa em Risco de Úlcera por Pressão*. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido a 03 de fevereiro de 2022 [João Paulo Cabrita Guerreiro Inácio Correia.pdf \(rcaap.pt\)](#)
- European Association Working for Carers (2021). *The gender dimension of informal Care*. Acedido a 31 de janeiro de 2022 em [Eurocarers- Gender-dimension-of-infomal-care \(1\).pdf](#)
- Ferreira, B., Gomes, T., Baixinho, C. & Ferreira, O. (2021). *Transição Segura do Hospital para a Comunidade da Pessoa e Família com Doença Aguda*. In Marques-Vieira, C., Sousa, L. & Baixinho, C. (Coord), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 963-975). Lisboa: Sabook
- Ribeiro (2014). *Cuidados de Enfermagem prestados pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados – Satisfação do Utentes e Cuidadores*. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido a 24 de janeiro de 2022 em [file:///C:/Users/sincr/Downloads/Tese%20Doutoramento%20-%20SATENF-ECCI%20-%20Carlos%20Vilela.pdf](#)
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas*. Lisboa: Lidel
- Rocha, A. (2019). *O Cuidar do outro: ser cuidador informal*. Acedido a 01 de fevereiro de 2022 em [untitled \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Santos, C. (2019). *O Papel do Enfermeiro na capacitação do cuidador informal – Revisão da Literatura*. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido d 30 de janeiro de 2022 em [file:///C:/Users/sincr/Downloads/CristinaAlexandraSilvaSantos_DM.pdf](#)
- UNIDADE CURRICULAR DE OPÇÃO I (Diapositivos da aula). Prof. Joaquim Paulo Oliveira e Profª. Cristina Baixinho. ESEL
- Vilela, A. (2016). *Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem Prestados pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados*. Tese de doutoramento. Universidade Católica Portuguesa. Acedido a 30 de janeiro de 2022 em [Tese Doutoramento - SATENF-ECCI - Carlos Vilela.pdf](#)

07/02/2022



Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

ESTUDO DE CASO B

Carla Silva, aluna de Mestrado em Enfermagem na área de Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Docente: Professora Dra. Vanda Marques Pinto



07/02/2022

21

**APÊNDICE IV – Guia Orientador para complementar “Guia
Orientador para o Cuidador Informal”**

- 3 **Puxar com força ambas as mãos para dentro e para cima**, como se desenhasse um "c" ou uma vírgula com o punho. Caso essa região seja de difícil acesso, como pode acontecer em obesos ou gestantes nas últimas semanas, uma opção é localizar as mãos sobre o tórax;
- 4 **Repetir a manobra por até 5 vezes seguidas**, observando se o objeto foi expelido e se a vítima respira.

Ligue 112



Fonte: <https://www.clinicamarcosandrade.com/>

Faça uma alimentação saudável



Fonte: Cultura Mix



Dúvidas ?

Elaborado por:

- Carla Sofia Silva, Aluna da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da ESEL



Alimentação



Fonte: nutrimento.pt

Fevereiro 2022

É normal que ocorra diminuição de apetite e perda de peso independentemente da alimentação realizada.

A alimentação variada é essencial para a recuperação a recuperação física e para o bem estar.

Cuidados a ter durante a alimentação:

- ⇒ Deve oferecer uma alimentação equilibrada, faça 4 ou 5 refeições durante o dia, mesmo quando a pessoa não refere ter fome;
- ⇒ A pessoa deve estar bem acordado e sentado durante as refeições;
- ⇒ Estimule a pessoa a alimentar-se sozinho, mesmo que no começo faça lentamente;
- ⇒ Não se esqueça de oferecer líquidos, mesmo que o mesmo não o solicite, é importante para manter a hidratação;
- ⇒ Se a pessoa tossir ou se engasgar frequentemente quando come ou bebe, não insista em alimentá-la, informe os profissionais de saúde que a acompanham, porque a pessoa pode apresentar disfagia.
- ⇒ Utilizar talheres apropriados, para evitar fazer ferimentos na região oral.

Conselhos a ter para proporcionar uma alimentação variada e equilibrada

- ⇒ Escolha os alimentos favoritos da pessoa e apresente-os de forma apelativa para estimular o apetite;
- ⇒ Os alimentos devem ser servidos em pratos pequenos e em pequenas quantidades;
- ⇒ Faça do pequeno-almoço uma refeição reforçada, porque o apetite tende a diminuir ao longo do dia;
- ⇒ Prefira alimentos de fácil mastigação e de digestão rápida;
- ⇒ Dê preferência a alimentos cozidos, assados ou grelhados, evite os fritos, sal e o açúcar, (use gotas de limão, ervas aromáticas para temperar os alimentos), evite picantes e os condimentos fortes;
- ⇒ Dar preferência a alimentos de alto teor em fibra, tais como o farelo de trigo, aveia, arroz integral, pão integral, frutas, vegetais frescos e legumes.

O que fazer quando ocorre engasgamento?

O engasgamento ocorre quando temos uma obstrução das vias aéreas, esta obstrução provoca dificuldade respiratória, podendo deixar a pessoa inconsciente se não for resolvido.

Enquanto a vítima conseguir tossir, encoraje a tosse na tentativa de expelir o corpo estranho.

Se resolver, avalie a situação e recorra a um serviço de saúde se necessário;
Se a vítima não conseguir tossir, aplique **cinco pancadas nas costas**.



Se não resolver ou se ficar inconsciente realizar a **Manobra de Heimlich**:

A manobra de Heimlich é uma técnica de primeiros socorros utilizada em casos de emergência por asfixia, provocada por um pedaço de comida ou qualquer tipo de corpo estranho que fique entalado nas vias respiratórias, impedindo a pessoa de respirar.

- 1 **Posicionar-se por detrás da vítima**, envolvendo-a com os braços;
- 2 **Fechar uma das mãos**, com o punho bem fechado e o polegar por cima, e posicioná-la na região superior do abdômen, entre o umbigo e o a caixa torácica

Mantenha o chão sempre limpo, seco e sem objetos .

Não ande em pisos escorregadios ou molhados.

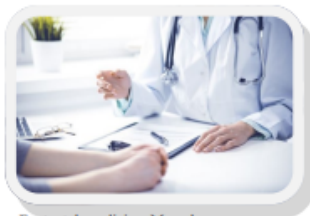


Tome apenas os medicamentos receitados pelo seu médico .

Não altere a medicação por iniciativa própria.



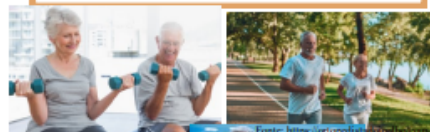
Consulte regularmente o seu médico.



Fonte: telemedicina Morsch

Se a pessoa sofreu uma queda recentemente, pode utilizar um lençol para imobiliza-lo enquanto estiver na cadeira, para prevenir novas quedas.

Mantenha-se Ativo



Fonte: <https://hygeneration.pt/>



Fonte: <http://www.academiacepo.com.br/>



Dúvidas ?

Elaborado por:

- Carla Sofia Silva, Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da ESEL

Revisto por:

Prevenção de Quedas no Domicilio



Fonte: acesportos.com.br/

Fevereiro 2022

Este guia tem como objetivo a promoção da segurança, autonomia e qualidade de vida da pessoa.

Fatores Causadores

Factores ambientais

- tapetes e passadeiras
- chão escorregadio/ molhado
- calçado inapropriado
- isolamento social
- factores relacionados com a toma de medicação

Alterações do próprio envelhecimento

- idade avançada
- diminuição da visão e auditiva
- diminuição da força muscular e da flexibilidade
- alterações no equilíbrio
- doenças cardiovasculares e neurológicas

Como prevenir as quedas

Prefira cadeiras e sofás com braços e com uma altura apropriada (que os pés fiquem bem apoiados para ter apoio ao levantar/sentar)

Não use chinelos abertos, porque saem facilmente dos pés.



Escolha sapatos fechados com sola antiderrapante, de preferência com velcro

Instale barras de apoio e utilize tapetes antiderrapantes na banheira ou no poliban.



Fonte: <https://www.pinterest.pt/>

Se usar óculos, coloque-os sempre antes de se levantar



Fonte: <https://consenio.com.br/>



Se ouvir mal coloque sempre o aparelho auditivo antes de se levantar

Organize os móveis de forma a que consiga circular facilmente.

Utilize luzes de presença ou acenda a luz sempre que se levantar durante a noite.



Coloque os objetos que necessita com maior frequência em locais mais baixos de fácil acesso.

Não deixe objetos nem fios elétricos espalhados no chão.



Fontes: <http://ggaging.com/details/190/pt-BR>

Se

apresenta desequilíbrios frequentes, deambule com o auxiliar de marcha (canadiana, ou bengala)

Retire os tapetes e passadeiras ou fixe-os com fita antiderrapante.



Fonte: madapereira.com

Cuidados a ter durante a higiene oral após um AVC

- ☑ Dar sempre oportunidade para a pessoa realizar a sua higiene oral autonomamente, utilizando os produtos de apoio

Engrossador de escova



Fonte: <https://pt.slideshare.net/>

Dispensador de pasta de dentes



Fonte: <https://shoppee.com.br/>

- ☑ Ter especial atenção ao lado afectado uma vez que a comida tem tendência em acumular-se;
- ☑ Incentivar a higiene oral;
- ☑ Incentivar a lavagem frequente da escova de dentes;

- ☑ A pessoa pode colocar a mão afectada sobre o lavatório, e aplicar do dorso da mesma um pouco de pasta de dentes, passando posteriormente com a escova pelo local de forma a poder iniciar a higiene oral.



Dúvidas ?

Elaborado por:

- Carla Sofia Silva, Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da ESEL

Revisto por:

Cuidados de Higiene Oral



Fevereiro de 2022

A higiene oral é de crucial importância nos cuidados de higiene, mantém a pessoa confortável assim como previne várias enfermidades tais como:

- ☑ Prevenir infecções, aftas ou cáries;
- ☑ Eliminar restos alimentares
- ☑ Estimular a circulação do sangue
- ☑ Evitar o mau hálito

Quando Realizar?

