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

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção do declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur

Telma Filipa Anunciação Antunes

Lisboa
2022

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

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção do declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur

Telma Filipa Anunciação Antunes

Orientadora: Professora Doutora Maria do Céu Lourenço Sá

Lisboa
2022
Não contempla as correções resultantes da discussão pública

"Twenty years from now you will be more disappointed by the things that you didn't do than by the ones you did do. So, throw off the bowlines, sail away from safe harbor, catch the trade winds in your sails. Explore, Dream, Discover."

Mark Twain

AGRADECIMENTOS

À Professora Maria do Céu Sá, enquanto minha tutora, pela sua disponibilidade, orientação, confiança e crítica nesta etapa do desenvolvimento profissional.

Ao meu marido, João Miguel, pelo exemplo de resiliência, apoio e por me incentivar a investir na profissão. Aos meus filhos, João Pedro e Sara, pelo seu amor, sorrisos contagiantes e pela compreensão da necessidade de algumas brincadeiras adiadas. E ainda a este bebé (Miguel), quase a nascer, que me acompanhou durante todo o 3º semestre do curso e que me ajudou a manter o foco nesta etapa.

Aos meus pais e irmã, em especial à minha mãe, pela disponibilidade e ajuda fulcrais para que conseguisse realizar os estudos.

Às enfermeiras orientadoras agradeço o exemplo e toda a disponibilidade, orientação, partilha de saberes e o entusiasmo que transmitiram enquanto EEER no desempenho do seu trabalho, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos colegas Ana Catarina Silva e João Santos que tive o prazer de conhecer neste curso e de partilhar muitas horas de trabalho académico. Pessoas que me cativaram, que são amigas, trabalhadoras e que contribuíram sempre para um ambiente de bem-estar e motivação entre o grupo na perseguição do objetivo comum a todos, o alcance do sucesso.

Às colegas Catarina Diogo e Liliana Rebelo, pelo apoio mútuo durante a fase de trabalho de projeto e de estágio, na partilha de ideias de trabalho, ferramentas, preocupações e sucessos.

A todas as pessoas e famílias de quem cuidei, que me permitiram refletir e desenvolver aprendizagem com base nas suas situações clínicas e experiências de vida. Sem elas este percurso não teria sido possível.

ABREVIATURAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ATA	Artroplastia Total da Anca
ATJ	Artroplastia Total do Joelho
AVD	Atividade(s) de Vida Diária
CDE	Código Deontológico do Enfermeiro
CF	Coxofemoral
DM	Diabetes Mellitus
EC	Ensino Clínico
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EE	Enfermeiro Especialista
ER	Enfermagem de Reabilitação
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
FC	Frequência Cardíaca
FEPF	Fratura da Extremidade Proximal do Fémur
FR	Frequência Respiratória
HADS	Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar
HTA	Hipertensão Arterial
IMC	Índice de Massa Corporal
LLA	Leucemia Linfoblástica Aguda
MCEER	Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação
MI	Membro(s) Inferior(es)
MRC	*Medical Research Council (Muscle scale)*
MS	Membro(s) Superior(es)
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
QT	Quimioterapia
RFM	Reeducação Funcional Motora
RFR	Reeducação Funcional Respiratória
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
TUG	*Timed Up and Go*
UC	Unidade Curricular
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UP	Úlcera(s) de Pressão
1x/dia	uma vez por dia

RESUMO

A fratura da extremidade proximal do fémur apresenta uma tendência epidemiológica crescente. Está associada às alterações provocadas pelo envelhecimento, que contribuem para um maior risco de queda com a idade. Por sua vez, a imobilidade condicionada pela fratura induz o aparecimento de complicações, perda de funcionalidade com impacto no autocuidado, exacerbação das comorbilidades previamente existentes e aumento da mortalidade. Esta situação legitima a intervenção do EEER no pré e pós-operatório, atuando na prevenção de complicações, na manutenção da função existente e na reeducação funcional, com foco na capacitação para o autocuidado e na reinserção social da pessoa.

Neste relatório de estágio pretendemos demonstrar, através da descrição e análise das atividades implementadas, o desenvolvimento das competências do grau de Mestre, explanadas nos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino, e o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros. Como referencial teórico escolhemos a Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem, uma vez que a diminuição da capacidade funcional provocada pela fratura leva ao compromisso da capacidade de autocuidado. Efetuámos uma Revisão Narrativa da Literatura para identificar as intervenções autónomas do EEER que previnem o declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur.

