Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Pessoa submetida a artroplastia total da anca: *Processo de preparação para a alta*

Sérgio Miguel Oliveira Gomes Pereira

Lisboa

2018

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Pessoa submetida a artroplastia total da anca: *Processo de preparação para a alta*

Sérgio Miguel Oliveira Gomes Pereira

Orientador: Prof.ª Dr.ª Vanda Marques Pinto

Lisboa

2018

Agradecimentos:

À Prof.ª Dr.ª Vanda Marques Pinto

À família

Aos amigos

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
AIVD – Atividade Instrumental de Vida Diária
ATA – Artroplastia Total da Anca
ATJ – Artroplastia Total do Joelho
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD – Atividade de Vida Diária
CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
DGS – Direção Geral de Saúde
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ENF - Enfermeiro
INE – Instituto Nacional de Estatística
IPSS – Instituição Privada de Solidariedade Social
LPCR – Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas
OE – Ordem dos Enfermeiros
RPA – Registo Português de Artroplastias
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
WHO – World Health Organization

RESUMO

O trabalho centra-se na intervenção que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação desenvolve no processo de preparação para alta e consequente regresso ao domicílio em pessoas submetidas a cirurgia ortopédica, especificamente na artroplastia total da anca.

O regresso ao domicilio mais rápido, que não se pretende precoce, no sentido de não estarem reunidas todas as condições para o mesmo se realizar, mas sim eficaz, é cada vez mais uma preocupação dos profissionais de saúde, existe uma maior atenção a questões de impacto na saúde e no processo de transição de saúde/doença, havendo uma maior preocupação, atenção e maior sensibilidade pelos enfermeiros, com destaque para os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, para todos os fatores relacionados com uma rápida recuperação e que impliquem o menor impacto possível na pessoa e família.

Foi possível desenvolver uma reflexão sobre a mais-valia dos cuidados de saúde prestados de uma forma contínua, sem quebras, no qual o hospital está ligado aos cuidados na comunidade e atento aos cuidados que as pessoas necessitam no domicílio que por sua vez são antecipados pelo hospital no período que antecede o próprio internamento, criando um circuito dinâmico, atento aos pormenores, profissionalmente desenvolvido e holístico. Tendo em conta as características referidas, é incontornável referir a mais-valia que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação representa na implementação/desenvolvimento deste processo, tanto a nível de coordenação/gestão como na intervenção direta com a pessoa/cuidador/família, o conhecimento das realidades, capacidade de intervir em qualquer dos meios, tanto hospitalar, como na comunidade, aliado aos conhecimentos técnicos e científicos permitem a este profissional assumir-se como profissional diferenciado e de excelência.

Palavras-chave: Artroplastia Total da Anca, Enfermagem de Reabilitação, Preparação para a alta, Regresso ao Domicílio, Transição

ABSTRACT

The work focuses on the intervention that rehabilitation nurse specialist develops in the process of preparation for discharge and consequent homecare in people undergoing orthopedic surgery, specifically in total hip arthroplasty.

The fastest return to home, which isn't intended to be precocious, in the sense that all the conditions for it aren't met, but that it is effective, is increasingly a concern of health professionals. There is a greater focus on health impact issues and the health/disease transition process, with increased concern, attention and sensitivity on the part of nurses, particularly rehabilitation nurses specialists, for all factors related to a rapid recovery and involving the least possible impact on the person and family.

It was possible to develop a reflection on the added value of health care provided in a continuous, seamless manner, in which the hospital is linked to care in the community and attentive to the care that people need at home, which in turn are anticipated by the hospital in the period before the hospitalization itself, creating a dynamic, attention-grabbing, professionally developed and holistic circuit. Taking into account the mentioned characteristics, it is essential to mention the added value that rehabilitation nurse specialist represents in the implementation/development of this process, both in coordination/management and in direct intervention with the person/caregiver/family, knowledge of the realities, capacity to intervene in any of the means, both hospital and community, combined with the technical and scientific knowledge allow this professional to assume as a differentiated and excellence professional.

Keywords: Total Hip Arthroplasty, Rehabilitation Nursing, Preparation for discharge, Return to Home, Transition

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO **9**

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS **19**

2.1 Estágio em contexto comunitário **19**

2.2 Estágio em contexto hospitalar **34**

3. AVALIAÇÃO, CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO **47**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **54**

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de estágio

Apêndice II – Protocolo de pesquisa

Apêndice III – Guião de entrevista

Apêndice IV – Formação "Terapia Inalatória – cuidados de enfermagem"

Apêndice V – Plano de reabilitação – amputação transfemoral

Apêndice VI – Jornais de Aprendizagem

Apêndice VII – Formação "Alteração da Deglutição – segurança do doente na alimentação"

Apêndice VIII – Formação "Pessoa com Patologia da Anca – processo de reabilitação"

Apêndice IX – Guia processo de reabilitação de pessoas submetidas a ATA e ATJ

ANEXOS

Anexo I – Certificado de presença nas "1ªs Jornadas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do CHLO"

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 – Diagrama de conceitos/atividades/objetivos desenvolvidos em contexto comunitário 19

Diagrama 2 – Diagrama de conceitos/atividades/objetivos desenvolvidos em contexto hospitalar 34

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e corresponde à fase de relatório de estágio e pretende demonstrar o resultado do trabalho, análise e desenvolvimento de conhecimento que sustentou a prática de cuidados e contribuiu para a implementação do projeto nos campos de estágio.

A elaboração deste relatório é conceptualmente orientada pela Teoria das Transições de Meleis e desenvolve-se ao longo de três capítulos, neste capítulo é apresentado o tema de interesse, o contexto, a pertinência da escolha e o objetivo do trabalho. É desenvolvido um enquadramento teórico do tema, onde se aborda a pessoa que necessita de ATA, a incidência da necessidade de ATA, causas, complicações e intervenção cirúrgica e o tema principal que se prende com a preparação para a alta relacionado com o regresso ao domicílio, no qual são expostas as dimensões da transição vivenciada pela pessoa submetida a ATA, a intervenção do EEER no decorrer deste processo e resultados da pesquisa bibliográfica sobre o tema.

No segundo capítulo é realizada a descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas, tendo em conta os objetivos e atividades do estágio definidos previamente, as competências gerais do enfermeiro especialista e as competências especificas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, os padrões de qualidade definidos pela O.E. e os descritores de Dublin. No terceiro e último capítulo é apresentada a avaliação, as conclusões e projeção do trabalho futuro.

O trabalho centra-se na intervenção que o EEER desenvolve no processo de preparação para alta e consequente regresso ao domicílio em pessoas[1] submetidas a cirurgia ortopédica, especificamente na artroplastia total da anca.

Na elaboração do projeto *(apêndice I)*, a fase que antecedeu a realização do ensino clínico, foi necessário definir um tema de interesse, uma questão com valia prática e que representasse um contributo no desenvolvimento da profissão e dos

[1] Optou-se neste trabalho fazer uso do conceito de pessoa quando é referido aquele necessita de intervenções de enfermagem, tendo por base o conceito definido pela Ordem dos Enfermeiros (2001) no qual a pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos (...) influenciado pelo ambiente (...) interage com o ambiente (...) é centro de processos não intencionais fisiológicos.

cuidados prestados às populações. Tendo em conta o contexto académico deste projeto e posterior intervenção, foi fundamental a identificação de um tema que despertasse interesse, bem definido e cimentado numa base de objetividade e acima de tudo utilidade efetiva. Neste sentido e após a inclusão de vários fatores, tais como, interesse pessoal, identificação da necessidade, inexistência ou deficiente existência de práticas inovadoras no que concerne ao acompanhamento das pessoas que necessitam de cuidados de saúde, foi identificada a questão que alicerçou todo este trabalho: *"Quais as intervenções que o EEER desenvolve no processo de preparação para a alta, promotor de transição saudável da pessoa submetida a ATA?"*

A partir da questão inicial, foram definidos objetivos, o geral, que define o propósito major do processo formativo enquanto EEER: *"Desenvolver competências no campo de intervenção do EEER, no processo de preparação para alta, promotor de uma transição saudável da pessoa submetida a ATA"* e os objetivos específicos, que contribuem para uma intervenção focada e que passa por: *"Compreender a intervenção do EEER na organização do serviço", "Prestar cuidados de enfermagem especializados de reabilitação centrados na pessoa", "Gerir os cuidados prestados com a equipa de enfermagem", "Desenvolver intervenções de enfermagem especializadas de reabilitação à pessoa submetida a ATA no processo de preparação para a alta"* e *" Prestar cuidados de enfermagem especializados de reabilitação que capacitem a pessoa/cuidador/família no processo de transição.*

De acordo com os dados divulgados no "World Population Ageing 2013" divulgado em 2013 pela Divisão de População das Nações Unidas, a proporção mundial de pessoas com 60 e mais anos de idade aumentou de 9.2% em 1990 para 11.7% em 2013 e espera-se que continue a aumentar, podendo atingir 21.1% em 2050.

As alterações demográficas existentes na última década em Portugal e nos restantes estados membro da União Europeia são reveladores do envelhecimento da população, neste contexto, Portugal apresenta no conjunto dos estados membro da União Europeia, o quinto valor mais elevado do índice de envelhecimento, o terceiro valor mais baixo do índice de renovação da população em idade ativa e o terceiro maior aumento da idade mediana entre 2003 e 2013 (INE, 2015).

As causas mais frequentes de dor e disfunção da anca e que estão na origem da maioria das indicações para a ATA, têm uma grande incidência na população

idosa, tais como, a osteoatrose primária ou secundária, osteonecrose da cabeça femoral, doença inflamatória da anca, fratura do colo do fémur (DGS, 2013), este último muito relacionado com as quedas, sendo que, aproximadamente 28-35% das pessoas com 65 anos e mais de idade sofrem quedas todos os anos, aumentando para 32-42% para pessoas com mais de 70 anos de idade. A frequência das quedas aumenta com a idade e nível de fragilidade, desta forma, é um facto que este fenómeno e as complicações associadas são um problema de saúde pública, causadoras de uma grande percentagem de internamentos (WHO, 2007).

A osteoartrose é uma doença que afeta, fundamentalmente, a cartilagem articular (tecido conjuntivo elástico que se encontra nas extremidades dos ossos que se articulam entre si), nutrida pelo líquido sinovial que tem a função de facilitar os seus movimentos, permitindo que nas articulações saudáveis, as cartilagens se movimentem entre si, sem atrito, ou seja, sem a existência de desgaste. A cartilagem articular é constituída por células chamadas condrocitos, água e substâncias proteicas produzidas por estas células e denominadas proteoglicanos e fibras de colagénio. (LPCDR, 2014)

Na osteoartrose, os condrocitos vão degenerando, o que por sua vez, leva a uma menor produção de proteoglicanos e de colagénio, como consequência desta alteração, a cartilagem sofre desgaste e o osso subcondral reage, dando origem a excrescências ósseas, os osteófitos, que levam ao seu espessamento. Esta doença articular de progressão lenta e degenerativa, é caracterizada pela alteração e destruição da cartilagem articular com consequências a nível ósseo (Mitchell, 2006).

A dor é o principal sintoma, acompanhado de rigidez, limitação de movimentos e em fases mais avançadas, as deformações. Estes sintomas apresentam-se como fatores limitantes da realização das atividades instrumentais de vida diária e atividades de vida diária, comprometendo desta forma a capacidade funcional da pessoa afetada por esta patologia (LPCDR, 2014).

A OMS (2001) refere que cerca de 10% da população mundial com idade superior a 60 anos tem osteoartrose e que dessas, 80% tem limitação dos movimentos e que dentro desse grupo, 25% apresentam diminuição da capacidade funcional na realização das AVD's.

A articulação da anca é frequentemente comprometida pela osteoartrose, denominando-se coxartrose. A resposta cirúrgica, denominada artroplastia total da anca, surge como solução quando não existe melhoria dos sintomas, mantendo-se a

limitação e o comprometimento da função e da qualidade de vida da pessoa submetida ao tratamento conservador.

Segundo Filipe, Afonso e Lima (2007), a artroplastia total da anca consiste na substituição total da articulação coxofemoral, por materiais artificiais. Este implante é constituído por duas peças, uma que se destina a substituir a cabeça do fémur e a outra substitui o acetábulo.

Segundo Phipps, Sands e Marek (2003) as próteses podem ser feitas de diversos materiais, tais como: crómio-cobalto, titânio, polietileno de alta densidade, cerâmica (baixa fricção e uso mais prolongado) e outros materiais sintéticos.

Quanto à forma de fixação, pode ser de dois tipos, cimentada ou não cimentada. No caso da cimentada os componentes são interpostos por uma camada de cimento que desempenha um papel expansor da superfície dos componentes protésicos, permitindo uma transmissão de força entre a prótese e o osso, possibilitando o apoio do peso corporal no período pós-operatório imediato, contudo implicam uma maior dificuldade na revisão protésica (realizada num período de quinze anos). A opção por um ou outro tipo de fixação, está relacionada com as características da pessoa (características da articulação coxofemoral, peso, idade, entre outros) (Phipps et al., 2003).

As vias de abordagem mais utilizadas são: via anterior ou antero-externa, na qual existe comprometimento dos adutores e rotadores internos; e via posterior ou de Moore[2], que compromete os abdutores e rotadores externos (Xhardez, 1990).

O tipo de abordagem suscita alguma controvérsia relativamente a questões como a frequência de luxação, diminuição das perdas sanguíneas, tempo cirúrgico, contudo o tipo de abordagem implica especificidades a ter em conta nos cuidados pós-operatórios, de forma a evitar o risco de luxação: na via anterior, são proibidos movimentos de rotação externa, extensão e abdução; na via posterior, são proibidos movimentos de rotação interna, flexão e adução; são proibidos em ambos os casos, a flexão, adução e rotação externa combinados (Xhardez, 1990).

Segundo o Registo Português de Artroplastias (RPA, 2010), o tempo para a realização da cirurgia é de cerca de hora e meia, sendo a técnica anestésica mais utilizada a raqui ou a epidural, podendo eventualmente ser adotada outra técnica pela equipa de anestesiologia. Após a cirurgia, o tempo de internamento é de 5 dias.

[2] Moore, Austin Talley, cirurgião ortopedista americano, 1889-1963

A dor e a diminuição da capacidade funcional são os principais fatores que levam a pessoa a realizar uma ATA, fatores esses que estão associados a diversas patologias, tais como: Osteoartrose, referida anteriormente, artrite reumatoide, fratura do colo do fémur, doenças congénitas da anca e insucesso de cirurgias reconstrutivas anteriores (Filipe, Afonso e Lima, 2007).

A artroplastia total da anca é um procedimento cirúrgico agressivo para a pessoa, com riscos associados e complicações que se pretendem prevenir, permitindo uma transição saudável, as complicações mais frequentes de uma ATA são: a luxação da prótese, tromboembolia, infeção e hemorragia.

A infeção pode ocorrer em 2% dos casos, destes apenas um terço tem sintomatologia nos primeiros dois meses após a cirurgia, complicação com resultados catastróficos, tendo em conta que em muitos casos, o tratamento das infeções profundas só se consegue retirando a prótese, a luxação ocorre entre 0,3% e 7% dos casos, a reincidência pode implicar cirurgia de revisão precoce, as doenças trombo-embólicas têm uma grande incidência pelo que justificam a adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas, podem ocorrer em até 50% dos casos, sendo que dentro destas complicações, a embolia-pulmonar afeta cerca de 1 a 6% da pessoas submetidas a ATA (RPA, 2010).

A correta avaliação e o acompanhamento realizado pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao longo de todo o processo, idealmente iniciado antes do internamento, até ao período pós regresso ao domicílio, constitui um fator e contributo essencial na promoção de uma transição saudável, tanto para a pessoa como para a sua família.

A transição vivenciada pela pessoa submetida a uma cirurgia é uma situação com impacto a vários níveis: a nível pessoal, na ansiedade pelo receio da cirurgia em si, pela alteração da sua rotina diária, pelo internamento como fator de stress e também pelo impacto que esta intervenção tem a nível familiar, algo que deverá ser alvo de atenção pelo EEER, não somente nos cuidados prestados no pós-operatório, na intervenção que este profissional desempenha na rápida recuperação da capacidade funcional e prevenção de complicações, mas desde o primeiro contacto com a pessoa e sua família de forma a proporcionar uma transição saudável e com o menor impacto negativo possível.

Para Meleis (2010), transição é a passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do

processo, o intervalo do tempo e as perceções. O processo sugere fases e sequência, o intervalo de tempo indica um fenómeno em curso, mas que é limitado e a perceção tem a ver com o significado da transição para a pessoa que a experimenta.

O conceito de regresso ao domicílio vem neste trabalho associado ao conceito de preparação para alta, são considerados termos indissociáveis, tendo em conta que o regresso ao domicílio/instituição, no fundo ao ambiente de origem, terá a sua preparação num processo desenvolvido como o que se entende de preparação para a alta.

O regresso ao domicilio mais rápido, que não se pretende precoce, no sentido de não estarem reunidas todas as condições para o mesmo se realizar, mas sim eficaz, é cada vez mais uma preocupação dos profissionais de saúde, existe uma maior atenção a questões de impacto na saúde e no processo de transição de saúde/doença, havendo uma maior preocupação, atenção e maior sensibilidade pelos enfermeiros, com destaque para os EEER, para todos os fatores relacionados com uma rápida recuperação e que impliquem o menor impacto possível na pessoa e família.

O processo de regresso ao domicílio é influenciado por vários fatores, como refere Louro (2009), o desenvolvimento dos cuidados de saúde, das tecnologias, dos medicamentos, dos procedimentos, associados a um aumento da procura de cuidados de saúde e à consequente necessidade de racionalização da utilização dos recursos, promovem e permitem que este processo se desenvolva mais rápida e eficazmente.

Na atuação do EEER, devem estar presentes todas as potencialidades do desenvolvimento tecnológico, bem como o desenvolvimento e adaptação de todo o sistema de saúde, todavia, é essencial que o foco da intervenção seja fundamentalmente a intervenção centrada na pessoa e nas necessidades que a mesma apresenta no sentido de lhe proporcionar uma transição saudável em todo o processo de saúde-doença, não descorando a transição vivenciada pelos familiares que muitas vezes se encontram a vivenciar um processo de transição para o papel de cuidador, o qual acarreta constrangimentos, ansiedade e receios.

O principal propósito dos cuidados de enfermagem é o de acompanhar a pessoa e potenciar a vivência de transições de uma forma saudável, estando atentos e incluírem na sua atuação as alterações ocorridas e que estão associadas

aos processos de desenvolvimento ao longo da vida e processos de saúde-doença, que potencialmente as afetam e as tornam mais vulneráveis e expostas a riscos com impacto na sua saúde e bem-estar. Desta forma a intervenção dos enfermeiros passa por desenvolver terapêuticas de enfermagem em colaboração com as pessoas, de forma a ajudar e facilitar a recuperação do bem-estar e equilíbrio (Meleis, 2010).

Pereira (2013) refere-se ao tema abordado neste trabalho, a preparação para a alta, apresentando a designação de preparação do regresso a casa e afirma que este é um processo que deverá ter inicio o mais precocemente possível, sendo que desta forma se pode minimizar os eventuais riscos que familiares e prestadores de cuidados estão sujeitos.

A mesma autora afirma que preparar o regresso a casa surge da necessidade de transição dos cuidados promovidos no hospital para casa (Pereira, 2013).

Nesta nova forma de gestão dos internamentos e esta nova abordagem no que se refere ao processo de encaminhamento para o domicílio ou para a instituição de onde a pessoa internada é proveniente, efetuado de forma mais célere, terá que ser alvo de atenção dos EEER, como referido anteriormente, pretende-se uma alta rápida e eficaz e não precocemente sem estarem assegurados os requisitos para que esta seja efetuada em segurança e de uma forma saudável. Nesta realidade, como defende Louro (2009), o planeamento da alta assume uma maior importância, é fundamental um planeamento rigoroso envolvendo a família e a pessoa, identificando os receios e preocupações originados pelo regresso a casa, procurando em conjunto medidas para as minimizar e ultrapassar esta transição. O novo paradigma para a enfermagem, baseado numa nova forma e cuidar das pessoas tendo como referência as transições vivenciadas pela pessoa no decorrer do seu ciclo de vida, assenta na premissa que a atuação do enfermeiro acontece primordialmente em momentos de transição, como por exemplo, o internamento hospitalar, a alta para o seu domicílio, bem como a reabilitação e a recuperação (Meleis, 2010).

A preparação para a alta assume um papel central, tendo em conta que com um período de internamento mais reduzido, o processo de recuperação e readaptação funcional é realizado em ambulatório.

Os cuidados prestados no decorrer do internamento, tais como o pré-operatório, onde se pretende uma preparação física e psicológica da pessoa, bem

como a realização de ensinos sobre os cuidados a ter no pós-operatório, passando pelos cuidados no pós-operatório, onde se pretende o bem-estar da pessoa e a promoção da realização de forma autónoma das suas AVD's, ajudando-o a adaptar-se às suas limitações; ensinos sobre posicionamentos, treino de marcha, com canadianas, nas escadas, entre outros (Filipe et al., 2007), são intervenções que devem ser adaptados às necessidades da pessoa/cuidador/família e que têm como base de sucesso uma correta avaliação. Este *"modus operandi"* irá contribuir para que a informação seja corretamente transmitida e que vá de encontro às reais necessidades da pessoa/cuidador/família.

Na preparação para a alta, é necessário validar informação prestada no decorrer de todo o processo de internamento, nomeadamente, os cuidados a ter nos posicionamentos e na marcha, adaptando os ensinos e treinando sempre que possível, tendo em atenção as barreiras que a pessoa irá encontrar em casa, sugerir produtos de apoio que se adaptem às características arquitetónicas do seu domicilio, bem como à capacidade funcional da pessoa e seu cuidador, ou seja, uma intervenção de continuidade, faseada, de constante validação, adaptação e treino.

A adaptação não só às características da pessoa, mas também do seu cuidador, é algo que deverá ser realizado desde o inicio deste processo, é fundamental a identificação do cuidador no decorrer do internamento hospitalar, no sentido de o incluir no processo de preparação para a alta, no qual a pessoa através do apoio social e familiar consegue obter maior qualidade de vida (Gomes, 2013).

Na revisão da literatura efetuada nas bases de dados eletrónicas *(protocolo de pesquisa em apêndice II),* é evidente um grande destaque para o período pré-operatório, a importância de uma avaliação multidisciplinar da pessoa submetida a ATA num período anterior ao internamento, adequando os ensinos de acordo com as necessidades e capacidades da pessoa/cuidador/família. Este tipo de intervenção, que preconiza uma avaliação prévia ao internamento, com até seis semanas de antecedência tem impacto comprovado na redução do tempo de internamento, nos custos económicos e no sucesso do encaminhamento após alta (Holm, B. et al., 2014; Meyer, G., Goldstein, W., 2014; Dawson-Bowling, S. et al., 2014; Williams, G., 2010; Sigurdsson, E. et al., 2008; Sharareh, B. et al., 2014).

Na análise dos artigos surge também destacada a importância da inclusão da família no processo de preparação para a alta, a avaliação das expectativas, das necessidades de informação e da satisfação. É importante a promoção da melhoria

da comunicação entre profissionais e pessoa/cuidador/família, tornando este processo, o de preparar o regresso ao domicílio, mais facilitador de uma transição saudável (Fielden, J. et al., 2003; Sendir, M. et al., 2012; Knier, S. et al., 2015; Strong, S., Bottin, A., 2015; Knier, S. et al., 2015; Hunt, G. et al., 2009; Soever, L. et al., 2009).

O *follow-up,* nos casos de internamentos reduzidos*,* a realização do seguimento pós-alta, assume um papel de grande destaque, quer seja presencial no domicílio, via e-mail, via telefone ou em consulta, representa um fator positivo no controlo da ansiedade e receios bem como permite o esclarecimento de dúvidas e o aumento da satisfação por parte dos intervenientes em todo o processo (Stone, K., 2014; Hunt, G. et al., 2009; Dossa, A. et al., 2012).

O trabalho visa demonstrar, quais as competências e intervenções que o EEER desenvolve no processo de preparação para alta da pessoa submetida a ATA, o qual, idealmente iniciado numa fase prévia ao internamento, ou seja, ainda no planeamento da cirurgia ortopédica e que irá até ao regresso e readaptação da pessoa e família a uma nova condição no seu ambiente. Explorando em simultâneo as necessidades de informação e a necessidade de aquisição de competências por parte do cuidador/família, os quais segundo Petronilho (2007), devido ao impacto resultante de se encontrarem também eles, a vivenciar um processo de transição no qual necessitam de se adaptar ao exercício de um novo papel, não se encontram preparados para dar uma resposta adequada às necessidades do familiar.

Segundo a OE (2010), o EEER concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados que têm por base os problemas reais e potenciais das pessoas. Neste sentido, o acompanhamento realizado pelo EEER num contexto de cirurgia ortopédica, especificamente a ATA, que requer cuidados e adaptações específicas a uma nova condição de saúde, é uma mais-valia para a população.

Ser uma mais-valia para a população, é algo que faz parte da essência da enfermagem, a prática e a investigação nesta ciência e profissão que se encontra sujeita a constantes modificações, a diferentes níveis, exige por parte dos profissionais uma constante atualização, aperfeiçoamento e adequação, este dinamismo e profissionalismo permite uma prestação de cuidados às populações, mais completa, cientificamente sustentada, próxima e adequada às idiossincrasias de cada pessoa/família/comunidade.

Entre muitas das competências que sofreram e sofrem aperfeiçoamento no decorrer da evolução da profissão, a comunicação assume um lugar de destaque em enfermagem, neste sentido e tal como refere Petronilho (2007) os enfermeiros, de uma forma geral, desempenham um papel estratégico na partilha de informação com os doentes/cuidadores/família, de modo a que estes consigam adaptar-se aos desafios de saúde com que se deparam após a alta hospitalar, proporcionando qualidade de vida a todos os intervenientes.

Contudo, a intervenção do EEER é enriquecida, para além das competências comunicacionais, pela visão holística e conhecimento específico das necessidades reais e potenciais da pessoa, dimensões de suma importância na prestação de cuidados facilitadores de transição saudável por parte da pessoa submetida a ATA.

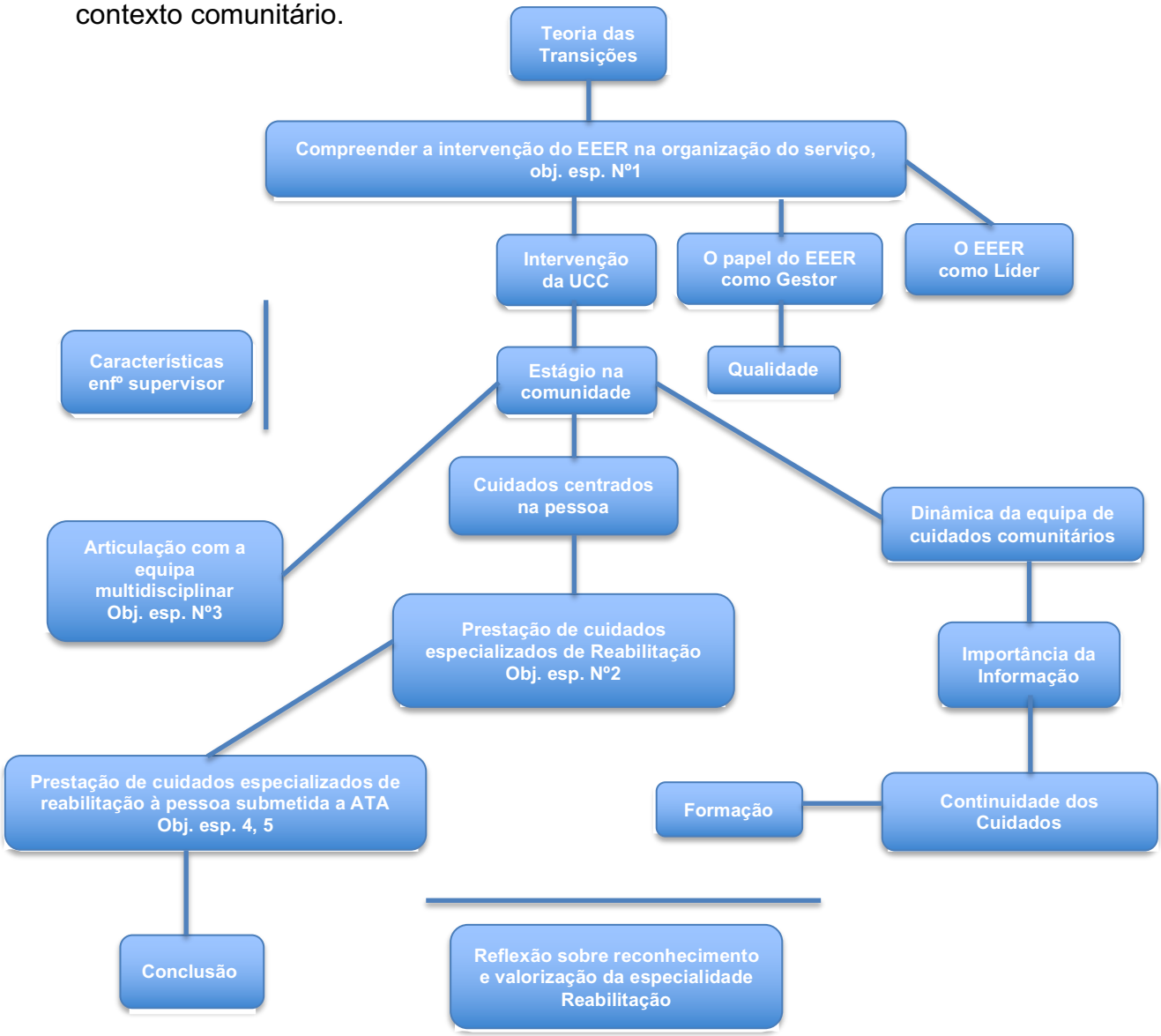
A escolha do tema surge da perceção do vasto campo de atuação que o EEER tem no acompanhamento da pessoa submetida a ATA e do contributo que este profissional pode oferecer à população neste contexto específico.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Neste capítulo optou-se pela elaboração de dois diagramas que precedem os subcapítulos, a apresentação dos mesmos visa estruturar a relação entre as atividades, reflexões desenvolvidas, objetivos e os principais conceitos abordados no trabalho, na busca de um fio condutor que permita tornar claro e passar a mensagem o mais dirigida, concreta e sistematizada possível.

2.1. Estágio em contexto comunitário

Diagrama 1 – Diagrama de conceitos/atividades/objetivos desenvolvidos em contexto comunitário.



Inicia-se a descrição e respetiva análise das atividades realizadas na comunidade, não somente por um critério cronológico, tendo em conta que foi o primeiro campo de estágio, mas sobretudo porque os cuidados de saúde primários constituem o ponto de partida num processo de preparação para a alta hospitalar, ou seja, pretende-se um papel mais ativo e efetivo dos cuidados de saúde na comunidade, numa perspetiva de articulação com as instituições hospitalares tendo como objetivo a antecipação da resposta às necessidades que a pessoa submetida a ATA, bem como o seu cuidador/família venham a ter no decurso desta transição.

É de referir que as transições pela sua natureza podem ser múltiplas e simultâneas, portanto, a transição de cuidados quase sempre ocorre em paralelo com outras transições, nomeadamente saúde/doença.

As mudanças na saúde e doença das pessoas assinam um processo de transição, tendendo esta situação a predispor à vulnerabilidade e aos riscos que podem afetar a sua saúde (Meleis et al., 2000). Assim, a missão de enfermagem consiste em facilitar o processo de transição, ajudando as pessoas a alcançarem transições saudáveis ao longo do seu ciclo vital (Meleis & Trangeinstein, 1994), definindo-se transição como a

> passagem de uma fase de vida, condição, ou *status* para outra... Refere-se aos processos e resultados de uma complexa interação entre a pessoa e o ambiente. Pode envolver mais do que a pessoa e o seu envolvimento no contexto e situação (Meleis & Trangeinstein, 1994, p.256).

A transição é despoletada por uma mudança no estado de saúde, no papel a desempenhar no âmbito das relações, nas expectativas e/ou capacidades e inicia-se quando a pessoa se consciencializa de que uma mudança está em curso, embora em algumas circunstâncias possa ser o enfermeiro a despoletar o seu inicio (Azevedo, 2010).

A realização de uma entrevista (*apêndice III*) à EEER orientadora do ensino clínico, no caso coordenadora da UCC (...), permitiu um primeiro enquadramento com o contexto comunitário, os cuidados de saúde na comunidade, a intervenção do EEER nesta área especifica e na organização do serviço.

A UCC (...) desenvolve uma intervenção diversificada e próxima das populações da sua respetiva área de atuação e conta com uma equipa multidisciplinar que desenvolve os seguintes programas: Equipa de cuidados continuados integrados - programa no âmbito de cuidados continuados integrados;

Curso de preparação para o parto e para a parentalidade; Programa de formação técnica externa para auxiliares de ação direta; Programa de prevenção de quedas na pessoa idosa; Programa de desenvolvimento e formação contínua e Projeto de melhoria contínua dos registos de enfermagem. Participa no âmbito do ACES (...), nos programas: Saúde escolar; Projeto de adolescentes de (...); Projeto de intervenção comunitária no âmbito da cidadania em saúde; Projeto da equipa de prevenção de violência em adultos; Comissão de proteção de crianças e jovens de (...), Serviço de intervenção precoce na infância; Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco de (...) e Projeto de erradicação da mutilação genital feminina (UCCP, 2016).

O papel do EEER nesta unidade em especifico está diretamente relacionada com a coordenação, que representa uma das valias do EEER, a intervenção e participação em funções de gestão, estratégia e melhoria da qualidade, são competências do enfermeiro especialista e que é de urgente rentabilização e aplicação pelo poder executivo e estruturas diretivas dos serviços de saúde, tendo em conta que idealmente se pretende um serviço de saúde melhor adaptado, mais dirigido e capaz de dar resposta às reais necessidades das populações, de verdadeira proximidade e compreensão, atributos profissionais que são desde sempre exercitados, parte integrante na formação de um enfermeiro especialista e que deverá ser assumido pelas instituições de saúde no sentido da otimização e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A implementação da qualidade nas organizações exige alguns investimentos económicos. Contudo, se se considerar que os custos da não-qualidade são muito maiores, este investimento torna-se rentável (Gonçalves, 1999). A qualidade implica a atuação em diversos aspetos da organização, tais como: os objetivos, os standards, a relação com os clientes e colaboradores, a monitorização de resultados e a melhoria contínua (Rocha, 2006). O enfoque em cada um destes aspetos varia conforme a evolução histórica do conceito de qualidade. Passou-se de uma maior preocupação com o produto, para o enfoque na satisfação das necessidades dos clientes e, por fim, para a noção da organização como um todo.

De acordo com Rocha (2006), o conceito de Qualidade esteve primeiramente ligado a um conjunto de estratégias destinadas a evitar o erro. Nesta primeira noção, era a organização que determinava aquilo que era adequado e o que não era adequado. Posteriormente, o conceito de qualidade encaminhou-se no sentido da

primazia do cliente e na satisfação das suas necessidades, que determinam as mudanças e comportamentos da organização.

Hesbeen (2001) propõe que

> uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspetiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde (…) procede da utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa de profissionais dispõe e constitui a prova dos talentos desses profissionais…(p.52).

No mesmo sentido, Donabedian (2003) afirma que diferentes pessoas possuem diferentes conceções daquilo que consideram ser a qualidade, o que poderia dificultar a definição do conceito. Contudo, o autor considera que a qualidade pode não só ser bem definida, como também podem ser criadas medidas concretas para se monitorizar processos e garantir a qualidade.

Assim, para Donabedian (2003), a qualidade em saúde consiste no resultado do produto entre dois fatores: a ciência e tecnologia da saúde e a aplicação da ciência e tecnologia na prática. A qualidade em saúde pode ser caracterizada através de componentes como: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Tradicionalmente, a garantia da qualidade na saúde tem sido aplicada, quase exclusivamente, aos cuidados de saúde prestados aos clientes pelos profissionais de saúde. Surgiu também o conceito de gestão da qualidade total que incide na ideia da garantia da qualidade para todas as funções e atividades do sistema de saúde (Donabedian, 2003). As atividades sujeitas à garantia da qualidade podem ser ampliadas se se englobar a promoção do autocuidado pelos utentes ou a qualidade dos cuidados prestados pela família. Esta ampliação permite, em primeiro lugar, perceber de que forma os profissionais estão a realizar a preparação da alta, em segundo, perceber como o sistema no seu todo está a funcionar, e por último permite identificar os erros e implementar estratégias para a melhoria dos cuidados (Donabedian, 2003).

Numa perspetiva americana, Joseph Juran apresenta a trilogia planeamento, controlo e melhoria. Afirma que a espiral da qualidade se traduz numa ação de continuidade centrada na satisfação das necessidades dos clientes e na melhoria contínua dos produtos, processos, e motivação dos profissionais (Gonçalves, 1999).

O Modelo Europeu de Gestão da Qualidade encontra-se dividido em duas partes: os Meios e os Resultados. No que diz respeito aos Meios, a gestão de pessoas aplica-se ao modo como a organização aproveita o potencial dos seus colaboradores. As pessoas são um elemento fundamental das organizações, sendo que a organização deve valorizar a implementação de uma comunicação efetiva no sentido duplo, que passa pela planificação das necessidades de formação, da recolha de informação relativa à satisfação dos colaboradores, do desenvolvimento das capacidades pessoais e de concessão às pessoas de autonomia de atuação.

Relativamente aos Resultados, a satisfação dos colaboradores é um aspeto importante, pois tem impacto a nível social e na melhoria dos resultados económicos. Assim, os dirigentes devem utilizar a motivação, o envolvimento e fortalecer a comunicação com os colaboradores no sentido de identificar sugestões sobre as condições de trabalho, investir no desenvolvimento da formação e responsabilizar os colaboradores pelos resultados (Gonçalves, 1999).