Deve ser realizar a lavagem dos dentes e língua no mínimo duas vezes ao dia (de manhã e à noite antes de dormir), mesmo que tenha próteses dentárias ou que não se alimente por via oral (sonda).

Material Necessário:

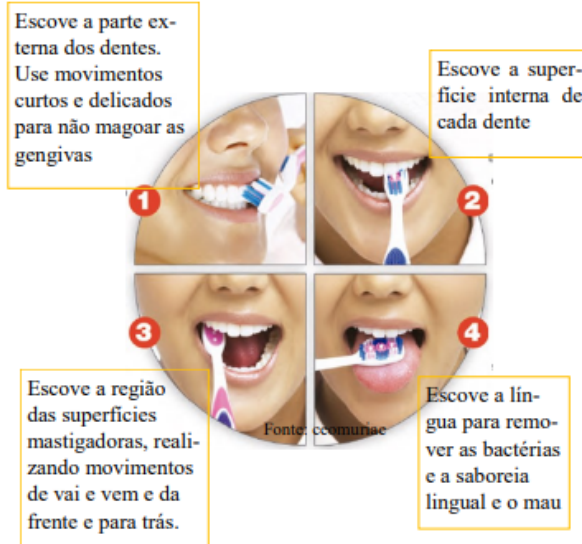
- ⇒ Toalha de rosto
- ⇒ Escova de dentes macias ou compressas
- ⇒ Pasta dentífrica
- ⇒ Copo de água
- ⇒ Recipiente para desperdiçar água
- ⇒ Hidratante de lábios

Procedimentos

1. Ajude a pessoa a sentar-se ou a levantar a cabeça (para evitar o risco de engasgamento)



2. Com o copo de água humedeça a boca. Coloque um pouco de dentífrico na escova e realize a higiene oral, de acordo com o seguinte esquema:



3. Limpe com fio dentária nos espaços entre os dentes, onde a escova não chega
4. Dê um pouco de água para bochechar e cuspir para o recipiente
5. Se usar uma **prótese dentária** retire-a e lave com água morna e pasta de dentes ou produto próprio. Não use água muito quente porque pode deformar a prótese
6. Se a **pessoa estiver inconsciente** passe com uma compressa embebida em elixir pelos dentes, gengivas e língua com movimentos suaves
7. Coloque batom do cieiro ou vaselina para hidratar os lábios.

⚠ Se a pessoa morder a escova, não tente retirá-la à força, o maxilar acabará por relaxar e nesse momento irá conseguir retirar a escova com facilidade.

Prevenção de Úlceras por Pressão

A hora da higiene é de crucial importância para **vigiar a pele** da pessoa que cuida, se observar zonas ruborizadas (vermelhas que não passam com a alteração da posição), feridas, borbulhas ou bolhas, contacte sempre a enfermeira que a acompanha na sua Unidade de Saúde.

Tente que a pessoa realize treino de marcha e algumas atividades de acordo com o seu quadro clínico, evitar que permaneça longos períodos imobilizado.

Sempre que tenha alguma dúvida ou necessite de algum esclarecimento pode contactar/ dirigir-se à sua Unidade de Saúde para falar com a enfermeira ou com o médico.



Dúvidas ?

Elaborado por:

- Carla Sofia Silva, Especialidade de
Enfermagem de Reabilitação da ESEL

1

Revisto por:

Higiene Pessoa Banho no Chuveiro



<https://www.facebook.com/FamafomaBanho/photos/177695159036737>

Fevereiro de 2022

O banho é um dos aspetos mais importantes no cuidar da higiene uma vez que proporciona conforto físico, emocional e reforça a relação entre a pessoa e o cuidador.

O banho promove o bem estar e o relaxamento, evitando problemas da pele, infeções e ajuda a melhorar a circulação sanguínea.

Quando Realizar?

Pode ser realizado a qualquer hora do dia, mas é aconselhado realizar de manhã, porque é quando a pessoa tem mais energia.

Cuidados Especiais:

- Mantenha as janelas fechadas
- Proporcionar um ambiente agradável
- Utilizar um sabonete neutro
- Realizar movimentos suaves e secar o corpo todo, dando especial atenção às pregas cutâneas
- Secar muito bem o cabelo, se possível com secador
- Observar e avaliar a pele
- Manter as unhas limpas e curtas
- Se a pessoa permanecer muitas horas deitada, é importante mantê-la sentada durante alguns minutos antes de levá-la para o duche.

Material

- Sabão neutro e champô
- Esponja
- Toalhas
- Creme hidratante
- Desodorizante
- Pente/ escova de cabelo



Pode ser necessário adaptar o ambiente para prevenir quedas durante e após o banho, se possível ter uma base de duche rasa e antiderrapante, se necessário pode colocar um banco ou uma cadeira com a base de borracha, caso a pessoa tenha alterações na mobilidade.



<https://smicare.pt/categoria-produto/cadeiras-de-banho-e-wc/>

Estimule a pessoa a realizar a sua higiene,



faça só o que a pessoa não é capaz de realizar sozinha.



Verificar a temperatura da água, porque a pessoa não tem perceção da temperatura da água.

Procedimentos

1. Inicie o banho a lavar primeiro o cabelo, posteriormente lava o corpo, começando pela face, pescoço, braços, tronco, pernas e por último os genitais
2. Após o banho é de crucial importância secar muito bem o corpo dando especial atenção às pregas cutâneas e região interdigital
3. Posteriormente aproveitar para massajar a pele com creme hidratante, para hidratar a mesma e para ajudar a ativar a circulação
5. Ajudar a entrar e a sair do duche/banho de forma a prevenir quedas.

Durante os cuidados de higiene a pessoa deve tentar lavar autonomamente as partes do corpo que conseguir, deve promover a autonomia da mesma.



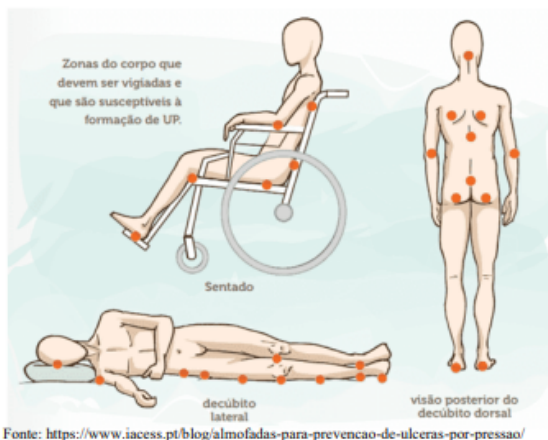
Prevenção de Úlceras por Pressão

A hora da higiene é de crucial importância para **vigiar a pele** da pessoa que cuida, se observar zonas ruborizadas (vermelhas que não passam com a alteração da posição), feridas, borbulhas ou bolhas, contacte sempre a enfermeira que a acompanha na sua Unidade de Saúde.

Os locais que se encontram com maior probabilidade de ficarem com feridas encontram-se na ilustração abaixo apresentada, estando relacionados com os posicionamentos realizados.



Posicionar a pessoa de 2/2 horas ou sempre que seja necessário



Fonte: <https://www.iacess.pt/blog/almofadas-para-prevencao-de-ulceras-por-pressao/>



Dúvidas ?

Elaborado por:

- Carla Sofia Silva, Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da ESEL

Revisto por:

Higiene Pessoa Banho no Leito



Fevereiro de 2022

O banho no leito só é indicado no caso de pessoas acamadas, que seja impossível prestar os cuidados de higiene no WC.

Quando Realizar?

Pode ser realizado a qualquer hora do dia,, mas é aconselhado realizar de manhã, porque é quando a pessoa tem mais energia. Pode-se também escolher as alturas mais quentes do dia.

Cuidados Especiais:

- Utilizar um sabonete neutro
- Realizar movimentos suaves e secar o corpo todo, dando especial atenção às pregas cutâneas
- Verificar a temperatura da água
- Secar muito bem o cabelo
- Observar e avaliar a pele
- Manter as unhas limpas e curtas
- No final do banho massajar todo o corpo com creme hidratante com movimentos longos e suaves para ajudar a ativar a circulação.



Não massajar as proeminências ósseas, ou seja, ombros, cotovelos, nádegas, ancas e calcanhares

Material

- Dois recipientes com água morna, num deles colocar o gel duche
- Esponja
- Toalha
- Creme hidratante
- Roupa para pessoa e roupa de cama
- Resguardo para proteger a cama
- Pente/ escova de cabelo

Procedimentos

1. Antes de iniciar o banho explique o que vai fazer à pessoa e coloque-a numa posição confortável (com a cabeça elevada).

O ambiente deve ser agradável, procurando manter a privacidade da pessoa
2. Inicie pelo rosto (sem esquecer olhos e orelhas) e prossiga até aos pés (lavar o cabelo sempre que necessário)
3. Seque o corpo à medida que vai lavando, com especial atenção nas pregas cutâneas

4. Auxilie a pessoa a colocar-se de lado para lavar as costas.

5. As zonas genital e anal, lavam-se no final do banho, e sempre da frente para trás (da zona mais limpa para a mais suja), no caso de ser homem, puxe cuidadosamente a pele que cobre o pénis, lave e seque muito bem,.

6. Troque a água sempre que se encontre fria ou suja, deixando a pessoa numa posição confortável e segura.

7. No final do banho massaje o corpo com creme hidratante, e vista a pessoa com uma roupa confortável e posicione-o.



Se a pessoa não estiver sempre suja não é necessário tomar banho todos os dias, pode-se lavar só a cara, mãos e genitais.



Após o banho deve fazer a cama de lavado, porque os lençóis após o banho ficam sempre húmidos.

A roupa da cama deve ficar sempre bem esticada.

Produtos de apoio para o autocuidado Vestir/Despir

De forma a permitir a autonomia da pessoa no vestir e no despir atualmente existem variados produtos de apoio:

A pinça que auxilia a vestir/despir assim como a calçar ou a alcançar objetos do chão.