Os resultados permitiram-nos identificar a avaliação multidimensional da pessoa e família, e a avaliação funcional como perentórias para a elaboração de um plano de cuidados ajustado ao potencial de reabilitação da pessoa. A implementação de programas de reeducação funcional motora e respiratória no pré e pós-operatório, que inclua treino de AVD, levante e treino de marcha precoce e que envolva a pessoa e família/cuidador. A prevenção do declínio funcional não se esgota no internamento hospitalar. É necessário assegurar a continuidade do programa de reabilitação após a alta hospitalar e intervir tendo como missão a prevenção de complicações sobretudo resultantes da vulnerabilidade acrescidas da pessoa/família.

Palavras-Chave: Enfermagem de Reabilitação, fratura da extremidade proximal do fémur, idoso, declínio funcional, autocuidado

ABSTRACT

The hip fracture presents an increasing epidemiological tendency. It is associated with changes caused by ageing, which contribute to a higher risk of related falls. In turn, the immobility conditioned by the fracture induces the emergence of complications, loss of functionality with impact on self-care, exacerbation of previously existing comorbidities and increased mortality. This situation legitimizes the intervention of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing (NSRN) in the pre and postoperative period, acting in the prevention of complications, maintenance of the existing function and functional reeducation, focusing on training for self-care and on the social reintegration of the person.

In this internship report we intend to demonstrate, through the description and analysis of the implemented activities, the development of the competencies of the Master's degree, explained in the Dublin Descriptors for the 2nd cycle of teaching, and the development of the common competencies of the Specialist Nurse and the specific competencies of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing, recommended by the Ordem dos Enfermeiros. We chose Dorothea Orem's Theory of Self-Care Deficit in Nursing as a theoretical reference, since the functional impairment caused by the fracture leads to the compromise of self-care competence. We carried out a Narrative Literature Review to identify the autonomous interventions of the NSRN that prevent the functional decline of the person with hip fracture.

The results allowed us to identify the multidimensional evaluation of the person and family, and the functional evaluation as an imperative for the elaboration of a care plan adjusted to the rehabilitation potential of the person. The implementation of motor and respiratory functional reeducation programs in the pre and postoperative periods, which includes Daily Life Activities training, lifting and early gait training, involving the person and family/caregiver. The prevention of functional decline is not exhausted in hospital admission. It is necessary to ensure the continuity of the rehabilitation program after hospital discharge and to intervene to prevent complications, mainly resulting from the increased vulnerability of the person/family.

Key words: Rehabilitation Nurse, Hip Fracture, Aged, Functional Impairment, Self-Care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 11
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS 19
1.1. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação 19
1.1.1. Competência J1: Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.....20
1.1.2. Competência J2: Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania….....33
1.1.3. Competência J3: Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa 40
1.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista 48
1.2.1. A - Domínio da responsabilidade Profissional, Ética e Legal 48
1.2.2. B - Domínio da melhoria da qualidade 51
1.2.3. C - Domínio da gestão de cuidados 55
1.2.4. D - Domínio das aprendizagens profissionais 57
2. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS REALIZADAS 61
2.1. Strengths.....61
2.2. Weaknesses.....62
2.3. Opportunities.....62
2.4. Threats 63
CONSIDERAÇÕES FINAIS 65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....72

APÊNDICES

Apêndice 1 – Trabalho de Projeto
Apêndice 2 **–** Estudo de caso da Sra. D. N.B.
Apêndice 3 – Estudo de caso da Sra. D. S.S.
Apêndice 4 – Jornal de Aprendizagem: ATA eletiva
Apêndice 5 – Nota de Campo da Sra. D. I.V.
Apêndice 6 – Nota de Campo do Sr. J.S.
Apêndice 7 – Nota de Campo do Sr. F.R.
Apêndice 8 – Nota de Campo: Caracterização do Serviço de Ortopedia

Apêndice 9 – Nota de Campo: Caracterização da UCC

Apêndice 10 – Folheto "Prevenção de Quedas – Casa Segura"

Apêndice 11 – Folheto "Exercícios de treino de Equilíbrio e de Força Muscular"

Apêndice 12 – POSTER "A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção do declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur"

Apêndice 13 – POSTER " Pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur - Qual a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção do declínio funcional?"