As intervenções para mudança dos comportamentos dos colaboradores exigem que os dirigentes tenham um papel de Liderança-Motivação-Comunicação com o objetivo de atingir a Qualidade (Gonçalves, 1999). Um dos princípios muito importantes neste papel do líder é o princípio da comunicação. A motivação tende a aumentar quando os colaboradores estão informados sobre o seu desempenho e sobre os resultados do seu trabalho. A gestão da qualidade total exige uma comunicação eficaz, motivadora e inovadora, visto que é desenvolvida através da partilha de informação.

Hesbeen (2001) salienta que os chefes de enfermagem devem prestar atenção às competências e ao desempenho de cada um dos enfermeiros de modo a aumentar a satisfação dos mesmos. O chefe deve assegurar a coerência dos objetivos e a motivação da equipa; inspirar as pessoas para a inovação e fazer circular a informação entre todos (Hesbeen, 2001). Os dirigentes têm a responsabilidade de ouvir os colaboradores, de dar feedback e potenciar a criação de equipas capazes de se autogerirem e de analisarem o próprio desempenho tendo em conta os objetivos definidos (Gonçalves, 1999).

O passar à prática, aplicar o projeto e cumprir os objetivos definidos numa fase prévia, aquando da elaboração das linhas orientadoras que pretendem nortear o estágio, não deverá desvalorizar ou secundarizar qualquer situação ou momento de aprendizagem no contexto de ensino clínico, ou seja, apesar do objetivo geral

definido no projeto ser dirigido para o desenvolvimento de competências sobre o tema da preparação para a alta em pessoas submetidos a ATA, observar e refletir sobre esta temática e de certa forma desenvolver um trabalho que pudesse ser um contributo para a melhoria dos cuidados nesta área, foi importante aproveitar o vasto leque de situações, momentos e oportunidades de aprendizagem diversificada que o estágio na comunidade proporcionou, desta forma enriquecendo o processo formativo, tornando o processo de aprendizagem mais completo e enriquecedor.

O estágio na comunidade permitiu perceber e integrar uma equipa que presta reais cuidados de proximidade, cuidados que vão de encontro às reais necessidades das pessoas, das famílias, dos cuidadores, uma equipa que interage com os recursos da comunidade e que em conjunto desenvolve um trabalho de maior abrangência, complementaridade e de inegável utilidade e sobretudo que vai de encontro às necessidades das pessoas.

Hesbeen (2001), evidencia o valor da individualização das intervenções para a qualidade em enfermagem, é referido pelo autor que o profissional que age sem atenção à singularidade pessoal do doente, não cuida, simplesmente presta cuidados.

Segundo Talerico et al. (2003) citados por Oliveira (2011), o cuidado centrado na pessoa tem por base as preferências pessoais e necessidades na definição dos cuidados.

São enunciadas as seguintes componentes fundamentais nos diferentes modelos de cuidados centrados na pessoa: o conhecimento da pessoa como individuo; a necessidade de responder às caraterísticas do individuo e família; a promoção de cuidados que sejam significativos para a pessoa e que respeitem os valores, preferências e necessidades individuais; perspetivar os recetores de cuidados como seres humanos biopsicossociais; promoção do desenvolvimento de relacionamentos consistentes e de confiança; enfatização da liberdade de escolha; promoção do conforto físico e emocional; o imperioso envolvimento da família, amigos e rede social da pessoa, realizado de forma adequada.

A participação nas reuniões de equipa permitiu perceber a dinâmica da organização dos cuidados na comunidade e em específico da UCC (...), foi possível perceber a gestão, tanto das equipas como dos casos intervencionados. São abordadas as orientações e diretivas da organização do ACES, discutidos os programas existentes e programas a desenvolver/implementar, normas da DGS,

métodos de trabalho, como por exemplo, discussão de como melhorar o registo de ocorrências e cuidados prestados no sentido de promover uma melhor passagem de informação e consequentemente a melhoria da continuidade dos cuidados. A organização do serviço, bem como discussão dos casos, são temas fixos e que assumem uma relevância destacada na ordem de trabalho das reuniões, assim como a discussão de indicadores, objetivos e resultados obtidos, momentos em que a chefia dá o *feedback* à equipa.

O desenvolvimento das sociedades passa pela celeridade e correta tomada de decisão, tanto a nível político, como na gestão, economia e no domínio da saúde não é diferente, existe a necessidade de tomar as melhores decisões em tempo útil, correndo-se o risco das ações se esvaziarem de conteúdo, valor e utilidade caso isso não aconteça no *timing* correto. Neste sentido a informação constitui um elemento fulcral neste processo de tomada de decisão que se pretende útil.

Especificamente na área da saúde, o crescente interesse na informação resulta da sua relevância para os processos de tomada de decisão clínica, para a qualidade e continuidade de cuidados, a gestão, a formação e investigação (OE, 2007).

Para Sousa (2006) a informação útil é a que está disponível no momento certo, no local certo e é específica para cada situação, com o mínimo de interferências possível. Interferências essas que podem ser o crescente volume de informações, por vezes redundantes (Azevedo, 2010). Na área dos cuidados de saúde, possuir informação em demasia e mal-organizada, ou pouco pertinente, pode conduzir a erros na tomada de decisão, dando origem a erros com repercussões diretas na saúde dos doentes (Tienney, 2001, citado por Azevedo, 2010).

Dada a possibilidade de aumento do volume de informação disponível, a capacidade dos enfermeiros em recolher e comunicar informação relevante implica a necessidade de aprendizagem do valor da informação (Azevedo, 2010).

Quando se analisa a informação relevante para a continuidade dos cuidados, um dos aspetos a ter em consideração é a identificação das necessidades de informação dos enfermeiros, as perceções que podem ter e que são influenciadas por diversos fatores. Para Pereira (2001) a continuidade dos cuidados está associada à qualidade da informação, à forma como é apresentada, à sua disponibilidade e utilização. O mesmo autor refere que a atribuição de importância a determinados aspetos da informação depende de vários fatores.

Segundo o modelo de Le Boterf (1994) existem três dimensões do contexto: o contexto dos sujeitos, o contexto da ação e o contexto da profissão. O que significa que o valor atribuído à informação é influenciado por aspetos intrínsecos aos enfermeiros, por fatores associados à realidade específica do serviço e, ainda por questões relativas à natureza da profissão de enfermagem.

Le Boterf (1994), afirma que as relações profissionais e as competências que lhe estão associadas se constroem no cruzamento de três dimensões: o contexto dos sujeitos - onde se incluem questões relativas a disposições e atitudes dos participantes, o nível de conhecimento sobre os doentes e alguns comportamentos; o contexto da ação - onde se incluem as condições materiais e objetivas dos espaços de trabalho, as lógicas formais e informais da organização; e por fim, o contexto da profissão com os respetivos modelos e conceções profissionais.

É relevante perceber de que forma uma instituição de saúde aplica conceitos como liderança e gestão com o foco no cumprimento de objetivos e de que forma o EEER tendo em conta a sua visão mais abrangente das dinâmicas, tanto organizacionais, como das idiossincrasias dos elementos da equipa (das características mais relacionadas com questões pessoais ou mais relacionadas com características do grupo profissional que representa), faz a gestão e intervém no seio da equipa e qual a sua importância num contexto de uma nova organização dos cuidados de saúde, neste caso especifico na comunidade.

Todas estas questões para além de se apresentarem como um desafio, assumem relevância num contexto de intervenção do EEER como líder/gestor/coordenador, deverão ser trabalhadas por parte do EEER de uma forma consciente, perspicaz e com o foco mantido na defesa da pessoa alvo dos cuidados em primeira instância e na afirmação e reconhecimento da importância do EEER na organização das instituições.

Stanley (2009) in Taylor (2009) refere que liderança é vista como unificadora de pessoas em torno de valores, construindo um mundo social para os outros em torno desses valores, ajudando as pessoas através da mudança.

Uma das atividades idealizadas na fase de elaboração do projeto, prendia-se com a identificação e promoção de momentos que visassem desenvolver ou contribuir de alguma forma para o desenvolvimento e/ou enriquecimento das competências técnicas, teóricas e relacionais da equipa multidisciplinar.

Após uma avaliação e identificação de uma necessidade formativa em específico, na qual foi levada em conta a opinião da equipa da ECCI, o tema: *"Terapia Inalatória – cuidados de enfermagem" (apêndice IV)* surgiu como escolha pertinente e com utilidade prática imediata, um contributo na melhoria dos cuidados prestados.

Continuando no tema da formação, no decurso do estágio surgiu uma atividade que anteriormente não havia sido programada, mas que se considerou oportuna e um contributo no sentido de enriquecer o estágio com atividades formativas com uma diversidade interessante de temas na área da reabilitação, aliado ao fato de ser uma oportunidade de contactar com EEER e outros profissionais da área da reabilitação. A presença nas *"1ªs Jornadas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do CHLO" (anexo I)* demonstrou-se um momento muito rico na partilha de experiências por parte dos colegas, a maioria em exclusividade na área de reabilitação.

Atualmente atravessa-se um período de modernização que em muito assenta na incerteza, instabilidade e imprevisibilidade. Isto, associado à evolução organizacional do trabalho e consequentemente às relações sociais que se estabelecem neste meio, exige uma alteração na natureza do trabalho e sobretudo uma alteração nas competências profissionais (Pires, 2000). Deste modo, as qualificações e conhecimentos dos profissionais de enfermagem sofrem uma rápida desatualização, o que exige uma "criação e ampliação de capacidades de aquisição, assimilação e de integração de saberes, de forma a fazerem evoluir as diversas situações (…) nas quais operam" (Galhanas, 1997, p.6).

Benner (2005) refere que os programas de formação de enfermeiros devem ter por objetivo promover a aquisição de conhecimentos que permita o desenvolvimento da experiência.

Rondeau, Williams e Wagar (2009) indicam que organizações que proporcionam condições de desenvolvimento da enfermagem e que investem na formação têm uma maior capacidade de evitar elevada taxas de turnover e contribuem para o aumento da satisfação profissional dos enfermeiros.

Para Nóvoa (1991), citado por Botelho (1998), a formação não se adquire através da acumulação de cursos e diplomas, mas sim pela reflexão crítica do trabalho do dia a dia, em estreita ligação com o desempenho profissional junto do utente. A formação deve assim, ser constituída por momentos de reflexão, de

pausas para pensar e de discussões em torno dos problemas que surgem no dia a dia.

Indo além do âmago do presente trabalho, foi referido anteriormente e que pode ser lido como um pormenor: *"colegas, a maioria em exclusividade na área de reabilitação"*, porém é um dado relevante e demonstrativo do valor e determinação destes enfermeiros especialistas, tendo em conta que a identificação de necessidades, ponderação sobre custo-benefício e visão estratégica das instituições de saúde, deveria recair sobre os profissionais que desempenham cargos de direção e entidades hierarquicamente superiores a estes, ou seja, é do interesse de quem dirige e planeia, identificar mais-valias para a sua instituição e defender a sua contratação, contudo, os papéis parecem estar invertidos, e são os EEER que em atos contínuos de abnegação, tentam e lutam demonstrar a sua utilidade e valor no terreno, muitas vezes abdicando até da diferenciação no vencimento.

O EEER para desempenhar as suas funções na área para a qual investiu muito mais que valores monetários, investiu "vida", ou seja, abdicou de tempo com a família, com os amigos, consigo próprio, para desenvolver competências e adquirir conhecimentos que visam e efetivamente alcançam ganhos em saúde, melhoria da qualidade de vida das pessoas e permite reduzir gastos, amplamente comprovado pelos resultados dos estudos apresentados pelos colegas no referido congresso.

Regressando ao tema formação, o estágio da comunidade demonstrou-se no que concerne ao capítulo da formação, muito abrangente, foi possível assistir ainda a uma sessão de formação realizada pela equipa sobre um elemento da equipa de enfermagem da ECCI, a aplicação da *escala "Pain assessment in advanced dementia" – pain-ad pt,* uma escala que tem como objetivo, uniformizar e aumentar o rigor da avaliação da dor das pessoas a quem esta equipa presta cuidados.

Quanto à intervenção formativa na comunidade, foi possível colaborar com a equipa multidisciplinar nos programas desenvolvidos pela UCC, tais como: "*Mercado da Cidadania"* que envolveu outras instituições, tais como a autarquia, IPSS's e outros recursos da comunidade que numa atuação conjunta, com destaque para a intervenção da equipa da UCC, realizaram uma intervenção para e na comunidade,

com o objetivo de aumentar a literacia em saúde[3], informando sobre os recursos da comunidade, abordando e tema do envelhecimento ativo, prevenção de quedas com diversas atividades didáticas.

Foi também realizado em conjunto com a Enf.ª orientadora, uma sessão de formação, a pedido da coordenação do curso de formação de assistentes operacionais do curso profissional do ensino secundário, sobre o tema "*Posicionamentos e Transferências"*. Esta formação visava promover a segurança, tanto dos cuidadores como das pessoas alvo dos cuidados. Uma intervenção isolada, mas que pode vir a dar frutos, no sentido de alertar para a necessidade da formação ser executada por peritos, concedendo um cariz mais profissional aos designados cursos profissionais. É necessário despertar consciências para a necessidade do rigor e formação na área da saúde, é necessário balizar a intervenção de grupos profissionais não diferenciados e dirigir a sua intervenção, que se bem definida poderá ser uma mais-valia.

Não perdendo o foco do objetivo definido para a última fase do curso de especialização e mestrado em enfermagem de reabilitação, o de desenvolver competências no processo de preparação para a alta promotor de uma transição saudável da pessoa submetida a ATA, ao longo do estágio foi também possível prestar cuidados especializados de reabilitação a pessoas com outras necessidades.

Existiu a oportunidade de prestar cuidados de reabilitação a pessoas com AVC, pessoas com complicações decorrentes da síndrome de imobilidade, pessoas submetidas a amputação decorrentes de patologias vasculares e diabetes,

[3] A literacia em saúde engloba as competências e os conhecimentos necessários para a pessoa ter acesso, compreender, avaliar e utilizar a informação sobre saúde, e que lhe permite tomar decisões conscientes sobre os cuidados de saúde, prevenção de doença e promoção de estilo de vida saudável (Espanha et al*.,* 2015). A literacia em saúde influencia a qualidade de vida do próprio e da sua família, principalmente, dos que lhe são dependentes, com consequências a nível económico e da organização dos sistemas de saúde. Assim, uma baixa literacia em saúde conduzir a um aumento da frequência dos serviços de urgência, e número de internamentos, bem como a uma menor capacidade de manifestar atitudes preventivas da doença para o próprio e sua família (Espanha et al*.*, 2015).
Segundo o projeto de Literacia em Saúde iniciativa do Programa Inovar em saúde da Fundação Calouste Gulbenkian, em relação ao índice geral de literacia, Portugal situa-se ligeiramente abaixo da média dos países participantes no estudo europeu (Holanda, Irlanda, Polónia, Grécia, Alemanha, Áustria, Espanha e Bulgária). Verificou-se, ainda, que quanto mais jovens e maior o nível de escolaridade, maior o nível de literacia em saúde, existindo uma correlação positiva entre a literacia em saúde e as práticas diária de literacia como a leitura, o uso de tecnologias e informação e comunicação. Existem grupos mais vulneráveis em termos de literacia em saúde, como são as pessoas com mais de 66 anos, com rendimentos baixos, com baixo nível de escolaridade, com doenças prolongadas e com uma auto perceção de saúde "má" (Espanha et al., 2015).

patologias respiratórias: DPOC, pneumotórax, ou seja, foi possível desenvolver competências de uma forma abrangente, o que tornou o estágio completo e que permitiu dar resposta e cumprir os restantes objetivos do projeto, não ficando limitado ao objetivo principal dirigido à pessoa submetida a ATA e respetiva família e cuidador, mas possibilitando a prestação de cuidados centrados na pessoa nas diversas situações e oportunidades que os cuidados na comunidade permitem contactar.

Benner et al. (2009) citado por Lasater (2011) refere que em qualquer situação clínica, o enfermeiro valoriza o contexto específico, a relação com o doente e a compreensão das preocupações individuais do doente.

A prestação de cuidados centrados na individualidade, nas características, nas preferências e fazendo a distinção entre as idiossincrasias de cada individuo é um dos objetivos da nossa prática e ponto fulcral da filosofia de cuidados de enfermagem.

Na perspetiva da individualização e adaptação das intervenções à pessoa alvo dos cuidados, surge como exemplo o caso de um senhor submetido a uma amputação transfemoral do membro inferior direito, encontrando-se em fase de reabilitação pré-prótese, com analfabetismo funcional.

Após a avaliação inicial, foi evidente que o senhor se encontrava em fase de negação, a qual segundo Gameiro (1998) citado por Menoita (2014), a fase de negação, entendida como a segunda das quatro fases no processo de adaptação a uma incapacidade, é caracterizada pelo período em que a pessoa nega as evidências, de forma a preservar-se e não se confrontar com a sua nova condição, fugindo à realidade devido a uma incapacidade para a aceitar. O autor refere ainda que esta fuga evita muitas vezes que se entre em depressão.

De forma a aumentar as hipóteses de consciencialização e posterior restabelecimento, foi elaborado um plano individualizado, em que numa primeira fase se pretendia a consciencialização do seu corpo, não descorando a prevenção de complicações e a envolvência da cuidadora no processo de transição (*apêndice V*).

A transição constitui um dos conceitos centrais do domínio da enfermagem, denota mudança no estado de saúde, na relação de papéis, expectativas ou habilidades e requer a incorporação de um novo conhecimento e alteração de comportamentos, sendo, pois, necessária uma redefinição do *self* no contexto social

(Meleis, 2000). Numa definição do meta-paradigma da enfermagem, a autora propõe a articulação entre os seus conceitos major: o enfermeiro interage (interação) com um ser humano numa situação de saúde/doença (cliente de enfermagem), o qual é parte integrante do seu contexto sociocultural (ambiente) e se encontra em algum género de transição ou antecipando a transição (transição); a interação enfermeiro-doente organiza-se com algum propósito (processo de enfermagem, resolução de problemas, intervenção holística, cuidar), fazendo os enfermeiros uso de algumas ações (terapêuticas de enfermagem) para alcançar ou facilitar a saúde e o bem-estar.

Sendo os enfermeiros os profissionais que apresentam maiores possibilidades de contacto continuado com os doentes, encontram-se em situação privilegiada para antecipar ou detetar as transições e identificar atempadamente indicadores de processo que podem facilitar a transição saudável ou aumentar a vulnerabilidade, permitindo assim o desenvolvimento de intervenções que propiciem resultados positivos.

"O processo de recuperação e adaptação a uma incapacidade, permite à pessoa ajustar-se a um novo estilo de vida e a um corpo alterado" (Menoita, 2014, p.28).

O sucesso de um estágio é influenciado por diversas variáveis, para se conseguir alcançar os objetivos e dar resposta às expectativas idealizadas na fase pré-estágio, é necessário que estejam reunidas as condições que permitam um contributo positivo e construtivo no processo de aprendizagem, entre eles, que a orientação seja acertada por parte da enfermeira orientadora e para que isso aconteça é necessário que o enfermeiro orientador disponha de determinadas características e competências. Tema abordado no jornal de aprendizagem (*apêndice VI*), onde consta a perspetiva do seguinte autor: Cunha et al. (2010), o qual defende que as características pessoais dos enfermeiros supervisores são aspetos fundamentais no sucesso da supervisão, a empatia, autoestima positiva, facilidade no relacionamento interpessoal, saber ouvir, capacidade de observação, análise e boa comunicação (feedback).

Outra componente que possibilitou a realização de um excelente momento de aprendizagem, no contexto de prática na comunidade foi a equipa multidisciplinar, com destaque para a equipa de enfermeiros generalistas da ECCI, que para além de se demonstrarem profissionais exímios no seu campo de atuação, demonstraram

uma grande disponibilidade e interesse pela formação e pelo desenvolvimento da profissão, permitindo um estágio mais completo, com momentos de debate e reflexão conjunta sobre os casos nos quais a ECCI intervém e outros, olhando sempre para o aperfeiçoamento dos cuidados prestados de uma forma profissional e com vontade de aprender e de ensinar.

Foram realizadas, para além das visitas domiciliárias com a EEER orientadora, visitas domiciliárias com a equipa de enfermagem, com a assistente social, articulação com a equipa médica e fisioterapeuta, permitindo uma intervenção conjunta, de coordenação, permitindo a identificação da função do EEER na gestão dos cuidados com a equipa de enfermagem e restantes profissionais, permitiu o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais com a equipa, sendo desta forma possível dar resposta ao objetivo especifico nº 3 no qual estava presente a intenção de "gerir os cuidados com a equipa de enfermagem".

O contacto com os cuidados prestados na comunidade foi profícuo em diversos planos, existiu a possibilidade de contactar com os cuidados primários, perceber a articulação entre os diversos atores com intervenção direta junto das populações, no desenvolvimento técnico e prático; foi também possível intervir no processo de transição da pessoa submetido a ATA, sua família/cuidador.

A pessoa submetida a artroplastia total da anca no seu processo de transição decorrente da condição de saúde que leva à realização da cirurgia ortopédica, assumiu destaque no decurso do estágio, assumindo-se como prioridade tendo em conta o objetivo do presente trabalho académico.

No decurso do estágio na comunidade não existiu a oportunidade de realizar a ideal intervenção no período pré cirurgia, intervenção que poderá e deverá ser realizada aquando de uma ATA programada, contudo foi muito significativo, perceber de que forma se trabalha o regresso ao domicilio na realidade atual dos cuidados na comunidade, as adaptações necessárias à promoção de um ambiente seguro e adequado ao processo de reabilitação, bem como os exercícios que visam a reabilitação e recuperação da pessoa e sua adaptação, a informação sobre posicionamentos contraindicados, os produtos de apoio existentes, as adaptações ao domicilio que visem uma maior autonomia e segurança da pessoa/cuidador/família, são realizadas numa fase avançada deste processo, quando a pessoa já se encontra no domicilio, o que obriga a um esforço e entrega acrescidos aos profissionais, numa tentativa de dar resposta "no momento" às

necessidades da pessoa/cuidador/família. Num dos casos foi necessário realizar aconselhamento sobre adaptações, inclusive alterações estruturais no domicílio e realizar todo o ensino sobre prevenção de complicações à senhora que havia realizado uma ATA e marido/cuidador, que demonstravam um evidente desconhecimento sobre a situação com a qual se estavam a deparar e uma necessidade de apoio urgente, correndo o risco de complicações graves decorrentes da falta de preparação.

A realidade atual demonstra que o acompanhamento das pessoas submetidas a ATA especificamente, carece de uma atitude e intervenção preventiva e não reativa e de um processo continuo de reabilitação e acompanhamento. O processo de reabilitação pretende-se contínuo, valorizando os pormenores, com adequação e individualização dos cuidados, sem descorar a efetiva passagem de informação que permita uma continuidade de cuidados também efetiva.

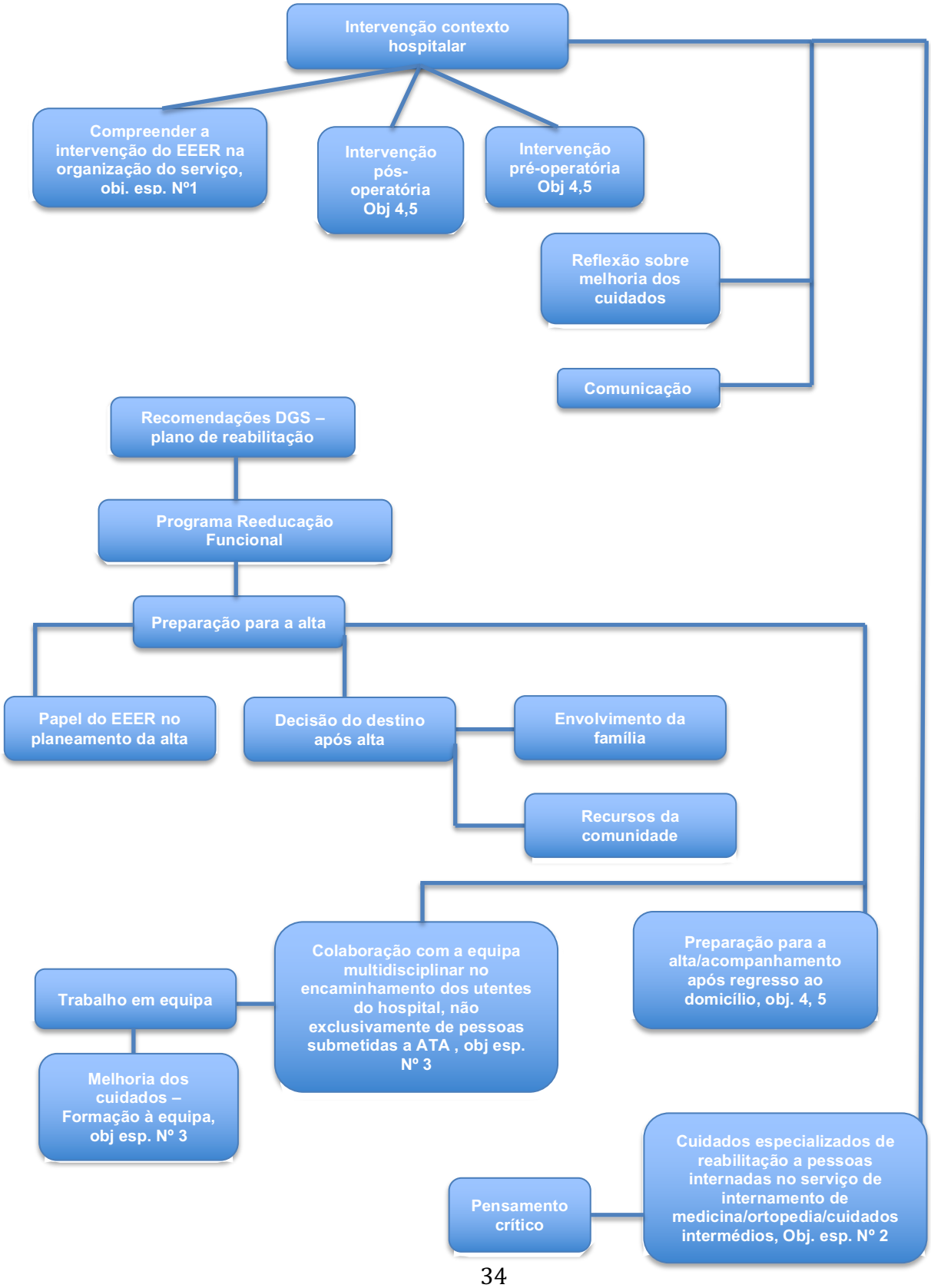
Azevedo (2010) considera a promoção da continuidade dos cuidados como um dos objetivos da informação, assumindo-se este como um aspeto crítico para a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Foi ainda realizado aconselhamento aos responsáveis de uma instituição para a qual uma utente submetida a ATA foi reencaminhada tendo em conta a falta de apoio familiar, foi realizado o aconselhamento sobre a necessidade de aquisição de produtos de apoio, de forma a adequar a instituição às necessidades da utente e foi transmitida informação sobre prevenção de complicações possíveis decorrentes da ATA.

É evidente a necessidade de programas/recursos/estratégias que visem a melhoria no acompanhamento e preparação do processo de preparação para alta da pessoa submetida a ATA, existe a necessidade de uma melhor articulação entre hospital e cuidados na comunidade/instituições de forma a melhorar e permitir um planeamento eficaz e individualizado e por conseguinte, uma continuidade dos cuidados, do processo de reabilitação e aumento da segurança da pessoa/cuidador/família.

2.2. Estágio em contexto hospitalar

Diagrama 2 – Diagrama de conceitos/atividades/objetivos desenvolvidos em contexto hospitalar.



As expectativas para o estágio hospitalar eram elevadas, o facto de ser um hospital ortopédico, no qual a cirurgia mais realizada ser ATA, permitia gerar uma expectativa ambiciosa na resposta aos objetivos do projeto.

Iniciou-se tal como na vertente comunitária por se realizar uma entrevista, fundamental na concretização do objetivo específico nº.1 (compreender a intervenção do EEER na organização do serviço), a reunião com o enfermeiro orientador e também com o enfermeiro chefe (também especialista em enfermagem de reabilitação), a apresentação do serviço e à equipa multidisciplinar, a informação sobre a dinâmica, protocolos, normas e recursos materiais e humanos foi fundamental para o inicio da integração na instituição, de forma a ser possível usufruir do estágio e dar resposta aos objetivos definidos para o mesmo.

No decurso do trabalho, foi possível prestar cuidados centrados na pessoa submetida a ATA, sobretudo na fase pós operatória imediata no internamento, tendo em conta o cariz urgente e não programado das cirurgias o que limitou a intervenção pré-definida de avaliação de dependência funcional e qualidade de vida em todo o processo, com as condicionantes éticas e legais da condição de aluno que limitaram também a intervenção após o regresso ao domicilio, *in loco* no domicilio da pessoa/cuidador/família.

Porém, o conhecimento de todo o processo, a possibilidade de observar a interação da equipa multidisciplinar, o profissionalismo e elevada diferenciação de toda a equipa na área ortopédica, a prestação de cuidados de saúde de excelência e o rigor investido nos cuidados de saúde, neste caso, em meio hospitalar é sem dúvida um incentivo no desenvolvimento de um trabalho que venha a permitir melhorar os cuidados prestados às pessoas submetidas a ATA, o acompanhamento do regresso ao seu ambiente, acompanhamento e promoção de uma transição saudável com o menor impacto negativo possível e promotor de um adequado processo de reabilitação

O trabalho bem executado mantém um constante estado de possível melhoria, para tal é importante refletir sobre a vontade de evoluir, melhorar, a necessidade de uma constante inquietude e insatisfação que se demonstre positiva e produtiva.

E pode-se refletir e identificar pontos a melhorar nas limitações das instituições hospitalares, bem como do apoio social, na articulação entre instituições e entre profissionais, uma área onde se pode fazer muito e com benefícios para a

pessoa/cuidador/família com um menor investimento monetário, o contacto direto entre profissionais, seja por e-mail, telefone ou pessoalmente, humanizado e que imprima um maior nível de responsabilidade nos seus intervenientes em todo o processo, poder-se-á demonstrar vantajoso.

Os programas informáticos são essenciais e o caminho incontornável na efetividade da passagem de informação e compilação da mesma, contudo a sua complexidade, constantes mutações e crónica heterogeneidade, faz com que ainda haja muito trabalho a fazer na incorporação dos sistemas informáticos atuais, com interface gráfica mais intuitiva, homogénea e que não careça de conhecimentos aprofundados de informática e capacidade de resolução de *"quebra-cabeças"*, limitando o tempo que os profissionais gastam sentados ao computador em detrimento de tempo na prestação de cuidados diretos e ainda com consequências na passagem de informação, que por motivos de complexidade ou morosidade do processo de introdução da informação nos sistemas, tende a ser resumida, perdendo muito da sua essência.

Torna-se cada vez mais evidente que as falhas nos sistemas comunicacionais hospitalares comprometem a segurança dos doentes (Chaudhry et al., 2006). A Enfermagem não é alheia a esta situação pois as falhas na comunicação entre os enfermeiros, constituem um dos maiores problemas que afetam a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes (Blouin, 2011).

Vários estudos indicam que os problemas de comunicação entre os profissionais de saúde estão diretamente relacionados com a diminuição da qualidade dos cuidados e a morte por erros clínicos que poderiam ter sido evitados (Solet, Norvell, Rutan e Frankel, 2005). As falhas na comunicação entre enfermeiros, nomeadamente na transmissão de informação completa e de qualidade sobre os doentes conduzem a quebras na continuidade dos cuidados, a erros no tratamento e possíveis danos para o doente (WHO, 2007).

Apesar das limitações existentes, foi possível executar um trabalho que deu resposta aos objetivos definidos, no decurso do estágio a intervenção junto das pessoas alvo dos cuidados, mais especificamente às pessoas/cuidadores/famílias pautou-se pela individualização e pelo envolvimento do cuidador/família na prestação de cuidados e no processo de reabilitação e regresso ao domicílio.

Foi realizada intervenção pré-operatória, com as condicionantes de tempo anteriormente referidas, limitações que foram encaradas como um desafio.

O processo de reabilitação da pessoa submetida a artroplastia total da anca implica a implementação multidimensional de estratégias que promovam a reabilitação e o desenvolvimento, quer a nível físico, psicológico, social tendo em atenção as condicionantes ambientais e físicas.

Em 2003 a DGS propôs um conjunto de recomendações para a intervenção junto da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur, com o objetivo de uniformizar os procedimentos, otimizar os resultados funcionais, com diminuição do tempo de internamento e custos associados.

As recomendações são organizadas sequencialmente, tendo em conta os períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório.

Relativamente ao período pré-operatório, incluem-se dois pontos de atuação: imobilização do membro fraturado e prevenção das complicações da imobilização. A aplicação de tração cutânea/esquelética nas pessoas com fratura da extremidade proximal do fémur tem como objetivos aliviar a dor e facilitar a redução da fratura no momento da cirurgia, contudo não está demonstrado que a tração do membro fraturado traga benefícios para o doente, sendo assim a sua utilização deve ser avaliada individualmente (DGS, 2003).

Quanto à prevenção das complicações da imobilização, sabe-se que a imobilização prolongada pode provocar alterações fisiológicas e bioquímicas sistémicas, sendo maior o risco se a pessoa tiver idade avançada.

A imobilização conduz a um maior grau de incapacidade do que o causado pela fratura, pondo em risco o processo de reabilitação e aumentado o tempo de recuperação, sendo este, no mínimo, igual ao tempo de permanência no leito. Assim sendo, a melhor prevenção paras as complicações da imobilização são as mobilizações e o levante precoce (DGS,2003).

Devem ser, também, prevenidas as complicações:

- Cardiovasculares (prevenção do tromboembolismo, hipotensão ortostática);
- Respiratórias (pneumonia de estase e modificação da cinética costovertebral) através de reeducação funcional respiratória com mobilização da caixa torácica, treino da respiração diafragmática, estimulação da tosse e aspiração de secreções;
- Digestivas (obstipação) através da prescrição de dieta rica em fibras, com reforço proteico e de vitaminas;

- Génito-urinárias (estase, litíase e infeção urinária), algaliação apenas quando necessário, pelo menor tempo possível e com os cuidados máximos de assepsia, e hidratação adequada, com registo dos líquidos ingeridos e eliminados;
- Do aparelho locomotor (perdas ósseas, rigidez articular, atrofia muscular), com posicionamento articular correto, evitando a flexão das ancas, joelhos e tibiotársicas, mobilização articular, passiva ou ativa, nas amplitudes máximas permitidas, e exercícios isométricos ou isotónicos diários;
- Do revestimento cutâneo (úlceras por pressão) através de proteção das proeminências ósseas, posicionamentos alternados, consoante as possibilidades e tolerância, higiene cuidada e hidratação da pele, vigilância das ligaduras e da tolerância da pele aos adesivos, utilização de colchões anti escara, consoante o grau de risco;
- Neuro psicológicas (ansiedade, agitação, desorientação temporo-espacial) através da estimulação e comunicação com a pessoa, colocação de objetos pessoais na cabeceira, e possibilitar o acompanhamento por familiar, ou cuidador, na altura de transferência para o serviço para que se sintam mais protegidos e melhorar o sentido de orientação (DGS, 2003).

Relativamente ao período intraoperatório inclui-se o ponto de atuação do tipo de cirurgia. Nos casos clínicos de fraturas do colo femoral, mais especificamente, nas fraturas subcapitais descoaptadas e nas transcervicais, deverá proceder-se à substituição da cabeça do fémur, com artroplastias parciais ou totais da anca. Sendo que nas pessoas com uma esperança de vida alargada e com bom potencial funcional, deve-se optar pela artroplastia total da anca (DGS, 2003).

No período pós-operatório, incluem-se os pontos de atuação: nutrição, prevenção da confusão mental e reabilitação.

Aproximadamente, 20% das pessoas com fratura da extremidade proximal do fémur estão subnutridas na altura do acidente, e durante o internamento metade consome menos de 50% das suas necessidades energéticas. A subnutrição aumenta o risco de complicações pós-operatórias, maior dificuldade na mobilização e apatia mental. Assim, deve ser assegurada uma alimentação com aporte calórico, proteico, glucídico, vitamínico e hídrico adequado, recorrendo a suplementos de multinutrientes (proteínas, vitaminas e sais minerais) quando necessário, por forma a reduzir as complicações e potenciar o processo de reabilitação (DGS, 2003).

A confusão mental está presente em 61% das pessoas com fratura da extremidade proximal do fémur, sendo as causas mais frequentes os desequilíbrios hidro-electroliticos, as infeções, as alterações metabólicas, a diminuição da perfusão cerebral e a toxicidade medicamentosa, estando associado a aumento do tempo de internamento, risco de complicações, mortalidade e institucionalização. A sua prevenção passa pela manipulação do meio ambiente, através da colocação de objetos pessoais junto da cabeceira e autorizar a presença de familiar ou cuidador, sempre que possível (DGS, 2003).

A reabilitação da pessoa submetida a artroplastia total da anca significa facilitar o desenvolvimento das suas potencialidades máximas, a nível físico, psicológico, social, vocacional e educacional, tendo em conta as suas deficiências[4], atividades e participação.

Para cumprir estes objetivos é necessária uma intervenção não só na pessoa, mas também junto dos familiares ou cuidadores e do seu meio ambiente. A reabilitação deverá englobar os seguintes passos: avaliação funcional e determinação do potencial de reabilitação; reeducação funcional; avaliação sociofamiliar e dos recursos da comunidade; alta clínica e reinserção na comunidade; prevenção de novas fraturas (DGS, 2003).

Em primeiro lugar a avaliação funcional e determinação do potencial de reabilitação deverá ser efetuada por uma equipa multidisciplinar (Serviço de Orto-Traumatologia, Anestesia, Serviços de Medicina Física e de Reabilitação, Enfermeiro de Reabilitação e Técnico do Serviço Social) com avaliação da pessoa nos primeiros dias do internamento (idealmente realizada pré-internamento, tendo em conta a revisão bibliográfica incluída neste trabalho) para a elaboração do programa de reabilitação e programar desde logo a alta.