Fonte: Miminho dos Avós



Abotoador de cabo longo

Fonte: Ortopedia universidade sénior

Apoio para calçar as meias.



Fonte: redalib.org



Calçadeira de cabo longo para auxiliar a calçar e a descalçar.

Fonte: <https://apoioaocuidador.azores.gov.pt/>



Dúvidas ?

Elaborado por:

- Carla Sofia Silva, Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da ESEL

Revisto por:

Auxiliar Vestir e Despir

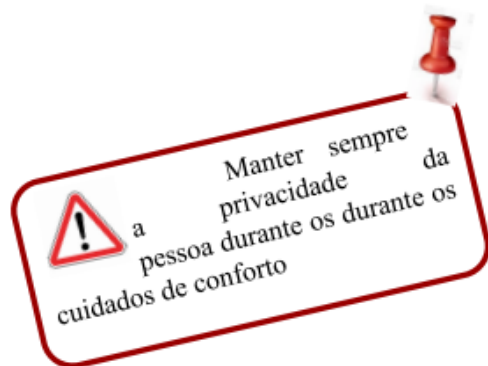


Fonte: <https://www.domuka.com/>

Fevereiro de 2022

É importante que o cuidador estimule o autocuidado e a autonomia da pessoa.

Estar bem arranjado e vestido proporciona segurança e autoconfiança.



O vestuário deve de ser:

- ☑ Confortável e prático
- ☑ De algodão
- ☑ Deve de fechar com velcro
- ☑ Se a pessoa encontrar-se acamada, deve vestir camisas largas e abertas nas costas.

Despir

⇒ Se a **pessoa estiver orientada e se tiver alguma autonomia**, só tem que orientá-la e auxiliar no que a mesma não consegue realizar

⇒ **Se a pessoa precisa de ajuda:**

- para retirar a parte de cima tem que colocar a pessoa de lado, despir esse braço e posteriormente vire a pessoa para o lado oposto e retira a outra manga

- Para despir as calças desapeste os botões dobre as pernas coloque os braços por baixo dos joelhos e eleve o joelhos e com a outra mão puxe as calças.

Vestir

⇒ Repete-se os passos anteriores na mesma ordem

Vestir/ Despir uma pessoa após AVC e que tenha uma dos Lados do corpo afetado

Nas pessoas com um dos lados paralisado temos de vestir primeiro o lado afetado e depois o lado saudável

em dos lados paralisado vestimos primeiro o lado afetado e depois o lado saudável. Ver a imagem



Fonte: TberayLibrary

Posteriormente para despir começa a despir pelo lado saudável e o último é sempre o lado afetado.

Linhas de Apoio

Links Úteis

- **Associação Cuidadores - Melhorar a vida de quem cuida:** LINHA DE APOIO AO CUIDADOR (gratuita) 800 242 252
- **Associação Cuidar Maior : S.O.S Cuidadores:** 967295459 e-mail: cuidarmaior@csprequiao.pt
- **Cuidar de Quem Cuida :** tlm: 938 343 804 email: cuidardequemcuida@castiis.pt
- **USF Eça -** 21 206 9612
- **Panóplia de Heróis – Associação Nacional de Cuidadores Informais (PH-ANCI) -** <https://ancuidadoresinformais.pt>
- **Linha cidadão -** 300 003 990
- **Linha do cidadão com deficiência -** 800 208 462
- **Linha do cidadão idoso -** 800 203 531

Elaborado por:

- Carla Sofia Silva, Aluna da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da ESEL

Revisto por:

Cuide de Si



Fevereiro 2022

Quando alguém próximo de nós adoece, a adaptação a esta nova realidade pode ser difícil. A presença de uma pessoa, com necessidades permanentes, no domicílio, altera significativamente as rotinas do cuidador/família e as suas prioridades.

Perante o esforço que lhe é exigido, é normal que o cuidador por vezes se sinta incapaz para lidar com a situação, se sinta exausto, física e emocionalmente, se sinta sozinho e com medos.

É importante guardar um tempo durante o dia para Cuidar de si, e para realizar as coisas que gosta e que lhe dão prazer.

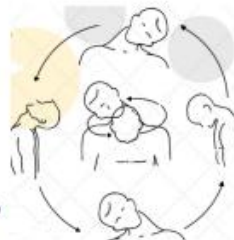
Cuide de Si

- ∞ Reserve algum tempo para praticar exercício regularmente;
- ∞ Tire tempo para si, sem sentimentos de culpa, faça atividades agradáveis, como ler um livro;
- ∞ Fale dos seus sentimentos e preocupações com uma pessoa de confiança;
- ∞ Peça auxílio e aceite ajuda das outras pessoas;
- ∞ Solicite a colaboração da restante família, sempre que sentir necessidade, sobrecarga e/ou cansada
- ∞ Descubra um hobbies para libertar a tensão

Alguns exercícios que pode realizar diariamente para descontrair

Exercícios para a coluna cervical (pescoço):

- ∞ Flexione a cabeça até encostar o queixo no peito, depois estenda a cabeça para trás como se estivesse olhando o céu.
- ∞ Gire a cabeça primeiro para um lado e depois para o outro.
- ∞ Incline a cabeça lateralmente, para um lado e para outro, como se fosse tocar a orelha no ombro.



Exercícios para os ombros: encha os pulmões de ar, levante os ombros para próximo das orelhas, solte o ar deixando os ombros caírem rapidamente, depois faça movimentos circulares, gire os ombros para frente e para trás.



Exercícios para os braços: gire os braços esticados para frente e para trás, fazendo círculos.

Exercícios para o tronco: em pé, apoie uma das mãos no encosto de uma cadeira ou na própria cintura, levante o outro braço passando por cima da cabeça, incline lateralmente o corpo. Repita o mesmo movimento com o outro lado.



Exercícios para as pernas: deitado de barriga para cima, apoie os pés na cama com os joelhos dobrados. Mantendo uma das pernas nessa posição, segure com as mãos a outra perna e traga o joelho para próximo do peito. Fique nesta posição por alguns segundos e volte para a posição inicial. Faça o mesmo exercício com a outra perna.



Dica: faça atividades físicas, como caminhadas e alongamentos, pois isso ajuda a reduzir o cansaço, tensão e esgotamento físico e mental, além de melhorar a circulação.



**APÊNDICE V – Guia orientador “Fratura do acetábulo e anel
pélvico”**

Treinar a utilização do trapézio para aliviar as costas e colocação da arrastadeira, o que também contribui para o fortalecimento muscular e treino de equilíbrio.



TRANSFERIR

O levante para a cadeira é realizado pelo lado não afetado, com apoio de andarilho/canadianas sem fazer carga no membro afetado, durante aproximadamente 4 a 6 semanas, de acordo com indicação médica e situação clínica.



TREINO DE MARCHA SEM CARGA NO MEMBRO AFETADO

- Primeiro avança o andarilho, e só depois avança a perna do membro não podendo realizar carga do lado afetado.



RECOMENDAÇÕES:

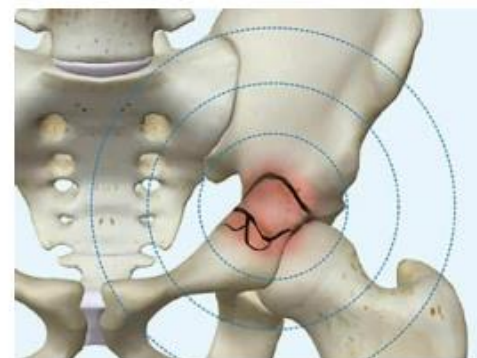
- » Deve realizar os exercícios várias vezes ao dia para manter a massa muscular
- » Durante o internamento deve realizar os exercícios descritos para prevenir os efeitos da imobilidade.

Elaborado por:

- Carla Sofia Silva, Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da ESEL

Revisto por:

GUIA ORIENTADOR FRATURA DO ACETÁBULO E ANEL PELVICO

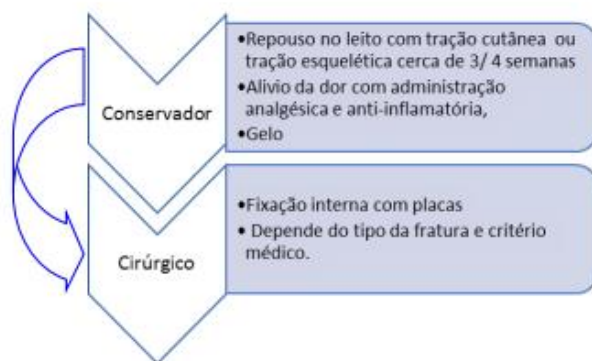


Serviço de Ortopedia

Dezembro 2021

As Fraturas da bacia e do anel pélvico resultam geralmente de traumatismos graves, acidentes de viação, principalmente acidentes de mota em que o condutor se encontra mais exposto. Cutânea

TIPO DE TRATAMENTO



O repouso no leito irá levar à diminuição dos movimentos respiratórios, o que leva à acumulação das secreções nos pulmões o que poderá provocar infeções respiratórias.

(na inspiração o volume da barriga aumenta, enquanto na expiração o volume diminui)

EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS E DE RELAXAMENTO

Deve fechar os olhos e tentar perceber como respira

Deve encher o peito de ar, inspirando pelo nariz como se estivesse a cheirar uma flor



Deite o ar fora pela boca, com os lábios semi-cerrados, como se estivesse a soprar uma vela sem a apagar



OS EXERCÍCIOS ISOMÉTRICOS

- Durante o repouso no leito deve realizar exercícios para fortalecer os músculos dos M. Superiores, Tronco, músculos abdominais, glúteos e quadricípites.



Contraia os músculos da coxa, empurrando o joelho para baixo, durante 10 seg. e depois relaxe. Repita de 6 a 10 vezes.