ANEXOS

Anexo 1- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 392/2019)

Anexo 2- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019)

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Avaliação da amplitude articular nos MI da Sra. D. N.B., com recurso a um goniómetro……..……23

Tabela 2. Avaliação da força muscular por segmentos dos MI da Sra. D. N.B., com recurso a escala de avaliação da força muscular MRC……..….24

Tabela 3: Avaliação da força muscular por segmentos do Sr. J.S., com recurso a escala de avaliação da força muscular MRC …….35

INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio pretende evidenciar o percurso de desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019 a,b) e ainda as competências do grau de Mestre de acordo com os descritores de Dublin (Decreto-Lei n.º 74/2006). Insere-se no âmbito da unidade curricular (UC) de Estágio com Relatório do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e tem como tema **"A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção do declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur**".

O tema foi inicialmente desenvolvido na UC de Opção II enquanto projeto individual de formação numa área de interesse (Apêndice 1). A nível pessoal e profissional trabalhámos 16 anos com utentes cirúrgicos, nomeadamente do foro da cirurgia geral, otorrinolaringologia e uma breve experiência em ortopedia onde tivemos oportunidade de cuidar de pessoas com fratura da extremidade proximal do fémur (FEPF). Enquanto enfermeira generalista pudemos constatar o impacto que a imobilidade associada ao pré e pós-operatório tem, condicionando negativamente a capacidade da pessoa para o autocuidado por perda funcional. A consciência da responsabilidade profissional na intervenção precoce de combate a este problema motivou-nos a aprofundar conhecimentos e a desenvolver competências especializadas que contribuam para a melhoria dos cuidados prestados à população, que se traduzam em ganhos em saúde. A atualização de conhecimentos e a qualificação profissional permitem ao enfermeiro desenvolver-se enquanto profissional e contribuir para uma prática baseada na evidência. A nível científico, o tema legitima-se pela pertinência demográfica e epidemiológica. Também a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER) da OE identificou as intervenções autónomas do EEER na função motora como uma das áreas de investigação muito prioritária (MCEER, 2015).

O envelhecimento da população em Portugal é demonstrado por dados que revelam uma evolução crescente ao longo dos anos. O índice de envelhecimento passou de 65,7% em 1990 para 161,3% em 2019 (PORDATA, 2020), sendo que em

2021 a população residente com mais de 65 anos representava 23,4% (INE, 2021). O processo de envelhecimento está naturalmente associado a alterações que levam ao declínio das capacidades físicas, mentais e sociais, determinando maiores riscos de adversidades em saúde e na segurança pela diminuição da capacidade funcional. Depreendemos assim que o risco de queda aumenta com a idade. A Organização Mundial de Saúde (2007) corrobora nesta ideia ao estimar que, aproximadamente 28-35% da população mundial com 65 anos ou mais cai a cada ano. Esta percentagem eleva-se para 32-42% na população com mais de 70 anos. A queda pode ser fatal ou causar morbilidade, entre as quais, a FEPF (Laires et al., 2015). Em Portugal, Silva et al. (2018), determinaram a tendência epidemiológica das FEPF num estudo transversal realizado entre 2005 a 2013, onde foram incluídas pessoas com 65 anos ou mais. Concluíram que durante este período de tempo: houve uma tendência crescente do número de internamentos por FEPF; a idade média foi de 79,32 anos; 74,5% eram do sexo feminino; e a incidência aumentou de 508,49 casos por 100mil pessoas/ano em 2005 para 628,39 em 2013.

A imobilidade condicionada pela FEPF induz o aparecimento de complicações, perda de funcionalidade, exacerbação das comorbilidades previamente existentes e aumento da mortalidade (Costa et al., 2009). O impacto epidemiológico da FEPF é notável, requerendo sempre internamento hospitalar, quase sempre intervenção cirúrgica e reabilitação. Estima-se ainda que após um ano deste acontecimento adverso: 50 a 60% expressam algum tipo de perda funcional ou motora, 30 a 40% conseguem uma recuperação funcional comparável ao nível pré-fratura e 20 a 30% faleceram (Laires et al., 2015). Por outro lado, verifica-se uma tendência para internamentos cada vez mais curtos, verificando-se também que, um número significativo de pessoas, aquando da alta hospitalar, encontra-se depende de terceiros para o autocuidado por não ter readquirido autonomia na marcha (Baixinho, 2011; Silveira et al., 2003). Conclui-se que o declínio funcional promove a diminuição da qualidade vida, a exacerbação do isolamento social, agrava os custos em saúde e agrava o risco de novas quedas. Posto isto, parece-nos que esta temática se enquadra na área de intervenção do EEER pelas competências específicas para o qual está habilitado:

> ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência (…) concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (…) tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações

> secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa. (OE, 2019a, p.13565).