Deverá ser realizada a anamnese, observação da pessoa e quantificação da sua funcionalidade (aplicação de escalas funcionais – Ex: Barthel, MIF), identificação de problemas e potencialidades (co morbilidades, terapêutica, capacidade para a

[4] De acordo com a classificação internacional da OMS de 1980 – WHO: International Classification of Impairment, disability and handicap (1980), deficiência é a perda ou anomalia funcional ou estrutural de natureza psicológica, fisiológica ou anatómica; incapacidade é definida como o efeito da deficiência na capacidade do individuo para desempenhar atividades de vida diárias; desvantagem é o impedimento ou limitação no desempenho do papel normal do indivíduo (dependente da idade, sexo e fatores socioculturais; em 2001 houve uma atualização desta classificação, com uma nova perspetiva dos estados funcionais associados às condições de saúde do individuo, referindo atividade em vez de incapacidade e participação, em vez de desvantagem – ICIDH-2 (WHO):International Classification of Imparment, Disability and Handicap (2001)).

marcha e nível independência nas atividades de vida diárias, capacidade cognitiva, cardiorrespiratória, mobilidade articular e força muscular).

As informações devem ser complementadas com os dados fornecidos pela família, principalmente nos casos de pessoas com demência ou confusão mental, sobre situação social, residência e comunidade envolvente (DGS, 2003).

Quanto ao programa de reeducação funcional este deverá ter em conta o grau de funcionalidade anterior e potencial de reabilitação, a cirurgia efetuada e a estabilidade adquirida.

A reeducação funcional deve incidir na mobilização articular da anca operada e restantes articulações dos membros. Na artroplastia total da anca a mobilização da anca operada tem restrições de devem ser tomadas precauções para prevenir a luxação da prótese durante 8-10 semanas.

As restrições de mobilização são diferentes consoante a via de abordagem cirúrgica, no caso de via de abordagem anterior ou antero-externa: não deve ser efetuada flexão acima dos 70-90º, rotação externa ou adução (para lá da linha média), hiperextensão da anca; no caso da via de abordagem posterior: a flexão não deve ultrapassar os 70-90º, não efetuar rotação interna e adução (para lá da linha média).

A transferência do leito para cadeirão pode ser realizada após a remoção dos drenos e a pessoa esteja hemodinamicamente estabilizada.

O treino de marcha pode ser iniciado 24-48h após a cirurgia, com auxiliar de marcha mais adequado as suas capacidades, sendo que normalmente se inicia com andarilho.

A carga sobre o membro operado depende da estabilidade da fratura e do ato cirúrgico, na artroplastia total não cimentada, nalguns casos, a carga total é limitada durante 6 a 8 semanas (DGS, 2003).

A avaliação sociofamiliar e dos recursos na comunidade é fundamental para a preparação para a alta. Compreender o impacto da fratura do fémur na pessoa/família, proporcionar espaço para verbalização dos medos e inseguranças, identificar barreiras psicológicas ou físicas, deve ser realizado logo no inicio do internamento para ser possível acionar os recursos disponíveis na comunidade e o sucesso da reabilitação (DGS, 2003).

Na data da alta hospitalar deverá ser assegurada a ausência de sinais de infeção da ferida operatória, a aquisição do nível funcional previsto para o período

de internamento, a certificação de que os familiares ou cuidador compreendem e apreenderam as limitações de mobilização, e de que forma podem auxiliar nas atividades de vida diárias, deve ser assegurada a continuação do tratamento da reeducação funcional, quer em ambulatório no Hospital, ou no domicilio com o apoio dos cuidados continuados por EEER.

Deve ser realizada prevenção de novas fraturas, através da intervenção em três variáveis:

- Prevenção de quedas – exercícios aumento de força dos membros superiores e inferiores, equilíbrio estático e dinâmico, transferências, subida e descida de escadas, e modificação de comportamentos de risco;
- Proteção da anca – utilização de cintas ou calções em algodão com inserção de duas proteções laterais, em populações de risco (idoso, osteoporose e história de quedas);
- Estabilização e diminuição das perdas ósseas – exercício físico regular, exposição solar e ingestão de cálcio (DGS, 2003).

A preparação para alta foi tida em linha de conta desde o primeiro contacto com a pessoa, cuidador e/ou família, contudo um exercício que se impôs, foi o de constante adaptação às condicionantes, tanto ético-legais da condição de aluno, como de processos existentes no serviço.

Petronilho (2013) reflete sobre problemática do envelhecimento da população em Portugal e das suas consequências a nível do aumento da prevalência das doenças crónicas e das situações de dependência inerentes, com impacto importante no sistema financeiro, social e da saúde. O mesmo autor afirma que, em resposta a esta problemática, as políticas de saúde colocam ênfase na responsabilização, envolvimento e capacitação da pessoa, família ou cuidador para se cuidarem a si próprios relativamente às atividades de vida diárias, adotarem comportamentos de saúde de acordo com esquemas terapêuticos definidos em conjunto com profissionais de saúde, de forma a possibilitar transições saudáveis ao longo do ciclo de vida.

Quanto ao planeamento da alta nos seus estudos Petronilho (2013) identifica quatro categorias que constituem critério de decisão sobre o destino após a alta hospitalar:

- Aspetos centrados na pessoa dependente;

- Aspetos centrados na família;
- Aspetos centrados na comunidade;
- Aspetos centrados nas respostas dos serviços de saúde.

Relativamente aos aspetos centrados na pessoa dependente, o potencial de reconstrução da autonomia, o tipo e o nível de dependência no autocuidado, são dimensões que devem ser avaliadas para decidir qual o destino da pessoa após a alta hospitalar. Outra dimensão importante nesta categoria é o compromisso dos processos corporais, caracterizado pelo risco de complicações ou a presença de lesões decorrentes do quadro de dependência (Petronilho, 2013).

Quanto aos aspetos centrados na família, um dos critérios a avaliar é o envolvimento da família no processo de cuidar tendo em conta a complexidade, dinâmica e relações familiares. Outro aspeto são as capacidades do familiar cuidador para tomar conta e a necessidade de desenvolvimento dessas capacidades, sendo fundamental a intervenção do enfermeiro no acompanhamento e apoio aos familiares cuidadores, de acordo com as suas necessidades e perspetivas, ao longo do tempo (Petronilho, 2013).

Relativamente ao papel do enfermeiro no planeamento da alta, nomeadamente na articulação entre enfermeiro, pessoa/familiar/cuidador

> os enfermeiros podem constituir um recurso significativo na ajuda aos doentes dependentes na preservação da sua capacidade de desempenho nas atividades do dia-a-dia e na melhoria da sua autonomia. Este suporte pode ser fornecido, quer através do desenvolvimento de competências nos próprios dependentes, quer através do desenvolvimento da mestria nos familiares para o exercício do papel de prestadores de cuidados. Todavia, parte significativa dos cuidados que os dependentes necessitam e assegurados pelos familiares cuidadores, revestem-se de grande complexidade e intensidade, apontando, deste modo, para a grande relevância dos cuidados de enfermagem, facilitadores das transições saudáveis desta população-alvo (Petronilho, 2013, p. 226).

Outros aspetos importantes nesta categoria são as crenças culturais e a atitude, a condição socioeconómica e os recursos disponíveis. Problemas financeiros influenciam na decisão para o local de destino após a alta, uma vez que para as famílias carenciadas devem ser procuradas alternativas de suporte no domicílio, nomeadamente os recursos disponíveis na comunidade. Ainda incluído nesta categoria estão as condições do ambiente residencial, que envolvem as necessidades de adaptação dos espaços da habitação para que se tornem mais

adequados à nova condição de saúde da pessoa (p. ex. degraus, banheira, móveis) (Petronilho, 2013).

Relativamente aos aspetos centrados nas respostas da comunidade, estes incluem a existência de serviços de cuidados ao domicílio (como a rede de cuidados continuados) e o suporte de rede social disponíveis, tais como os lares de idosos, as equipas de apoio domiciliar para auxílio nos cuidados de higiene e conforto, transferências, posicionamento e alimentação (Petronilho, 2013).

Por último, os aspetos centrados nas respostas dos serviços de saúde englobam a acessibilidade aos recursos, a atitude dos profissionais de saúde no processo de referenciação do doente dependente para a rede de cuidados continuados, bem como a articulação que deve existir entre o profissional de saúde do internamento, a equipa de gestão de altas e a família (Petronilho, 2013).

Petronilho (2013) constatou, portanto, que uma maior independência da pessoa estava associada a uma maior perceção de autoeficácia do familiar cuidador para tomar conta, a um maior incentivo à autonomia por parte do familiar cuidador, a uma menor intensidade de cuidados prestados pelo familiar cuidador, a uma menor variedade de fármacos consumidos, a uma menor média de consumo de fármacos por dia e uma menor média de reinternamentos hospitalares.

Inicialmente havia sido idealizado um acompanhamento da pessoa/cuidador/família desde o período pré-cirurgia, quando ainda no domicílio a aguardar a ATA poderia ser realizada uma intervenção de preparação, um exercício conjunto de previsão de situações a evitar, adaptações a realizar, tanto no domicilio como na realização das suas atividades diárias e cuidados a ter de forma a prevenir futuras complicações; até à fase do regresso ao domicílio, do retornar ao seu ambiente ou ambiente de destino após intervenção, com o objetivo de dar continuidade à implementação dos exercícios presentes no seu plano de reabilitação, validar informação, prevenir complicações, potenciar o processo de reabilitação, possibilitar uma transição saudável. Foi necessário adaptar a intervenção tendo em conta as limitações anteriormente mencionadas, é importante referir que tanto as pessoas submetidas a ATA, como as famílias, demonstraram um grande interesse num acompanhamento realizado nos moldes inicialmente idealizados.

Foi referido por parte de algumas famílias que a informação que lhes é transmitida é por vezes genérica e beneficiava de uma maior adequação ao seu

caso, inclusive, surgiram pedidos para aconselhamento sobre adaptações a realizar no local de trabalho, como por exemplo, um senhor que necessitava de apoio na adequação de uma oficina de reparação automóvel, local onde se deu o acidente e consequente fratura óssea que originou a necessidade de uma ATA.

A intervenção no pós alta foi realizada pelo método de *follow-up* telefónico, este método possibilitou esclarecer as muitas dúvidas que decorrem da chegada ao seu ambiente necessitado de adaptações e das novas formas de realizar as operações mais fundamentais, como realizar a sua higiene de forma autónoma, ou vestir-se, calçar-se, entre outras atividades com impacto significativo na sua autonomia e na qualidade de vida do próprio e da família, mas que impossibilitou outro tipo de intervenção mais especifica e aprofundada.

Participar no encaminhamento dos utentes do hospital no momento da alta, não somente das pessoas submetidas a ATA, mas sempre que solicitado pelas equipas (equipa de gestão de altas, equipa de enfermagem, equipa médica), participação essa que se materializou na elaboração de relatórios sobre as necessidades do ponto de vista de reabilitação e discussão sobre potencial de reabilitação de forma a que o encaminhamento das pessoas fosse o mais adequado, permitiu uma maior proximidade e conhecimento dos atuais processos de encaminhamento, da informação necessária e dos diferentes intervenientes no processo.

No cuidar, na prestação de cuidados de saúde, tal como em outras áreas profissionais, nas quais o trabalho em equipa ou o trabalho em conjunto é necessário ou mesmo imprescindível, torna-se necessário identificar o foco principal, ou seja, o objetivo principal e no caso da saúde o objetivo principal é a pessoa e a família que necessitam de cuidados de saúde, isso é o essencial, trabalhar em conjunto para que a pessoa/família seja o mais bem acompanhada neste processo de transição, porém

> o conflito é inevitável. Tentar evitar que ele aconteça e evitar situações que possam conduzir ao conflito, não é só fútil como pode, de fato, reduzir a qualidade de trabalho efetuado. Leonard e Strauss (1997) chamam à forma saudável de conflito “desgaste criativo”, mostrando que, ter pessoas diferentes com estilos de pensamentos diferentes numa equipa, pode ocasionalmente pôr-nos em situações de desconforto, mas, em última análise, vai tornar a equipa mais inovadora e produtiva. (Tappen, 2005, p. 84).

Foi possível no decurso do estágio dar resposta aos objetivos definidos e ir além dos mesmos, o que permitiu o desenvolvimento de competências a nível

pessoal, profissional e com destaque o desenvolvimento de competências a nível global como futuro EEER.

Para esse enriquecimento do estágio, contribuiu a oportunidade de prestar cuidados de reabilitação no serviço de internamento de medicina, de ortopedia e cuidados intermédios, foi realizada intervenção a pessoas com diversas patologias, o que possibilitou uma abrangência de intervenções e desenvolvimento de competências técnicas, possibilitando o enriquecimento desta experiência formativa.

Após a integração na equipa, troca de experiências, discussão de casos, identificação de necessidades formativas por parte da equipa, foram realizadas duas sessões de formação com os temas: *"Alteração da Deglutição – segurança do doente na alimentação" (apêndice VII)* e *"Pessoa com Patologia da Anca – processo de reabilitação" (apêndice VIII),* foi ainda elaborado um plano onde foi feita uma compilação dos principais cuidados no processo de reabilitação de pessoas submetidas a ATA e ATJ *(apêndice IX).*

A ida ao bloco operatório foi um momento que para além de permitir assistir ao procedimento cirúrgico, possibilitou o diálogo com profissionais peritos na área da ortopedia, uma experiência que estimulou, tal como outras no decorrer do estágio, o desenvolvimento do pensamento crítico.

Cerullo e Cruz (2010) defendem que o pensamento crítico envolve algumas habilidades e atitudes necessárias ao desenvolvimento do raciocínio clínico e tendo em conta que o raciocínio clinico é fundamental para melhorar a técnica e os métodos da prática de cuidados à pessoa/cuidador/família/comunidade, é de máxima importância refletir sobre de que forma conseguimos melhorar a prática, o que nos condiciona ou limita e qual o caminho a seguir de forma a atingirmos uma prestação de cuidados efetiva (eficaz e eficiente).

Foi possível no decorrer do estágio e com as atividades descritas anteriormente responder de forma concreta aos objetivos do projeto, trabalho que antecedeu e orientou todo o percurso que agora é relatado no presente documento.

O desenvolvimento de competências no campo de intervenção do EEER, no processo de preparação para a alta promotor de uma transição saudável da pessoa submetida a ATA estava definido como objetivo geral, serviu de fio condutor e percussor do desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e competências especificas do EEER.

Os objetivos específicos do projeto e consequentemente do estágio compreendiam em si e definiam que na sua conclusão fosse inerente o desenvolvimento de competências a nível de enfermeiro especialista e em específico enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

De uma forma transversal as atividades relatadas e analisadas anteriormente são demonstrativas do sucesso da implementação do projeto definido para o estágio que se desenvolveu, foi necessário adaptar algumas das intervenções e atividades e num ou outro momento acrescentar momentos de aprendizagem e experiências que contribuíram para o enriquecimento deste processo formativo.

É ainda necessário referir um instrumento que acompanhou todo este percurso, o "Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação", que possibilitou a aquisição de uma visão bem definida dos cuidados de enfermagem de reabilitação e da missão do EEER, foi tomado em conta como um documento no qual assenta o desenvolvimento do trabalho no terreno, um instrumento de trabalho, ou melhor, uma base de trabalho.

3. AVALIAÇÃO, CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO

Refletir sobre a prática de enfermagem, ou seja, pensar de que modo prestamos cuidados é algo fundamental na melhoria da prática, Florence Nightingale defendia que a maior parte das vezes, os maus cuidados de Enfermagem eram mais o resultado de uma falta de reflexão do que uma falta de atenção aos outros (Colliére, 1999).

Muitas vezes a nossa atuação é idealizada de uma forma, baseada na teoria aprendida e por nós reconhecida como correta, contudo, as dinâmicas do serviço, as rotinas, as regras estabelecidas não estão em consonância com o que idealizamos e sabemos ser a forma correta de fazer, de estar e de agir, uma postura menos ativa ou conformista pode levar-nos a aceitar sem grande reflexão essa realidade. A reflexão sobre algo tão importante como a nossa atuação como enfermeiros, sobre como queremos desenvolver o nosso trabalho junto das pessoas que cuidamos e qual a postura perante a vida e a profissão que queremos ter, que devemos procurar e perseguir, de forma a melhorar a nossa atuação, sendo desta forma congruentes na prática com o que idealizamos da prática, deve ser recorrente e profunda.

O estudo dos cuidados de enfermagem através de uma lente crítica e reflexiva, bem como a partilha e confronto de opiniões sobre o cuidar representa um meio para a mudança, para a inovação e evolução da disciplina de enfermagem.

Exercícios de reflexão, proporcionam e incentivam o desenvolvimento de uma postura de reflexão crítica sobre as ações que empreendemos e sobre o significado que atribuímos ao contexto de cuidados, à questão dos afetos, do apoio emocional e de outras dimensões da prática de cuidados a pessoas que se encontram fragilizadas e num processo de transição, que vão para além do que está estabelecido, do que é regra ou do que é feito pela maioria, “muitas vezes, regras/normas consideradas necessárias ao funcionamento dos serviços são atentados aos direitos dos doentes” (Ribeiro, 2006, p.53).

O cuidar de outrem implica a mobilização de diversas aptidões e competências, de forma a reconhecê-lo como um ser único, respeitá-lo na sua individualidade e a torná-lo parceiro no processo de cuidados. O enfermeiro deve ter uma mente liberta, não deve fixar-se nas significações adquiridas numa

normalidade, mas adotar uma postura reflexiva sobre as suas práticas de cuidados para evitar o "(…) encarceramento em esquemas e em processos tendo por base formas de ação repetitivas, onde os saberes elaborados e as técnicas, que daí decorrem, perdem o seu sentido de origem" (Honoré, 2004, p.171).

A contribuição para a melhoria dos cuidados de saúde à população portuguesa, para o avanço da profissão, para o despertar de mentalidades na busca do aperfeiçoamento da prática diária, para inovar, aperfeiçoar e desenvolver a forma como interagimos com as pessoas alvo das nossas intervenções e o que efetivamente valemos como profissão baseada na ciência e com um grau de profissionalismo e especialização impar, foi algo que esteve presente em todo o percurso que agora termina com a elaboração do presente relatório.

A preparação para a alta é muitas vezes colocada em segundo plano, é um tema complexo, no qual intervém uma equipa multidisciplinar, mas que carece de reflexão, de planeamento e sobretudo de antecipação.

Atualmente, tendo em conta o panorama económico do país é difícil o desenvolvimento de programas de raiz que impliquem um grande investimento financeiro, que de certa forma nos viesse a aproximar das práticas de países com um maior nível de desenvolvimento no que se refere à saúde e na forma como é trabalhado este processo, o do regresso ao domicílio, o regresso ao ambiente da pessoa, que após um internamento implique a alteração ou acréscimo das necessidades da pessoa/família. Contudo é possível contribuir para a melhoria desta realidade com os contributos dos profissionais que diariamente contactam com cada uma das pessoas/famílias e conhecem as reais necessidades, permitindo-lhes a participação nas tomadas de decisão, bem como incentivar e apoiar as iniciativas destes mesmos profissionais.

O desenvolvimento de uma melhor rede de comunicação entre profissionais e instituições, o ultrapassar das barreiras físicas e burocráticas das instituições de saúde, melhorar o trabalho da equipa multidisciplinar, implementar cada vez mais o método responsável, o investimento nas novas tecnologias e plataformas que permitam comunicar e informar as pessoas que necessitam de cuidados de saúde deve ser o caminho a seguir, na busca da eficiência, coordenação, planeamento e proximidade.

No decurso dos estágios foi identificada a necessidade de dar resposta a um problema que se prende com o deficit de informação sobre os cuidados a ter no

processo de reabilitação da pessoa submetida a artroplastia total da anca, nas diversas vertentes, relacionada diretamente com a limitação de tempo do EEER em trabalhar individualmente e de acordo com as capacidades ou disponibilidade da pessoa/família, neste sentido surgiu um projeto a desenvolver numa fase posterior à conclusão deste percurso académico e que consiste no desenvolvimento de uma aplicação para *smartphone*/computador interativa e intuitiva que permitisse à pessoa/família ter um acesso rápido e completo a informação segura no formato de vídeo (posicionamentos, transferências, planos de exercícios, aconselhamento de produtos de apoio e alterações no domicilio). Porém a aplicação não se pretende isolada e estandardizada, pelo que seria realizado um aconselhamento e adaptação pelo EEER a cada pessoa/cuidador/família na sua individualidade e diferentes necessidades.

O desenvolvimento de estratégias como a descrita anteriormente, não pretende substituir a efetiva necessidade de contacto direto do EEER com as pessoas, a presença *in loco,* nos serviços de saúde, no domicílio ou na instituição na qual residem, porém, pretende minimizar a carência de informação segura e útil que efetivamente contribua para a segurança das pessoas.

O conceito de segurança do doente é definido pela OMS como

> "evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou danos que têm origem nos processos de cuidados de saúde. Estes eventos incluem "erros", "desvios" e "acidentes". A segurança emerge da interação dos componentes dos sistemas, não reside num individuo, dispositivo ou departamento. A melhoria da segurança depende da aprendizagem de como a segurança emerge das interações dos vários componentes. A segurança do doente é um subconjunto da qualidade dos cuidados de saúde" (DGS, 2011)

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa diminuir os fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes de segurança associados aos cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, constituindo um documento de apoio para a aplicação de métodos e definição de objetivos na área de gestão de risco associados à prestação de cuidados de saúde (Despacho n.º1400-A/2015, de 10 de Fevereiro).

A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde, está intimamente relacionada com a cultura de segurança existente na instituição e com a sua organização, sendo que o risco de ocorrência de incidentes é dez vezes maior nas instituições que negligenciam a aplicação de boas práticas de

segurança dos cuidados de saúde. A segurança dos cuidados e a sua melhoria é uma responsabilidade da equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos profissionais e a gestão sistémica de todas as atividades (Despacho n.º1400-A/2015, de 10 de Fevereiro).

Os erros ocorridos durante a prestação de cuidados de saúde têm repercussões nefastas quer nível humano, físico e emocional nas pessoas com doença e nas suas famílias, quer a nível económico e de reputação nas instituições do Serviço Nacional de Saúde (Despacho n.º1400-A/2015, de 10 de Fevereiro).

A qualidade dos cuidados de saúde engloba várias dimensões como a pertinência, segurança, aceitabilidade e acessibilidade, bem como a prestação de cuidados no momento certo, garantindo a continuidade dos cuidados a sua eficiência e efetividade (Despacho n.º1400-A/2015, de 10 de Fevereiro).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, tem como objetivo atingir os seguintes objetivos estratégicos:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno
2. Aumentar a segurança da comunicação
3. Aumentar a segurança cirúrgica
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes
6. Prevenir a ocorrência de quedas
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos

É evidente que o tema da segurança do doente está presente nas preocupações dos decisores políticos, contudo a adaptação à realidade e a evolução dos cuidados recaí sobre os profissionais que diariamente contactam com as pessoas/famílias/comunidades e que direcionam os seus esforços na melhoria continua dos cuidados.

Os cuidados na comunidade, na casa das pessoas, fora das “paredes” do hospital, é um caminho a percorrer, ligar as instituições entre si, é um processo que necessita ser desenvolvido.

Pretende-se com o desenvolvimento do tema “processo de preparação para a alta da pessoa submetida a artroplastia total da anca”, contribuir para uma reflexão

sobre os cuidados de saúde prestados de uma forma contínua, sem quebras, no qual o hospital está ligado aos cuidados na comunidade e atento aos cuidados que as pessoas necessitam no domicilio que por sua vez são antecipados pelo hospital no período que antecede o próprio internamento, criando um circuito dinâmico, atento aos pormenores, profissionalmente desenvolvido e holístico. Tendo em conta as características referidas, é incontornável referir a mais-valia que o EEER representa na implementação/desenvolvimento deste processo, tanto a nível de coordenação/gestão como na intervenção direta com a pessoa/cuidador/família, o conhecimento das realidades, capacidade de intervir em qualquer dos meios, tanto hospitalar, como na comunidade, aliado aos conhecimentos técnicos e científicos permitem a este profissional assumir-se como profissional diferenciado e de excelência.

No decurso dos estágios surgiram alguns constrangimentos que se prendiam com questões éticas/legais, que inviabilizaram o cumprimento de algumas atividades definidas na elaboração do projeto, tal como o acompanhamento da pessoa/cuidador/família após o regresso ao domicílio, o que implicou a impossibilidade de desenvolver a avaliação da qualidade de vida e nível de dependência funcional no decurso da transição. Porém foi realizada uma gestão cuidadosa do tempo disponível de estágio no desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e de reflexão, o que muito contribuiu para uma experiência formativa rica e diversificada.

Foi possível dar resposta aos objetivos definidos no projeto, elaborados de forma a desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista e competências especificas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, os estágios permitiram tomar conhecimento sobre a intervenção do EEER na diversidade dos campos de atuação e de que forma o trabalho é desenvolvido e como pode ser enriquecido.

Existiu a possibilidade de intervir e prestar cuidados a pessoas com diferentes patologias/necessidades; contactar com equipas multidisciplinares atentas e interessadas no trabalho do EEER; de perceber as diferentes dinâmicas e organização dos serviços; de perceber o papel do EEER como gestor/líder; contactar e perceber as necessidades das famílias e cuidadores; trabalhar em equipa; trabalhar de forma individual e perceber o grau de responsabilidade que os cuidados especializados em reabilitação implicam; identificar os recursos existentes

na comunidade e no hospital; observar a realidade atual e refletir sobre contributos para a melhoria dos cuidados prestados e para o desenvolvimento da profissão e da especialidade.

Um dos fatores que permitiram perceber o tema, desenvolver uma análise sustentada e que possibilitou a construção de um trabalho baseado na evidência científica, foi a investigação realizada no desenho do projeto, perceber de que forma se trabalha a preparação da alta nas pessoas submetidas a ATA, tomar conhecimento de outras realidades, outros caminhos e perspetivas, do desenvolvimento de abordagens inovadoras, permite um exercício de reflexão mais construtivo e uma opinião mais fundamentada e útil.

Seguindo o objetivo de contribuir para a melhoria contínua dos cuidados e consequentemente o aumento da segurança e satisfação das pessoas alvo dos cuidados do EEER, é fundamental dar continuidade ao desenvolvimento de intervenções, iniciativas e projetos que visem a melhoria do acompanhamento prestado pelas instituições de saúde e pelos EEER no processo de planeamento da alta, perspetivando um regresso ao domicílio seguro e promotor de um processo de reabilitação eficaz, adaptado ao potencial e necessidades da pessoa/cuidador/família. Neste sentido, existe a necessidade de dar continuidade a um trabalho de investigação, pretende-se uma investigação dirigida para as necessidades sentidas pela pessoa/cuidador/família no processo de regresso ao domicílio após realização de ATA.

A identificação das necessidades vivenciadas pelas pessoas submetidas a ATA anteriormente, é fundamental no sentido de dirigir a intervenção na preparação para a alta e proporcionar uma atuação por parte do EEER mais dirigida e centrada na pessoa em casos futuros.

Tal como previsto no sistema nacional de graus e diplomas do ensino superior, em todo o processo académico e de desenvolvimento profissional que agora é concluído, foi possível a aquisição de novos conhecimentos, desenvolver a capacidade de compreensão e aplicar esse conhecimento em situações originais, muitas vezes em contexto de investigação. Foi desenvolvida a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares, foi treinada a capacidade de lidar com questões complexas, desenvolver soluções e emitir juízos em situações de informação limitada e tendo em conta as implicações éticas e sociais que as mesmas implicam.

Foi possível desenvolver a capacidade de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios de forma clara e sem ambiguidades. E por fim todo este processo permitiu o desenvolvimento de competências que permitem beneficiar de uma aprendizagem ao longo da vida de um modo auto-orientado e autónomo (ANQEP, 2013).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Superior (2013). *Relatório de referenciação do quadro nacional de qualificações ao quadro europeu de qualificações.* Lisboa: Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, I.P.
- Azevedo, P. (2010). *Partilha de informação de enfermagem sobre os prestadores de cuidados: dimensão relevante para a transição de cuidados*. Dissertação de mestrado. Disponível no RCAAP. https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/26621.
- Blouin, A. S. (2011). Improving hand-off communications. New solutions for Nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, 26 (2), 27-100. **DOI:** 10.1097/NCQ.0b013e31820d4f57
- Botelho, J. (1998). Contributos da Formação Profissional Contínua para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Servir*, 46(5), 262-266.
- Cerullo, J. & Cruz, D. (2010). Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18 (1). Acedido em 2016/11/11. Disponível em http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4129/5031.
- Chaudhry B., et al. (2006). Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Ann Intern Med*,144(10), 742-752. **DOI:** 10.7326/0003-4819-144-10-200605160-00125.
- Choi, J. (2013). Improving discharge education using pictographs. *Rehabilitation Nursing*, 38(5), 240–246. **DOI:** http://doi.org/10.1002/rnj.101.
- Collière, M. (1999). *Promover a Vida*. Lisboa: Lidel.
- Cunha, M. et al. (2010). Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura. *Revista do IPV*, 3, 271-282. Acedido a 2017/01/20. Disponível em http://www.ipv.pt/millenium/Millenium38/18.pdf.
- Dawson-bowling, S. J., Jha, S., Chettiar, K. K., East, D. J., Gould, G. C., & Apthorp, H. D. (2014). A multidisciplinary enhanced recovery programme allows discharge within two days of total hip replacement; three- to five-year results of 100 patients. *Hip Int,* 24(8), 167–174. **DOI:** http://doi.org/10.5301/hipint.5000100.

- Despacho n.º1400-A/2015. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República, 2.ª série,* n.º28 (10-02-2015) 3882-(2)-3882-(10)
- Direção-Geral da Saúde (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente. Relatório técnico final*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direcção Geral de Saúde (2003). *Fracturas da extremidade próximal do fémur no idoso: recomendações para a intervenção terapêutica*. *Circular Normativa Nº13/DGCD/02/07/04*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Nova Iorque: Oxford University Press.
- Dossa, A., Bokhour, M. P. H. B., & Hoenig, H. (2012). Care transitions from the hospital to home for patients with mobility impairments: patient and family caregiver experiences. *Rehabilitation Nursing,* 37(6), 277–286. **DOI:** http://doi.org/10.1002/rnj.047.
- Espanha, E., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2015). *Literacia em saúde em Portugal – relatório síntese*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Filipe, A., Afonso, C., & Lima, G. (2007). O doente submetido a artroplastia total da anca – Cuidados de Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 3, 53-57.
- Galhanas, C. (1997). Da qualificação à produção de competências em enfermagem; A importância da formação em serviço. *Pensar em Enfermagem*, 1(0), 5-9.
- Gomes, J. M. P. A. (2013). *A pessoa com artroplastia total da anca. atividades de vida diária e qualidade de vida.* Tese de Mestrado. Disponível no RCAAP. http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/1324.
- Gonçalves, I; Monteiro, L. (1999). Serviços públicos: da burocracia à qualidade. Lisboa: Secretariado para a Modernização Administrativa.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem, pensamento e ação na perspetiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Home, A., Care, H., Meyer, G., & Goldstein, W. M. (n.d.). Improving orthopaedic postoperative pathways of care using a rehabilitation discharge planning index. *Orthopaedic Pratice,* 26(2), 104–108.

- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- http://journals.lww.com/jbjsjournal/Citation/1964/46020/AUSTIN_TALLEY_MOORE_1899_1963_.22.aspx. Acedido em 2017/04/10.
- http://www.lpcdr.org.pt/info-doente/patologias/osteoartrose. Acedido em 2016/07/13.
- http://www.rpa.spot.pt/Main-Sections/Informacao-aodoente/Anca.aspx?lang=pt-PT#anca_5. Acedido em 2016/07/13
- Hunt, G. R., et al. (2009). Early discharge following hip arthroplasty: patients' acceptance masks doubts and concerns, *Health Expectations*, 12(2),130–137. **DOI:** http://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2008.00522.x.
- Instituto Nacional de Estatística (2015). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia [em linha]. *Instituto Nacional de Estatística (INE) Web site*. Acedido a 13-07-2016, em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2.
- Knier, S., Stichler, J. F., Ferber, L., & Catterall, K. (2015). Patients' perceptions of the quality of discharge teaching and readiness for discharge, *rehabilitation nursing,* 40(1), 30–39. **DOI:** http://doi.org/10.1002/rnj.164.
- Lasater, K. (2011). Clinical judgment: the last frontier for evaluation. *Nurse Education in Practice*, 11(2), 86-92. **DOI:** 10.1016/j.nepr.2010.11.013
- Le Boterf, G. (1994). Modelos de aprendizagem em alternância na comunidade: cinco desafios a enfrentar. *Formar*, 10, 40-46.
- Louro, M. C. C. M. (2009). *Cuidados continuados no domicílio*. Tese de doutoramento. Disponível no RCAAP. https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/26337.
- Meleis, A. (2010). *Transition Theory – Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.
- Meleis, A., et al. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Meleis, A., Trangeinstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259. **DOI:** https://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0

- Menoita, E. (2014). *Reabilitar a pessoa com AVC*. Loures: Lusociência.
- Mitchell, R., Kumar, V., Abbas, A., Fausto, N. (2006) *Robbins Cotran – Fundamentos de Patologia*. (7ª ed.) Rio de Janeiro: Elsevier.
- Norma 014/2013 (2013). *Norma da Direção-Geral da Saúde: Artroplastia da Anca*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Oliveira, C. (2011). *O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: Individualizar a intervenção conciliando tensões*. Tese de doutoramento. Disponível no RCAAP. http://repositorio.ul.pt/handle/10451/3815
- OMS (2007). *Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Geneva: World Health Organization.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistema de informação em enfermagem - princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Men, aging and health. Acheiving health across the life span*. Geneva: World Health Organization.
- Pereira, F. (2001). *Teor e valor da informação para a continuidade dos cuidados de enfermagem*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências de enfermagem. Porto.
- Pereira, I. (2013). *Regresso a casa - Estrutura da ação de enfermagem.* Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa.* Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização de recursos.* Tese de doutoramento. Disponível no RCAAP. http://repositorio.ul.pt/handle/10451/10572.
- Phipps, W., Sands, J., & Marek, J. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica.* (6ª ed.). Loures: Lusociência.

- Pires, A. (2000). *Desenvolvimento pessoal e profissional: um estudo dos contextos e processos de formação das novas competências profissionais*. Lisboa: Ministério da Educação.

  Pompeu, D., Pinto, M., Cesarino, C., Ferreira de Araújo, R., & Poletti, N. (2007). Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexão a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(3), 345-350. Acedido a 20-01-2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a17v20n3.pdf
- Ribeiro, L. (2006). A eutanásia como hipótese, vista por estudante de enfermagem. *Pensar Enfermagem*. 10 (1),49-57.
- Rocha, J.A. (2006). *Gestão da qualidade, aplicação aos serviços públicos*. Lisboa: Escolar Editora.
- Rondeau, K., Williams, E., & Wagar, T. (2009). Developing human capital: what is the impact on nurse turnover?. *Journal of Nursing Management*, 17(6), 739-748. **DOI:** 10.1111/j.1365-2834.2009.00988.x.
- Sharareh, B., Le, N. B., Hoang, M. T., & Schwarzkopf, R. (2016). Factors determining discharge destination for patients undergoing total joint arthroplasty. *Journal of Arthroplasty*, 29(7), 1355–1358. **DOI:** http://doi.org/10.1016/j.arth.2014.02.001.
- Sigurdsson, E., Siggeirsdottir, K., Jonsson, H., Vilmundur, J., Matthiasson, T., & Jonsson, B. Y. (2008). Early discharge and home intervention reduces unit costs after total hip replacement: results of a cost analysis in a randomized study. *Int J Health Care Finance Econ,* 8(3), 181–192. **DOI:** http://doi.org/10.1007/s10754-008-9036-0.
- Soever, L. J., et al. (2010). Educational needs of patients undergoing total joint arthroplasty, *Physiother Can,* 62(3), 206–214. **DOI:** http://doi.org/10.3138/physio.62.3.206.
- Solet, D. J., Norvell, J. M., Rutan, G. H., & Frankel, R. M. (2005). Lost in translation: challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs. *Acad Med*, Dec, 80(12),1094-1099.
- Sousa, P. (2006). *Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo*. Coimbra: Formasau.
- Stone, K. (2014). Enhancing preparedness and satisfaction of caregivers of patients discharged from an inpatient rehabilitation facility using an interactive

website. *Rehabilitation Nursing,* 39(2), 76–85. **DOI:** http://doi.org/10.1002/rnj.123.