Movimente os pés para cima e para baixo para ativar a circulação



APÊNDICE VI – Revisão Narrativa da Literatura

REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Carla Silvério Silva

RESUMO

Introdução: Com as alterações demográficas e com o envelhecimento populacional, tem-se assistido ao aumento de doenças crônicas que levam a comorbidades, causando limitações físicas, emocionais, espirituais e psicológicas. Este fenómeno levou ao aumento dos cuidadores informais (CI), estes vão assumir um papel importante e muitas das vezes são parceiros das equipas de saúde. Os enfermeiros de reabilitação têm um papel fulcral na capacitação dos CI na prestação de cuidados à pessoa dependente.

Objetivos: Determinar a importância das intervenções do enfermeiro de reabilitação num programa de reabilitação domiciliária na capacitação dos cuidadores informais

Métodos: Revisão narrativa da literatura, constituída por três etapas: 1) pesquisa inicial na CINAHL e na MEDLINE; 2) uma revisão mais ampla na literatura cinzenta e em livros publicados; 3) identificação de novos estudos mediante pesquisa nas referências bibliográficas. Os estudos selecionados decorreram entre 2014 a janeiro de 2022.

Resultados: A amostra é constituída por 8 artigos, que permitiram responder ao objetivo da investigação.

Conclusões: Os programas de reabilitação mostram-se essenciais para os cuidadores informais prestarem cuidados de qualidade nos cuidados domiciliários, principalmente nos domínios das necessidades da pessoa e do CI, na intervenção de enfermagem e na gestão da doença, no entanto, existe pouca literatura com este tema específico.

Descritores: Enfermagem, Reabilitação, Capacitação, Cuidador Informal, Cuidados domiciliários

INTRODUÇÃO

A população portuguesa encontra-se cada vez mais envelhecida e segundo o Ministério da Saúde (2018), temos mais de um milhão de pessoas com idade superior ou igual a 65 anos, verificando-se concomitantemente um declínio da natalidade e aumento da idade média de vida, aumentando assim a prevalência de doenças crónicas, doenças cardíacas, insuficiência respiratória, insuficiência renal, doenças neurodegenerativas, doenças osteoarticulares e de neoplasias.

De acordo com o Relatório de Primavera de 2017, do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, a prevalência de doenças crónicas está relacionada com a falta de informação e os aumentos destas doenças incapacitantes levam ao aumento do número de dependentes.

Segundo Martins e Fernandes (2009), com o aumento da idade média de vida tem aumentado a prevalência de morbilidades, que podem causar limitações físicas, emocionais, psíquicas e espirituais, o que leva ao sofrimento dos familiares mais próximos. As situações em que a pessoa não é adequadamente acompanhada poderão levar a processos geradores de incapacidade, comprometendo a sua independência e autonomia, alterando assim o desempenho das atividades de vida diárias e gestão de saúde da pessoa que se torna dependente da sua família/cuidador informal (CI) (Souza, Silva, Quirino, Neves & Moreira, 2014).

As famílias são chamadas desde muito cedo e orientadas para colaborar na prestação de cuidados no seu contexto familiar, tornando-se, assim, elementos indispensáveis na equipa de prestação de cuidados de saúde (Martins, 2006).

O CI atualmente enfrenta múltiplas dificuldades no cuidado da pessoa dependente, tendo o enfermeiro de reabilitação crucial importância na capacitação destes cuidadores, direcionando as suas intervenções a partir das dificuldades que o mesmo apresenta.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), tem como alvo a intervenção na pessoa com necessidades especiais. Tem o objetivo de ajudar na educação da pessoa/ família/ comunidade em todas as fases do ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados, na capacitação e na preparação para o regresso a casa, ou seja, a capacitação dos cidadãos torna-os mais conscientes das ações promotoras de saúde (Homem, 2000).

De acordo com a OE (2010), os enfermeiros de reabilitação estão preparados para prestar cuidados à pessoa que apresenta limitações no seu autocuidado, podendo ser situações transitórias ou limitações causadas pelo próprio envelhecimento, segundo a OE (2010, p. 25)

“cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do seu ciclo de vida, implica não só a mobilização de conhecimentos e de habilidades, mas também a atenção dada a cada situação particular que, inscrita num espaço de tempos concretos, é vivenciada por duas pessoas que se encontram, uma que é cuidada e outra que cuida.”

MÉTODOS

O ponto de partida para o desenvolvimento da presente revisão narrativa da literatura tem como guidelines a metodologia proposta pelo JBI (Joanna Briggs Institute). O objetivo é determinar a importância das intervenções do enfermeiro de reabilitação num programa de reabilitação domiciliária na capacitação dos cuidadores informais. A pergunta orientadora é: “qual a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação na capacitação dos cuidadores informais?”. De acordo com o JBI, a análise da literatura tem como objetivo fornecer um mapa do alcance da evidência disponível e permite revisões sistemáticas. Formulou-se a questão de revisão a partir da mnemónica PCC, em que se considerou: População (P), os cuidadores informais de idosos, Conceito (C) programas de enfermagem de reabilitação na capacitação; Contexto (C), domicílio ou comunidade. A estratégia de pesquisa tem como objetivo encontrar estudos qualitativos e quantitativos. Os estudos qualitativos incluíram descritivos, associados a um desenho quantitativo, enquanto os estudos quantitativos podem ser desenhos observacionais e transversais.

A pesquisa foi efetuada em janeiro de 2022 e presente-se encontrar estudos publicados. Utilizaram-se três etapas de pesquisa. A primeira etapa foi realizada na CINAHL e na MEDLINE, com a análise dos títulos, dos resumos e das palavra-chave. Na segunda fase foi realizada uma pesquisa na literatura cinzenta e nos livros publicados. Na terceira etapa, identificaram-se novos estudos mediante pesquisa nas referências bibliográficas em português, espanhol e inglês.

A pesquisa efetuada tem um limite temporal estabelecido para a seleção de artigos entre 2014 e janeiro 2022, esta opção deveu-se a estados de arte e à necessidade de identificar estudos recentes, dado que os cuidadores informais neste momento são chamados a intervir numa fase precoce, com a pessoa cuidada que cada vez têm mais comorbilidades associadas, sendo essencial perceber a importância dos cuidados de enfermagem na capacitação destes cuidadores.

Esta pesquisa foi realizada nas seguintes fontes de dados: CINAHL, MEDLINE, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

As palavras-chave utilizadas foram: nursing, rehabilitation, training, self care, caregiver e home car, tiveram a associação “AND” e “OR”.

A estratégia de pesquisa permitiu identificar 18800 artigos. Após a leitura do título foi permitido eliminar 18598 que estavam repetidos, após a leitura do resumo e por não terem o artigo na íntegra foram eliminados 196, os restantes 16 artigos foram lidos na íntegra. Nesta fase foram eliminados 8 estudos por não responderem à nossa questão de pesquisa. A nossa amostra final ficou constituída por 8 artigos (figura 1, modelo Prisma FlowDiagram).

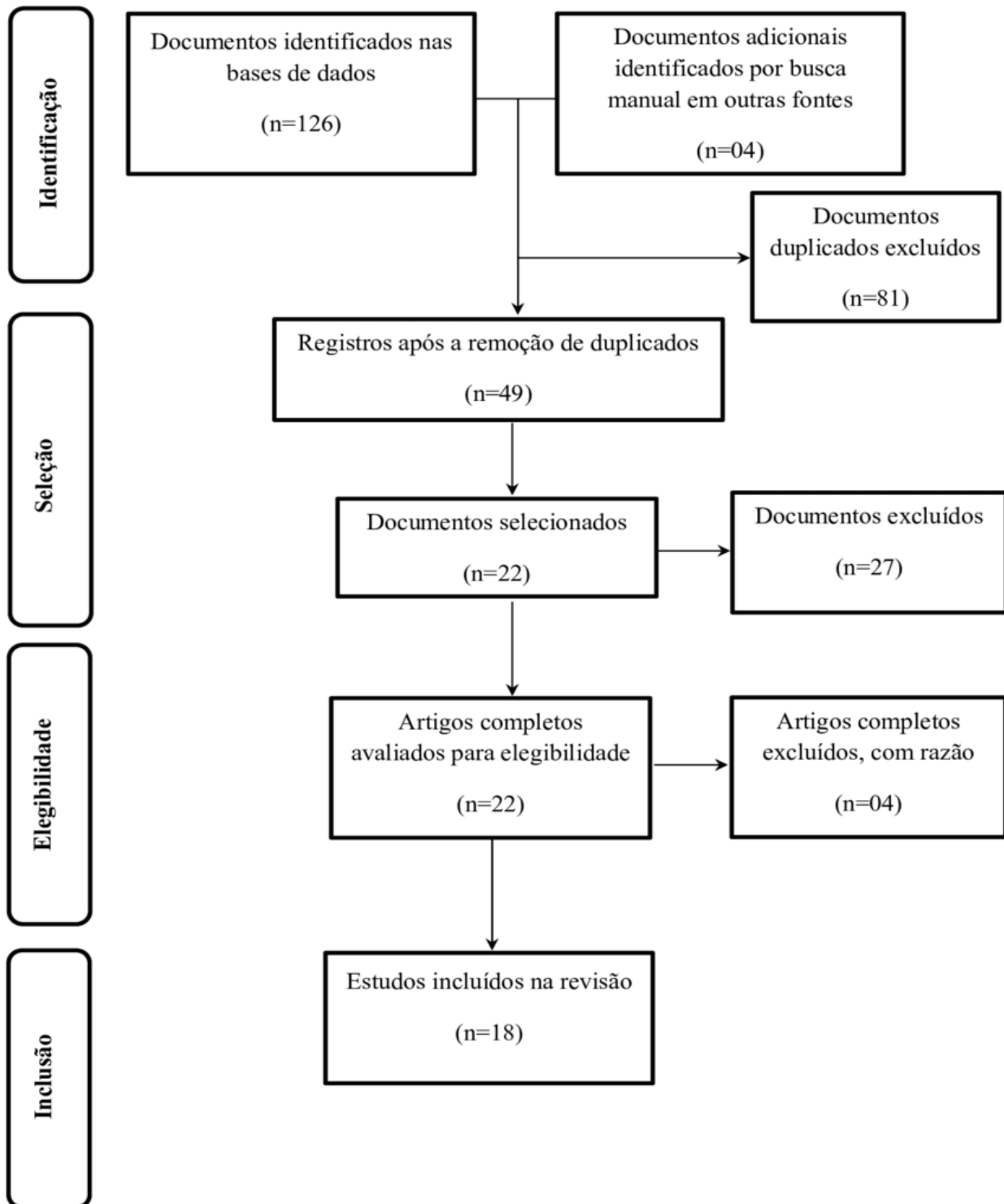


Figura 1. Diagrama Prisma Flow Diagram

RESULTADO DO ESTUDO

Os 8 artigos que integram a amostra bibliográfica não são homogêneos, têm objetivos e desenhos diferentes, incluindo revisões da literatura, a estudos primários com abordagens quantitativas e qualitativas. Porém as diferentes fontes deram resposta à questão de investigação. No quadro 1 encontram-se os resultados extraídos dos artigos sobre a importância da enfermagem de reabilitação na capacitação dos cuidadores informais.