Definida a temática em estudo, procurámos investigar o conhecimento existente na área. Para tal, delineámos a questão de investigação e elaborámos um protocolo de revisão narrativa da literatura (Apêndice 1), usando o método PI[C]O para responder à pergunta "Que intervenções do EEER (*Intervention*) previnem o declínio funcional (*Outcomes*) da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur (*Population*)?". A pesquisa de natureza científica foi efetuada na plataforma ESBCOhost, nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, MedicLatina e PubMed, usando descritores em linguagem natural e indexada: (Hip Fracture OR Femoral Neck Fracture OR MM "Hip Fractures, Stress" OR MM "Hip Fractures+") AND (Aged OR Older Adults OR MM "Frail Elderly" OR MM "Elderly") AND (Rehabilitation OR MM "Rehabilitation Nursing" OR MM "Rehabilitation+") AND (Nurs* OR MM "Practical Nurses" OR MM "Gerontologic Nurse Practitioners"). Definimos como critérios de inclusão dos artigos: full-text, publicados em língua portuguesa, inglesa, espanhola e italiana entre 2010 e 2020, e cujos participantes tivessem sofrido FEPF, com 65 anos ou mais. O protocolo de pesquisa permitiu identificar 86 artigos, que após aplicação de um fluxograma PRISMA, resultaram numa amostra final de 6. Foram ainda incluídos manuais da especialidade e artigos de pesquisa livre como literatura cinzenta.

Efetuada a análise dos artigos apurados, descrevemos o que a evidência científica menciona como boas práticas de cuidados de enfermagem de Reabilitação (ER) na prevenção do declínio funcional da pessoa com FEPF.

O EEER, integrado na equipa multidisciplinar, tem junto da pessoa com FEPF uma intervenção vital ao longo de todo o processo de reabilitação, do pré e pós-operatório no internamento ao pós alta hospitalar (Bellatti et al., 2014; Crotty et al., 2011). A sua intervenção permite contrariar os efeitos adversos e prevenir as complicações da imobilidade, tais como: diminuição da massa óssea e da massa muscular, diminuição da força muscular e da amplitude articular, alterações cardiorrespiratórias, gastrointestinais e urinárias; atelectasias, pneumonia, fenómenos tromboembólicos e úlceras de pressão (Silveira et al., 2003; Sousa et al., 2017).

A avaliação multidimensional da pessoa e família é descrita como fundamental. Só conhecendo as crenças e valores da mesma é que o EEER poderá construir com a pessoa e família um plano de reabilitação centrado na pessoa e identificar fatores

que possam comprometer o processo de reabilitação, como: expectativas, medo de cair, dor, falta de motivação, crenças sobre os benefícios dos exercícios de reabilitação e fadiga (Ko et al., 2019; Meehan et al., 2019).

A avaliação funcional, utilizando escalas e instrumentos de medida, possibilita uma determinação precisa das dificuldades no autocuidado e do potencial de reabilitação. Esta objetivação facilita um planeamento de cuidados ajustado, em função da amplitude articular, da força muscular e das dificuldades no autocuidado, com base em problemas reais e potenciais e a monitorização dos resultados obtidos (Baixinho, 2011; Sousa et al., 2017).