- Strong, S., & Bettin, A. (2015). An initiative to improve patient discharge satisfaction. *Rehabilitation Nursing,* 40(1), 52–59. **DOI:** http://doi.org/10.1002/rnj.155.
- Tappen, R. M. (2005). *Liderança e administração em enfermagem. Conceitos e prática*. (4ª edição) Loures: Lusociência.
- Taylor, R. (2009). Leadership theories and the development of nurses in primary health care. *Primary Health Care*, 19(9), 40–46. **DOI:**10.7748/phc2009.11.19.9.40.c7368
- UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE PALMELA (2016). *Plano de ação 2016-2018.* Acessível na UCC, Palmela, Portugal.
- WHO (1980). *International classification of impairments, disabilities and handicaps*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2001). *ICIDH – 2: International classification of functioning, disability and health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2007). *The world health report 2007: a safer future: a global public health security in the 21st century.* Geneva: World Health Organization.
- Xhardez, Y. (1990). *Manual de Cinesioterapia: técnicas, patologia, indicações e tratamento.* São Paulo: Atheneu Editora

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de estágio

7º Curso de Mestrado

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

UC: OPÇÃO II

Pessoa submetida a artroplastia total da anca: *Processo de preparação para a alta*

Sérgio Miguel Oliveira Gomes Pereira

Lisboa

2016

7º Curso de Mestrado

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Pessoa submetida a artroplastia total da anca: *Processo de preparação para a alta*

Sérgio Gomes Pereira N.º 1159

Docente orientador: Professora Doutora Vanda Marques Pinto

Lisboa

2016

LISTA DE ABREVIATURAS:

AIVD – Atividade Instrumental de Vida Diária

ATA – Artroplastia Total da Anca

AVD – Atividade de Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

INE – Instituto Nacional de Estatística

LPCR – Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas

OE – Ordem dos Enfermeiros

RPA – Registo Português de Artroplastias

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

1 IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO 5

2 INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS 6

3 COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA 7

3.1 Sumário 7

3.2 Preparar para a alta 9

3.2.1 Pessoa submetida ATA 9

3.2.2 Preparação para a alta e

regresso ao domicilio da pessoa submetida a ATA 12

3.3. Plano de Trabalho e Métodos 17

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 18

APÊNDICES 21

Apêndice I – Planeamento de atividades

Apêndice II – Cronograma

Apêndice III – Protocolo de Pesquisa

Apêndice IV – Guião de entrevista nos locais de estágio

ANEXOS 31

Anexo I – Escala WHOQOL - BREF

Anexo II – Índice de Barthel

1 – IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título do Projeto

Pessoa[1] submetida a artroplastia total da anca: *Processo de preparação para a alta*

Palavras-chave

Enfermagem de Reabilitação, Artroplastia Total da Anca, Preparação para a alta, Regresso ao Domicílio, Transição

Data de início

28 de Setembro ou 3 de Outubro

Duração

18 semanas

[1] Optou-se neste trabalho fazer uso do conceito de pessoa quando é referido aquele que necessita de intervenções de enfermagem, tendo por base o conceito definido pela Ordem dos Enfermeiros (2001) no qual a pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos (...) influenciado pelo ambiente (...) interage com o ambiente (...) é centro de processos não intencionais fisiológicos.

2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

- ESEL: Instituição de ensino e investigação que oferece formação em três ciclos de estudos, cujo objetivo principal é contribuir para o desenvolvimento da disciplina e profissão de Enfermagem. É tutelada pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Resulta da fusão de quatro escolas superiores de enfermagem públicas de Lisboa. Este projeto está inserido no 7º Curso de Mestrado e especialização em Enfermagem de Reabilitação, segundo ciclo de estudos.

- Hospital [redacted]: Hospital especializado em ortopedia do Centro Hospitalar [redacted], tem como missão o tratamento de doentes do foro ortotraumatológico com qualidade de procedimentos e de resultados, a formação e atualização de profissionais de saúde da respetiva área e a investigação clínica.

Presta serviços na área da traumatologia do sistema músculoesquelético, ortopedia geral, possui unidades funcionais que se dedicam ao tratamento de patologia da coluna, patologia do joelho, patologia da anca, patologia do ombro, patologia do pé, cirurgia de revisão de artroplastias totais da anca e de artroplastias totais do joelho.

- UCC [redacted]: A UCC de [redacted], é parte integrante do ACES da [redacted], abrange as freguesias de [redacted], [redacted], [redacted] e [redacted]. Desenvolve os seguintes programas: saúde da mulher, saúde escolar, saúde do adolescente, saúde da criança, ECCI/RNCCI, intervenção comunitária e nas IPSS.

3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

3.1. Sumário

O presente trabalho surge no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e corresponde à fase de construção do projeto de estágio, que orientará e conferirá uma estruturação ao desenvolvimento do ensino clínico.

O trabalho centra-se na intervenção que o EEER desenvolve no processo de preparação para alta e consequente regresso ao domicílio em doentes submetidos a cirurgia ortopédica, especificamente na artroplastia total da anca.

De acordo com os dados divulgados no "World Population Ageing 2013" divulgado em 2013 pela Divisão de População das Nações Unidas, a proporção mundial de pessoas com 60 e mais anos de idade aumentou de 9.2% em 1990 para 11.7% em 2013 e espera-se que continue a aumentar, podendo atingir 21.1% em 2050.

As alterações demográficas existentes na última década em Portugal e nos restantes estados membro da União Europeia são reveladores do envelhecimento da população, neste contexto, Portugal apresenta no conjunto dos 28 estados Membro:

- O quinto valor mais elevado do índice de envelhecimento;
- O terceiro valor mais baixo do índice de renovação da população em idade ativa;
- O terceiro maior aumento da idade mediana entre 2003 e 2013 (INE, 2015).

As causas mais frequentes de dor e disfunção da anca e que estão na origem da maioria das indicações para a ATA, têm uma grande incidência na população idosa, tais como, a osteoatrose primária ou secundária, osteonecrose da cabeça femoral, doença inflamatória da anca, fratura do colo do fémur (DGS, 2013), este último muito relacionado com as quedas, sendo

que, aproximadamente 28-35% das pessoas com 65 anos e mais de idade sofrem quedas todos os anos, aumentando para 32-42% para pessoas com mais de 70 anos de idade. A frequência das quedas aumenta com a idade e nível de fragilidade, desta forma, é um facto que este fenómeno e as complicações associadas são um problema de saúde pública, causadoras de uma grande percentagem de internamentos (WHO, 2007).

O trabalho visa perceber, quais as competências e intervenções que o EEER desenvolve no processo de preparação para alta da pessoa submetida a ATA, o qual, idealmente iniciado numa fase prévia ao internamento, ou seja, ainda no planeamento da cirurgia ortopédica e que irá até ao regresso e readaptação da pessoa e família a uma nova condição no seu ambiente. Explorando em simultâneo as necessidades de informação e a necessidade de aquisição de competências por parte do cuidador/família, os quais segundo Petronilho (2007), devido ao impacto resultante de se encontrarem também eles, a vivenciar um processo de transição no qual necessitam de se adaptar ao exercício de um novo papel, não se encontram preparados para dar uma resposta adequada às necessidades do familiar.

Segundo a OE (2010), o EEER concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados que têm por base os problemas reais e potenciais das pessoas. Neste sentido, o acompanhamento realizado pelo EEER num contexto de cirurgia ortopédica, especificamente a ATA, que requer cuidados e adaptações específicas a uma nova condição de saúde, é uma mais-valia para a população.

Os enfermeiros, de uma forma geral, desempenham um papel estratégico na partilha de informação com os doentes/cuidadores/família, de modo a que estes consigam adaptar-se aos desafios de saúde com que se deparam após a alta hospitalar, proporcionando qualidade de vida a todos os intervenientes (Petronilho, 2007).

As competências, visão holística e conhecimento específico das necessidades reais e potenciais do EEER, são requisitos importantes numa transição saudável por parte da pessoa submetida a ATA.

A escolha do tema surge da percepção do vasto campo de atuação que o EEER tem no acompanhamento da pessoa submetida a ATA, o contributo que este profissional pode oferecer à população neste contexto específico.

A finalidade do projeto é então: *"Identificar quais as intervenções que o EEER desenvolve no processo de preparação para a alta promotor de transição saudável da pessoa submetida a ATA"*

A elaboração deste projeto é conceptualmente orientado pela Teoria das Transições de Meleis.

3.2 Preparar para a alta

3.2.1 Pessoa submetida a artroplastia total da anca

Segundo a Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas (LPCDR) (2014) a osteoartrose é uma doença que afeta, fundamentalmente, a cartilagem articular (tecido conjuntivo elástico que se encontra nas extremidades dos ossos que se articulam entre si), nutrida pelo liquido sinovial que tem a função de facilitar os seus movimentos, permitindo que nas articulações saudáveis, as cartilagens se movimentem entre si, sem atrito, ou seja, sem a existência de desgaste. A cartilagem articular é constituída por células chamadas condrocitos, água e substâncias proteicas produzidas por estas células e denominadas proteoglicanos e fibras de colagénio.

Na osteoartrose, os condrocitos vão degenerando, o que por sua vez, leva a uma menor produção de proteoglicanos e de colagénio, como consequência desta alteração, a cartilagem sofre desgaste e o osso subcondral reage, dando origem a excrescências ósseas, os osteófitos, que levam ao seu espessamento. Esta doença articular de progressão lenta e degenerativa, é caracterizada pela alteração e destruição da cartilagem articular com consequências a nível ósseo. (Mitchell, 2006)

A dor é o principal sintoma, acompanhado de rigidez, limitação de movimentos e em fases mais avançadas, as deformações. Estes sintomas apresentam-se como fatores limitantes da realização das atividades

instrumentais de vida diária e atividades de vida diária, comprometendo desta forma a capacidade funcional da pessoa afetada por esta patologia. (LPCDR, 2014)

A OMS (2001) refere que cerca de 10% da população mundial com idade superior a 60 anos tem osteoartrose e que dessas, 80% tem limitação dos movimentos e que dentro desse grupo, 25% apresentam diminuição da capacidade funcional na realização das AVD's.

A articulação da anca é frequentemente comprometida pela osteoartrose, denominando-se coxartrose. A resposta cirúrgica, denominada artroplastia total da anca, surge como solução quando não existe melhoria dos sintomas, mantendo-se a limitação e o comprometimento da função e da qualidade de vida da pessoa submetida ao tratamento conservador.

Segundo Filipe, Afonso e Lima (2007), a artroplastia total da anca consiste na substituição total da articulação coxo-femural, por materiais artificiais. Este implante é constituído por duas peças, uma que se destina a substituir a cabeça do fémur e a outra substitui o acetábulo.

Segundo Phipps et, al (2003) as próteses podem ser feitas de diversos materiais, tais como: crómio-cobalto, titânio, polietileno de alta densidade, cerâmica (baixa fricção e uso mais prolongado) e outros materiais sintéticos.

Quanto à forma de fixação, pode ser de dois tipos, cimentada ou não cimentada. No caso da cimentada os componentes são interpostos por uma camada de cimento que desempenha um papel expansor da superfície dos componentes protésicos, permitindo uma transmissão de força entre a prótese e o osso, possibilitando o apoio do peso corporal no período pós-operatório imediato, contudo implicam uma maior dificuldade na revisão protésica (realizada num período de quinze anos). A opção por um ou outro tipo de fixação, está relacionada com as características da pessoa (características da articulação coxo-femural, peso, idade, entre outros). (Phipps et, al, 2003)

As vias de abordagem mais utilizadas são: via anterior ou antero-externa, na qual existe comprometimento dos adutores e rotadores internos; e via posterior ou de Moore, que compromete os abdutores e rotadores externos. (Xhardez, 1990)

O tipo de abordagem suscita alguma controvérsia relativamente a questões como a frequência de luxação, diminuição das perdas sanguíneas, tempo cirúrgico, contudo o tipo de abordagem implica especificidades a ter em conta nos cuidados pós-operatórios, de forma a evitar o risco de luxação: na via anterior, são proibidos movimentos de rotação externa, extensão e abdução; na via posterior, são proibidos movimentos de rotação interna, flexão e adução; são proibidos em ambos os casos, a flexão, adução e rotação externa combinados. (Xhardez, 1990)

Segundo o Registo Português de Artroplastias (RPA) (2010), o tempo para a realização da cirurgia é de cerca de hora e meia, sendo a técnica anestésica mais utilizada a raqui ou a epidural, podendo eventualmente ser adotada outra técnica pela equipa de anestesiologia, após a cirurgia, o tempo de internamento é de 5 dias.

A dor e a diminuição da capacidade funcional são os principais fatores que levam a pessoa a realizar uma ATA, fatores esses que estão associados a diversas patologias, tais como: Osteoartrose, referida anteriormente, artrite reumatoide, fratura do colo do fémur, doenças congénitas da anca e insucesso de cirurgias reconstrutivas anteriores. (Filipe et al, 2007)

A artroplastia total da anca é um procedimento cirúrgico agressivo para a pessoa, com riscos associados e complicações que se pretendem prevenir, permitindo uma transição saudável, as complicações mais frequentes de uma ATA são: a luxação da prótese, tromboembolia, infeção e hemorragia.

A infeção pode ocorrer em 2% dos casos, destes apenas um terço tem sintomatologia nos primeiros dois meses após a cirurgia, complicação com resultados catastróficos, tendo em conta que em muitos casos, o tratamento das infeções profundas só se consegue retirando a prótese, a luxação ocorre entre 0,3% e 7% dos casos, a reincidência pode implicar cirurgia de revisão precoce, as doenças trombo-embólicas têm uma grande incidência pelo que justificam a adopção de medidas farmacológicas e não farmacológicas, podem ocorrer em até 50% dos casos, sendo que dentro destas complicações, a embolia-pulmonar afeta cerca de 1 a 6% da pessoas submetidas a ATA. (RPA, 2010)

A correta avaliação e o acompanhamento realizado pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao longo de todo o processo, idealmente iniciado antes do internamento, até ao período pós regresso ao domicílio, constitui um fator e contributo essencial na promoção de uma transição saudável, tanto para a pessoa como para a sua família.

3.2.2 Preparação para a alta e regresso ao domicílio da pessoa submetida a ATA

A transição vivenciada pela pessoa submetida a uma cirurgia é uma situação com impacto a vários níveis: a nível pessoal, na ansiedade pelo receio da cirurgia em si, pela alteração da sua rotina diária, pelo internamento como fator de stress e também pelo impacto que esta intervenção tem a nível familiar, algo que deverá ser tomada em conta pelo EEER, não somente nos cuidados prestados no pós-operatório, na intervenção que este profissional desempenha na rápida recuperação da capacidade funcional e prevenção de complicações, mas desde o primeiro contacto com a pessoa e sua família de forma a proporcionar uma transição saudável e com o menor impacto negativo possível.

Para Meleis (2010), transição é a passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo do tempo e as percepções. O processo sugere fases e sequência, o intervalo de tempo indica um fenómeno em curso mas que é limitado e a percepção tem a ver com o significado da transição para a pessoa que a experimenta.

O conceito de regresso ao domicilio vem neste trabalho associado ao conceito de preparação para alta, são considerados termos indissociáveis, tendo em conta que o regresso ao domicilio/instituição, no fundo ao ambiente de origem, terá a sua preparação num processo desenvolvido como o que se entende de preparação para a alta.

O regresso ao domicilio mais rápido, que não se pretende precoce, no sentido de não estarem reunidas todas as condições para o mesmo se realizar, mas sim eficaz, é cada vez mais uma preocupação dos profissionais de saúde, existe uma maior atenção a questões de impacto na saúde e no processo de transição de saúde/doença, havendo uma maior preocupação, atenção e maior sensibilidade pelos enfermeiros, com destaque para os EEER, para todos os fatores relacionados com uma rápida recuperação e que impliquem o menor impacto possível na pessoa e família.

O processo de regresso ao domicilio é influenciado por vários fatores, como refere Louro (2009) o desenvolvimento dos cuidados de saúde, das tecnologias, dos medicamentos, dos procedimentos, associados a um aumento da procura de cuidados de saúde e à consequente necessidade de racionalização da utilização dos recursos, promovem e permitem que este processo se desenrole mais rápida e eficazmente.

Na atuação do EEER, devem estar presentes todas as potencialidades do desenvolvimento tecnológico, bem como o desenvolvimento e adaptação de todo o sistema de saúde, todavia, é essencial que o foco da intervenção seja fundamentalmente a intervenção centrada na pessoa e nas necessidades que a mesma apresenta no sentido de lhe proporcionar uma transição saudável em todo o processo de saúde doença, internamento, não descorando a transição vivenciada pelos familiares que muitas vezes se encontram a vivenciar um processo de transição para o papel de cuidador, o qual acarreta constrangimentos, ansiedade e receios.

O principal propósito dos cuidados de enfermagem é o de auxiliar as pessoas a vivenciarem as transições de uma forma saudável, estando atentas e incluírem na sua atuação as alterações ocorridas e que estão associadas aos processos de desenvolvimento ao longo da vida e processos de saúde-doença que potencialmente as afetam e as tornam mais vulneráveis e expostas a riscos com impacto na sua saúde e bem-estar. Desta forma a intervenção dos enfermeiros passa por desenvolver terapêuticas de enfermagem em colaboração com as pessoas, de forma a ajudar e facilitara recuperação do bem-estar e equilíbrio. (Meleis, 2010)

Pereira (2013) refere-se ao tema abordado neste trabalho, a preparação para a alta, apresentando a designação de preparação do regresso a casa e afirma que este é um processo que deverá ter inicio o mais precocemente possível, sendo que desta forma se pode minimizar os eventuais riscos que familiares e prestadores de cuidados estão sujeitos.

A mesma autora afirma que preparar o regresso a casa surge da necessidade de transição dos cuidados promovidos no hospital para casa. (Pereira, 2013)

Nesta nova forma de gestão dos internamentos e esta nova abordagem no que se refere ao processo de encaminhamento para o domicilio ou para a instituição de onde a pessoa internada é proveniente, efetuado de forma mais célere, terá que ser alvo de atenção dos EEER, como referido anteriormente, pretende-se uma alta rápida e eficaz e não precocemente sem estarem assegurados os requisitos para que esta seja efetuada em segurança e de uma forma saudável. Nesta realidade, como defende Louro (2009), o planeamento da alta assume uma maior importância, é fundamental um planeamento rigoroso envolvendo a família e a pessoa, identificando os receios e preocupações originados pelo regresso a casa, procurando em conjunto medidas para as minimizar e ultrapassar esta transição. O novo paradigma para a enfermagem, baseado numa nova forma e cuidar das pessoas tendo como referência as transições vivenciadas pela pessoa no decorrer do seu ciclo de vida, assenta na premissa que a atuação do enfermeiro acontece primordialmente em momentos de transição, como por exemplo, o internamento hospitalar, a alta para o seu domicilio, bem como a reabilitação e a recuperação. (Meleis, 2010)

A preparação para a alta assume um papel central, tendo em conta que com um período de internamento mais reduzido, o processo de recuperação e readaptação funcional é realizado em ambulatório.

Os cuidados prestados no decorrer do internamento, tais como o pré-operatório, onde se pretende uma preparação física e psicológica da pessoa, bem como a realização de ensinos sobre os cuidados a ter no pós-operatório, passando pelos cuidados no pós-operatório, onde se pretende o bem-estar da pessoa e a promoção da realização de forma autónoma das suas AVD's,

ajudando-o a adaptar-se às suas limitações; ensinos sobre posicionamentos, treino de marcha, com canadianas, nas escadas, entre outros (Filipe et al, 2007), são intervenções que devem ser adaptados às necessidades da pessoa/cuidador/família e que têm como base de sucesso uma correta avaliação, este *"modus operandi"* irá contribuir para que a informação seja corretamente transmitida e que vá de encontro às reais necessidades da pessoa/cuidador/família.

Na preparação para a alta, torna-se necessário, validar informação prestada no decorrer de todo o processo de internamento, nomeadamente, os cuidados a ter nos posicionamentos e na deambulação, adaptando os ensinos e treinando sempre que possível, tendo em atenção as barreiras que a pessoa irá encontrar em casa, sugerir produtos de apoio que se adaptem às características arquitectónicas do seu domicilio, bem como à capacidade funcional da pessoa e seu cuidador, ou seja, uma intervenção de continuidade, faseada, de constante validação, adaptação e treino.

A adaptação não só às características da pessoa, mas também do seu cuidador, é algo que deverá ser realizado desde o inicio deste processo, é fundamental a identificação do cuidador no decorrer do internamento hospitalar, no sentido de o incluir no processo de preparação para a alta, no qual a pessoa através do apoio social e familiar consegue obter maior qualidade de vida (Gomes, 2013).

Na revisão da literatura efetuada nas bases de dados electrónicas *(protocolo de pesquisa em apêndice),* é evidente um grande destaque para o período pré-operatório, a importância de uma avaliação multidisciplinar da pessoa submetida a ATA num período anterior ao internamento, adequando os ensinos de acordo com as necessidades e capacidades da pessoa/cuidador/família. Este tipo de intervenção, que preconiza uma avaliação prévia ao internamento, com até seis semanas de antecedência tem impacto comprovado na redução do tempo de internamento, nos custos económicos e no sucesso do encaminhamento após alta. (Holm, B. et al., 2014;Meyer, G., Goldstein, W., 2014; Dawson-Bowling, S. et al., 2014; Williams, G., 2010; Sigurdsson, E. et al., 2008; Sharareh, B. et al., 2014)

Na análise dos artigos surge também destacada a importância da inclusão da família no processo de preparação para a alta, a avaliação das expectativas, das necessidades de informação e da satisfação. É importante a promoção da melhoria da comunicação entre profissionais e pessoa/cuidador/família, tornando este processo, o de preparar o regresso ao domicilio, mais facilitador de uma transição saudável. (Fielden, J. Et al., 2003; Sendir, M. Et al., 2012; Knier, S. et al., 2015; Strong, S., Bottin, A., 2015; Knier, S. et al., 2015; Hunt, G. et al., 2009; Soever, L. Et al., 2009)

O *follow-up,* nos casos de internamentos reduzidos*,* a realização do seguimento pós-alta, assume um papel de grande destaque, quer seja presencial no domicílio, via e-mail, via telefone ou em consulta, representa um factor positivo no controlo da ansiedade e receios bem como permite o esclarecimento de dúvidas, bem como com o aumento da satisfação por parte dos intervenientes em todo o processo. (Stone, K., 2014; Hunt, G. et al., 2009; Dossa, A. Et al., 2012)

3.3. Plano de Trabalho e Métodos

Questão:

"Quais as intervenções que o EEER desenvolve no processo de preparação para a alta promotor de transição saudável da pessoa submetida a ATA?"

Objetivo Geral e Objetivos Específicos

Perante a questão identificada, foram definidos os seguintes objetivos:

- Objetivo geral:

- Desenvolver competências no campo de intervenção do EEER, no processo de preparação para a alta promotor de uma transição saudável da pessoa submetida a ATA.

- Objetivos específicos:

1. Compreender a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na organização do serviço
2. Prestar cuidados de enfermagem especializados de reabilitação centrados na pessoa
3. Gerir os cuidados prestados com a equipa de enfermagem
4. Desenvolver intervenções de enfermagem especializadas de reabilitação à pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca no processo de preparação para a alta
5. Prestar cuidados de enfermagem especializados de reabilitação que capacitem a pessoa/ cuidador/família no processo de transição

Planeamento de atividades – Apêndice I

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Choi, J. (2013). Improving Discharge Education Using Pictographs, *Rehabilitation Nursing*, 38, 240–246. http://doi.org/10.1002/rnj.101
- Dawson-bowling, S. J., Jha, S., Chettiar, K. K., East, D. J., Gould, G. C., & Apthorp, H. D. (2014). A multidisciplinary enhanced recovery programme allows discharge within two days of total hip replacement ; three- to five-year results of 100 patients, *Hip Int,* 24(8), 167–174. http://doi.org/10.5301/hipint.5000100
- DGS (2013). *Artroplastia da Anca Norma nº014/2013*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde
- Dossa, A., Bokhour, M. P. H. B., & Hoenig, H. (2012). Care Transitions from the Hospital to Home for Patients with Mobility Impairments : Patient and Family Caregiver Experiences, *Rehabilitation Nursing,* 37(6), 277–286. http://doi.org/10.1002/rnj.047
- Filipe, A., Afonso, C., Lima, G. (2007). O Doente Submetido a Artroplastia Total da Anca – Cuidados de Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, (3), 53-57.
- Gomes, J. M. P. A. (2013). *A Pessoa com Artroplastia Total da Anca. Atividades de Vida Diária e Qualidade de Vida.* (Tese de Mestrado). Disponível no RCAAP.
- Home, A., Care, H., Meyer, G., & Goldstein, W. M. (n.d.). Improving Orthopaedic Postoperative Pathways of Care Using a Rehabilitation Discharge Planning Index. *Orthopaedic Pratice* 26, 104–108.
- http://www.lpcdr.org.pt/info-doente/patologias/osteoartrose. Acedido em 13/07/16
- http://www.rpa.spot.pt/Main-Sections/Informacao-aodoente/Anca.aspx?lang=pt-PT#anca_5. Acedido em 13/07/16
- Hunt, G. R., Hall, G. M., Med, D., Frca, F., Frca, B. V. S. M., Brien, S. O., Fbpss, D. (2009). Early discharge following hip arthroplasty : patients' acceptance masks doubts and concerns, *The Authors. Journal Compilation*, 130–137. http://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2008.00522.x

- INE (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Knier, S., Pm, M. B. A., Otr, L., & Stichler, J. F. (2015). Patients ' Perceptions of the Quality of Discharge Teaching and Readiness for Discharge, *Rehabilitation Nursing,* 40, 30–39. http://doi.org/10.1002/rnj.164
- Louro, M. C. C. M. (2009). *Cuidados Continuados no Domicílio*. (Tese de doutoramento). Disponível no RCAAP.
- Meleis, A. (2010). *Transition Theory – Middle Range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.
- Mitchell, R., Kumar, V., Abbas, A., Fausto, N. (2006) *Robbins Cotran – Fundamentos de Patologia*. (7ª ed.) Rio de Janeiro: Elsevier
- OE (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2001) *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem.* Ordem dos Enfermeiros
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2001). *Aging and life course. Men, aging and health. Acheiving health across the life span. Noncommunicable Diseases and Mental HealthCluster. Noncommunicable Diseases Prevencion and health promotion Departement. Aging and life Course*. Unit.WHO/NMH/NPH/01.2.Geneva.
- Pereira, I. (2013) *Regresso a casa - Estrutura da ação de enfermagem.* Lisboa: Universidade Católica Editora
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do Regresso a Casa.* Coimbra: Formasau

Petronilho, F.A.S. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização de recursos.* (Tese de doutoramento). Disponível no RCAAP

- Phipps, W., Sands, J., Marek, J. (2003) *Enfermagem Médico-Cirúrgica.* (6ª ed.). Loures: Lusociência
- Pompeu, D., Pinto, M., Cesarino, C., Ferreira de Araújo, R., & Poletti, N. (2007). Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexão a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(3), pp. 345-350.

- Sharareh, B., Le, N. B., Hoang, M. T., & Schwarzkopf, R. (2016). Factors Determining Discharge Destination for Patients Undergoing Total Joint Arthroplasty. *Journal of Arthroplasty*, 29(7), 1355–1358.e1. http://doi.org/10.1016/j.arth.2014.02.001
- Sigurdsson, E., Siggeirsdottir, K., Jonsson, H., Vilmundur, J., Matthiasson, T., & Jonsson, B. Y. (2008). Early discharge and home intervention reduces unit costs after total hip replacement : results of a cost analysis in a randomized study, *Int J Health Care Finance Econ,* 8, 181–192. http://doi.org/10.1007/s10754-008-9036-0
- Soever, L. J., Mackay, C., Saryeddine, T., Davis, A. M., Flannery, J. F., Jaglal, S. B., … Mahomed, N. (n.d.). Educational Needs of Patients Undergoing Total Joint Arthroplasty, *Physiother Can,* 62, 206–215. http://doi.org/10.3138/physio.62.3.206
- Stone, K. (2014). Enhancing Preparedness and Satisfaction of Caregivers of Patients Discharged from an Inpatient Rehabilitation Facility Using an Interactive Website. *Rehabilitation Nursing,* 39, 76–85. http://doi.org/10.1002/rnj.123
- Strong, S., & Bettin, A. (2015). An Initiative to Improve Patient Discharge Satisfaction, *Rehabilitation Nursing,* 40, 52–59. http://doi.org/10.1002/rnj.155
- WHO (2007). *Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Geneva: World Health Organization
- Xhardez, Y. (1990). *Manual de Cinesioterapia: técnicas, patologia, indicações e tratamento.* São Paulo: Atheneu Editora

APÊNDICES

Apêndice I - Planeamento de atividades

OBJECTIVO ESPECÍFICO	DOMINIOS E COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES E ESTRATÉGIAS	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
1. Compreender a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na organização do serviço	A- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção A2- promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais B- Domínio da melhoria da qualidade B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade D2- Baseia a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento	• Reunião com o Enfermeiro Orientador • Apresentação do serviço e da equipa multidisciplinar • Conhecimento da organização, dinâmica, protocolos e normas do serviço • Integração na equipa multidisciplinar • Conhecimento sobre recursos, materiais disponíveis e a sua adequada utilização • Observação e colaboração na prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação	• **Recursos humanos**: Pessoa/ cuidador/família, enfermeiro orientador do campo de estágio, docente tutor, equipa multidisciplinar; • **Recursos materiais**: Guia de acolhimento, normas e protocolos do serviço, código deontológico dos enfermeiros, bases de dados, biblioteca da ESEL	• Conhece a dinâmica e organização do serviço • Conhece os protocolos e normas do serviço • Identifica as intervenções do enfermeiro de reabilitação adequadas à situação da pessoa/cuidador/família • Reflete sobre o contributo das ações do enfermeiro de reabilitação para a pessoa/ cuidador/família • Reflete de que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais na identificação de intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa/cuidador/família

OBJECTIVO ESPECÍFICO	DOMINIOS E COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES E ESTRATÉGIAS	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
2. Prestar cuidados de enfermagem especializados de reabilitação centrados na pessoa	A- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção A2- promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais B- Domínio da melhoria da qualidade B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro J1- Cuida de pessoas 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 reinserção e exercício da cidadania	• Apresentação do serviço à pessoa e família • Integração da pessoa e família no plano de cuidados e no processo de tonada de decisão • Identificação das necessidades da pessoa/cuidador/família • Promoção do respeito pelos direitos da pessoa, tendo em atenção a sua individualidade, valores, crenças e costumes • Informação à pessoa/cuidador/ família sobre a evolução clínica e percurso no serviço • Envolvimento da pessoa/ cuidador/família na prestação de cuidados • Mobilização de conhecimentos teórico-práticos desenvolvidos ao longo do curso • Colaboração com o enfermeiro orientador na prestação de cuidados	• **Recursos humanos**: Pessoa/ cuidador/família, enfermeiro orientador do campo de estágio, docente tutor, equipa multidisciplinar; • **Recursos materiais**: Guia de acolhimento, código deontológico dos enfermeiros, apontamentos das sessões teóricas e práticas, processo do cliente, bases de dados, biblioteca da ESEL	• Promove o respeito pelo direito de informação da pessoa/ cuidador/família à informação clínica • Promove o respeito pelos valores, preferências, costumes, crenças, e necessidades da pessoa • Envolve a família para assegurar a continuidade de cuidados e satisfação das necessidades da pessoa • Discute as práticas e planos com a pessoa/cuidador/família • Ensino à pessoa/cuidador/ família sobre técnicas específicas de autocuidado • Desenvolve estratégias em parceria com a pessoa/ cuidador/família na resolução de problemas

OBJECTIVO ESPECÍFICO	DOMINIOS E COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES E ESTRATÉGIAS	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
3. Gerir os cuidados prestados com a equipa de enfermagem	A- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção A2- promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais B- Domínio da melhoria da qualidade B1- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria continua de qualidade C- Domínio da gestão de cuidados C1- gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade de cuidados D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento	• Colaboração nos cuidados prestados pelo Enfermeiro Orientador • Identificação da função do enfermeiro de reabilitação na gestão de cuidados com a equipa de enfermagem • Identificação e promoção de momentos que possibilitem o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais com a equipa multidisciplinar • Participação com o enfermeiro orientador no processo de tomada de decisão sobre a prestação de cuidados ao cliente/cuidador/ família • Coordenação dos cuidados com a equipa multidisciplinar • Conhecimento de normas e protocolos sobre a coordenação/ continuidade de cuidados com outras instituições/serviços • Conhecimento sobre materiais e recursos existentes, que promovam a qualidade dos cuidados • Participação em atividades que promovam a aprendizagem individual	• **Recursos humanos:** Pessoa/ cuidador/família, enfermeiro orientador do campo de estágio, docente tutor, equipa multidisciplinar; • **Recursos materiais:** processo individual da pessoa, protocolos e normas dos serviços, escalas de avaliação e folhas de registo, REPE, código deontológico, padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, apontamentos das sessões teóricas e práticas, Biblioteca da ESEL	• Promove o respeito pelos princípios éticos e deontológicos relativos à prática de cuidados de enfermagem • Desenvolve estratégias de resolução centradas na pessoa/ cuidador/família e em parceria com a equipa de enfermagem • Gere a prática de cuidados promovendo a segurança, respeito e dignidade da pessoa/ cuidador/família • Participa na construção da tomada de decisão em equipa • Reflete sobre a intervenção do enfermeiro de reabilitação no seio da equipa de enfermagem • Identifica oportunidades para o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais

OBJECTIVO ESPECÍFICO	DOMINIOS E COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES E ESTRATÉGIAS	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
4. Desenvolver intervenções de enfermagem especializadas de reabilitação à pessoa submetida a ATA e no processo de preparação para a alta	A- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção A2- promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais C- Domínio da gestão de cuidados C1- gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento J1- Cuida de pessoas 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 reinserção e exercício da cidadania J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	• Realização de ensino à pessoa/ cuidador /família de acordo com o seu potencial para a prevenção de complicações • Elaboração de um plano individualizado e centrado na pessoa de modo a contribuir para a sua independência funcional • Determinar o nível de dependência funcional da pessoa com ATA, para as AVD, no momento da admissão no internamento hospitalar; • Determinar o nível de dependência funcional da pessoa com ATA, para as AVD, após a cirurgia; • Determinar o nível de dependência funcional da pessoa com ATA, para as AVD, no domicílio; • -Avaliar o Índice de Qualidade de Vida da pessoa com ATA no domicílio; • Conhecer a percepção da pessoa com ATA sobre as dificuldades, no domicílio; • Conhecer a percepção da pessoa com ATA relativamente ao contributo do enfermeiro de reabilitação;	• **Recursos humanos**: Pessoa/ cuidador/família, enfermeiro orientador do campo de estágio, docente tutor, equipa multidisciplinar; • **Recursos materiais**: processo individual, escala WHOQOL-BREF, entrevista, Índice de BARTHEL.	• Promove o respeito pelos princípios éticos e deontológicos relativos à prática de cuidados de enfermagem • -Desenvolve estratégias de resolução centradas na pessoa/cuidador/família e em parceria com a equipa de enfermagem • Gere a prática de cuidados promovendo a segurança, respeito e dignidade da pessoa/cuidador/família • Recolhe informação adequada sobre as necessidades da pessoa/cuidador/ família • Elabora planos de cuidados que visam contribuir para a reinserção sociofamiliar e para um processo de transição saudável • Identifica condições habitacionais da pessoa/cuidador/família e dá orientações minimizando os fatores que dificultem o regresso ao domicilio, minimizando os riscos e promovendo uma recuperação segura e eficaz • Ensina, demonstra e treina estratégias com a pessoa/cuidador/família que promovam a recuperação no período hospitalar e posterior recuperação no domicílio • Assegura a continuidade de cuidados no processo de transição para o domicílio/ instituição



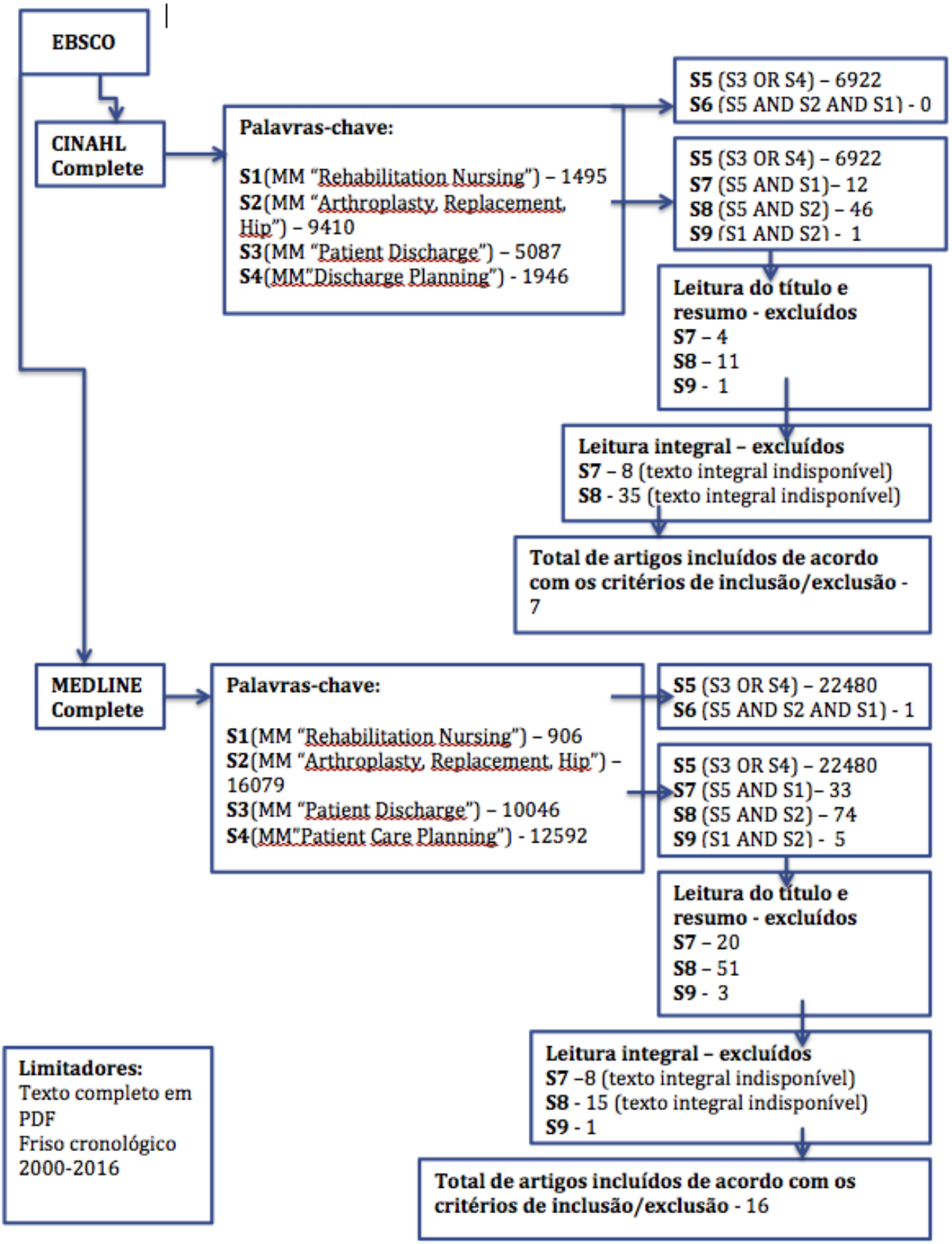
OBJECTIVO ESPECÍFICO	DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES E ESTRATÉGIAS	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
5. Prestar cuidados de enfermagem especializados de reabilitação que capacitem a pessoa/cuidador/família no processo de transição	A- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção A2- promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais B- Domínio da melhoria da qualidade B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria continua de qualidade B3- Cria e mantém um ambiente seguro C- Domínio da gestão de cuidados C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade de cuidados D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade J1- Cuida de pessoas 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 reinserção e exercício da cidadania	• Mobilização de conhecimentos teórico-práticos desenvolvidos ao longo da formação • Identificação das necessidades biopsicossociais e culturais do cliente/cuidador/família que possam condicionar o processo de transição saudável • Avaliação da pessoatendo em conta a sua proveniência e a estrutura de suporte para perspetivar a reintegração sociofamiliar • identificação dos fatores que condicionem o processo de transição saudável • Implementação de estratégias que promovam a reinserção sociofamiliar através do uso dos recursos disponíveis • Promoção da participação da pessoa/cuidador/família no processo de reabilitação e preparação para a alta • Gestão das expectativas da pessoa/ cuidador/família face ao processo de reabilitação • Colaboração com a equipa multidisciplinar na prática de cuidados à pessoa/cuidador/família em processo de transição	• **Recursos humanos:**Pessoa/ cuidador/família, enfermeiro orientador do campo de estágio, docente tutor, equipa multidisciplinar; • **Recursos materiais:** processo individual, folhas de registo, Livro Transition Theory. Meleis, A. (2010), artigos relacionados com o processo de transição.	• Recolhe informação adequada sobre as necessidades da pessoa/cuidador/família • Elabora planos de cuidados que visam contribuir para a reinserção sociofamiliar e para um processo de transição saudável • identifica condições habitacionais da pessoa/ cuidador/família e dá orientações minimizando os fatores que dificultem o regresso ao domicilio, minimizando os riscos e promovendo uma recuperação segura e eficaz • Ensina, demonstra e treina estratégias com a pessoa/ cuidador/família que promovam a recuperação no período hospitalar e posterior recuperação no domicílio • Assegura a continuidade de cuidados no processo de transição para o domicílio/ instituição