Artigo	Autores (ano)	Resultados do Estudo
Influência Do Cuidador Informal Na Reabilitação Do Doente, No Contexto Dos Cuidados Continuados	Figueiredo, V., Dias, M. & Oliveira, A. (2014)	Estudo descritivo que pretende perceber como é que os cuidadores informais afetam a reabilitação dos doentes no contexto de unidades de cuidados continuados; Verificou-se que os cuidadores informais exercem influência na evolução da doença, principalmente na gravidade dos problemas comportamentais e na deterioração das capacidades funcionais; Os cuidadores informais neste estudo são predominantemente pessoas do sexo feminino que coabitam geograficamente próximas e são do mesmo seio familiar, frequentemente são cônjuges, filhos e noras; Os cuidadores informais que participam nas atividades têm maior relação de proximidade e normalmente aumentam a satisfação do doente dando um sentimento de bem-estar e de ambiente familiar, influenciando positivamente nos processos de reabilitação. Enquanto os cuidadores que não participam nas atividades com o doente, provocam um grau de menor satisfação;

Ser Cuidador e as Implicações no Cuidado na Atenção Domiciliar	Carvalho, D., Toso, B., Viera, C., Garanhani, M., Rodrigues, R. & Ribeiro, L. (2015)	O presente estudo tem como objetivo compreender a vivência dos cuidadores, na prática do cuidado domiciliar e a contribuição das equipes de cuidados domiciliários para a continuidade de cuidados; O presente projeto foi iniciado enquanto os doentes se encontravam institucionalizados/ hospitalizados; As principais determinantes do estudo, foram a idade avançada dos cuidadores, o baixo rendimento, a escolaridade e a complexidade dos sujeitos no momento da alta hospitalar. Para além da capacidade técnica de realizar os cuidados os profissionais de saúde têm de refletir e tentar perceber se o familiar tem condições para ser o cuidador informal do doente; Neste estudo a equipa de cuidados domiciliários é de crucial importância e têm de estar atentas a todas as necessidades da pessoa cuidada e do cuidador em todas as dimensões do cuidado domiciliar, disponibilizando alguns dispositivos de auxílio sempre que necessário; As iniciativas de educação para a saúde assim como a participação do cuidador no plano de cuidados, devem transcender a passagem de informação técnica, uma vez que as demandas educativas não garantem as condições para a prestação de cuidados; Neste estudo constatou-se que as limitações do cuidador se refletem nos cuidados da pessoa cuidada, principalmente nas demandas que
---	---	--

		implicam força e que o cuidador necessita de auxílio de outra pessoa;
Construção e validação de protocolo assistencial de enfermagem com intervenções educativas para cuidadores familiares de idosos após Acidente Vascular Cerebral	Santos, N., Predebon, M., Bierhals, C., Day, C., Machado, D. & Paskuline,L. (2019).	Atualmente as altas são realizadas numa fase cada vez mais precoce, sendo necessário realizar os ensinios aos cuidadores informais cada vez mais precocemente durante o internamento, neste caso os enfermeiros iriam ensinar o cuidador e concomitantemente realizaram uma pasta educativa que continha todos os cuidados que o mesmo necessitava de ter para o seu familiar (Guia prático do cuidador); Durante o internamento os enfermeiros tinham noção das dificuldades daquele cuidador e de acordo com as mesmas assim eram direcionadas as intervenções educativas; Durante o estudo foi implementado e validado um protocolo educativo composto por 12 domínios de cuidados, dividido em 42 itens, que constituem mais de 240 orientações de cuidados direcionados à capacitação dos cuidadores informais; Com este estudo comprovou-se que a capacitação dos cuidadores informais na transição hospital-domicílio diminui a taxa de reinternamentos e na sobrecarga do cuidador;
Care and recovery of the elderly with fall-related fracture in the family caregiver's perspective	Garollo, C., S. Marco, S., Teston, E., Barbosa, H., Costa, J., Back, I. &	Este estudo descritivo exploratório baseou-se na perspetiva do cuidador sobre os cuidados a ter na recuperação do idoso após queda e consequente fratura do colo do fémur, neste estudo os cuidadores focaram a importância da equipa de saúde no processo de recuperação, na orientação e auxílio na realização nos

	Ferreira, P., Ferreira (2020)	cuidados, esta orientação irá diminuir o risco de novas quedas e promover a autonomia do doente; Também referem que a imobilização no período pré-operatório é um dos fatores que levam a um maior risco de imobilidade levando a um aumento da dependência dos idosos, no caso a reabilitação é fundamental para a recuperação, para o bem-estar físico, psicológico e mental e na qualidade de vida dos idosos; Neste estudo os cuidadores informais que tiveram apoio para a realização dos cuidados, também foram realizadas orientações/ensino na assistência prestada pela equipa de saúde, referem maior satisfação nos cuidados prestados tendo também uma recuperação mais rápida dos seus idosos; Os autores realizaram uma comparação com um estudo realizado em Pelotes, no Rio Grande do Sul em 2016, onde constataram que os idosos que não tinham assistência da equipa de saúde ou que os mesmos não forneciam orientações ou que as mesmas não eram claras, a sua recuperação necessitava de maior suporte para a recuperação da saúde dos idosos, neste caso existiam muitas lacunas na prestação dos cuidados dessas ESF;
Effect Of An Educational Nursing Intervention On The Knowledge Of The	Rodríguez, N., Hernández-Segura, A., Gutiérrez, G., Ferreira, J. &	Estudo experimental que pretende avaliar o efeito da intervenção educativa de enfermagem em três etapas distintas. Na primeira etapa pretende-se avaliar os conhecimentos que os cuidadores informais detêm sobre os cuidados a ter dos programas educativos. Enquanto na

Caregiver For The Care Of The Elderly	Torres R. (2020)	segunda etapa foram realizados ensinamentos que visam a capacitação do cuidador informal para a prestação de cuidados do idoso, na terceira etapa irá realizar-se uma reavaliação dos conhecimentos adquiridos; Durante a segunda etapa realizaram programas educativos recorrendo a programas educativos de demonstração e de treino das atividades, havendo também o recurso a material de apoio educativo, como por exemplo, os guias orientadores; Durante o estudo conseguiu-se provar que os programas educativos realizados com os cuidadores informais foram importantes para o cuidador informal se adaptar ao seu novo “papel” e que os programas aumentaram o seu conhecimento garantindo assim a qualidade de vida do idoso. Antes da intervenção a média de conhecimento era de 50.9% enquanto após os programas educativos apresentavam uma média de conhecimento de 70.4%;
Effect of nursing intervention via a chatting tool on the rehabilitation of patients after Total hip Arthroplasty	Luo, Jing, Dong, Xiaohua & Hu, Jing (2019)	O estudo pretende avaliar o efeito da enfermagem de Reabilitação via WeChat de pacientes após ATA; Após a alta é essencial continuar com os programas de reabilitação para aumentar a força muscular, assim como preservar o movimento articular a fim de se manter independente; Dividiram os pacientes em dois grupos: o grupo A que tinha os programas de reabilitação e eram realizados por contacto telefónico e o

		Grupo B que tinha o programa de reabilitação por WeChat; A WeChat é um programa informático onde os contactos de voz e os vídeos ficam armazenados e os doentes têm constantemente o acesso à informação fornecida pelo enfermeiro e neste caso o doente pode realizar o seu programa de reabilitação autonomamente; Os doentes do Grupo B, nos seis primeiros meses, apresentaram um nível de dependência superior; Contudo não foram observadas diferenças significativas em termos de independência funcional entre os dois grupos após a alta. Porém, no grupo B mais pessoas foram completamente independentes em relação ao Grupo A;
Capacitação do cuidador Informal: papel dos Enfermeiros no Processo de Gestão da Doença	Martins, Rosa & Santos, Cristina (2020)	Este estudo é uma revisão da literatura e pretende identificar as intervenções do enfermeiro em contexto domiciliário com o objetivo de capacitar os cuidadores informais no processo de gestão da doença; O enfermeiro é um elemento fulcral na capacitação do CI/pessoa e deve ser vista como um caminho seguro para obter melhores resultados na reabilitação, e assim, aumentar a sua autonomia, diminuindo os custos em reinternamentos (Souza et. al., 2014); Em relação ao enfermeiro especialista pretende-se promover a maximização das capacidades funcionais da pessoa, potenciando

		o seu rendimento e desenvolvimento pessoal, utilizando estratégias e adaptando os procedimentos, podendo prescrever e aconselhar alguns produtos de apoio para facilitar/ adaptar-se á nova condição de saúde; Neste estudo os aspetos considerados centrais nos cuidados são: o domínio da capacitação dos cuidadores informais, relativamente à identificação das necessidades da Pessoa e dos CI, baseando-se na intervenção de enfermagem no processo de capacitação e nos ganhos obtidos em saúde; Relativamente às necessidades da Pessoa e dos Cuidadores Informais e intervenção de enfermagem, está descrito que as necessidades/ intervenções que estão referidas com maior prevalência estão relacionadas com a necessidade de prevenção de quedas e os aspetos relacionados com a diminuição da mobilidade e só depois é que referem os aspetos relacionados com as técnicas dos posicionamentos e dos autocuidados; O acompanhamento dos CI, após a alta dos utentes tem trazido ganhos para a saúde, porque tem havido menos reinternamentos e comprovou-se que tem ocorrido uma diminuição de incapacidade temporária ou permanente, aumentando a funcionalidade física e psicossocial; Os enfermeiros de reabilitação são vistos como elementos pivô nas equipas de saúde, os utentes têm-se mostrado mais motivados, de forma a maximizar a eficácia e eficiência da
--	--	--