Apêndice II - Cronograma

Ano	2016														2017							
Mês	Setembro	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro					Fevereiro		
Dias	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20
	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24
Atividades																						
Estágio UCC [redacted]																						
Estágio Hospital [redacted]													Férias Natal									
Objetivo específico nº 1																						
Objetivo específico nº 2																						
Objetivo específico nº 3																						
Objetivo específico nº 4																						
Objetivo específico nº 5																						
Elaboração relatório																						

Apêndice III - Protocolo de Pesquisa



Apêndice IV - Guião de entrevista nos locais de estágio

Guião de Entrevista
Hospital [redacted]
UCC [redacted]

Área	Perguntas
Legitimação da entrevista	• Apresentação • Apresentação dos objetivos da visita/entrevista
Caraterização do serviço	• Qual a missão do serviço? • Qual o método de trabalho do serviço (Enfº responsável, Enfº de referência, centrado no cuidado ao doente e /ou família) • Como é constituído o espaço físico do serviço? • Quais os grupos profissionais que constituem o serviço? • Quantos enfermeiros generalistas fazem parte da equipa? • Quantos EEER fazem parte da equipa? • Quais os serviços/ instituições com as quais têm protocolos/acordos de articulação?
Caraterização da população assistida	• Quais os motivos de internamento mais frequentes? • Quais lhe parecem ser os cuidados de enfermagem de reabilitação mais frequentes na população assistida? • Qual o tempo médio de internamento/ frequência? • Qual a capacidade do serviço e taxa de ocupação? • Qual o percurso mais frequente dos doentes na instituição e como é feita a sua referenciação?
Avaliação dos utentes	• Como são selecionados os utentes para os cuidados de enfermagem de reabilitação? • Em que momentos e segundo que instrumentos, realiza a avaliação dos utentes e das suas necessidades de cuidados?
Prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação	• Quais os critérios tidos em conta na distribuição dos utentes aos EEER? • Onde se inicia o planeamento dos cuidados? • De que forma o utente participa (ou não) nesse planeamento? • Quais as principais necessidades de intervenção do EEER que identifica, na pessoa submetida a cirurgia ortopédica? [redacted] • Quais as principais necessidades de intervenção do EEER que identifica, na população utilizadora dos serviços das UCC?(UCC [redacted]

	• Quais os diagnósticos de enfermagem mais comuns da população assistida sensíveis à intervenção do EEER? • Que intervenções desenvolve junto dos utentes submetidos a cirurgia ortopédica nos momentos pré e pós operatório? [redacted] • Quais as principais complicações na pessoa submetida a cirurgia ortopédica? [redacted] • Quais as principais complicações que ocorrem com maior frequência nos utilizadores da UCC? (UCC [redacted] • Que impacto retém das suas intervenções junto da pessoa submetida a cirurgia ortopédica? [redacted] • Qual o impacto das suas intervenções à população que presta cuidados de enfermagem de reabilitação? (UCC [redacted]
Continuidade de cuidados	• De que forma avalia a sua intervenção? • Como são realizados os registos de enfermagem de reabilitação? • De que forma a família dos utentes é envolvida no plano de reabilitação? • Como garante a continuidade de cuidados entre turnos e no domicilio/ comunidade? • Como é preparada a alta, qual o papel do EEER nessa preparação/decisão e como é encaminhado o utente?
Autonomia, organização do trabalho e relação interdisciplinar	• Como organiza o seu trabalho ao longo do turno e que tipo de atividades são prioritárias? • Como articula a sua intervenção com a restante equipa de enfermagem e com elementos de outros grupos profissionais? (quais e de que forma é feita a articulação)
Gestão de recursos de enfermagem de reabilitação	• A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação é garantida nos diferentes turnos? • Quais as principais funções atribuídas ao EEER? • Qual a relevância da enfermagem de reabilitação na equipa? • Tem ganhos que identifique junto da equipa, utentes e na gestão do serviço?
Outras atividades	• Qual o envolvimento dos EEER na formação do serviço? • Que outras funções o EEER desempenha no serviço? • Que projetos ou programas gostaria de ver desenvolvidos implementados no serviço/instituição?

ANEXOS

Anexo I – Escala WHOQOL - BREF

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18 □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 2	Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26) □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 3	Q20 + Q21 + Q22 □ + □ + □			
Domínio 4	Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25 □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			

DADOS PESSOAIS

A1	**Idade**		anos	**A2**	**Data de Nascimento** ____ / ____ / _____

A3	**Sexo**		Masculino
			Feminino

A4	**Escolaridade**	Não sabe ler nem escrever	
		Sabe ler e/ou escrever	
		1º-4º anos	
		5º-6º anos	
		7º-9º anos	
		10º-12º anos	
		Estudos Universitários	
		Formação pós-graduada	

A5	**Profissão**	

A6.1	**Freguesia**	
A6.2	**Concelho**	
A6.3	**Distrito**	

A7	**Estado Civil**	Solteiro(a)	
		Casado(a)	
		União de facto	
		Separado(a)	
		Divorciado(a)	
		Viúvo(a)	

B1a Está actualmente doente? Sim ☐ Não ☐

B1b Que doença é que tem? _____

B2 Há quanto tempo? _____

B3 Regime de tratamento? Internamento ☐ Consulta Externa ☐ Sem tratamento ☐

C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado ☐
2. Assistido pelo entrevistador ☐
3. Administrado pelo entrevistador ☐

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

_____

_____

_____

_____

_____

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

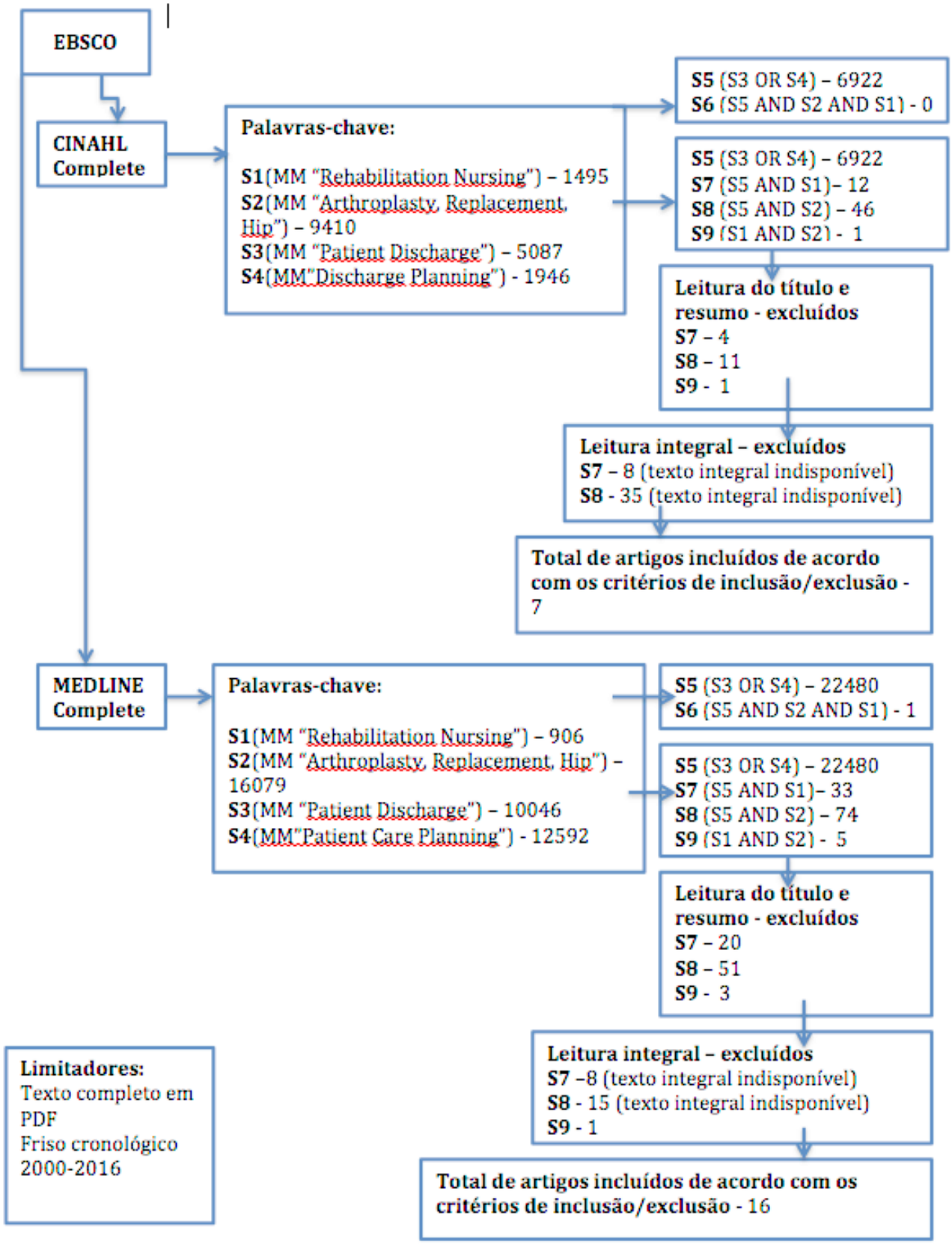
Anexo II – Índice de Barthel

INDICE DE BARTHEL

AVD (Indice de Barthel)		Pontuação
Alimentação	Independente	10
	Necessita de Ajuda	5
	Dependente	0
Banho	Independente	5
	Necessita de Ajuda	0
Higiene Pessoal	Independente	5
	Necessita de Ajuda	0
Vestir	Independente	10
	Necessita de Ajuda	5
	Dependente	0
Controlo Anal	Continente	10
	Acidente Ocasional	5
	Incontinente	0
Controlo Vesical	Continente	10
	Acidente Ocasional	5
	Incontinente	0
Ir ao WC	Independente	10
	Necessita de Ajuda	5
	Dependente	0
Transferência Cadeira/Cama	Independente	15
	Necessita de alguma ajuda	10
	Necessita de muita ajuda mas segura-se sentado	5
	Totalmente dependente não se segura sentado	0
Mobilidade (sup. plana horizontal)	Independente (pode usar bengala)	15
	Anda com ajuda de uma pessoa	10
	Independente em cadeira de rodas	5
	Incapaz de deslocar-se	0
Subir/Descer escadas	Independente	10
	Necessita de Ajuda	5
	Incapaz	0

Apêndice II – Protocolo de pesquisa

Protocolo de Pesquisa



Apêndice III – Guião de entrevista

Guião de Entrevista

Hospital [redacted]

UCC [redacted]

Área	Perguntas
Legitimação da entrevista	• Apresentação • Apresentação dos objetivos da visita/entrevista
Caraterização do serviço	• Qual a missão do serviço? • Qual o método de trabalho do serviço (Enfº responsável, Enfº de referência, centrado no cuidado ao doente e /ou família) • Como é constituído o espaço físico do serviço? • Quais os grupos profissionais que constituem o serviço? • Quantos enfermeiros generalistas fazem parte da equipa? • Quantos EEER fazem parte da equipa? • Quais os serviços/ instituições com as quais têm protocolos/acordos de articulação?
Caraterização da população assistida	• Quais os motivos de internamento mais frequentes? • Quais lhe parecem ser os cuidados de enfermagem de reabilitação mais frequentes na população assistida? • Qual o tempo médio de internamento/ frequência? • Qual a capacidade do serviço e taxa de ocupação? • Qual o percurso mais frequente dos doentes na instituição e como é feita a sua referenciação?
Avaliação dos utentes	• Como são selecionados os utentes para os cuidados de enfermagem de reabilitação? • Em que momentos e segundo que instrumentos, realiza a avaliação dos utentes e das suas necessidades de cuidados?
Prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação	• Quais os critérios tidos em conta na distribuição dos utentes aos EEER? • Onde se inicia o planeamento dos cuidados? • De que forma o utente participa (ou não) nesse planeamento? • Quais as principais necessidades de intervenção do EEER que identifica, na pessoa submetida a cirurgia ortopédica? ([redacted]) • Quais as principais necessidades de intervenção do EEER que identifica, na população utilizadora dos serviços das UCC?(UCC [redacted])

	• Quais os diagnósticos de enfermagem mais comuns da população assistida sensíveis à intervenção do EEER? • Que intervenções desenvolve junto dos utentes submetidos a cirurgia ortopédica nos momentos pré e pós operatório? ([redacted]) • Quais as principais complicações na pessoa submetida a cirurgia ortopédica? ([redacted]) • Quais as principais complicações que ocorrem com maior frequência nos utilizadores da UCC? (UCC [redacted] • Que impacto retém das suas intervenções junto da pessoa submetida a cirurgia ortopédica? ([redacted]) • Qual o impacto das suas intervenções à população que presta cuidados de enfermagem de reabilitação? (UCC[redacted]
Continuidade de cuidados	• De que forma avalia a sua intervenção? • Como são realizados os registos de enfermagem de reabilitação? • De que forma a família dos utentes é envolvida no plano de reabilitação? • Como garante a continuidade de cuidados entre turnos e no domicilio/ comunidade? • Como é preparada a alta, qual o papel do EEER nessa preparação/decisão e como é encaminhado o utente?
Autonomia, organização do trabalho e relação interdisciplinar	• Como organiza o seu trabalho ao longo do turno e que tipo de atividades são prioritárias? • Como articula a sua intervenção com a restante equipa de enfermagem e com elementos de outros grupos profissionais? (quais e de que forma é feita a articulação)
Gestão de recursos de enfermagem de reabilitação	• A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação é garantida nos diferentes turnos? • Quais as principais funções atribuídas ao EEER? • Qual a relevância da enfermagem de reabilitação na equipa? • Tem ganhos que identifique junto da equipa, utentes e na gestão do serviço?
Outras atividades	• Qual o envolvimento dos EEER na formação do serviço? • Que outras funções o EEER desempenha no serviço? • Que projetos ou programas gostaria de ver desenvolvidos implementados no serviço/instituição?

Apêndice IV – Formação “Terapia Inalatória – cuidados de enfermagem”

Unidade de Cuidados na Comunidade de (...)

TERAPIA INALATÓRIA
CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Enfº Sérgio Pereira

Orientação: Enfª Isabel Santos

Docente: Profª Vanda Marques Pinto

2016

Objectivos

- Compreender a importância da terapia inalatória;
- Compreender a necessidade de adequar os diferentes meios de administração da terapia inalatória a cada utente;
- Sensibilizar para a importância da otimização da administração da terapia inalatória;
- Adquirir conhecimentos sobre os cuidados de manutenção e limpeza do equipamento utilizado.

Terapia Inalatória

Objectivo

Fatores que influenciam deposição dos fármacos

Anatomia das Vias Aéreas

Padrão Respiratório

Características das Partículas

Via Oral VS Via inalatória

Formas de Administração

Efeitos Secundários

- Deposição do fármaco nas vias aéreas inferiores

Enfª Sérgio Pereira

Terapia Inalatória

Objectivo

Fatores que influenciam deposição dos fármacos

Anatomia das Vias Aéreas

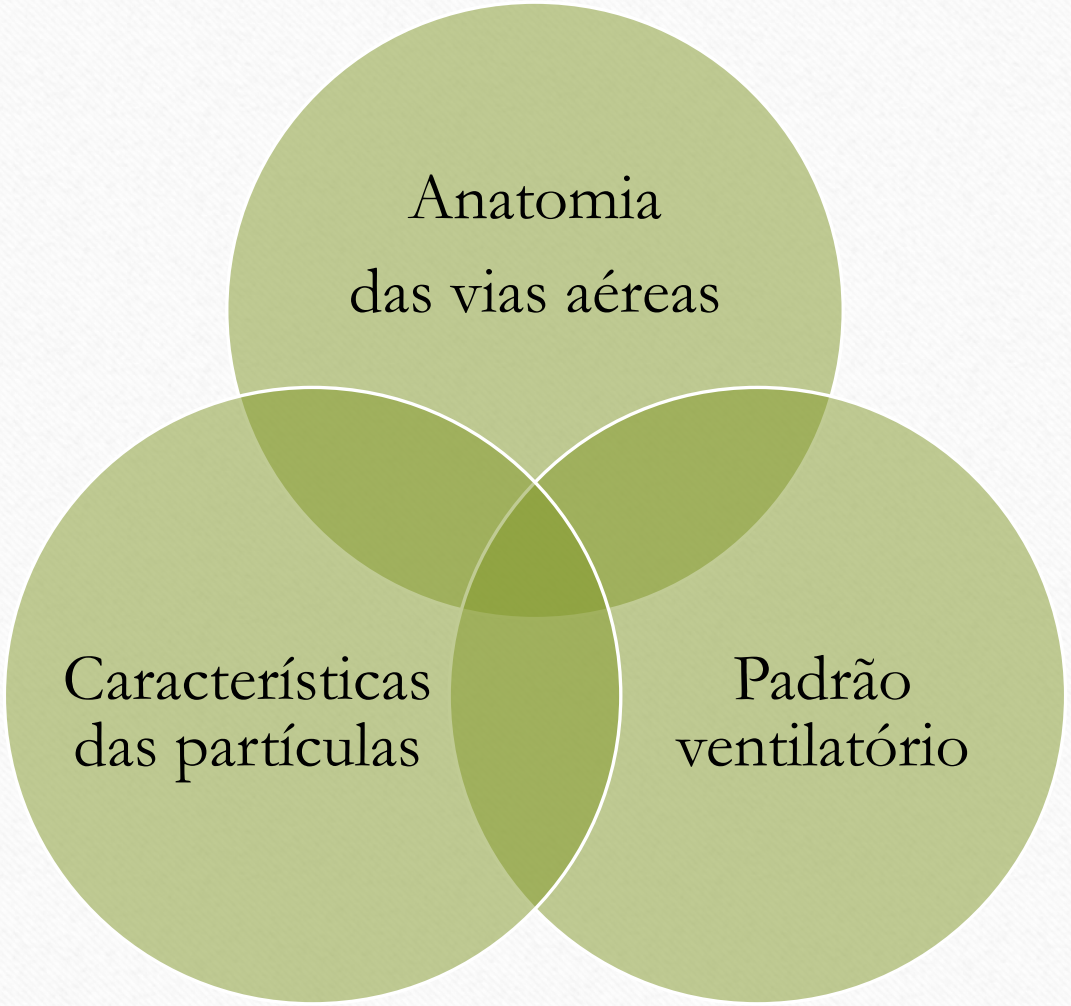
Padrão Respiratório

Características das Partículas

Via Oral VS Via inalatória

Formas de Administração

Efeitos Secundários



Fonte: Cruz, 2016

Enfª Sérgio Pereira

Terapia Inalatória

Objectivo

Fatores que influenciam deposição dos fármacos

Anatomia das Vias Aéreas

Padrão Respiratório

Características das Partículas

Via Oral VS Via inalatória

Formas de Administração

Efeitos Secundários

- Estrutura do pulmão – barreira importante à passagem dos fármacos inalados
- Pessoas com patologia respiratória – deposição mais heterogénea
- Zonas pulmonares mal ventiladas (enfisema e atelectasias) – não se observa deposição do fármaco

Enfª Sérgio Pereira

Terapia Inalatória

Objectivo

Fatores que influenciam deposição dos fármacos

Anatomia das Vias Aéreas

Padrão Respiratório

Características das Partículas

Via Oral VS Via inalatória

Formas de Administração

Efeitos Secundários

- O padrão respiratório adotado influencia a deposição do fármaco nas vias aéreas
- Inalação lenta e profunda por via oral, com pausa inspiratória de 5 a 10s e expiração rápida

Terapia Inalatória

Objectivo

Fatores que influenciam deposição dos fármacos

Anatomia das Vias Aéreas

Padrão Respiratório

Características das Partículas

Via Oral VS Via inalatória

Formas de Administração

Efeitos Secundários

- A dimensão das partículas não é constante ao longo das vias aéreas
- A deposição de uma determinada partícula num local da via aérea está dependente do tamanho dessa partícula

Terapia Inalatória

Objectivo

Fatores que influenciam deposição dos fármacos

Anatomia das Vias Aéreas

Padrão Respiratório

Características das Partículas

Via Oral VS Via inalatória

Formas de Administração

Efeitos Secundários

DEPOSIÇÃO PARTÍCULAS

- >5µm – vias aéreas superiores
- 2 µm - 5µm - vias aéreas inferiores
- < 2 µm – não cumprem objetivos terapêuticos, são expiradas

Terapia Inalatória

Objectivo

Fatores que influenciam deposição dos fármacos

Anatomia das Vias Aéreas

Padrão Respiratório

Características das Partículas

Via Oral VS Via inalatória

Formas de Administração

Efeitos Secundários

Via Oral/EV

- Pequena quantidade que atinge o pulmão
- Ação lenta

Via Inalatória

- Menos efeitos secundários
- Menor quantidade de fármaco
- Ação mais rápida



Terapia Inalatória

Objectivo

Fatores que influenciam deposição dos fármacos

Anatomia das Vias Aéreas

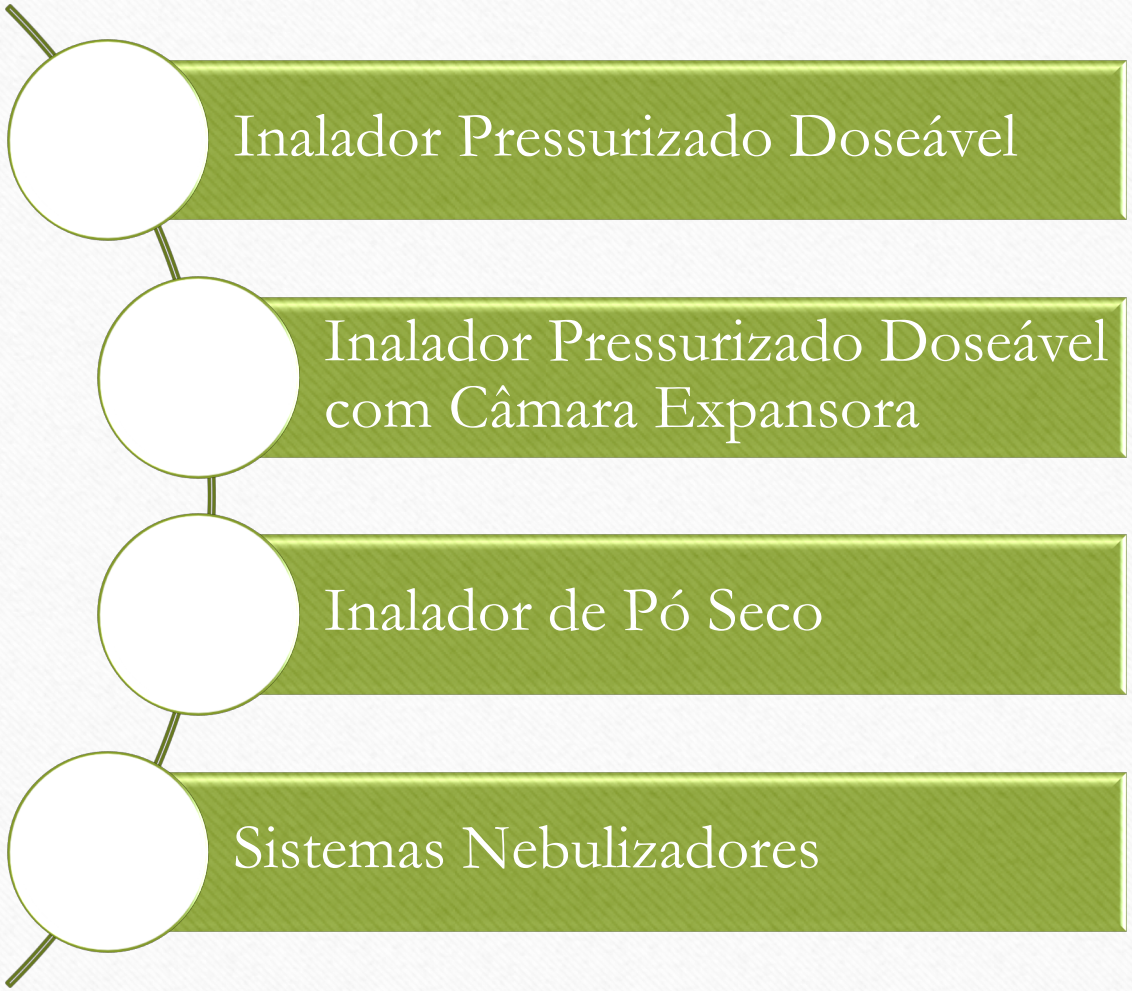
Padrão Respiratório

Características das Partículas

Via Oral VS Via inalatória

Formas de Administração

Efeitos Secundários



Enfª Sérgio Pereira

Terapia Inalatória

Objectivo

Fatores que influenciam deposição dos fármacos

Anatomia das Vias Aéreas

Padrão Respiratório

Características das Partículas

Via Oral VS Via inalatória

Formas de Administração

Efeitos Secundários

- **Efeitos secundários fármacos**
  - **Corticosteróides** – desenvolvimento de fungos cavidade oral.
  - **Beta-agonistas** – cefaleias, insónias, taquicárdia, tremores e ansiedade (desaparecem poucos minutos após a administração).
  - **Anticolinérgicos** – boca seca, tosse, irritação ocular (nebulização).
- **Efeitos secundários graves**
  - **Alergia** – rash cutâneo, dispneia.
  - **Interações medicamentosas** – Beta-bloqueantes + Beta-agonistas (agrava sintomas cardiacos ou sintomas respiratórios).
  - **Sobredosagem beta-agonistas** – taquicárdia, pré-cordialgia.

Inalador Pressurizado Doseável

Características

Técnica

Vantagens

Desvantagens

Cuidados de Manutenção

- Contém um fármaco em suspensão ou dissolvido num propelente, dentro de uma embalagem protetora estanque e inviolável
- Liberta dose fixa de fármaco através de uma válvula de dose controlada
- Tamanho da partícula: 3 a 4 μm
- Apenas 10% da dose atinge os pulmões
- Fundamental uma correta utilização para o sucesso terapêutico

Inalador Pressurizado Doseável

Características

Técnica

Vantagens

Desvantagens

Cuidados de Manutenção



Pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada



Aquecer a embalagem



Retirar a tampa do bucal e agitar a embalagem

Fonte: Cruz, 2016

Enfª Sérgio Pereira

Inalador Pressurizado Doseável

Características

Técnica

Vantagens

Desvantagens

Cuidados de Manutenção



Fonte: Cruz, 2016

Colocar a embalagem na posição vertical com o indicador na parte superior e o polegar na parte inferior

Inclinar ligeiramente a cabeça para trás

Efetuar uma expiração lenta

Enfª Sérgio Pereira

Inalador Pressurizado Doseável

Características

Técnica

Vantagens

Desvantagens

Cuidados de Manutenção



Fonte: Cruz, 2016

Colocar o aplicador entre os lábios fechados

Começar a inspirar lentamente e ativar o inalador

Continuar a inspirar durante +/- 5s

Suster a respiração durante 10s

Enfª Sérgio Pereira

Inalador Pressurizado Doseável

Características

Técnica

Vantagens

Desvantagens

Cuidados de Manutenção



Fonte: Cruz, 2016

Fazer uma expiração forçada

Aguardar 30s antes de repetir a 2ªinalação, não esquecer de agitar a embalagem

Voltar a colocar a tampa e guardar a embalagem em local seguro

Enfª Sérgio Pereira

Inalador Pressurizado Doseável

Características

Técnica

Vantagens

Desvantagens

Cuidados de Manutenção

- Baixo custo
- Portátil
- Discreto
- Pronto a utilizar

Inalador Pressurizado Doseável

Características

Técnica

Vantagens

Desvantagens

Cuidados de Manutenção

- Dificuldade na coordenação mão-pulmão
- Efeito "cold freon"
- Aumento efeitos secundários por elevada deposição na orofaringe
- Nunca deve ser utilizado por crianças sem a câmara expansora

Inalador Pressurizado Doseável

Características

Técnica

Vantagens

Desvantagens

Cuidados de Manutenção

- Não expor a embalagem a temperaturas >50ºC
- Não perfurar a embalagem
- Uso unipessoal
- Lavar 2 a 3 vezes por semana com água morna e secar bem

Inalador Pressurizado Doseável Câmara Expansora

Características

Técnica

Vantagens

Desvantagens

Cuidados de Manutenção

- Existem vários modelos no mercado
- Proporcionam:
  - Diminuição da velocidade do aerossol antes de atingir a boca
  - Evaporação do propelente
  - As partículas de maior calibre ficam depositadas nas paredes da câmara e não na orofaringe
  - As partículas de menor calibre atingem as vias aéreas pulmonares mais eficazmente

Inalador Pressurizado Doseável Câmara Expansora

Características

Técnica

Vantagens

Desvantagens

Cuidados de Manutenção

- Têm válvula unidirecional que garante o fluxo unidirecional do fármaco
- Dispõe de um sinalizador de fluxo que alerta quando se está a inspirar com um fluxo superior ao de base, encorajando a pessoa a inspirar mais lentamente

Inalador Pressurizado Doseável Câmara Expansora

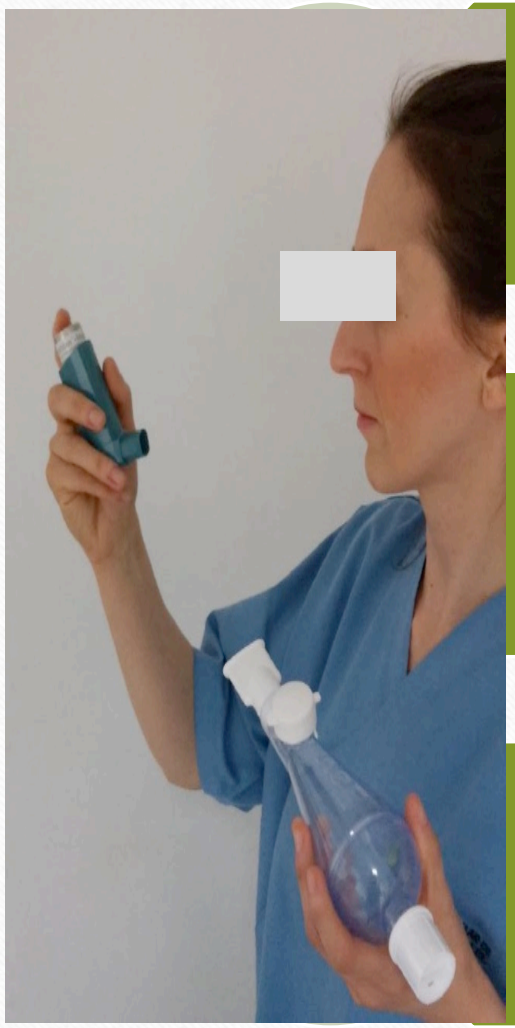
Características

Técnica

Vantagens

Desvantagens

Cuidados de Manutenção



Pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada

Aquecer a embalagem

Retirar a tampa do bucal e agitar a embalagem

Fonte: Cruz, 2016

Inalador Pressurizado Doseável Câmara Expansora

Características

Técnica

Vantagens

Desvantagens

Cuidados de Manutenção



Colocar a embalagem na posição vertical e adaptá-la à câmara expansora

Efetuar uma expiração lenta

Colocar o bucal na boca, fechando os lábios

Fonte: Cruz, 2016

Enfª Sérgio Pereira

Inalador Pressurizado Doseável Câmara Expansora

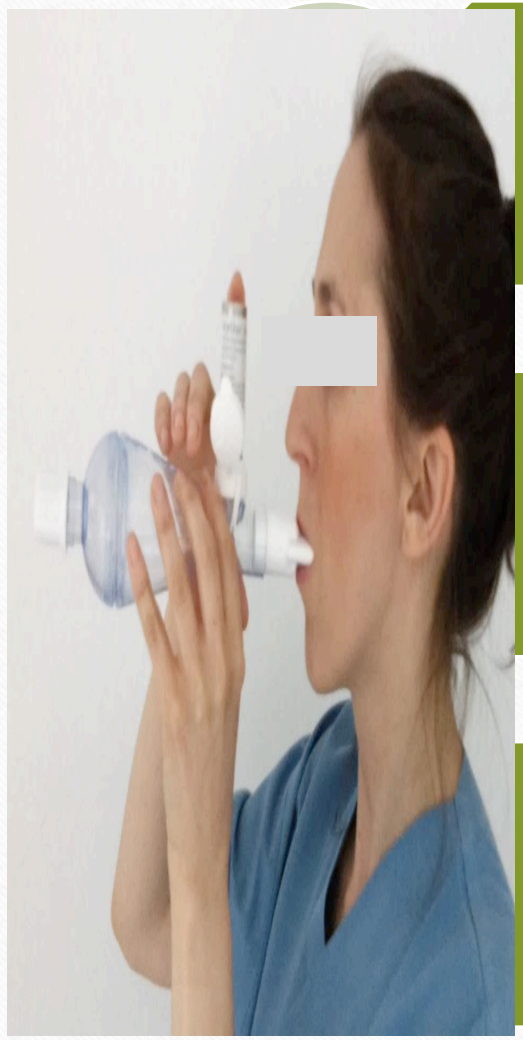
Características

Técnica

Vantagens

Desvantagens

Cuidados de Manutenção



Ativar o inalador

Inspirar lentamente até à capacidade pulmonar máxima

Suster a respiração durante 10s

Fonte: Cruz, 2016

Enfª Sérgio Pereira

Inalador Pressurizado Doseável Câmara Expansora

Características

Técnica

Vantagens

Desvantagens

Cuidados de Manutenção

- Pode realizar-se uma 2ªinspiração lenta para garantir o esvaziamento da câmara e aproveitamento completo da dose administrada
- Esperar 30s para uma nova ativação, não fazer várias doses em simultâneo
- Guardar a embalagem em lugar seguro

Inalador Pressurizado Doseável Câmara Expansora

Características

Técnica

Vantagens

Desvantagens

Cuidados de Manutenção

- Não necessita de coordenação com a inspiração
- Ausência do efeito "cold freon"
- Reduz a deposição de fármaco na orofaringe

Inalador Pressurizado Doseável Câmara Expansora

Características

Técnica

Vantagens

Desvantagens

Cuidados de Manutenção

- Pouco portáteis
- Problemas de funcionamento da válvula
- Dosagem irregular se limpa inadequadamente

Inalador Pressurizado Doseável Câmara Expansora

Características

Técnica

Vantagens

Desvantagens

Cuidados de Manutenção

- Desmontar a câmara expansora
- Lavar com detergente suave uma vez por semana
- Secar muito bem com um pano macio
- Montar a câmara expansora e testar o funcionamento da válvula
- Substituir se apresentar fissuras ou câmaras com mais de um ano de utilização
- Datar a abertura da câmara
- Guardar em local isento de gorduras e pó

Nebulizadores Aerossóis

Características

Técnica

Vantagens

Desvantagens

Cuidados de Manutenção

- Existem 2 tipos de nebulizadores: pneumáticos ou de jato e os ultrassónicos
- Permitem a formação de aerossóis de pequenas partículas
- Nebulizadores pneumáticos de débito de saída constante, de débito com auxílio respiratório e dosímetros

Nebulizadores Aerossóis

Características

Técnica

Vantagens

Desvantagens

Cuidados de Manutenção

- São constituídos por dois componentes:
  - câmara nebulizadora onde é produzido o aerossol
  - Fonte geradora de gás pressurizado (ar comprimido ou oxigénio)

Nebulizadores Aerossóis

Características

Técnica

Vantagens

Desvantagens

Cuidados de Manutenção

- O aerossol produzido é libertado de forma contínua, assim, cerca de 50% é perdido para o ar ambiente
- Apenas 10% do fármaco é depositado nas vias aéreas
- São necessários para a produção de aerossol débitos de gás de 6-8L/min
- Tempo de nebulização entre 10-15min
- Volume de solução a transformar em aerossol entre 4-5mL

Nebulizadores Aerossóis

Características

Técnica

Vantagens

Desvantagens

Cuidados de Manutenção



A pessoa deve estar sentada confortavelmente

Manter o nebulizador sempre na posição vertical

Adaptar bem a máscara

Ligar a rampa com débito 6-8L/min

Fonte: Cruz, 2016

Nebulizadores Aerossóis

Características

Técnica

Vantagens

Desvantagens

Cuidados de Manutenção



Instruir a pessoa a respirar pela boca, pausadamente com uma pequena pausa inspiratória

Terminada a produção de aerossol, desligar a fonte de gás

Proceder aos cuidados de manutenção do equipamento

Datar as máscaras e substitui-las de 4/4 dias

Fonte: Cruz, 2016

Nebulizadores Aerossóis

Características

Técnica

Vantagens

Desvantagens

Cuidados de Manutenção

- Fácil administração
- Utilização em todas as idades
- Eficazes em situações de obstrução das vias aéreas, asma, DPOC e broncoespasmo grave
- Baixa deposição na orofaringe
- Podem ser usados para vários tipos de fármacos

Nebulizadores Aerossóis

Características

Técnica

Vantagens

Desvantagens

Cuidados de Manutenção

- Pouco portátil
- Necessidade de finde de gás (e de energia)
- Custos elevados
- Desperdício do fármaco
- Maior tempo de administração

Nebulizadores Aerossóis

Características

Técnica

Vantagens

Desvantagens

Cuidados de Manutenção

- Preferencialmente após cada utilização, mas no mínimo uma vez por dia
- Passar por água morna o nebulizador e as peças e secar bem
- Voltar a montar o sistema, conectar o tubo à base da câmara e ligar o nebulizador para eliminar toda a solução residual retida nos orifícios
- Guardar em local isento de pó
- Substituir as máscaras de 4/4 dias

Inaladores de Pó Seco

Características

Sistema Aerolizer

Sistema Turbohaler

Sistema Accuhaler-diskus

- Fármacos sob a forma de pó seco confinado numa cápsula ou disco
- Não contém propulsores
- Fração de deposição pulmonar 10-35%
- Ativados pela respiração, eliminando a necessidade de sincronizar a inalação com a ativação do inalador
- Fluxo inspiratório necessário de 30-120L/min



Fonte: Pires, 2013

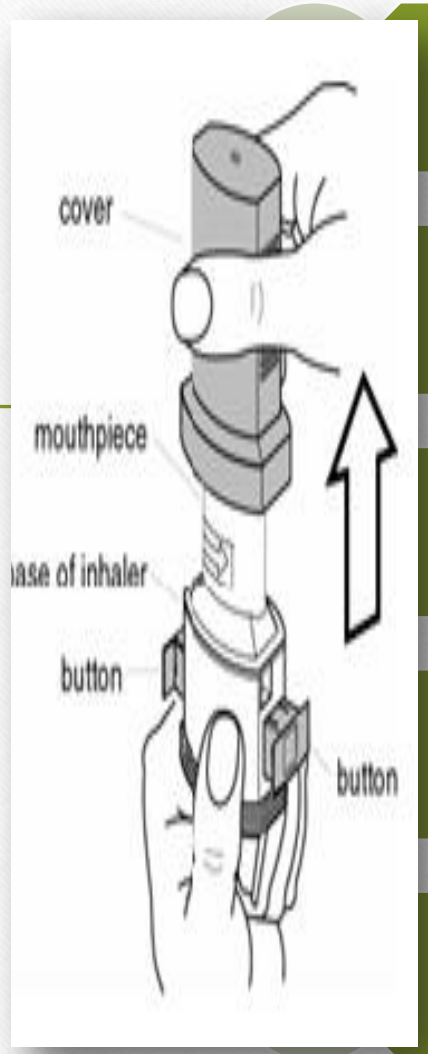
Inaladores de Pó Seco

Características

Sistema Aerolizer

Sistema Turbohaler

Sistema Accuhaler-diskus



Fonte: Pires, 2013

- Retirar protetor que cobre o inalador
- Colocar a cápsula na base do dispositivo e fechar
- Carregar nas pastilhas laterais até ouvir o "click"
- Colocar o dispositivo na horizontal, colocar o bucal entre os dentes, fechando os lábios – inspirar profundamente
- Retirar a cápsula, fechar o inalador

Inaladores de Pó Seco

Características

Sistema Aerolizer

Sistema Turbohaler

Sistema Accuhaler-diskus



Fonte: Pires, 2013

- Retirar protetor que cobre o inalador
- Rodar a base do inalador para a direita, seguido de um movimento de rotação no sentido inverso, até ouvir "click"
- Colocar o bucal entre os dentes, lábios fechados e inspirar profundamente
- Suster respiração durante 10s; esperar 30s para repetição de nova dose
- Colocar protetor sobre inalador e guardar.

Inaladores de Pó Seco

Características

Sistema Aerolizer

Sistema Turbohaler

Sistema Accuhaler-diskus





Deslocar o protetor da peça bucal

Empurrar a patilha metálica lateral até à extremidade oposta até ouvir o "click"

Colocar o dispositivo na horizontal, lábios fechados e inspirar profundamente

Suster respiração durante 10s; esperar 30s para repetição de nova dose

Tapar de novo a peça bucal e guardar.

Fonte: Pires, 2013

Fármacos

Utilizados por via inalatória

Salbutamol

Brometo de Ipatrópio

Dipropionato de Beclometasona

Sequência de Inalação

	Fármaco	N. Comercial
Broncodilatadores	Brometo Ipatrópio	Atrovent
	Salbutamol	Ventilan
	Salmeterol	Serevent
Anti-Inflamatórios	Budesonide	Pulmicort
	D. Beclometasona	Beclotaide
	P. Fluticasona	Brisovent
Associações	Fenoterol + B.Ipatrópio	Berodual
	Salbutamol + B.Ipatrópio	Combivent
	Salbutamol + D.Beclometasona	Ventaide
	Salmeterol + P.Fluticasona	Seretaide

Fonte: Pires, 2013

Fármacos

Utilizados por via inalatória

Salbutamol

Brometo de Ipatrópio

Dipropionato de Beclometasona

Sequência de Inalação

	Fármaco	N. Comercial
Antimicrobianos	Colistina	Colomycin
	Tobramicina	TOBI
	Zanamivir	Relenza
Mucolíticos	Acetilcisteína	Fluimucil

Fonte: Pires, 2013

Fármacos

Utilizados por via inalatória

Salbutamol

Brometo de Ipatrópio

Dipropionato de Beclometasona

Sequência de Inalação

- Broncodilatador
- Tempo de ação – 4h
- Início de ação rápido – 5min
- Indicação – Obstrução reversível das vias respiratórias devido a asma, bronquite crónica e enfisema
- Inalador com 200 doses

Fármacos

Utilizados por via inalatória

Salbutamol

Brometo de Ipatrópio

Dipropionato de Beclometasona

Sequência de Inalação

- Broncodilatador
- Início de ação rápido – 3min
- Indicação – manutenção do broncoespasmo associado a asma, DPOC, bronquite crónica e enfisema
- Inalador com 200 doses

Fármacos

Utilizados por via inalatória

Salbutamol

Brometo de Ipatrópio

Dipropionato de Beclometasona

Sequência de Inalação

- Anti-inflamatório, Glucocorticóide
- Início de ação – 30 min
- Indicação – tratamento preventivo da asma
- Higiene oral para prevenção da candidíase oral
- Inalador com 200 doses

Fármacos

Utilizados por via inalatória

Salbutamol

Brometo de Ipatrópio

Dipropionato de Beclometasona

Sequência de Inalação



Conclusão

- O enfermeiro assume um papel de extrema importância no reconhecimento e resolução de intercorrências que possam surgir nos utentes submetidos a terapia inalatória
- É responsável pela monitorização dos utentes para despiste de complicações
- É responsável pela otimização do equipamento utilizado para prevenir infeções e contaminação bacteriana

Bibliografia

- Barreto, C. *et al.* (2000). Normas de terapêutica inalatória. *Revista Portuguesa de Pneumologia,* 5:1-31.
- Cordeiro, M.; Menoita, E. (2014). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas.* Lusociência. Loures.
- Deglin, J. ; Vallerand, A. (2003) – *Guia Farmacológico para Enfermeiros*; 7ª edição; Lusodidacta, Lisboa.
- INALOTERAPIA (apresentação PowerPoint). Jorge Pires, Hospital das Forças Armadas, 2013
- Parente, A; Maia, P. (2013). Aerossolterapia. *Pulmão RJ.* 22(3):14-19
- Rotta, E. *et al.* (2007). Princípios da Inaloterapia na Asma Aguda Infantil. *Revista da AMRIGS*. 51(1):70-77.
- TERAPIA INALATÓRIA (apresentação PowerPoint). Ana Cruz, Hospital Fernando da Fonseca, 2016

Apêndice V – Plano de reabilitação – amputação transfemoral

Plano de exercícios

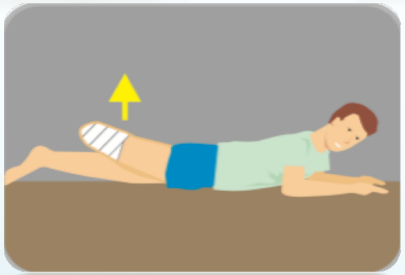
Sr. [redacted]







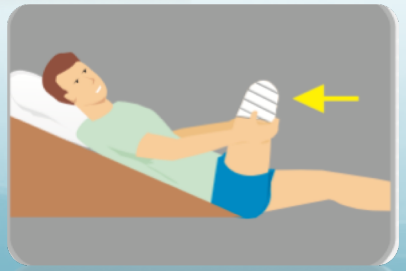




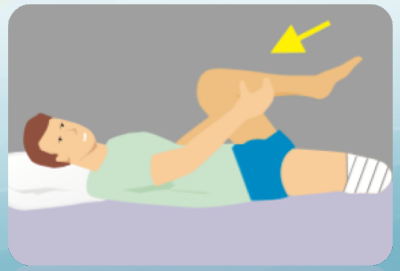














Apêndice VI – Jornais de Aprendizagem

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

7º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação

Jornal de Aprendizagem

Sérgio Pereira Nº1159

LISBOA

2016

O jornal de aprendizagem é um instrumento de registo e reflexão de situações de cuidados vividas em contexto prático, instrumento esse, que através do exercício da procura do significado das experiências vividas e sentimentos, contribui para o enriquecimento do processo formativo e melhoria dos cuidados.

Identificar o que foi feito, como foi feito e o que poderá ou deverá ser alterado na prática é um exercício que deverá ser constantemente realizado, tendo em conta a ambição de uma prática mais completa, rigorosa e que vá de encontro às necessidades das pessoas e aos princípios da profissão.

Considero a utilização de situações concretas da prática, realizando a articulação com a teoria, facilitador e potenciador de um melhor exercício de reflexão e incorporação de aprendizagens.

Refletir sobre a prática de enfermagem, ou seja, pensar de que modo prestamos cuidados é algo fundamental na melhoria da prática, Florence Nightingale defendia que a maior parte das vezes, os maus cuidados de Enfermagem eram mais o resultado de uma falta de reflexão do que uma falta de atenção aos outros (Colliére, 1999).

Para facilitar o processo de reflexão, é utilizado o ciclo reflexivo de Gibbs, tentado desta forma ser o mais explícito e transmitir o mais fielmente a reflexão que desenvolvi, minimizando o risco de desvirtuar, tornar confuso ou distorcer a experiência vivida e consequentes ganhos para a minha futura prática de cuidados.

Passando à descrição da situação: no momento da consulta de enfermagem de reabilitação de uma utente encaminhada para a ECCI e que tinha indicação clínica para iniciar reeducação funcional respiratória, contudo, sem poder no momento aceder ao seu processo clínico informatizado (antecedentes pessoais, registo de internamentos, exames realizados e registos dos profissionais de saúde), tendo em conta que nos encontrávamos na rua e devido à imprevisibilidade da visita, era somente esta a informação que dispunha no momento da consulta, a de que o clínico encaminhou para a ECCI de forma a realizar R.F.R..

Após o inicio da consulta, na qual a utente referia sentir-se bem, relatar que é atenta e rigorosa com a vigilância da sua saúde, que tem um bom suporte familiar e constatar que dispõe de boas condições na sua habitação, passamos à avaliação dos sinais vitais e exame objetivo, no qual a utente se apresentava:

Eupneica; à inspeção: movimentos do tórax simétricos, equimóveis. Não se observando tiragem ou utilização dos músculos respiratórios acessórios.

À palpação, tórax equiresistente com boa expansão respiratória bilateral.

À auscultação com murmúrio vesicular mantido e sem ruídos adventícios, porém, após a auscultação realizada pela enfermeira orientadora, foi-me solicitado que realizasse novamente esta avaliação, sendo que a orientadora identificou que na base pulmonar à esquerda o som era hipofonético e ao realizar uma segunda auscultação, pude constatar isso mesmo.

No momento fiquei com um misto de sentimentos, desde a frustração, passando pelo embaraço e desilusão comigo próprio, *"como é possível eu ainda falhar nestes momentos?", "pensava que já estava com capacidade para prestar cuidados de reabilitação de forma autónoma!"*

Seguindo o ciclo de Gibbs e fazendo uma avaliação do que foi bom e mau nesta experiência, posso identificar como negativo, a minha desatenção e até um ligeiro excesso de confiança, o qual nunca se justifica e muito menos numa fase tão prévia do meu desenvolvimento enquanto EEER e de certa forma a minha limitação em lidar com o erro, tendo em conta que a situação me condicionou a restante consulta.

Como positivo nesta situação, retiro o exemplo e a aprendizagem que pude desenvolver com o acompanhamento da Enf.ª orientadora, a atenção ao detalhe, o foco no trabalho e a capacidade de comunicar. Cunha *et. Al.* (2010) defende que as características pessoais dos enfermeiros supervisores são aspectos fundamentais no sucesso da supervisão, a empatia, autoestima positiva, facilidade no relacionamento interpessoal, saber ouvir, capacidade de observação, análise e boa comunicação (feedback).

Realizando uma análise ao episódio que relatei, posso identificar a necessidade de aprimorar o pensamento crítico, o deficit de pensamento crítico é algo que está presente na ocorrência de erros, fatores como falta de método ou prática, a desatenção ao detalhe, a necessidade de obter respostas rápidas, são obstáculos ao pensamento crítico.

Neste caso em específico, o facto de a utente ter sido encaminhada para a realização de RFR, e o facto de não ter disponível os meios complementares de diagnóstico, indicava um fator de alerta para a necessidade de uma observação geral e auscultação ainda mais minuciosa.

Cerullo & Cruz (2010) defendem que o pensamento crítico envolve algumas habilidades e atitudes necessárias ao desenvolvimento do raciocínio clinico e tendo em conta que o raciocínio clinico é fundamental para melhorar a técnica e os métodos da prática de cuidados à pessoa/cuidador/família/comunidade, é de suma importância refletir sobre de que forma conseguimos melhorar a prática, o que nos condiciona ou limita e qual o caminho a seguir de forma a atingirmos uma prestação de cuidados efetiva (eficaz e eficiente).

A avaliação, é fundamental na prática e diferenciação dos cuidados do EEER, a auscultação, como parte integrante do processo de avaliação deverá ser realizada o mais completa, atenta e objetiva possível, serve este episódio e reflexão para a melhoria da minha prática, não só na técnica de auscultação pulmonar em específico, mas em todo o processo de avaliação do utente.

Nesta fase de desenvolvimento pessoal e profissional, sinto vocação para esta nova realidade, competência e ambição, contudo, é fundamental uma constante atenção na identificação de um ou outro aspecto da minha prática, suscetível de correções e melhorias, que me permita no futuro desenvolver uma prestação de cuidados de excelência.

- Cerullo, J. & Cruz, D. (2010). Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 18 (1). Acedido em 11/11/2016. Disponível em http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4129/5031.

- Collière, M. (1999). *Promover a Vida*. (M.L.B. Abecasis, Trad.) Lisboa: Lidel. (tradução do original do francês Promouvoir la vie, 1996).

- Cunha, M. et al (2010). Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura. *Revista do IPV*. 38. 271-282.

Reflexão Sérgio Pereira 15.10.16

Na sequência da sugestão feita pela docente orientadora de apresentar uma reflexão sobre um tema à escolha que me tenha de alguma forma marcado e que seja relacionado com a área da saúde, optei por abordar o relato de uma situação ocorrida com outros grupos de profissionais de saúde, mas que pode ser transportado para a prática profissional dos enfermeiros.

Trata-se de um artigo que aborda a responsabilização e implicações legais, que são alvo de reflexão, conteúdo, gestão de introduzir o tema das implicações morais e responsabilidade moral das ações por nós desenvolvidas no decorrer do exercício da atividade profissional.

Passo a descrever o caso presente na publicação analisada: O Dr. X., médico de clínica geral que presta assistência à família Pernuche, observa, em 17 de Abril de 1982, na filha do casal, de quatro anos de idade, uma erupção cutânea associada à rubéola.

Em 10 de Maio de 1982, o Dr. X. examina o mesmo tipo de erupção na Sra. Pernuche.

A Sra. Pernuche informa-o de que julga estar grávida e que deseja interromper a gravidez no caso de lhe ser diagnosticada rubéola, doença infeciosa e contagiosa que pode originar graves malformações no feto quando afecta uma mulher não imunizada.

O Dr. X. prescreve a realização de um teste de rastreio de anticorpos associados à rubéola.

O teste realizado em 12 de Maio de 1982, no laboratório de biologia médica de Yerres, dá resultado negativo e confirma a existência de gravidez.

O Dr. X. prescreve a repetição do teste quinze dias mais tarde, sendo o teste realizado no mesmo laboratório e revelando, desta vez, a presença dos anticorpos.

Perante os resultados contraditórios obtidos, o laboratório dando cumprimento à regulamentação existente na matéria, procede a nova análise da amostra sanguínea inicialmente colhida. O resultado desta análise de controlo é idêntico ao obtido na sequência da segunda colheita efectuada.

Conclui-se que a Sra. Perruche está imunizada contra a rubéola, sendo o carácter positivo das duas colheitas e a estabilidade da taxa de anticorpos sinais de uma infecção já antiga, insusceptível de afetar a criança que vai nascer.

A 14 de janeiro de 1983, a Sra. Perruche dá à luz um menino a quem chama Nicolas.

Um ano depois Nicolas apresenta problemas neurológicos e sequelas (surdez, retinopatia, cardiopatia, atraso mental) que parecem ter sido originados por rubéola contraída durante o período intersticial.

Em 13 de de Setembro de 1998, a pedido do casal Perruche, um perito atesta ser este o caso, que o resultado da análise de controlo devem-se a um erro do laboratório e que o médico revelou ausência de zelo crítico ao analisá-lo.

O artigo relata com pormenor as consequentes acções e procedimentos judiciais, os avanços e recuos em todo o processo judicial que considero adequado colocar para segundo plano, tendo em conta o objetivo desta reflexão.

Toda esta situação me faz reflectir sobre as consequências das nossas acções enquanto profissionais diferenciados numa área, diferenciação essa que implica uma total dedicação, profissionalismo, concentração e segurança na prática que desenvolvemos.

Todos os dias somos confrontados com a necessidade de tomar decisões e por vezes, quer seja por excesso de confiança em lidar com uma situação recorrente no nosso quotidiano profissional, o que evidentemente nos pode levar para uma menor atenção aos pormenores e à relevância de alterações que implicam consequências na vida das pessoas que confiam no nosso trabalho; quer seja por insegurança e falta de conhecimento de uma área em específico, o que aliado ao medo de errar, de fazermos pouco pelo pouco tendo junto das pessoas a quem prestamos cuidados, bem como na relação com os pares; tomamos decisões que carecem de mais ponderação, reflexão e certeza.

Na minha prática profissional, já tive a oportunidade de me confrontar com situações em que tive de dar uma resposta imediata, julgo ter sido sempre capaz de colocar as inseguranças e o ego para segundo plano e refletir a prática rotineira da minha atuação enquanto profissional, tentando que a minha atuação enquanto profissional de saúde, afetuada de maior ou menor conhecimento numa qualquer área, possa ser segura. Não quero com isto demonstrar superioridade moral ou intelectual e/ou arrogância, tendo em conta a atuação do médico e dos profissionais do laboratório do caso descrito anteriormente, até porque, e como dizia um enfermeiro com quem tive a oportunidade de aprender enquanto aluno da licenciatura "os erros e os acidentes acontecem a qualquer um, vamos trabalhar e desenvolver estratégias para que isso aconteça o menos possível e idealmente nunca",

e essas estratégias podem passar por dedicação, estudo, mas sobretudo por um profundo conhecimento das nossas limitações, não só como profissional, mas também como pessoa.

A responsabilidade moral que temos enquanto profissionais e como colegas é algo que deve estar sempre presente na nossa prática, julgo que se as consequências morais nos preocuparem tanto quanto as consequências legais, teremos uma melhor prática.

Enf.º Sérgio Teixeira

Apêndice VII – Formação “Alteração da Deglutição – segurança do doente na alimentação”

= Alteração da Deglutição =
segurança do doente na alimentação

Enfº Sérgio Pereira
Enfº Paulo Mendes
Docente: Prof. Dra. Vanda Marques Pinto
Orientadora: Enfª Mariana Iatisin

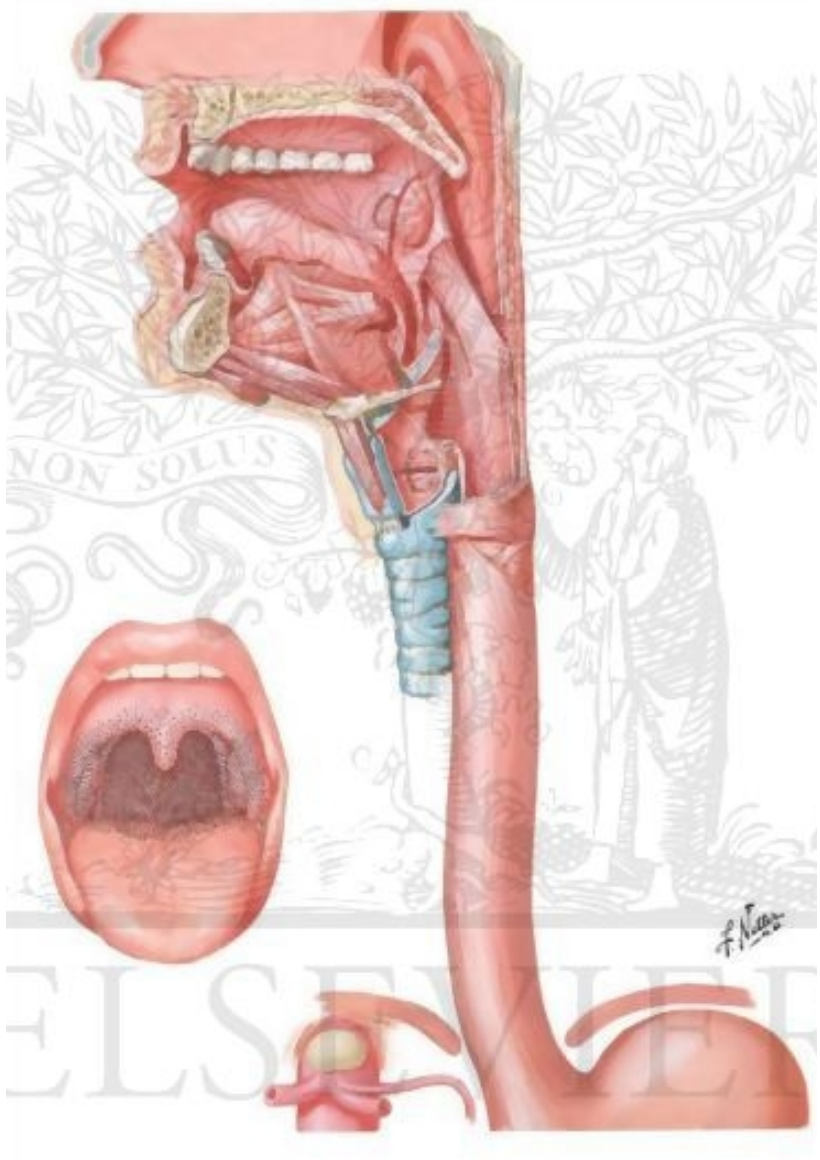
Deglutição

Processo

Alterações

Complicações

- Processo complexo
  - controlo cerebral
  - feixes nervosos
  - funcionamento muscular
- Cérebro
  - centro cortical da deglutição - cortéx pré-frontal
  - centro medular da deglutição - formação reticular do tronco cerebral.



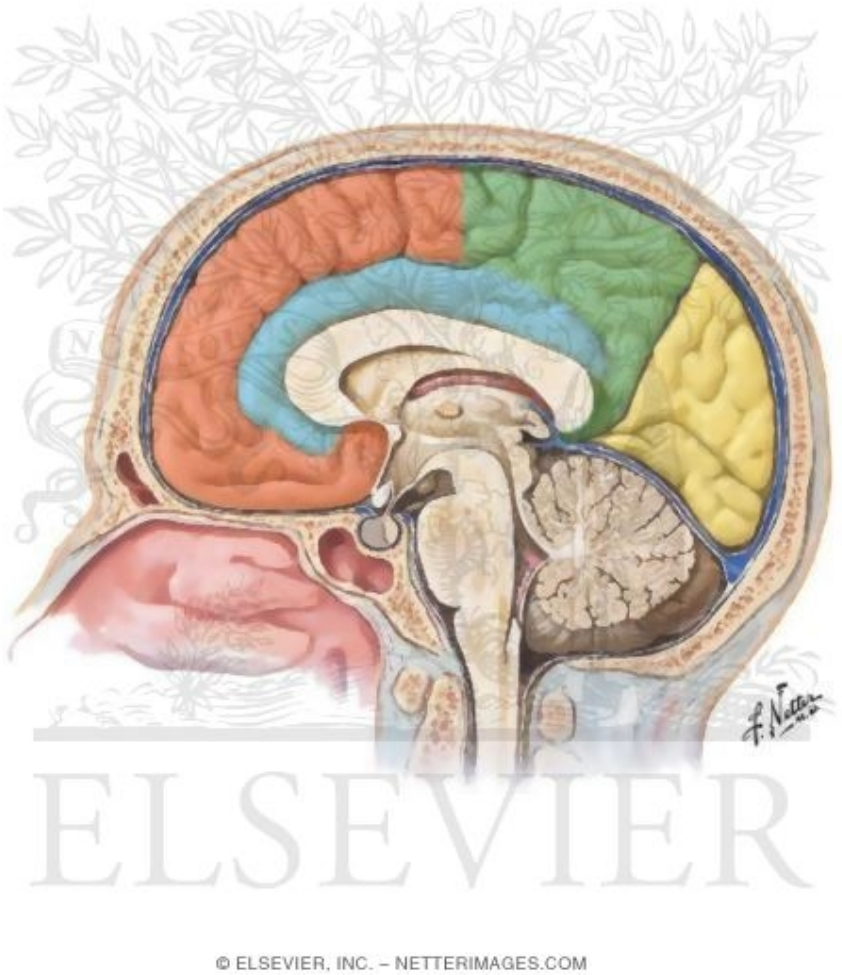
Deglutição

Processo

Alterações

Complicações

- O inicio voluntário da deglutição ocorre :
  - **lobo frontal /giro pré-frontal** (motor) - coordenação e sincronização dos movimentos
  - **lobo parietal** (sensitivo) - consistência do bolo alimentar
  - **giro singulado anterior** - regula as funções autonómicas do sistema nervoso autónomo.
  - **lobo da ínsula** (integrador) - modela a deglutição de acordo com o paladar e a sensibilidade da língua
  - **bulbo** - centro reflexo da deglutição e o
  - **cerebelo** - tónus e a coordenação dos movimentos
  - **mesencéfalo** - coordenação das estruturas



Deglutição

Processo

Alterações

Complicações

Etiologia

- **Neurogénica**
  - Acidente vascular cerebral (27-80%)
  - Parkinson (35-82%)
  - Esclerose Múltipla (33-75%)
  - Demências/Alzheimer (24-50%)
  - Doenças neurónio motor (até 70-90%)
- **Mecânica**
  - Alterações congénitas (sem dados)
  - Lesões estruturais decorrentes de cirurgias (3.6-10%)
  - Relacionadas com Intubação traqueal (3-62%)
  - Processos oncológicos cabeça/pescoço (28-72%)
  - Radioterapia (dados muito variáveis)
  - Processos agudos inflamatórios e infecciosos (sem dados)

Carvalhal (2013)

Deglutição

Processo

Alterações

Complicações

Etiologia

- **Decorrentes da idade**
  - Idade ≥ 75anos (45% s/ outros fatores de risco – 70-90% com outros fatores de risco)
- **Psicogénica**
  - Doença mental (9-42%)
- **Induzida por drogas** (sem dados/ mecanismos variáveis)
  - Sedativos
  - Diuréticos
  - Relax. Musculares
  - Antipsicóticos
  - Antibióticos

Carvalhal (2013)

Deglutição

Processo

Alterações

Complicações

Relacionado com alterações:

- Consciência/Atenção
- Coordenação
- Força muscular
- Sensibilidade
- Campos visuais
- Perceção
- Comportamentos impulsivos



Reflexo de deglutição presente não é suficiente para uma deglutição segura

Disfagia

Deglutição

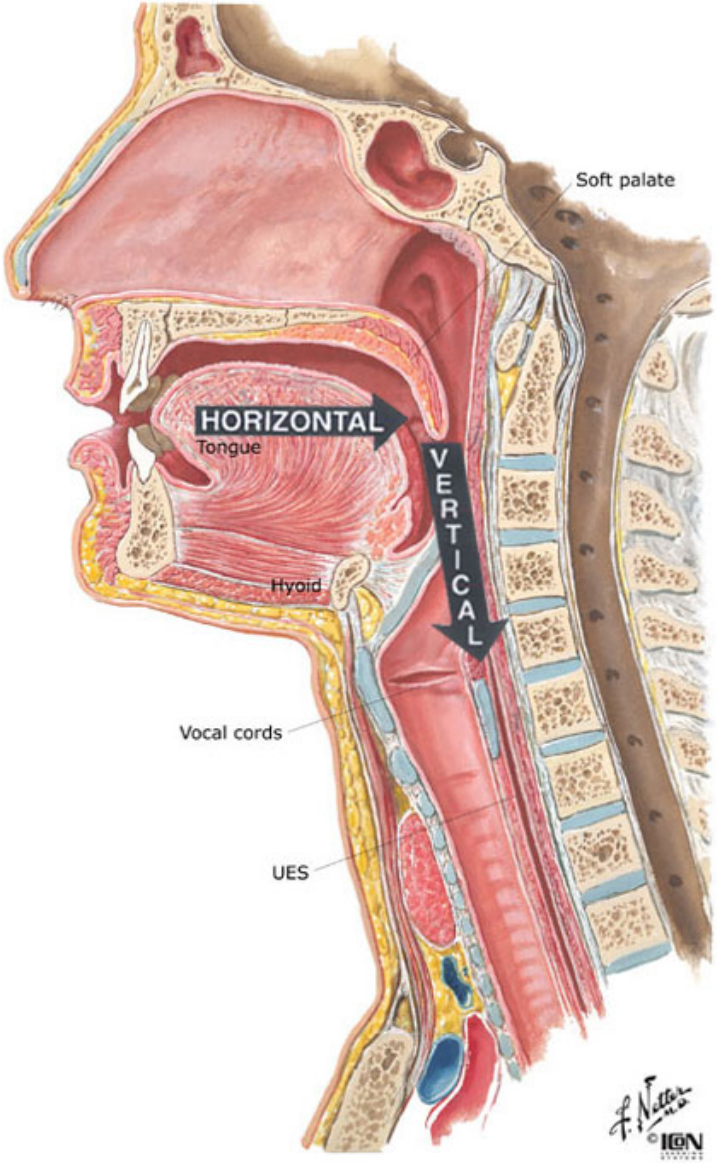
Processo

Alterações

Complicações

Pode estar presente em vários níveis:

- Dificuldade em mastigar
- Incapacidade para deglutir:
  - líquidos de forma segura
  - sólidos de forma segura



42% a 72% nos primeiros 3 dias pós AVC

- 50% dos doentes aspiram
- 1/3 desenvolvem pneumonia

20 a 30% aspiração silenciosa das pessoas com disfagia

(Donovan, NJ et al, 2013)

Deglutição

Processo

Alterações

Complicações

- Desnutrição
- Desidratação
- Aspiração
- Pneumonia
- Morte



Aumento do tempo de internamento

Maior dependência na altura da alta

Pares cranianos – deglutição

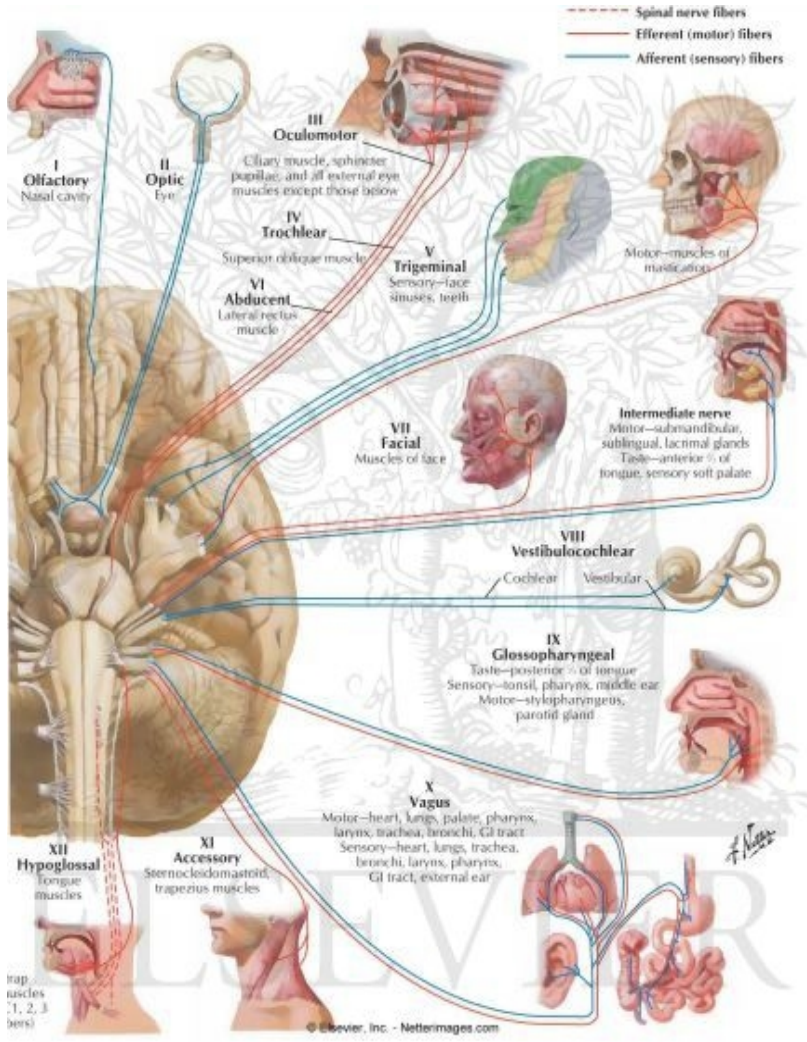
Enfermeiro E. E. Reabilitação

Avaliação

Intervenções

Outras intervenções

- **V (trigémio)**
  - função sensitiva - maxilar e mandíbula
  - função motora - músculos mandibulares
- **VII (facial)**
  - função motora - expressões faciais
  - função autonómica parassimpática - glândulas salivares
  - função sensitiva - paladar (2/3 anteriores da língua)
- **IX (glossofaríngeo)**
  - função sensitiva - paladar (1/3 posterior da língua), palato e úvula
  - função motora - músculos da faringe
- **X (vago)**
  - função sensitiva - faringe e laringe
- **XI (espinhal)**
  - função motora - esternocleidomastóideu
- **XII (hipoglosso)**
  - função motora - músculos da língua



© ELSEVIER, INC. – NETTERIMAGES.COM

Nota: Os pares cranianos **IX, X, XI de XII** têm a sua origem no **bulbo**, pelo que uma pessoa com uma lesão neurológica a este nível, provavelmente desenvolverá uma alteração da deglutição.