		capacitação, promovendo a autonomia do utente e do CI; Os estudos também evidenciam a importância de um treino e de capacitação precoce, de forma a diminuir a sobrecarga e promover a saúde física, psicológica, o bem-estar social e a satisfação nos cuidados;
Competência de idosos cuidadores informais de pessoas em assistência domiciliar	Santos, F., Harmuch, C., Paiano, M., Radovanovic, C., Rêgo, A. & Carreira, L. (2021)	Neste estudo pretendeu-se analisar o conhecimento dos cuidadores informais, assim como na adaptação e na preparação das competências do idoso para exercer o papel de cuidador informal da pessoa dependente no domicílio; Neste caso, os profissionais de saúde pretendem atribuir competências e habilidades ao cuidador informal numa fase precoce. Esta formação ocorre ao nível cognitivo (desejou-se que a pessoa tenha capacidade de analisar as necessidades do doente), emocional (capacidade para se adaptar às variadas situações relacionadas com a saúde, assim como gerir situações de sobrecarga emocional), psicomotor (habilidades necessárias para executar os cuidados em segurança, assim como estimular a pessoa doente a realizar exercício físico de acordo com o instituído pelos profissionais de saúde) e relacional; Neste estudo pretende-se dar visibilidade à importância dos ensinamentos e da capacitação dos cuidadores informais para conseguirem dar resposta a uma assistência domiciliar segura e de qualidade. O acompanhamento dos enfermeiros e dos restantes profissionais de

		saúde, ao dar informação sobre as competências ao cuidador pretende diminuir os níveis de sobrecarga, desgaste físico e emocional que se irá refletir na qualidade de saúde; O presente estudo comprovou que a capacitação e as sessões de educação para a saúde produzem um impacto positivo no desenvolvimento das competências para cuidar no domicílio; Os autores referenciaram um estudo realizado na Paraíba, no qual verificaram que o cuidador idoso que não teve nenhuma formação se encontra mais suscetível à sobrecarga e desgaste emocional, uma vez que a sua vida e o seu autocuidado ficam para segundo plano;
--	--	--

Quadro 1 – Resultados extraídos dos artigos analisados

DISCUSSÃO

Os estudos da presente pesquisa são heterogêneos, apresentam desenhos de estudo diversificados, uns qualitativos outros quantitativos. As intervenções implementadas são diversificadas, no entanto, todas elas referem a importância dos cuidados de enfermagem na capacitação dos cuidadores informais para a preparação da alta e no domicílio.

O estudo de Luo, Jing, Dong, Xiaohua & Hu, Jing (2019) foi um estudo comparativo, entre dois grupos que tinham abordagens de reabilitação distintas, no entanto apesar de não falarem diretamente dos cuidadores informais, em muitos dos casos foram estes que permitiram que as pessoas dependentes tivessem acesso ao programa de WeChat e que tivessem auxílio durante o programa de reabilitação via telefónica. A reabilitação via WeChat até aos primeiros 6 meses do pós-operatório era mais rápida e tinha melhores taxas de sucesso, porém, após os 6 meses não se notou diferença no processo de reabilitação entre os dois grupos.

Os restantes artigos fomentaram a importância do acompanhamento de enfermagem nos cuidados do quotidiano dos cuidadores informais. Estes profissionais de saúde têm um papel cada vez mais crucial no auxílio das pessoas dependentes, sendo essencial um acompanhamento contínuo e próximo. A capacitação e o treino das atividades de vida diárias são cada vez mais importantes no seio dos cuidados informais, porque são estes o elo entre o doente dependente e a unidade de saúde durante todo o processo de reabilitação.

CONCLUSÃO

Na pesquisa verifiquei que apesar de existir muita informação sobre os cuidadores informais, porém a informação disponível que responda à questão de partida ainda é escassa.

Os estudos mais prevalentes estão relacionados com a sobrecarga dos cuidadores informais, os problemas osteoarticulares e a exaustão dos cuidadores, no entanto, na literatura encontra-se pouca evidência da importância dos enfermeiros de reabilitação durante o processo de reabilitação da pessoa no domicílio.

Os profissionais de saúde são de extrema importância no empoderamento dos familiares e dos cuidadores informais para uma transição segura da pessoa que necessita de cuidados para o seu ambiente sociofamiliar, no entanto, têm de ter atenção à baixa literacia em saúde que pode tornar-se um obstáculo durante todo o processo de capacitação dos cuidadores informais.

De futuro é importante investir nos estudos que demonstrem a importância dos enfermeiros de reabilitação em todo o processo de capacitação e maximização dos cuidadores informais durante todo o período de recuperação/manutenção de saúde da pessoa com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas.

BIBLIOGRAFIA

- Carvalho, D., Toso, B., Vieira, C., Garanhani, M., Rodrigues, R. & Ribeiro, L. (2015). Ser cuidador y las implicaciones del cuidado en la atención domiciliaria. *Scielo Brasil – Florianópolis* 24(2), 450-458. Acedido a 02-01-2022. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000782014>
- Figueiredo, V., Dias, M. O., & Oliveira, A. (2014). Influência do cuidador informal na reabilitação do doente, no contexto dos cuidados continuados. *Gestão E Desenvolvimento* (22), 269-289. Acedido a 02-01-2022. Disponível em <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2014.267>

- Garollo, C., S. Marco, S., Teston, E., Barbosa, H., Costa, J., Back, I. & Ferreira, P., Ferreira (2020). Care and recovery of the elderly with fall-related fracture in the family caregiver's perspective. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34. Disponível em Doi: 10.18471/rbe.v34.34778
- Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de reabilitação. Aplicação e processo* (2ª ed.). Loures, Lusociência.
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed.). Loures, Lusodidacta.
- Joanna Briggs Institute (2017). Checklist for systemic reviews and research syntheses. Recuperado <http://joannabriggs.org>.
- Luo, Jing, Dong, Xiaohua & Hu, Jing (2019). Effect of nursing intervention via a chatting tool on the rehabilitation of patients after Total hip Arthroplasty. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 14(417). Doi: 10.1186/s13018-019-1483-4
- Martins, T. (2006). *Acidente vascular cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- Martins, M.M., & Fernandes, C. (2009). Percurso das necessidades em Cuidados de Enfermagem nos Clientes submetidos a Artroplastia da Anca. *Revista Referência*, (11), 79-92. Acedido a 02/01/2022. Disponível em 11-7992.pdf (index-f.com)
- Martins, Rosa & Santos, Cristina (2020). Capacitação do cuidador Informal: papel dos Enfermeiros no Processo de Gestão da Doença. *Gestão E Desenvolvimento*, (28), 117-137. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9468>
- Ordem dos enfermeiros (2010). Regulamento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Regulamento aprovado na Assembleia Geral Extraordinária de 24 de fevereiro de 2010. Acedido a 02-01-2022. Disponível na http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Áreas de investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação. Lisboa: Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Acedido a 02/01/2022. Disponível na https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

Relatório da Primavera (2017). *Viver tempos Incertos Sustentabilidade e Equidade na Saúde*. Acedido a 02-02-2022. Disponível na [Saúde Relatorio Primavera 2017.pdf \(eapn.pt\)](#)

Rodríguez, N., Hernández-Segura, A., Gutiérrez, G., Ferreira, J. & Torres R. (2020). Effect Of An Educational Nursing Intervention On The Knowledge Of The Caregiver For The Care Of The Elderly. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 37(1). DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n1e04>

Santos, N., Predebon, M., Bierhals, C., Day, C., Machado, D. & Paskuline,L. (2019).Construção e validação de protocolo assistencial de enfermagem com intervenções educativas para cuidadores familiares de idosos após Acidente Vascular Cerebral. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0894>

Santos, F., Harmuch, C., Paiano, M., Radovanovic, C., Rêgo, A. & Carreira, L. (2021). Competência de idosos cuidadores informais de pessoas em assistência domiciliar. *Escola Anna. Nery* 26. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0288>

Souza, I. C-P., Silva, A. G., Quirino, A. C. S., Neves, M. S., & Moreira, L. R. (2014). Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: Conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1), 164-172.

ANEXOS

ANEXO I - Protocolo pratica no Serviço de Ortopedia do Hospital de Lisboa e Vale do Tejo “Cuidar/ Reabilitar o Utente Submetido a Artroplastia total da Anca”

*Cuidar / Reabilitar o Utente
Submetido a Artroplastia da
Anca no Serviço de Ortopedia*

Data de entrada em vigor:	23/02/2010
Versão 02	<i>[assinatura]</i>
Próxima revisão:	<i>[assinatura]</i>
Cód. Documento:	PS ORTO.008

1. Objetivo

- Divulgar O Projeto de intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na capacitação da pessoa/prestador na gestão do Autocuidado e Programa de Reabilitação;
- Uniformizar critérios de atuação da Equipa de Enfermagem;
- Melhorar a qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados ao utente submetido a Artroplastia da Anca

2. Campo de aplicação

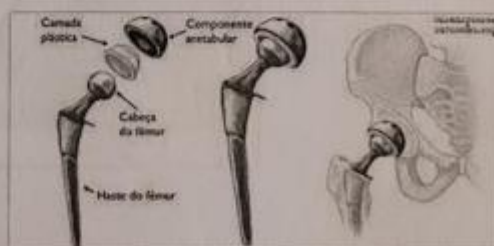
Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de reabilitação e equipa de Enfermagem do serviço de Ortopedia.