Processo de deglutição

Enfermeiro E. E. Reabilitação

Avaliação

Intervenções

Outras intervenções

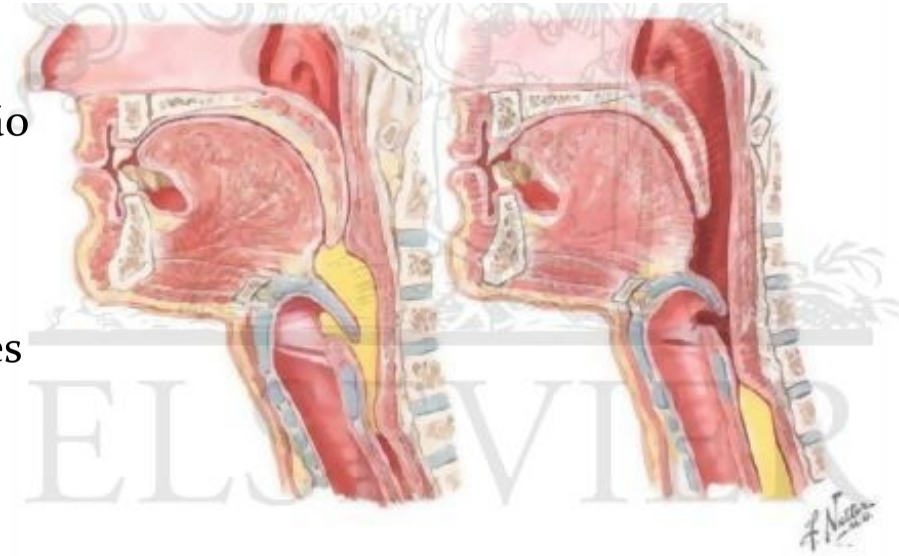
Divide-se em quatro fases:

- **Fase oral preparatória**
  - alimentos são mastigados, triturados e envolvidos com a saliva
  - pares cranianos V, VII e XII
- **Fase oral**
  - movimento da língua para empurrar o bolo alimentar para a orofaringe, a língua sobe contra o palato duro e a extremidade da língua empurra os alimentos para a zona posterior.
  - pares cranianos V, VII e XII

Processo de deglutição

Divide-se em quatro fases:

- **Fase faríngea**
  - o palato mole sobe encerrando a nasofaringe, a língua faz uma retropulsão e os músculos constritores da faringe contraem-se de cima para baixo, empurrando o bolo alimentar para o esófago
  - há adução das cordas vocais, o osso hióide e a laringe sobem e anteriorizam-se permitindo que a epiglote feche a glote
  - a esfíncter esofágico abre permitindo a progressão do bolo alimentar
- **Fase esofágica**
  - progressão do bolo alimentar pelo esófago através dos movimentos peristálticos



© ELSEVIER, INC. – NETTERIMAGES.COM

https://www.youtube.com/watch?v=pNcV6yAfq-g

Avaliação do processo de deglutição

Enfermeiro E. E. Reabilitação

Avaliação

Intervenções

Outras intervenções

- videofluoroscopia
- avaliação direta à "cabeceira do doente"
  - necessário que se mantenha vígil espontaneamente pelo menos durante 15 minutos seguidos

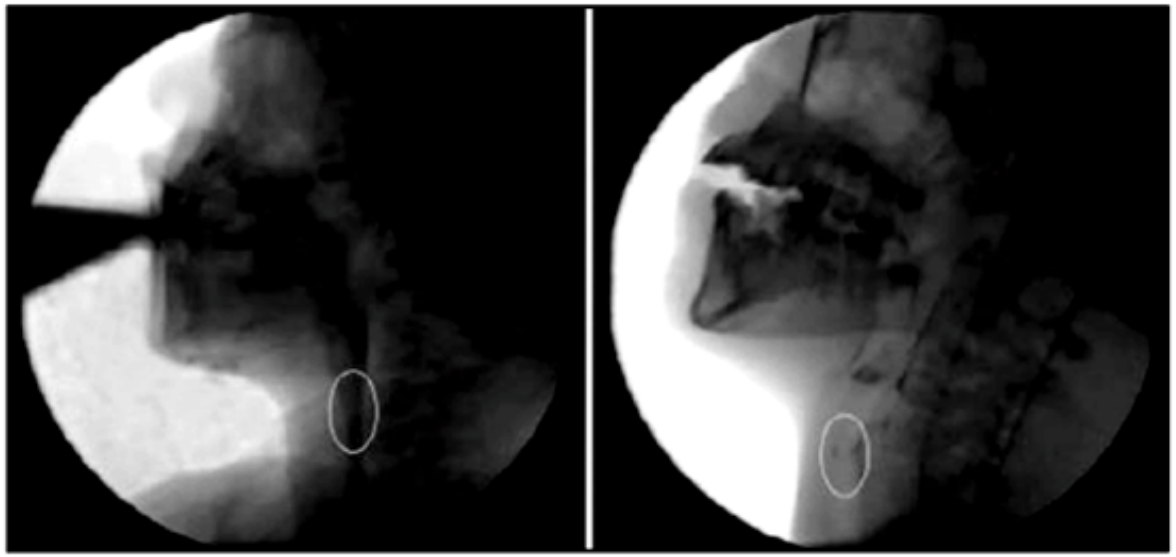


Fig 2. Imagem fluoroscópica mostrando o momento da deglutição normal (à esquerda) e o momento da deglutição com aspiração traqueal (à direita).

http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2003000400016

Avaliação da deglutição

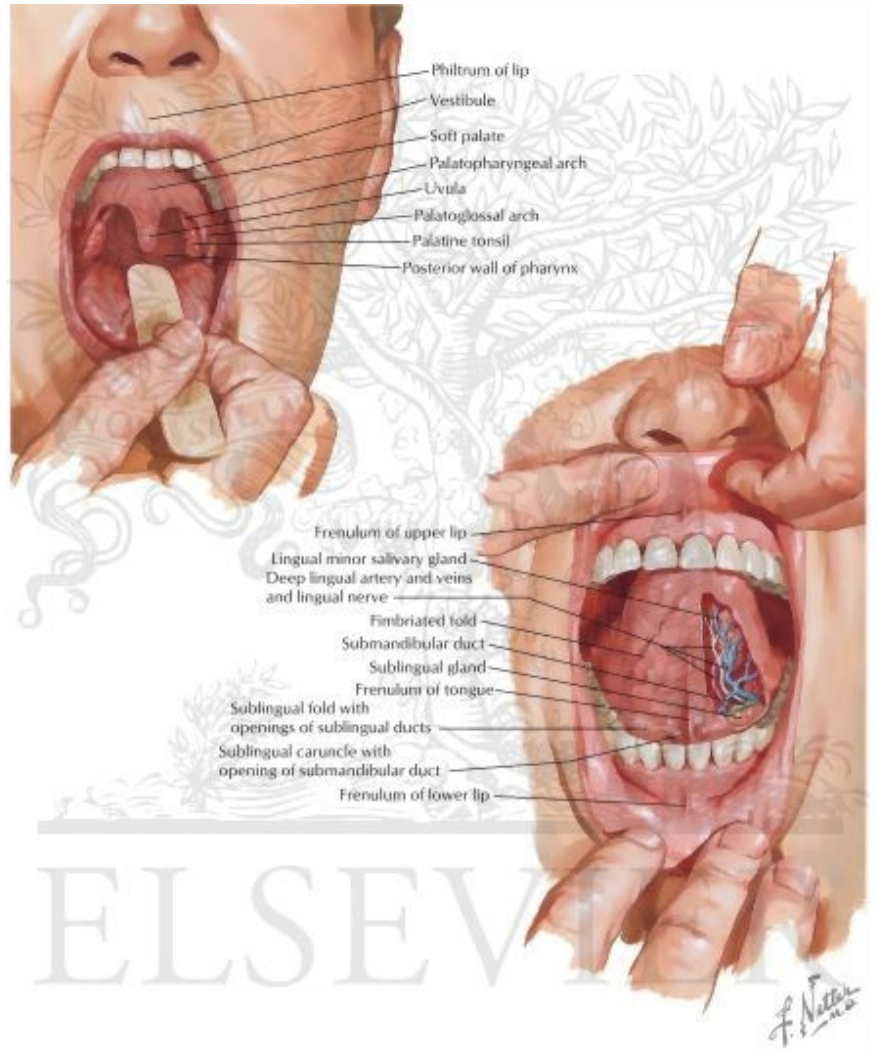
Enfermeiro E. E. Reabilitação

Avaliação

Intervenções

Outras intervenções

- Estado de consciência
- Avaliar o controlo da cabeça sentado
- Avaliar a simetria facial
- Observar os lábios quanto a cor, simetria, e humidade
- Pedir ao doente para fechar os lábios firmemente
- Pedir ao doente para abrir a boca e verificar a simetria interna
- Observar a mucosa oral
- Inspeccionar o número e o estado geral dos dentes - São necessários pelo menos dois incisivos e dois molares em oposição para a mastigação adequada
- Inspeccionar a faringe quanto à cor, edema e ulcerações
- Verificar o ajustamento de próteses dentárias



Avaliação da deglutição

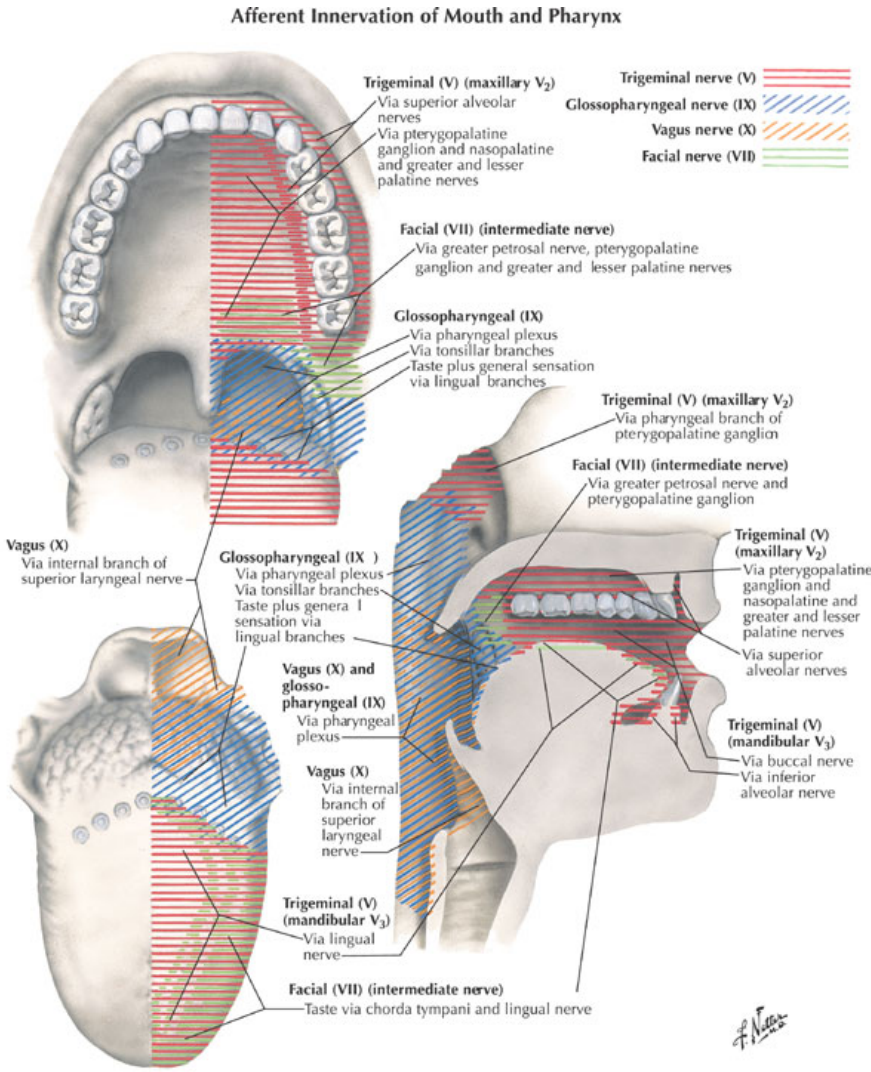
Enfermeiro E. E. Reabilitação

Avaliação

Intervenções

Outras intervenções

- Testar o XII par craniano: movimentos da língua dentro e fora da boca
- Testar o IX e X pares cranianos: pedir ao doente para dizer "ah", verificar se o palato mole e a úvula se elevam, verificar se existe desvio da úvula, verificar o reflexo do vómito
- Testar a eficácia e simetria do V par craniano pedindo ao utente para cerrar os dentes e palpar a contracção do masséter. Testar a componente sensorial pedindo ao doente para identificar sensações leves e intensas em ambos os lados da face, bochechas e testa
- Testar o VII par craniano, pedir ao doente para cerrar os dentes, sorrir, encher as bochechas com ar e assobiar, verificar assimetrias da face. A nível sensitivo pedir para o doente identificar sabores
- Testar o XI par craniano, pedir ao doente para elevar os ombros, palpando em simultâneo o esternocleidomastoideu
- Verificar a voz do doente
- Dar 10 ml de água 3 vezes ao doente, (de preferência contra a bochecha)
- Verificar o tempo que o doente demora a deglutir, se tosse ou se fica com a voz encharcada.



Avaliação da parésia facial

Enfermeiro E. E. Reabilitação

Avaliação

Intervenções

Outras intervenções

- Desvio da comissura labial
- Apagamento do sulco nasogeniano
- Parésia facial
  - central - presente no andar inferior
  - periférica - presente no andar superior e inferior (parésia dos músculos frontal e o orbicular do olho)

Técnicas compensatórias

Enfermeiro E. E. Reabilitação

Avaliação

Intervenções

Outras intervenções

- Sentar o doente
  - costas direitas
  - ligeira flexão do pescoço (anula-se os efeitos da gravidade e permeabiliza-se a via digestiva)
- Após tentar com água
  - oferecer alimentos pastosos em pequenas quantidades
- Confirmar se os lábios estão cerrados
- Extensão cervical
  - facilitar a deslocação dos alimentos ao longo da cavidade oral
- Rodar a cabeça para o lado afectado
  - adução das pregas vocais do lado afectado
  - encerra a faringe do lado para o qual a cabeça esta rodada
- Rodar a cabeça para o lado são
  - gravidade dirige os alimentos para o lado mais funcional da faringe

Mudanças voluntárias na deglutição

Enfermeiro E. E. Reabilitação

Avaliação

Intervenções

Outras intervenções

- Aumentar a sensibilidade pelo aumento da estimulação térmica/paladar
  - promover uma maior consciência/controlo do processo
  - colher de inox
  - comida mais quente ou mais ácida
- Manobra de valsava
  - encerra a glote, engole e tosse
- Manobra de Mendelson
  - aumento do tempo de elevação faríngea e da abertura do esfíncter esofágico superior
- Deglutição supraglótica
  - engolir em apneia e tosse na expiração
- Deglutição múltipla
  - "apneia, engole, engole, respira"
- Manobra de Saker
  - deitado sem almofada - levantar a cabeça e olhar os próprios pés sem tirar os ombros da cama
- Manobra de Masako
  - engolir com a língua entre os dentes
- Orientar o doente em cada fase
  - lembrando-o ou "fazendo com ele" cada exercício.



https://www.emaze.com/@AQWOTLT/Presentation-Name

Exercícios

- Exercícios de fonação: “Tá”, Pá”, “Cá”.
- Exercícios faciais
  - sorrir,
  - assobiar
  - encher a boca com ar
  - depressão do lábio inferior
  - mandar ar fora

Enfermeiro E. E. Reabilitação

Avaliação

Intervenções

Outras intervenções

Enfermeiro E. E. Reabilitação

Avaliação

Intervenções

Outras intervenções

- Verificar a acumulação de comida na boca
- Monitorizar tosse e outros sinais de aspiração
  - Tosse
  - Cianose
  - Lacrimejo
  - Sensação de bolo ou nó na garganta
  - Alteração nos sons respiratórios
  - Dor torácica durante a alimentação
  - Dispneia
  - Gorgolejo à auscultação
  - Esforço respiratório
  - "Fazer caretas"
  - Saída de saliva pela boca
  - Aumento de secreções
  - Regurgitação nasal
  - Rubor facial
  - Movimentos excessivos da língua
  - Dessaturação de cerca de 3%

Enfermeiro E. E. Reabilitação

Avaliação

Intervenções

Outras intervenções

- Evitar / Ter cuidado com palhinhas
- Atenção ao copo "meio cheio"
  - utilizar copos recortados ou manter sempre o copo cheio para evitar a hipertextensão do pescoço ao beber
- Não fazer avaliação da deglutição com leite ou derivados
  - em caso de aspiração estes provocam secreções mais espessas
- Limitar a quantidade de alimento fornecido
- Monitorizar a desidratação ou perda de peso
- Permitir tempo extra para a alimentação
- Evitar distrações durante a alimentação

Enfermeiro E. E. Reabilitação

Avaliação

Intervenções

Outras intervenções

- Evitar misturar alimentos com duas consistências
- Atenção aos alimentos que se liquidifiquem rapidamente, como por exemplo a gelatina
- Estar mais atento à ingestão de arroz e água
  - maior risco de aspiração
- Exercícios de fonação
- Encorajar o doente a realizar os exercícios orais e faciais
- Colocar a comida no campo visual do doente
- Colocar a comida onde o doente consiga alcançar
- Dar a comida e os líquidos lentamente e em pequenas quantidades
- Manter o doente com a cabeceira elevada 30 a 45 min. Após as refeições
- Nunca deixar o doente sozinho

NOTAS

Enfermeiro E. E. Reabilitação

Avaliação

Intervenções

Outras intervenções

- Balanço azotado negativo
  - degrada mais proteínas do que as ingere
- Produzimos 1 a 1,5L de saliva
  - doentes com paresia facial que "se babam muito" têm disfagia com certeza para líquidos
  - evitar decúbito dorsal com cabeceira baixa
- Utilização de espessante
  - a quantidade para obter uma consistência tipo néctar, mel ou pudim depende das instruções de cada fabricante
- Doente com Traqueostomia
  - insuflar cuff = fechar via aérea

-Alimentação em doentes com disfagia fornecida pelo ENFERMEIRO-

BIBLIOGRAFIA

- Carvalhal, Alexandra (2013). Segurança do Doente à Alimentação – Intervenção de Enfermagem na Capacidade de Deglutição. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Tese de Mestrado. Lisboa

- Hoeman, S.P. (2008) – Enf*ermagem de Reabilitação - Prevenção, intervenção e resultados esperados.* (4ª Edição), Loures: Lusodidacta.

- Menoita, E.C. (2014) – Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC – Contributos Para um Envelhecer Resiliente. Loures: Lusociência

- Unidade Curricular de Enfermagem de Reabilitação II (aula alterações deglutição) Enfº. Ricardo Braga, ESEL, 2016

- https://www.emaze.com/@AQWOTLT/Presentation-Name
- https://www.netterimages.com/
- https://www.youtube.com/watch?v=_Bb8V4IQORM


TRACHEA! What's up DOG?
hello esophagus.
Dude. Here comes some water, you're up, man.
No thanks, I don't drink.
©2014 The Awkward Yeti
theAwkwardYeti.com
Don't be such a square, guy! Loosen up!
I don't think you understand what I'm saying.
DRINK! DRINK! DRINK!
ACK AH GRGLL
theAwkwardYeti.com

Apêndice VIII – Formação “Pessoa com Patologia da Anca – processo de reabilitação”

PESSOA COM PATOLOGIA DA ANCA

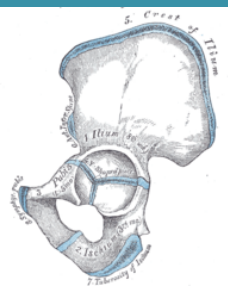
= PROCESSO DE REABILITAÇÃO =

Paulo Mendes . Sérgio Pereira

Orientador: [redacted]

Docente: Prof.ª Dra. Vanda Marques Pinto

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



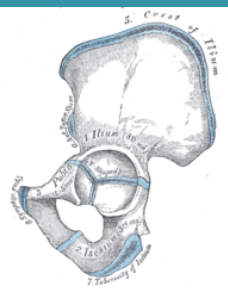
Patologia da Anca

Coxartrose

Fraturas da extremidade proximal do fémur

- Doença degenerativa da articulação coxo-femoral
- Agravamento progressivo
  - capacidade funcional
  - qualidade de vida
  - impacto relevante a nível familiar, social e económico
- Tratamento conservador é por vezes ineficaz
- Cirurgia
  - prótese total da anca
  - internamento numa unidade hospitalar

(Melo, 2009)



Patologia da Anca

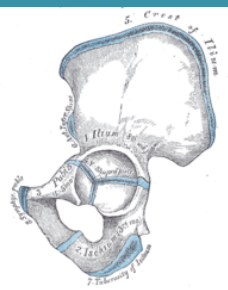
Coxartrose

Fraturas da extremidade proximal do fémur

- Quebra na continuidade da epífise proximal do fémur
- Pode ocorrer em 3 zonas anatómicas distintas:
  - colo
  - região trocantérica
  - região subtrocantérica

- Fratura da epífise proximal do fémur
  - mortalidade e morbilidade, aumenta com a idade e com as doenças associadas
  - causa mais comum de morte traumática depois dos 75 anos

(DGS 2003)



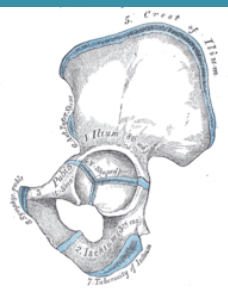
Patologia da Anca

Coxartrose

Fraturas da extremidade proximal do fémur

- As fraturas trocantéricas e as fraturas do colo do fémur
  - caucasianos
  - mulher após a menopausa
  - picos de incidência na sétima e oitava década de vida

- O índice de mortalidade e morbilidade são elevados
  - apenas 50% dos idosos retomam a sua função anterior
  - ao fim de 6 meses 17-30% vêm a falecer



Patologia da Anca

Coxartrose

Fraturas da extremidade proximal do fémur

Classificação

- Intra-capsulares

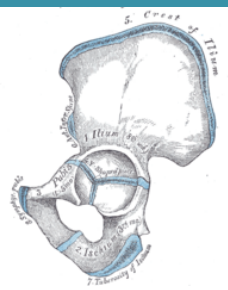


Fonte: Fernandes (2016)

- Extra-capsulares



Fonte: Fernandes (2016)

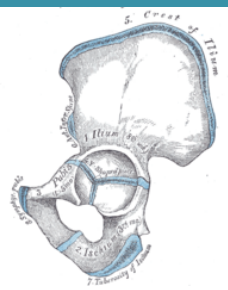


Patologia da Anca

Coxartrose

Fraturas da extremidade proximal do fémur

- Clínica
  - Dor região inguinal
  - Impotência funcional
- Intra-capsulares
  - Rotação externa (ligeira)
- Extra-capsulares
  - Rotação externa
  - Encurtamento



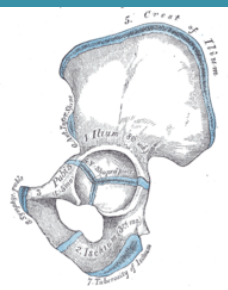
Patologia da Anca

Coxartrose

Fraturas da extremidade proximal do fémur

O tratamento cirúrgico – **objetivos**

- evitar as complicações da pseudoartrose
- evitar a necrose avascular da cabeça femoral
- minimizar o repouso absoluto e a elevada morbilidade associada
- acelerar o processo de reabilitação funcional
- diminuir a mortalidade



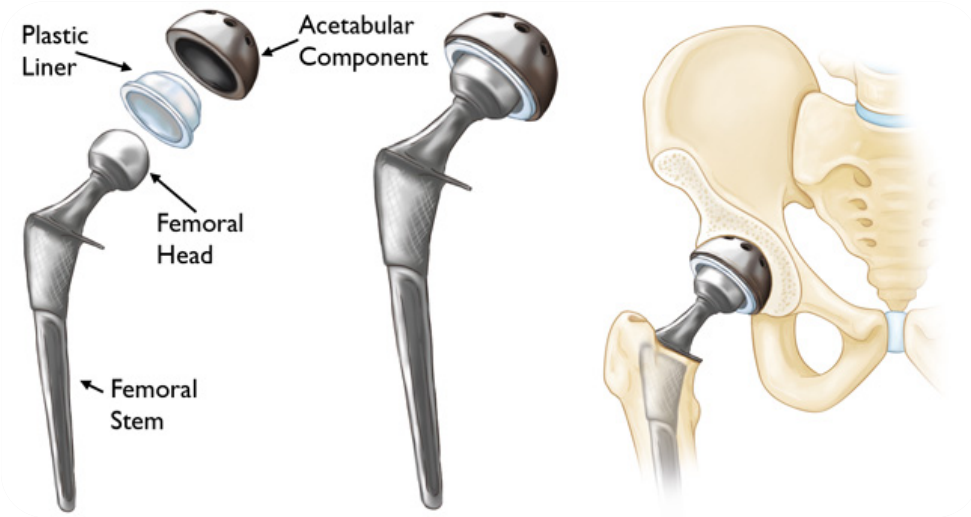
Tratamento Cirúrgico

Artroplastia Total da Anca

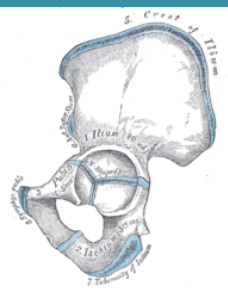
Osteossíntese

- Substituição total da articulação coxo-femural, por materiais artificiais
- Implante constituído por duas peças
  - uma que se destina a substituir a cabeça do fémur
  - outra substitui o acetábulo

(Filipe, Afonso e Lima, 2007)



Fonte: https://orthoinfo.aaos.org/pt/treatment/artroplastia-total-de-quadril-total-hip-replacement/



Tratamento Cirúrgico

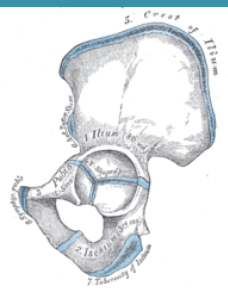
Artroplastia Total da Anca

Osteossíntese

- Causas mais frequentes de dor e disfunção da anca e que estão na origem da maioria das indicações para a ATA

  - grande incidência na população idosa
  - osteoartrose primária ou secundária
  - osteonecrose da cabeça femoral
  - doença inflamatória da anca
  - fratura do colo do fémur

(DGS, 2013)

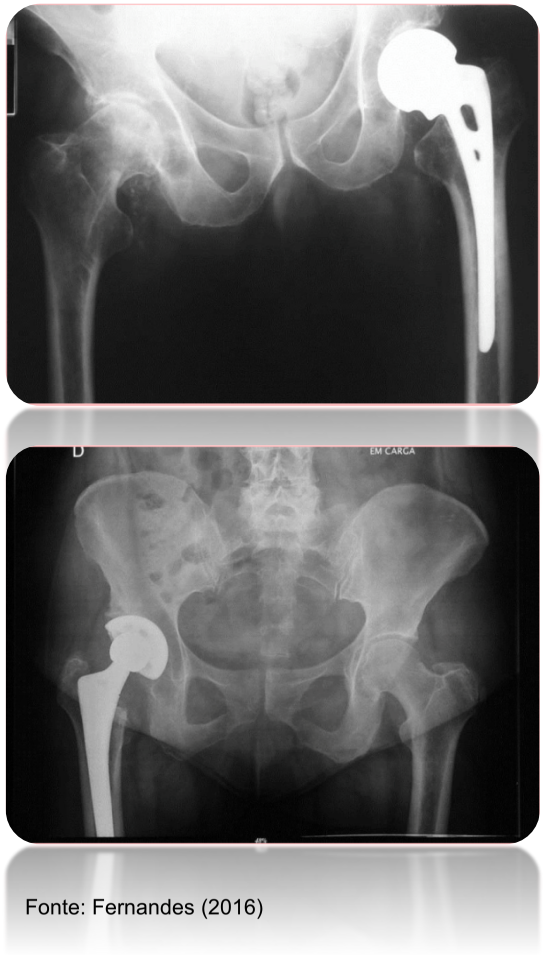


Tratamento Cirúrgico

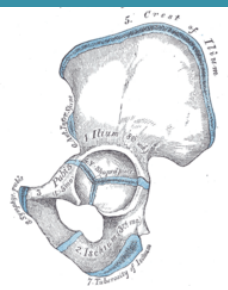
Artroplastia Total da Anca

Osteossíntese

- Cefálica
- Total
- Cimentada
- Não cimentada
- Hibrida



Fonte: Fernandes (2016)



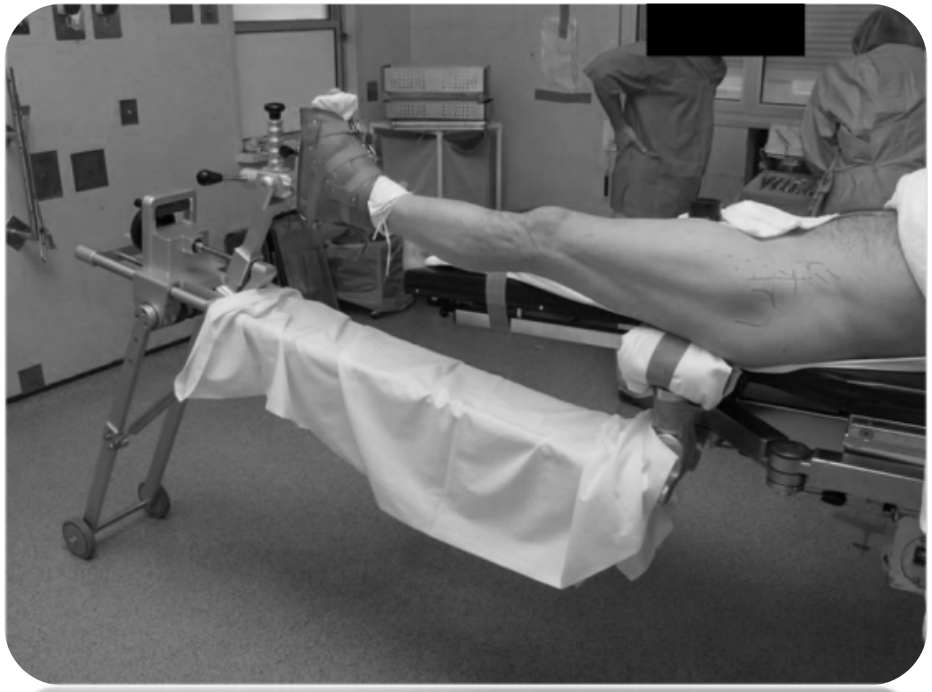
Vias de Abordagem

- **Anterior**
- A cabeça fémoral luxa anteriormente
  - flexão superior a 90º + abdução + rotação externa

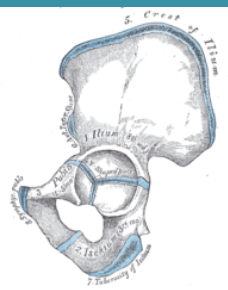
Tratamento Cirúrgico

Artroplastia Total da Anca

Osteossíntese



Fonte: Fernandes (2016)



Tratamento Cirúrgico

Artroplastia Total da Anca

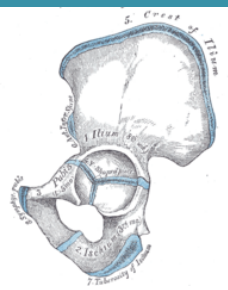
Osteossíntese

Vias de Abordagem

- **Posterior ou de Moore**
- A cabeça femoral luxa posteriormente
  - flexão superior a 90º + Rotação interna + adução (para além da linha média do corpo



Fonte: Fernandes (2016)



Tratamento Cirúrgico

Artroplastia Total da Anca

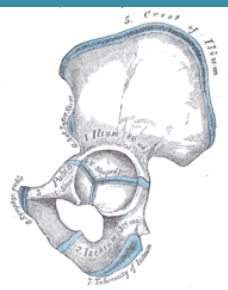
Osteossíntese

Vias de Abordagem

- **Posterior ou de Moore**
- Vantagens:
  - Boa exposição canal femoral a acetabular
  - Tempo cirúrgico curto
  - Menor probabilidade de hemorragia
- Risco de estiramento ou compressão do nervo ciático aquando da colocação dos afastadores, podendo levar ao aparecimento do pé equino



Fonte: Fernandes (2016)



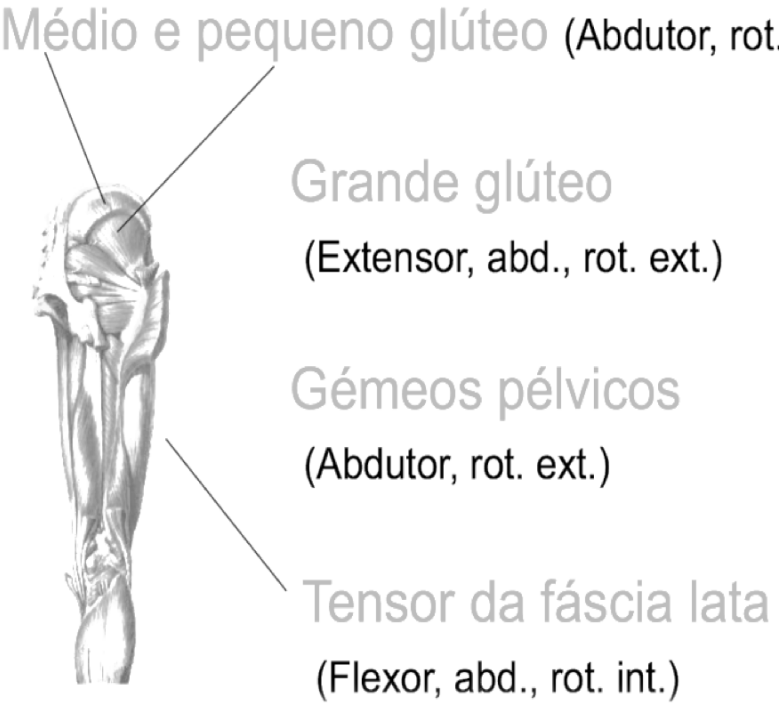
Vias de Abordagem

- **<u>Posterior ou de Moore</u>**
- Músculos estirados

Tratamento Cirúrgico

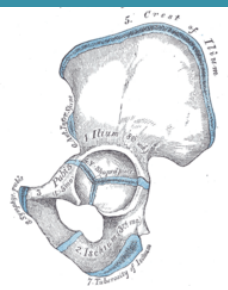
<u>Artroplastia Total da Anca</u>

Osteossíntese





Fonte: Fernandes (2016)



Vias de Abordagem

- **Posterior ou de Moore**
- Músculos seccionados

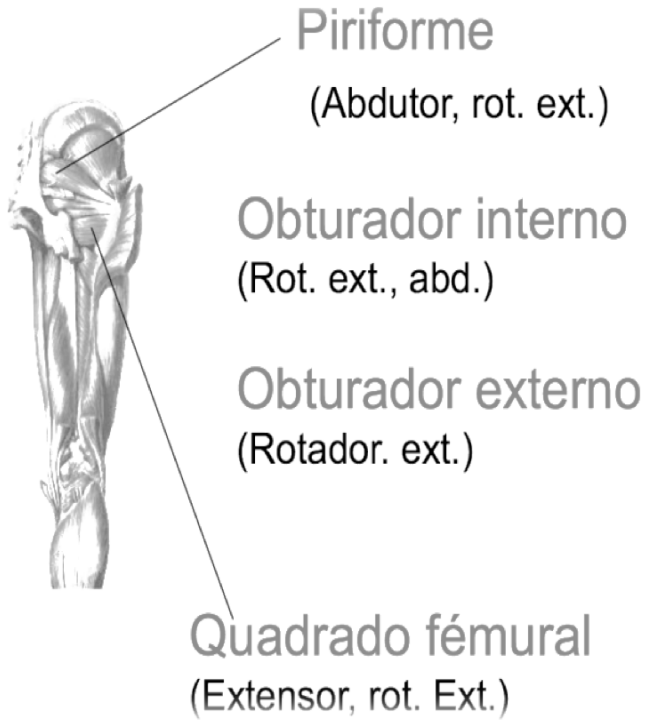
Tratamento Cirúrgico

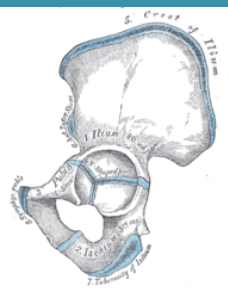
Artroplastia Total da Anca

Osteossíntese



Fonte: Fernandes (2016)



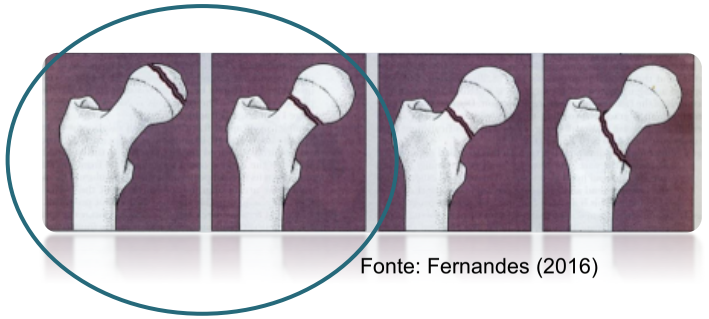


Tratamento Cirúrgico

Artroplastia Total da Anca

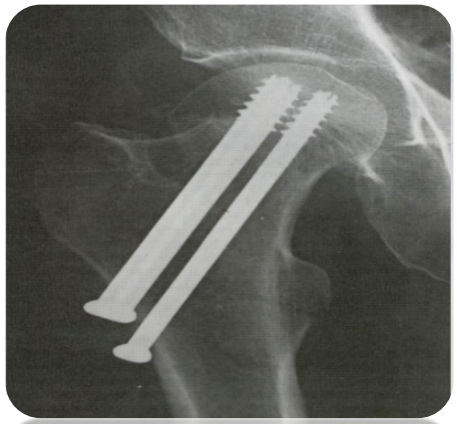
Osteossíntese

Tratamento cirúrgico para fraturas intra-capsulares

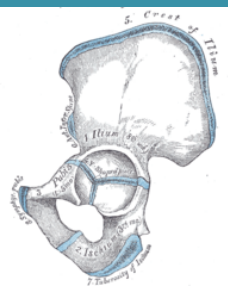


Fonte: Fernandes (2016)

Osteossínteses com parafusos canulados



Fonte: Fernandes (2016)

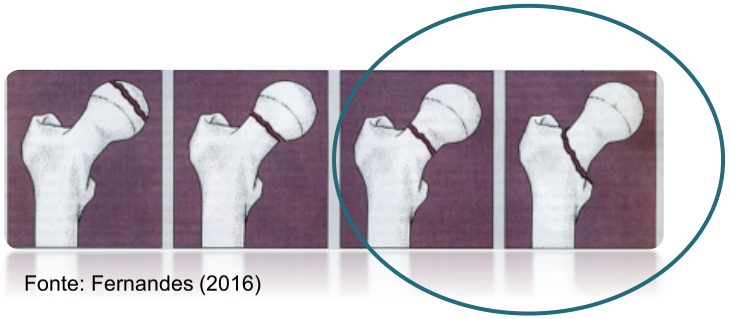


Tratamento Cirúrgico

Artroplastia Total da Anca

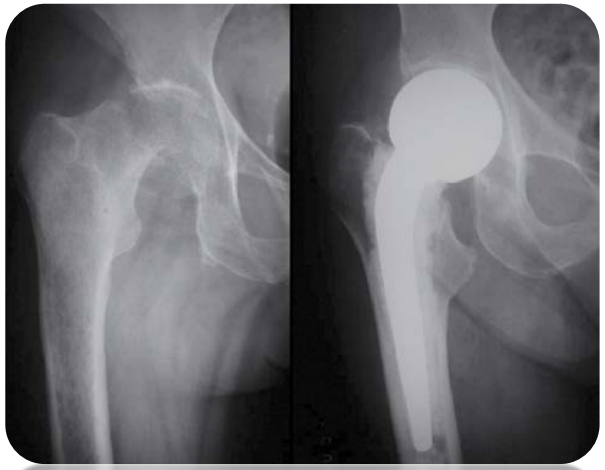
Osteossíntese

Tratamento cirúrgico para fraturas intra-capsulares

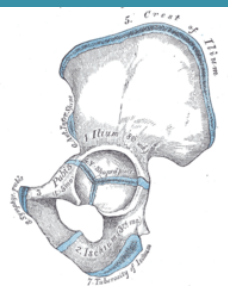


Fonte: Fernandes (2016)

Osteossínteses com hemiartroplastia (artroplastia de Moore e artroplastia bipolar)



Fonte: Schuroff, Deeke, Pedroni, Valério, Mielke e Locks (2013)

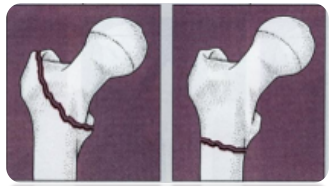


Tratamento Cirúrgico

Artroplastia Total da Anca

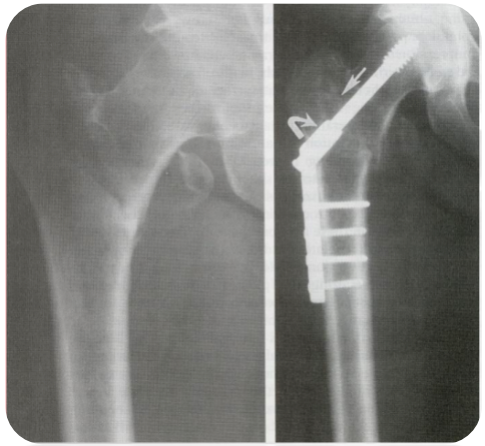
Osteossíntese

Tratamento cirúrgico para fracturas extra-capsulares

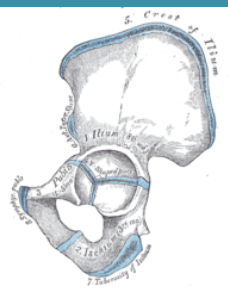


Fonte: Fernandes (2016)

Osteossínteses com placa e parafusos - DHS



Fonte: Fernandes (2016)

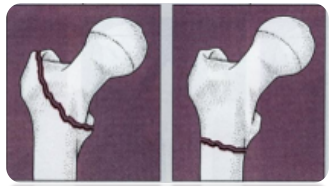


Tratamento Cirúrgico

Artroplastia Total da Anca

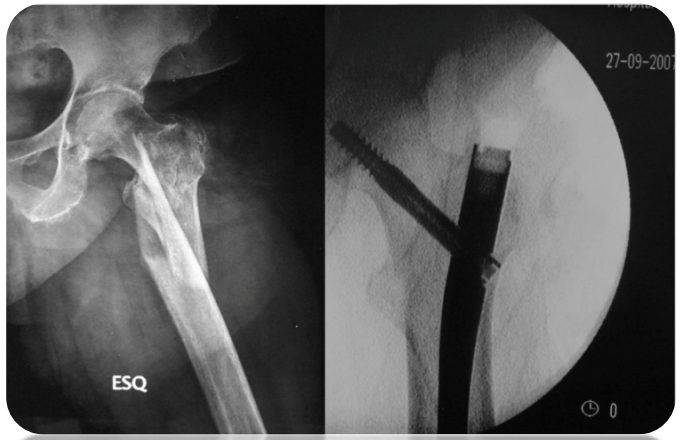
Osteossíntese

Tratamento cirúrgico para fracturas extra-capsulares

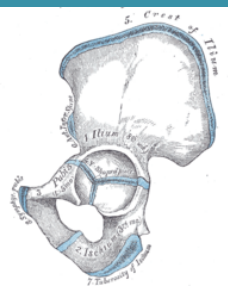


Fonte: Fernandes (2016)

Osteossínteses com cavilha endomedular: Gamma; PFNa



Fonte: Fernandes (2016)

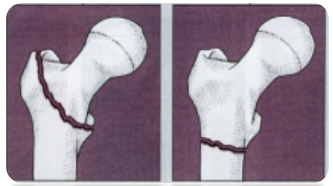


Tratamento Cirúrgico

Artroplastia Total da Anca

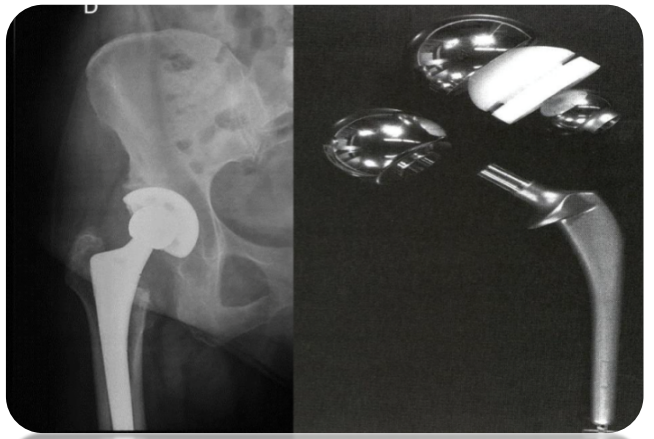
Osteossíntese

Tratamento cirúrgico para fracturas extra-capsulares

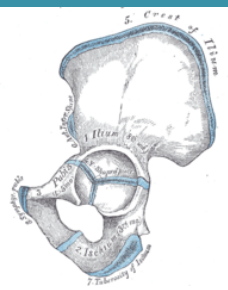


Fonte: Fernandes (2016)

Osteossínteses com Artroplastia Total da Anca



Fonte: Fernandes (2016)

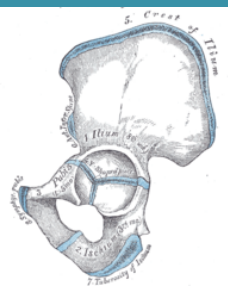


Tratamento Cirúrgico

Artroplastia Total da Anca

Osteossíntese

- **Complicações cirúrgicas**
  - Infeção
  - Descelamento
  - Dismetria
  - Fenómenos tromboembólicos



Reabilitação da pessoa submetida a ATA

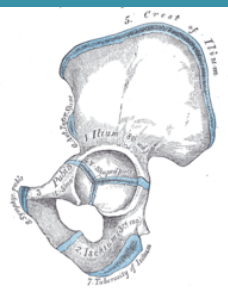
Pré-operatório

Pós-operatório

Exercícios

Ensinos

- Diminuir a ansiedade!!!
- Aumentar a autoconfiança
- Diminuição do tempo de internamento
- Treinar exercícios que contribuam para o precoce restabelecimento funcional da articulação ACF
- Promoção do rápido restabelecimento da independência funcional no pós-operatório
- Reeducação funcional respiratória
- Reeducação funcional motora



Reabilitação da pessoa submetida a ATA

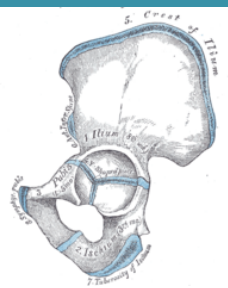
Pré-operatório

Pós-operatório

Exercícios

Ensinos

- **Ensino pré-operatório** (cirurgia eletiva)
  - Posicionamentos permitidos *(ver pós-operatório)*
  - Ensino transferências cama/cadeira e vice-versa, sanitário
  - Treino de marcha com andarilho e canadianas
  - Treino de escadas
- Reeducação funcional respiratória
- Reeducação funcional motora
- Aumentar a força muscular dos músculos afetados, a mobilidade da ACF e retomar as atividades de vida diárias o mais precocemente possível



Reabilitação da pessoa submetida a ATA

Pré-operatório

Pós-operatório

Exercícios

Ensinos

Posicionamentos permitidos (Via posterior ou de moore)

- Decúbito Dorsal
  - Triângulo de abdução
  - Membro inferior operado alinhado



- Decúbito semi-dorsal esquerdo (são)
  - Membro inferior (lado operado) em abdução e alinhado
  - Evitar rotação interna

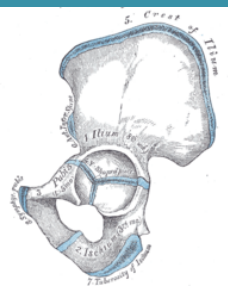


- Decúbito semi-dorsal esquerdo (operado)
  - Membro inferior (lado operado) com flexão <90º



Fonte: Fernandes (2016)

- Decúbito lateral para o lado são e para o lado operado
  - Manter o membro inferior (lado operado) com flexão <90º, em abdução e sem rotação interna



Reabilitação da pessoa submetida a ATA

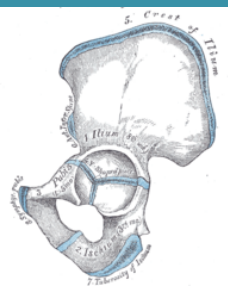
Pré-operatório

Pós-operatório

Exercícios

Ensinos

- Deverão ser efetuadas 3 séries de 10 repetições do mesmo exercício, de acordo com a tolerância da pessoa
- A contração muscular deverá ser mantida por 6-7 segundos



Reabilitação da pessoa submetida a ATA

Pré-operatório

Pós-operatório

Exercícios

Ensinos

- **Exercícios isométricos**
  - Contração abdominal, glúteos, quadricípite e isquiotibiais





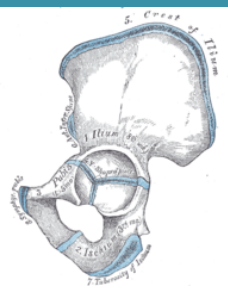
Fonte: Fernandes (2016)

- **Exercícios isotónicos**
  - Flexão plantar/ Dorsiflexão





Fonte: Fernandes (2016)



Reabilitação da pessoa submetida a ATA

Pré-operatório

Pós-operatório

Exercícios

Ensinos

- **Exercícios isotónicos – Flexão/ Extensão ACF**
  - Membro operado – mobilizações passivas, ativas (assistidas, livres) e resistidas – Flexão/extensão da ACF (com extensão/flexão do joelho)

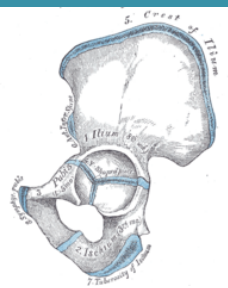


Fonte: Fernandes (2016)

- **Exercícios isotónicos – Abdução/Adução**
  - Membro operado – Abdução e adução (até linha média do corpo) – Não fazer rotação interna nem externa



Fonte: Fernandes (2016)



Reabilitação da pessoa submetida a ATA

Pré-operatório

Pós-operatório

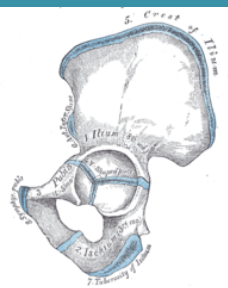
Exercícios

Ensinos

- **Levante**
  - 1º Levante, às 24h, salvo outra indicação médica
  - Carga total/parcial/sem carga
  - Estabilidade hemodinâmica
  - Levante pelo lado não operado, deitar pelo lado operado, mantendo a abdução



Fonte: Fernandes (2016)



Reabilitação da pessoa submetida a ATA

Pré-operatório

Pós-operatório

Exercícios

Ensinos

- **Sentar na cadeira**
  - Colocar almofada na cadeira de rodas para que o utente mantenha os limites de flexão da articulação
  - Encostar os m.infs. à cadeira e apoiar as mãos nos braços da mesma
  - Efetuar a extensão do membro operado, fazendo força no membro não operado e nos m.sups.

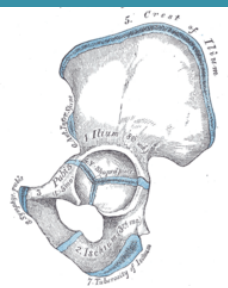


Fonte: Norma de orientação Clínica, Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

- **Levantar da cadeira**
  - Aproximar o corpo da extremidade da cadeira
  - Apoiar as mãos na cadeira fazendo força com o membro não operado e mantendo o membro operado em extensão



Fonte: Norma de orientação Clínica, Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.



Reabilitação da pessoa submetida a ATA

Pré-operatório

Pós-operatório

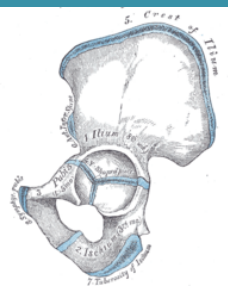
Exercícios

Ensinos

- **Treino de marcha**

  - Avaliação do equilíbrio (Escala de Tinetti)
  - Nas próteses cimentadas a pessoa pode fazer carga total no membro operado, nas não cimentadas deverá fazer carga parcial, aumentando gradualmente a carga, salvo indicação médica contrária

  - A subida de escadas faz-se movendo primeiro o membro não operado, depois o aparelho e o membro operado; para descer escadas, o membro operado e o aparelho são movidos primeiro, depois o membro não operado. O aparelho e o membro operado movem-se sempre juntos.



Reabilitação da pessoa submetida a ATA

Pré-operatório

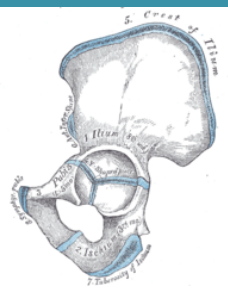
Pós-operatório

Exercícios

Ensinos

- **Aparelho de suporte duplo (andarilho)**
  - O andarilho avança primeiro, seguindo-se o membro operado e depois o membro não operado

- **Canadianas**
  - Marcha a 3 pontos: as canadianas avançam, seguidas pelo membro operado e depois pelo não operado;
  - Marcha a 4 pontos: uma canadiana avança, seguida pelo membro operado; a canadiana oposta avança seguida pelo membro não operado



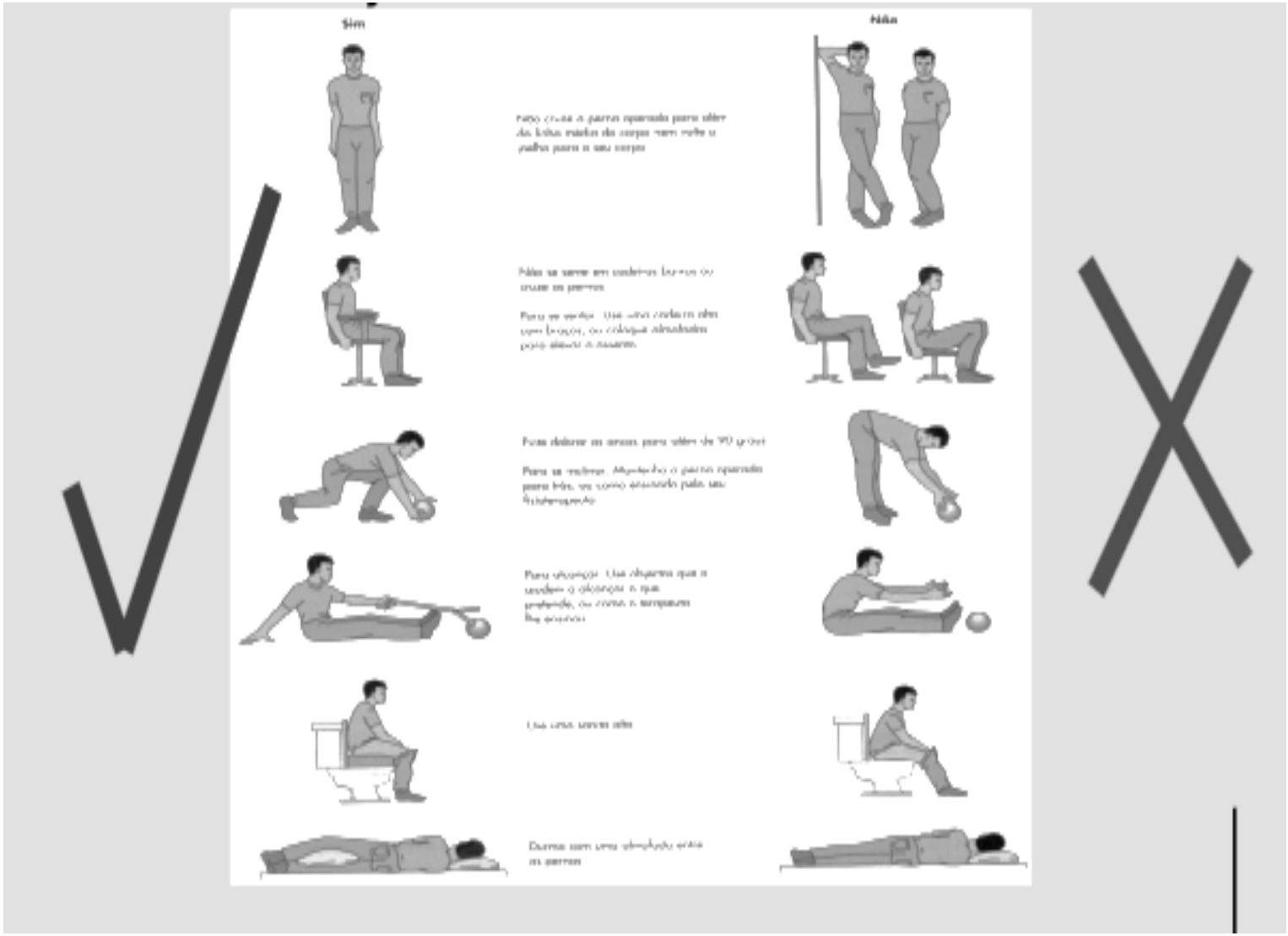
Reabilitação da pessoa submetida a ATA

Pré-operatório

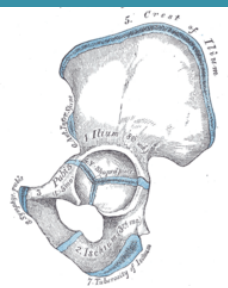
Pós-operatório

Exercícios

Ensinos



Fonte: Fernandes (2016)



Reabilitação da pessoa submetida a ATA

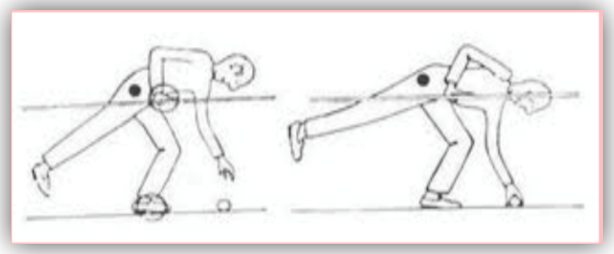
Pré-operatório

Pós-operatório

Exercícios

Ensinos

- Técnica de transferência para o sanitário
- Prevenção de comportamentos luxantes
- Prevenção de acidentes domésticos
- Prevenção de acidentes laborais
- Marcha em pavimento irregular
- Técnica entrar/sair do carro:
  - Deambular com 2 canadianas por mais 1 mês, após a alta e com 1 de 15 dias a 1 mês, salvo outra indicação médica;
  - Só deverá conduzir após um mês;
- Averiguar junto da pessoa/cuidador/família, as condições habitacionais/ barreiras arquitetónicas, adaptando o ensino relativamente ao levante, marcha, subir/descer escadas, banho, entrar e sair do carro e prevenção de acidentes domésticos.
- Informar sobre produtos de apoio.
- O regresso à atividade sexual poderá acontecer ao fim de 15 dias, dependendo da postura sexual adotada (informar sobre posições sexuais aconselhadas e desaconselhadas)



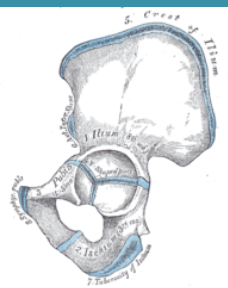
Fonte: Fernandes (2016)



Fonte: Fernandes (2016)



Fonte: Fernandes (2016)

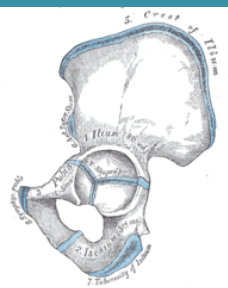


Reabilitação da pessoa submetida a ATA

Evidência científica

- destaque para o período pré-operatório;
- importância de uma avaliação multidisciplinar da pessoa submetida a ATA num período anterior ao internamento, adequando os ensinos de acordo com as necessidades e capacidades da pessoa/cuidador/família;
- Este tipo de intervenção, que preconiza uma avaliação prévia ao internamento. Um período até seis semanas de antecedência tem impacto comprovado na redução do tempo de internamento, nos custos económicos e no sucesso do encaminhamento após alta.

(Holm, B. et al.; Dawson-Bowling, S. et al., 2014; Sigurdsson, E. et al., 2008; Sharareh, B. et al., 2016)

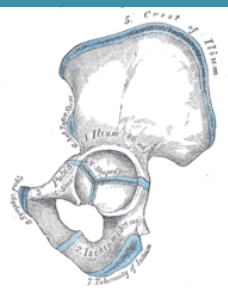


Reabilitação da pessoa submetida a ATA

Evidência científica

- importância da inclusão da família no processo de preparação para a alta;
- a avaliação das expectativas, das necessidades de informação e da satisfação;
- importante da promoção da melhoria da comunicação entre profissionais e pessoa/cuidador/família, tornando este processo, o de preparar o regresso ao domicilio, mais facilitador de uma transição saudável.

(Knier, S. et al., 2015; Strong, S., Bottin, A., 2015; Hunt, G. et al., 2009; Soever, L. Et al., 2009)

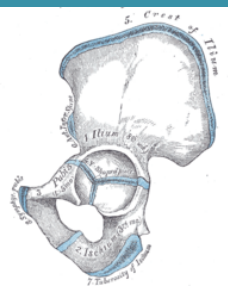


Reabilitação da pessoa submetida a ATA

Evidência científica

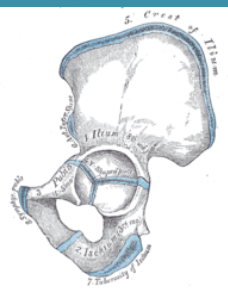
- O *follow-up*, nos casos de internamentos reduzidos, a realização do seguimento pós-alta, assume um papel de grande destaque, quer seja presencial no domicílio, via e-mail, via telefone ou em consulta, representa um fator positivo no controlo da ansiedade e receios bem como permite o esclarecimento de dúvidas, bem como com o aumento da satisfação por parte dos intervenientes em todo o processo.

(Stone, K., 2014; Hunt, G. et al., 2009; Dossa, A. Et al., 2012)



Bibliografia

- Dawson-bowling, S. J., Jha, S., Chettiar, K. K., East, D. J., Gould, G. C., & Apthorp, H. D. (2014). A multidisciplinary enhanced recovery programme allows discharge within two days of total hip replacement ; three- to five-year results of 100 patients, *Hip Int*, 24(8), 167–174. http://doi.org/10.5301/hipint.5000100
- DGS (2013). *Artroplastia da Anca Norma nº014/2013*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde
- Dossa, A., Bokhour, M. P. H. B., & Hoenig, H. (2012). Care Transitions from the Hospital to Home for Patients with Mobility Impairments : Patient and Family Caregiver Experiences, *Rehabilitation Nursing*, 37(6), 277–286. http://doi.org/10.1002/rnj.047
- Filipe, A., Afonso, C., Lima, G. (2007). O Doente Submetido a Artroplastia Total da Anca – Cuidados de Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, (3), 53-57.
- Hebert, S. *et al.* (2009). *Ortopedia e Traumatologia: Princípios e Prática*. (4ª Edição), São Paulo: Artmed.
- Hoeman, S.P. (2008) – Enf*ermagem de Reabilitação - Prevenção, intervenção e resultados esperados.* (4ª Edição), Loures: Lusodidacta.
- Home, A., Care, H., Meyer, G., & Goldstein, W. M. (n.d.). Improving Orthopaedic Postoperative Pathways of Care Using a Rehabilitation Discharge Planning Index. *Orthopaedic Pratice* 26, 104–108.
- Hunt, G. R., Hall, G. M., Med, D., Frca, F., Frca, B. V. S. M., Brien, S. O., Fbpss, D. (2009). Early discharge following hip arthroplasty : patients' acceptance masks doubts and concerns, *The Authors. Journal Compilation*, 130–137. http://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2008.00522.x
- Knier, S., Pm, M. B. A., Otr, L., & Stichler, J. F. (2015). Patients ' Perceptions of the Quality of Discharge Teaching and Readiness for Discharge, *Rehabilitation Nursing*, 40, 30–39. http://doi.org/10.1002/rnj.164
- Knier, S., Pm, M. B. A., Otr, L., & Stichler, J. F. (2015). Patients ' Perceptions of the Quality of Discharge Teaching and Readiness for Discharge, *Rehabilitation Nursing*, 40, 30–39. http://doi.org/10.1002/rnj.164
- Melo, A. C. R. (2009). Atividade Física e desportiva Após Artroplastia da Anca. Revista Brasileira Medicina Desportiva, 15(5), 389–391.
- Norma de orientação Clínica, Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., Cód. Documento: NOC. CHS.25



Bibliografia

- Norma de orientação Clínica, Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., Cód. Documento: NOC. CHS.26
- Norma, Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., Cód. Documento: PS. ORT2.08, 2010
- OE (2009) *Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular.* Ordem dos Enfermeiros
- OE (2013) *Guia orientador de boas práticas, cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação.* Ordem dos Enfermeiros
- Schuroff, A., Deeke, M., Pedroni, M., Valério, J., Mielke, F., Locks, R. (2013). Resultado funcional após hemiartroplastia de quadril para tratamento de fraturas do colo femoral. Rev Port Ortop Traum 21(2): 179-190, 2013.
- Sharareh, B., Le, N. B., Hoang, M. T., & Schwarzkopf, R. (2016). Factors Determining Discharge Destination for Patients Undergoing Total Joint Arthroplasty. *Journal of Arthroplasty*, 29(7), 1355–1358.e1. http://doi.org/10.1016/j.arth.2014.02.001
- Sigurdsson, E., Siggeirsdottir, K., Jonsson, H., Vilmundur, J., Matthiasson, T., & Jonsson, B. Y. (2008). Early discharge and home intervention reduces unit costs after total hip replacement : results of a cost analysis in a randomized study, *Int J Health Care Finance Econ*, 8, 181–192. http://doi.org/10.1007/s10754-008-9036-0
- Soever, L. J., Mackay, C., Saryeddine, T., Davis, A. M., Flannery, J. F., Jaglal, S. B., … Mahomed, N. (n.d.). Educational Needs of Patients Undergoing Total Joint Arthroplasty, *Physiother Can*, 62, 206–215. http://doi.org/10.3138/physio.62.3.206
- Strong, S., & Bettin, A. (2015). An Initiative to Improve Patient Discharge Satisfaction, *Rehabilitation Nursing*, 40, 52–59. http://doi.org/10.1002/rnj.155
- Unidade Curricular de Enfermagem de Reabilitação II (apresentação aulas ortopedia) Enfª. Silvia Fernandes, ESEL, 2016

Apêndice IX – Guia processo de reabilitação de pessoas submetidas a ATA e ATJ

7º Curso de Mestrado

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Hospital [redacted]

Plano de Reabilitação – ATA e AJ

Sérgio Gomes Pereira N.º 1159

Lisboa 2017

ÍNDICE

REABILITAÇÃO FUNCIONAL NO PRÉ-OPERATÓRIO – ATA_____3

REABILITAÇÃO DA PESSOA SUBMETIDA A ATA_____3

REABILITAÇÃO FUNCIONAL NO PRÉ-OPERATÓRIO – AJ_____10

REABILITAÇÃO DA PESSOA SUBMETIDA A AJ_____10

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS_____14

1. REABILITAÇÃO FUNCIONAL NO PRÉ-OPERATÓRIO – Artroplastia Total da Anca

- Diminuir a ansiedade
- Aumentar a autoconfiança
- Diminuição do tempo de internamento
- Treinar exercícios que contribuam para o precoce restabelecimento funcional da articulação ACF
- Promoção do rápido restabelecimento da independência funcional no pós-operatório
    - Reeducação funcional respiratória
    - Reeducação funcional motora

Ensino pré-operatório (cirurgia eletiva)

- Posicionamentos permitidos *(ver pós-operatório)*
- Ensino transferências cama/cadeira e vice-versa, sanitário
- Treino de marcha com andarilho e canadianas
- Treino de escadas

2. REABILITAÇÃO DA PESSOA SUBMETIDA A ATA

Reeducação funcional respiratória

- Respiração abdomino-diafragmática (com e sem resistência)
- Abertura costal seletiva
- Abertura costal global com Bastão
- Abertura costal seletiva com faixa elástica

Reeducação funcional motora

- Aumentar a força muscular dos músculos afetados, a mobilidade da ACF e retomar as atividades de vida diárias o mais precocemente possível.

Posicionamentos permitidos (Via posterior ou de moore)

Decúbito Dorsal

- Triângulo de Abdução;
- Membro inferior operado alinhado



Fonte: Fernandes, 2016

Decúbito semi-dorsal esquerdo (são)

- Membro inferior (lado operado) em abdução e alinhado;
- Evitar rotação interna



Fonte: Fernandes, 2016

Decúbito semi-dorsal esquerdo (operado)

- Membro inferior (lado operado) com flexão <90º



Fonte: Fernandes, 2016

Decúbito lateral para o lado são e para o lado operado

- Manter o membro inferior (lado operado) com flexão <90º, em abdução e sem rotação interna

Exercícios

- Deverão ser efetuadas 3 séries de 10 repetições do mesmo exercício, de acordo com a tolerância da pessoa.
- A contração muscular deverá ser mantida por 6-7 segundos.

Exercícios isométricos

- Contração abdominal, glúteos, quadricípite e isquiotibiais



Fonte: Fernandes, 2016



Fonte: Fernandes, 2016

Exercícios isotónicos

- Flexão plantar/ Dorsiflexão



Fonte: Fernandes, 2016



Fonte: Fernandes, 2016

Exercícios isotónicos – Flexão/ Extensão ACF

- Membro operado – mobilizações passivas, ativas (assistidas, livres) e resistidas – Flexão/extensão da ACF (com extensão/flexão do joelho)



Fonte: Fernandes, 2016

Exercícios isotónicos – Abdução/Adução

- Membro operado – Abdução e adução (até linha média do corpo) – Não fazer rotação interna nem externa



Fonte: Fernandes, 2016

Levante

- 1º Levante, às 24h, salvo outra indicação médica
- Carga total/parcial/sem carga
- Estabilidade hemodinâmica
- Levante pelo lado não operado, deitar pelo lado operado, mantendo a abdução



Fonte: Fernandes, 2016

Sentar na cadeira



Fonte: Norma Norma de orientação Clínica, Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

- Colocar almofada na cadeira de rodas para que o utente mantenha os limites de flexão da articulação.
- Encostar os m.infs. à cadeira e apoiar as mãos nos braços da mesma;
- Efetuar a extensão do membro operado, fazendo força no membro não operado e nos m.sups..

Levantar da cadeira



Fonte: Norma Norma de orientação Clínica, Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

- Aproximar o corpo da extremidade da cadeira;
- Apoiar as mãos na cadeira fazendo força com o membro não operado e mantendo o membro operado em extensão.

Treino de marcha

- Avaliação do equilíbrio (Escala de Tinetti)
- Nas próteses cimentadas a pessoa pode fazer carga total no membro operado, nas não cimentadas deverá fazer carga parcial, aumentando gradualmente a carga, salvo indicação médica contrária

Aparelho de suporte duplo (andarilho)	O andarilho avança primeiro, seguindo-se a perna operada e depois a perna sã

Canadianas	**Marcha a 3 pontos:** as canadianas avançam, seguidas pela perna operada e depois pela sã; **Marcha a 4 pontos:** uma canadiana avança, seguida pela perna operada; a canadiana oposta avança seguida pela perna sã

A subida de escadas faz-se movendo primeiro a perna sã, depois o aparelho e a perna operada; para descer escadas, a perna operada e o aparelho são movidos primeiro, depois a perna sã. O aparelho e a perna operada movem-se sempre juntos.

Ensinos

- Técnica de transferência para o sanitário;
- Prevenção de comportamentos luxantes;
- Prevenção de acidentes domésticos;
- Prevenção de acidentes laborais;
- Marcha em pavimento irregular;
- Técnica entrar/sair do carro:
- Deambular com 2 canadianas por mais 1 mês, após a alta e com 1 de 15 dias a 1 mês, salvo outra indicação médica;
- Só deverá conduzir após um mês;
- Averiguar junto da pessoa/cuidador/família, as condições habitacionais/ barreiras arquitetónicas, adaptando o ensino relativamente ao levante, marcha, subir/descer escadas, banho, entrar e sair do carro e prevenção de acidentes domésticos.
- Informar sobre produtos de apoio.
- O regresso à atividade sexual poderá acontecer ao fim de 15 dias, dependendo da postura sexual adotada (informar sobre posições sexuais aconselhadas e desaconselhadas)

3. REABILITAÇÃO FUNCIONAL NO PRÉ-OPERATÓRIO – Artroplastia do Joelho

- Diminuir a ansiedade
- Aumentar a autoconfiança
- Diminuição do tempo de internamento
- Treinar exercícios que contribuam para o precoce restabelecimento funcional da articulação do Joelho
- Promoção do rápido restabelecimento da independência funcional no pós-operatório
    - Reeducação funcional respiratória
    - Reeducação funcional motora

Ensino pré-operatório (cirurgia eletiva)

- Posicionamentos permitidos *(ver pós-operatório)*
- Extensão lombo-pélvica
- Ensino transferências cama/cadeira e vice-versa, sanitário
- Treino de marcha com andarilho e canadianas
- Treino de escadas

4. REABILITAÇÃO DA PESSOA SUBMETIDA A AJ

Reeducação funcional respiratória

- Respiração abdomino-diafragmática (com e sem resitência)
- Abertura costal seletiva
- Abertura costal global com Bastão
- Abertura costal seletiva com faixa elástica

Reeducação funcional motora

- Aumentar a força muscular do músculo afetado (vasto externo) aumentar a mobilidade da articulação do joelho e retomar as AVDs o mais precocemente possível.

Posicionamentos

Decúbito dorsal



Fonte: Fernandes, 2016

- Promover a extensão e alinhamento do joelho (poderá ser colocada almofada na região do tendão de Aquiles)

Decúbito semi-dorsal



Fonte: Fernandes, 2016

- Privilegiar o posicionamento que mantém o membro operado em extensão, decúbito semi-dosal lado não operado

Decúbito lateral



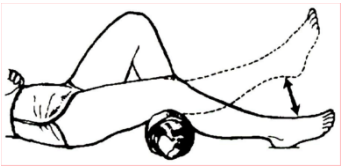
Fonte: Fernandes, 2016

- Privilegiar o posicionamento que mantém o membro operado em extensão, decúbito lateral lado operado

Exercícios



Fonte: Fernandes, 2016



Fonte: Fernandes, 2016



Fonte: Fernandes, 2016

- Isométricos (abdominais, glúteos, quadricípite, isquiotibiais)
- Contração do quadricípite
- Isotónicos (mobilizações ativas livres e com resistência do membro são
- Mobilização passiva do joelho operado com auxílio do dispositivo motorizado (artromotor), de acordo com prescrição, (iniciar com 0º 30º, aumentando gradualmente) (às 24h – HOSO)
- Isotónicos (mobilizações ativas assistidas/livres/resistidas do membro operado)

Exercicios isotónicos (flexão e extensão do joelho)

(Flexão plantar, dorsiflexão)



Fonte: Fernandes, 2016



Fonte: Fernandes, 2016

*Podem ainda ser efetuados exercícios isotónicos da articulação coxo-femural

- Extensão/flexão com extensão/flexão do joelho; abdução/adução; rotação interna/externa) – função antagonista do joelho

Levante

- 1º Levante, às 24h, salvo outra indicação médica
- Verificar complicações
- Carga total (salvo ind. Médica) *(Marcha com carga às 48 H – HOSO)*
- Estabilidade hemodinâmica
- Membro operado em extensão

Ensinos

- Transferência da cama para a cadeira de rodas e vice-versa.
- Períodos de repouso no leito
- Manter o joelho em extensão
- Treino de marcha em piso irregular
- Técnica de transferência para o sanitário e técnica do banho
- Subir descer/escadas
- Averiguar junto da pessoa/cuidador/família, as condições habitacionais/ barreiras arquitetónicas, adaptando o ensino relativamente ao levante, marcha, subir/descer escadas, banho, entrar e sair do carro e prevenção de acidentes domésticos.
- Informar sobre produtos de apoio.
- Deambular com as 2 canadianas por mais 1 mês após a alta, com 1 canadiana de 15 dias a 1 mês
- Poderá conduzir após 1 mês
- Regresso a atividade sexual quando pretenda

Referências Bibliográficas

Hoeman, S.P. (2008) – Enfe*rmagem de Reabilitação - Prevenção, intervenção e resultados esperados.* (4ª Edição), Loures: Lusodidacta.

Norma de orientação Clínica, Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., Cód. Documento: NOC. CHS.25

Norma de orientação Clínica, Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., Cód. Documento: NOC. CHS.26

Norma, Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., Cód. Documento: PS. ORT2.08, 2010

OE (2009) *Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular.* Ordem dos Enfermeiros

OE (2013) *Guia orientador de boas práticas, cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação.* Ordem dos Enfermeiros

Unidade Curricular de Enfermagem de Reabilitação II (apresentação aulas ortopedia) Enfª. Silvia Fernandes, ESEL, 2016

ANEXOS

Anexo I – Certificado de presença nas "1ªs Jornadas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do CHLO"

1as JORNADAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DO CHLO

DA FORMAÇÃO À PRÁTICA CLÍNICA

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que _____

esteve presente nas "1as Jornadas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do CHLO", realizado no dia 18 de Novembro de 2016, no Auditório do Metro do Alto dos Moinhos.

Fátima Almeida

P'la Comissão Científica

Jornadas
Enfermagem de Reabilitação
CHLO

Isabel Simões

P'la Comissão Organizadora

Jornadas
Enfermagem de Reabilitação
CHLO