3. Siglas, abreviaturas e definições

AA - A artroplastia da anca é um procedimento cirúrgico em que se substitui ou restaura a articulação coxo-femoral por uma prótese, com vista à recuperação do movimento e funcionalidade articular, podendo ser parcial ou total. (Barros et al., 2017).

PTA – Prótese Total da Anca

Prótese Total da Anca é constituída por um componente femoral com cabeça colo e extremidade, que é implantada na diáfise femoral e por um componente acetabular, que é aplicada no osso ilíaco.



<i>Cuidar / Reabilitar o Utente Submetido a Artroplastia da Anca no Serviço de Ortopedia</i>	Data de entrada em vigor:	23/02/2010
	Versão 02	---
	Próxima revisão:	---
	Cód. Documento:	PS.ORTO.008

Prótese Parcial, bipolar ou Hemiartroplastia

A Prótese Parcial da Anca é um tipo de implante que substitui apenas a cabeça femoral mantendo o acetábulo



Cirurgia de Recobrimento (Resurfacing)

Técnica cirúrgica em que se substitui o fundo da cavidade acetabular e da superfície da cabeça femoral por material prótesico.



	<i>Cuidar / Reabilitar o Utente Submetido a Artroplastia da Anca no Serviço de Ortopedia</i>	Data de entrada em vigor:	23/02/2010
		Versão 02	<i>indefinido</i>
		Próxima revisão:	<i>indefinido</i>
		Cód. Documento:	PS.ORTO.008

Vias de Abordagem Cirúrgicas

Abordagem ântero - lateral ou de Hardinge () - **Posicionamento do utente em decúbito Lateral** . Abertura curvilínea sobre a porção anterior dos músculos médio glúteo e vasto – Acesso à face anterior da articulação – Abordagem direta, e excelente exposição do acetábulo. Apresenta menor taxa de luxação e melhor preservação anatómica dos músculos da anca.
São proibidos os movimentos de rotação interna, flexão da coxofemoral acima de 90º e adução da coxofemoral para além da linha média

Abordagem Anterior - incisão na face ântero-lateral proximal da coxa, em que há comprometimento dos músculos adutores e rotadores internos.
São proibidos os movimentos de rotação externa, e hiperextensão da articulação coxofemoral

Abordagem posterior - incisão na face lateral-externa proximal, em que há comprometimento dos músculos abdutores e rotadores externos. Apresenta maiores taxas de luxação.
São proibidos os movimentos de rotação interna, flexão da coxofemoral acima de 90º e adução da coxofemoral para além da linha média.

4. Referências

- Barros, E., Cambuzzi, G., Souza, J., Barroso, J. & Silva, L. (2017). Cuidados e Orientações ao Paciente Submetido a Artroplastia de Quadril.
- CHKS- - Programa de Acreditação Internacional para Organizações Prestadoras de Cuidados de Saúde. Normas para a Acreditação, 4.ª Edição, Versão 01 (Julho 2013); critério 5215.
- Maxey, Lisa; MAGNUSSON, Jim – Reabilitação pós Cirúrgica para o Paciente Ortopédico – 1ª Edição. Editora Guanabara.
- Marques, Vieira, Cristina; Luis, Sousa (2016). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida. (1.ª Edição ed) Lusodidata. Loures

5. Responsabilidades

- Diretor do Serviço de Ortopedia – Pela sua ratificação

*Cuidar / Reabilitar o Utente
Submetido a Artroplastia da
Anca no Serviço de Ortopedia*

Data de entrada em vigor:	23/02/2010
Versão 02	_____
Próxima revisão:	_____
Cód. Documento:	PS.ORTO.008

Enfermeira Coordenadora do Serviço de Ortopedia – Pela sua implementação e monitorização
Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação pela execução, formação e supervisão

Equipa de Enfermagem do Serviços de Ortopedia – Pela sua aplicação

6. Procedimento

Cuidados de Enfermagem específicos no Pré-operatório

Quando o utente chega ao serviço, é encaminhado pelo enfermeiro responsável para a sua unidade. O enfermeiro apresenta-se e posteriormente realiza uma visita ao serviço, apresentando os utentes internados e os profissionais.

- Entregar Guia Orientador Prótese da Anca (Anexo I). com o objetivo de diminuir a ansiedade e as incertezas;
- Ensinar/Instruir e treinar todos os autocuidados (Enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação) - Facilita e promove uma maior adesão ao programa de reabilitação no pós – operatório e previne complicações (Anexo II - Autocuidados e Produtos de Apoio).
- Entregar Guia Orientador prevenção de quedas em ambiente hospitalar (Anexo III)

Admissão - 1º Dia

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA (ensinar/instruir/treinar)

- Consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios

Posicionar a Pessoa em decúbito dorsal com braços ao longo do corpo e joelhos apoiados numa almofada



Instruir sobre respiração predominantemente abdominal (consciencialização)

Instruir o utente a fazer inspiração pelo nariz e expiração pela boca

Fazer uma inspiração profunda pelo nariz, provocando elevação abdominal (cheira a flor)

*Cuidar / Reabilitar o Utente
Submetido a Artroplastia da
Anca no Serviço de Ortopedia*

Data de entrada em vigor:	23/02/2010
Versão 02	<i>indefinida</i>
Próxima revisão:	<i>indefinida</i>
Cód. Documento:	PS.ORTO.008

Expirar pela boca com os lábios semicerrados
(soprar uma vela sem a apagar)



- Exercícios abdomino-diafragmáticos



- Reeducação costal global



- Mecanismo da Tosse



- Inspirar profundamente e expirar lentamente duas vezes. Inspirar profundamente contendo o ar 5 segundos e de seguida, de uma só vez, deitar o ar fora como se tivesse a embaciar um espelho.

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA (ensinar/instruir/treinar)

*Cuidar / Reabilitar o Utente
Submetido a Artroplastia da
Anca no Serviço de Ortopedia*

Data de entrada em vigor:	23/02/2010
Versão 02	____/____/____
Próxima revisão:	____/____/____
Cód. Documento:	PS.ORTO.008



- Exercícios isotónicos - Dorsiflexão/flexão plantar da articulação tibio-társica



Promovem o fortalecimento muscular e
Previnem a estase venosa

- Flexão/extensão da articulação coxo-femoral



- Abdução/adução da Articulação coxofemoral até à linha média do corpo



- Posicionamentos no Leito

- Extensão Lombo pélvica

*Cuidar / Reabilitar o Utente
Submetido a Artroplastia da
Anca no Serviço de Ortopedia*

Data de entrada em vigor:	23/02/2010
Versão 02	
Próxima revisão:	
Cód. Documento:	PS.ORTO.008

média e rotação interna do membro inferior intervencionado. Colocação de pequena almofada na região poplítea e outra na região Aquiliana.

- Não elevar o plano superior do leito mais de 45°.



Via Anterior

- Membro intervencionado em posição neutra (posição anatômica).

Decúbito Lateral

Roda em Bloco de preferência para o lado não intervencionado, com Joelhos fletidos a 70° com o triângulo de forma a manter a abdução e rotação externa (via posterior). Na via anterior, roda em bloco com triângulo e almofada de forma a manter o membro inferior em posição neutra



Decúbito semi dorsal para o lado sã



REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA

- Consciencialização da respiração
- Exercícios de reeducação funcional respiratória Abdomino-diafragmáticos
- Exercícios de reeducação costal
- Ensino da tosse

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA

Exercícios isométricos

- Contrações isométricas dos Abdominais
- Contrações isométricas dos glúteos

*Cuidar / Reabilitar o Utente
Submetido a Artroplastia da
Anca no Serviço de Ortopedia*

Data de entrada em vigor:	23/02/2010
Versão 02	...
Próxima revisão:	...
Cód. Documento:	PS.ORTO.008

- Contrações isométricas do quadríceps

Exercícios Isotônicos

- Dorsiflexão/Flexão Plantar da articulação tibiotársica
- Flexão/extensão da Articulação Coxofemoral com extensão/flexão do joelho
- Mobilizações ativas livres dos membros não intervencionados.

4º Dia de internamento – 48H Após a cirurgia

- Inicia o primeiro Levante se hemodinamicamente estável

Avaliar Escala de Barthel (s.clinico) ou MIF (48,72h Alta)

Equilíbrio Corporal- Índice de Tinetti, (clinico) (48h,72h e Alta)

Movimento Muscular – Escala de Lower, (s.clinico) (48h,72h Alta)

Avaliar autocuidados (s.clinico) (48,72 Alta)

Andar com auxiliar de Marcha (48h,72h, Alta)

TRANSFERIR-SE

Inicia primeiro levante às 48h (se seguir protocolo)

- Reforçar, Instruir e treinar. - Transferências: cama/cadeira, cadeira cama

Levantar pelo lado não intervencionado
Deitar pelo lado intervencionado,
sempre com
os m.inferiores em abdução

Transferir da cama para cadeira

Sentar na cama com a ajuda do enfermeiro, apoiando os antebraços e ao mesmo tempo rodando a bacia e os membros inferiores para fora da cama, com o membro intervencionado em extensão e em abdução.

*Cuidar / Reabilitar o Utente
Submetido a Artroplastia da
Anca no Serviço de Ortopedia*

Data de entrada em vigor:	23/02/2010
Versão 02	
Próxima revisão:	
Cód. Documento:	PS.ORTO.008

Deve ficar sentado na cama por períodos para realizar treino de equilíbrio. Avaliar Sinais Vitais. Descer lentamente até colocar os pés no chão, sendo primeiro o membro não intervencionado.



Transferir da cadeira para a cama

Sentar na cama com o apoio dos membros superiores. Posteriormente rodar a bacia e os membros inferiores para o centro da cama.



Técnica de sentar na cadeira

Colocar almofada na cadeira de rodas para que o utente mantenha os limites de flexão da articulação. Encostar os membros inferiores à cadeira; apoiar as mãos nos braços da mesma, efetuar a extensão do membro inferior intervencionado exercendo força no membro inferior não intervencionado e sentar; Treinar equilíbrio estático e dinâmico

Levantar da cadeira

Chegar o corpo para a beira da cadeira; Apoiar as mãos nos braços da cadeira, exercer força nos mesmos e no membro não intervencionado mantendo o membro inferior intervencionado em extensão.



*Cuidar / Reabilitar o Utente
Submetido a Artroplastia da
Anca no Serviço de Ortopedia*

Data de entrada em vigor:	23/02/2010
Versão 02	---
Próxima revisão:	---
Cód. Documento:	PS.ORTO.008

Andar com Auxiliar de Marcha

Marcha com andariço



Avançar o andariço, a seguir o membro intervencionado, e por fim o membro não intervencionado

Marcha com Canadianas



Avançar as 2 canadianas ao mesmo tempo, depois o membro intervencionado por último, o membro não intervencionado
Para mudar de direção virar sempre sobre o lado são.

5º Dia de internamento – (72H Após a cirurgia)

Entregar Anexo II – Guia orientador Autocuidados e produtos de Apoio

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA

- Consciencialização da respiração
- Exercícios de reeducação funcional respiratória Abdomino-diafragmáticos
- Exercícios de reeducação costal
- Ensino da tosse

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA

Exercícios isométricos

- Contrações isométricas dos Abdominais
- Contrações isométricas dos glúteos
- Contrações isométricas do quadríceps

Exercícios isotónicos

*Cuidar / Reabilitar o Utente
Submetido a Artroplastia da
Anca no Serviço de Ortopedia*

Data de entrada em vigor:	23/02/2010
Versão 02	[assinatura]
Próxima revisão:	[assinatura]
Cód. Documento:	PS.ORTO.008

- Dorsiflexão/Flexão Plantar da articulação tibiotársica
- Mobilizações ativas assistidas do membro intervencionado
- Flexão/extensão da Articulação Coxofemoral com extensão/flexão do joelho
- Abdução/adução da Articulação coxofemoral até à linha média do corpo
- Mobilizações ativas livres dos membros não intervencionados

Assistir na técnica de transferência cama/cadeira de rodas, cadeira sanitária/sanitário

AUTOCUIDADO HIGIENE



- Colocar uma cadeira com apoio de braços no poliban
- Colocar barras de Apoio na parede

Se tiver Banheira pode utilizar uma cadeira de banho ou um banco estável



Lavar membros inferiores com apoio de esponja com cabo sem fletir o tronco para além dos 90º



Secar m.inferiores sem fletir o tronco para além dos 90º

AUTOCUIDADO VESTUÁRIO

*Cuidar / Reabilitar o Utente
Submetido a Artroplastia da
Anca no Serviço de Ortopedia*

Data de entrada em vigor:	23/02/2010
Versão 02	autoclave
Próxima revisão:	autoclave
Cód. Documento:	PS.ORTO.008

- Utilizar uma pinça de cabo longo para apanhar objetos do chão,

- Vestir as calças e calçar as meias, com ajudas técnicas

- Vestir primeiro o membro operado e a seguir a membro não operado

- Vestir os membros inferiores



- Despir os membros inferiores



- Utilizar uma calçadeira de cabo alto para a ajudar a ajudar a calçar os sapatos



- Calçar as Meias com calçador

*Cuidar / Reabilitar o Utente
Submetido a Artroplastia da
Anca no Serviço de Ortopedia*

Data de entrada em vigor:	23/02/2010
Versão 02	mod/rev
Próxima revisão:	mod/rev
Cód. Documento:	PS.ORTO.008



USO DO SANITÁRIO



Apoiar as mãos nos braços da cadeira ou do alteador.
Sentar-se com Membro interencionado em extensão. Para levantar, proceder de forma inversa

Utilizar alteador de sanita ou cadeira

- Treino de marcha com canadianas

6º Dia de internamento – (96H Após a cirurgia)- Alta

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA

Exercícios isométricos

- Contrações isométricas dos Abdominais
- Contrações isométricas dos glúteos
- Contrações isométricas do quadríceps

Exercícios Isotónicos

- Dorsiflexão/Flexão Plantar da articulação tibiotársica
- Mobilizações ativas assistidas do membro interencionado
- Flexão/extensão da Articulação Coxofemoral com extensão/flexão do joelho
- Abdução/adução da Articulação coxofemoral até à linha média do corpo
- Mobilizações ativas livres dos membros não interencionados
- Supervisão nas transferências

*Cuidar / Reabilitar o Utente
Submetido a Artroplastia da
Anca no Serviço de Ortopedia*

Data de entrada em vigor:	23/02/2010
Versão 02	_____
Próxima revisão:	_____
Cód. Documento:	PS.ORTO.008

Treino de subir e descer escadas

Subir escadas



Avançar com o membro não intervencionado a seguir as canadianas e por fim o membro intervencionado

Descer escadas



Avançar as duas canadianas, depois o membro intervencionado e a seguir o membro não intervencionado

- Entrar e sair do Carro

Entrar para o carro

Apoiar uma mão no encosto do banco e outra no aro da porta;
Sentar lentamente efetuando força no membro não intervencionado e nos membros superiores.
Rodar o tronco e os m.infs ao mesmo tempo para dentro do carro com o membro intervencionado em extensão..



Sair do Carro

Rodar o tronco e os m.infs para fora ao mesmo tempo;
Elevar o tronco devagar, como se fosse de uma cadeira;

*Cuidar / Reabilitar o Utente
Submetido a Artroplastia da
Anca no Serviço de Ortopedia*

Data de entrada em vigor:	23/02/2010
Versão 02	...
Próxima revisão:	...
Cód. Documento:	PS.ORTO.008



Preparação do Regresso a Casa

- Promover a adesão do utente e prestador de cuidados ao programa de reabilitação
- Optimizar as Capacidades do utente e prestador de cuidados
- Reforçar todos os ensinamentos / Validar conhecimento com o utente e família para Prevenção da Luxação da prótese
- Esclarecer dúvidas
- Técnica de entrar /sair do Poliban/ banheira com banco ou cadeira adequada, técnica de lavar e secar os m.inferiores Técnica de posicionamento no leito sempre com almofada entre os m.inferiores, Técnica de transferir cama/cadeira/cama; Técnica de sentar/levantar da cadeira, técnica de marcha com andarilho e canadianas, Subir e descer Escadas; técnica de apanhar objetos do chão com a pinça; técnica vestir/despir membros inferiores; técnica de calçar meias com calçador; técnica de entrar/sair do carro
- Colocar uma almofada no banco para evitar a flexão superior a 90°, utilização de alçador de sanita; Posturas sexuais; Prevenção de Acidentes domésticos; informar sempre que tiver uma infeção tem que se dirigir ao médico pelo perigo de infeção da prótese. Deve fazer gelo 2-3 vezes dia durante 10-15m.

Reforçar que o Utente Não Deve

- Cruzar as pernas; utilizar o bidê; sentar em sofás ou cadeiras baixas; tomar banho de imersão; cortar unhas dos pés sem ajuda e calçar meias sem calçador; virar-se repentinamente sobre o membro operado; injeções do lado do membro operado.
- Inclinar-se para a frente ou para o lado quando estiver sentado; Elevação do joelho acima do nível da anca;
- Aconselhar sobre produtos de Apoio e adaptações necessárias
- Elaborar planos de cuidados de reabilitação para o domicílio
- Encaminhar para Centros de Saúde, Cuidados Continuados e outros recursos da Comunidade
- Elaborar carta de alta de Enfermagem, promovendo a continuidade de Cuidados

	<i>Cuidar / Reabilitar o Utente Submetido a Artroplastia da Anca no Serviço de Ortopedia</i>		Data de entrada em vigor:	23/02/2010
			Versão 02	atualizada
			Próxima revisão:	30/9/2024
			Cód. Documento:	PS.ORTO.008

7. Anexos

Anexo I – Guia Orientador Prótese da Anca

Anexo II – Guia orientador Autocuidados e Produtos de Apoio

Anexo III - Plano de Formação - Capacitar o utente para a Gestão do Autocuidado e para o programa de reabilitação

Anexo IV - Guia Orientador prevenção de quedas em ambiente hospitalar

Anexo V- Guia Orientador prevenção de quedas domicílio

Versão, Revisão, Aprovação/Ratificação:

Versão:

Versão	Data	A rever em	Descrição das Modificações	Autor(es)
01	18/02/2010	18/02/2013	Versão original	
02	30/9/2021	30/9/2024	Revisão geral do procedimento	

Revisão:

A rever por:		Data da próxima revisão: 30/9/2024
--------------	--	------------------------------------

Aprovação/Ratificação:

Aprovado por:		Data: 19/10/2021
		Data:
Ratificado por:	Diretor do Serviço	Data:

**ANEXO II – Consulta de Follow-up praticada no Serviço de Ortopedia do
Hospital de Lisboa e Vale do Tejo**

CONSULTA DE FOLLOW UP

AO UTENTE/PRESTADOR

		S	N	NA
1-Idade				
2-Género				
3-Estado Civil				
4-Profissão				
5-Habilitações Literárias				
6-A viagem correu sem problemas?				
7- Tem tido algum problema relacionado com a cirurgia				
8-Participou no programa de reabilitação				
Pré-operatório				
Pós-operatório				
Alta				
9-Considera que o ensino/instrução e treino Realizado pela Enfermeira Especialista de Reabilitação facilitou o seu regresso a casa?				
10- Qual foi a sua principal dificuldade após a alta? 1- Higiene 2- Vestuário 3- Posicionamento 4- Transferência 5- Andar com Auxiliar de Marcha 6- Subir e descer de Escadas 7- Outros. Quais?				
11-Foram entregues folhetos Guia orientador prótese Anca Guia orientador autocuidados e produtos de Apoio Guia orientador prevenção quedas no domicílio				
12- Considera que adquiriu os conhecimentos necessários para cuidar do seu familiar em segurança?				
13- O que considera ter sido mais difícil para cuidar do seu familiar?				
Dúvidas				
Sugestões sobre informações úteis que gostaria que fossem incluídas no programa de reabilitação				