Implementar programas de reeducação funcional respiratória (RFR) e de reeducação funcional motora (RFM) no pré e pós operatório é a forma mais eficaz de contrariar a imobilidade e as complicações a ela associada. Assim, no período pré-operatório devem ser privilegiados os exercícios de RFR, que promovem a expansão torácica e a otimização da ventilação, e os exercícios de fortalecimento muscular, recorrendo a mobilizações ativas e ativas-resistidas dos membros sãos e contrações isométricas do MI com fratura (Silveira et al., 2003; Sousa et al., 2017). Já no pós-operatório, após tratamento da FEPF, as mobilizações ao nível do MI operado começam por passivas, progredindo para ativas-assistidas e resistidas de acordo com a tolerância da pessoa. Os movimentos trabalhados nestes exercícios são: dorsiflexão/flexão plantar da articulação tibiotársica, flexão/extensão do joelho, e ao nível da articulação coxofemoral a abdução/adução e flexão/extensão, tendo em consideração os limites impostos no caso do tratamento ter sido a artroplastia total da anca (ATA) – até 90º de flexão e 0º na adução da coxofemoral (Bento et al., 2011; Silveira et al., 2003; Sousa et al., 2017). Perante a estabilidade adquirida, o tipo de cirurgia efetuada e as características da pessoa deverá ser iniciado tão precocemente quanto possível, levante e treino de transferências, treino de equilíbrio, de propriocepção e de marcha com produtos de apoio (idealmente nas primeiras 24-48h de pós-operatório), aferindo com o médico a possibilidade de carga (Carneiro et al., 2013; Meehan et al., 2019; Silveira et al., 2003; Sousa et al., 2017). O treino de marcha precoce é descrito como um bom preditor da maximização da capacidade funcional, verificada após um mês de pós-operatório (Baixinho, 2011).

O plano de reeducação funcional deve integrar o treino de atividades de vida diária (AVD), promovendo a independência e a segurança da pessoa no autocuidado.

A capacitação da pessoa concorre para um regresso a casa mais confiante, com repercussão na qualidade de vida (Baixinho, 2011; Bellatti et al., 2014, Ko et al., 2014).

Concomitantemente, para uma transição segura para a comunidade, o planeamento da alta hospitalar deve ser iniciado tão cedo quando possível após a admissão e envolver o familiar ou cuidador. Para que a pessoa possa desenvolver o máximo do seu potencial, tendo em conta as limitações funcionais e ambientais existentes, o cuidador tem de ser atempadamente instruído e treinado para ser um facilitador da continuidade do processo de reabilitação da pessoa que sofreu a FEPF, sem que isso o coloque numa situação de ansiedade e de sobrecarga (Al-Maqbali, 2014; Çelik et al., 2020; Crotty et al., 2011; Meehan et al., 2019). Assim, é importante envolver o cuidador nos cuidados, certificando-se que entendeu o programa de exercícios instituído, respeitando aos limites de carga e de mobilização prescritos, com o objetivo de apoiar a pessoa no treino de autocuidado sem receios e garantindo a segurança. Os ensinos devem ser complementados com a entrega de suporte de informação escrita e/ou ilustrativa das orientações fornecidas (Al-Maqbali, 2014; Sousa et al., 2017).

O acompanhamento do processo de reabilitação após a alta hospitalar por uma equipa de reabilitação através de visitas domiciliárias durante uma média de três meses, é referida por Al-Maqbali (2014), como benéfica e com resultados visíveis em ganhos em saúde. Também Ferreira et al. (2019), advoga que as pessoas são vulneráveis à perda da continuidade dos cuidados, necessitando de suporte para desenvolver competências e dar continuidade às orientações de cuidados iniciadas no internamento hospitalar.

Por fim, a problemática da FEPF surge associada ao conceito de Fragilidade. Este conceito está clinicamente ligado a pessoas idosas por apresentarem uma maior vulnerabilidade obtida pela redução das capacidades homeostáticas do organismo, elevando o risco de resultados de saúde adversos como quedas, hospitalizações, incapacidade, institucionalização e morte (Belloni et al., 2019; Rodríguez-Mañas et al., 2013). Depreende-se assim, que a fragilidade tem impacto não só na pessoa idosa, como também na sua família e na sociedade em geral (Bergman et al., 2007). Porém, este não é um conceito estanque, mas sim uma condição dinâmica que depende da interação de fatores pessoais com fatores ambientais, podendo ser sensível à intervenção do EEER, ao nível da prevenção de novas quedas e do declínio funcional. O programa de reeducação funcional deve por isso incluir: treino de força muscular,

treino aeróbio e treino de equilíbrio estático e dinâmico. (Meehan et al., 2019; Sousa et al., 2017).

Relembrando a nossa questão de investigação, pretendemos identificar as intervenções autónomas do EEER na prevenção do declínio funcional da pessoa com FEPF. O declínio funcional condiciona de forma negativa a capacidade de autocuidado, fazendo-nos sentido recorrer à Teoria do Défice de Autocuidado de Orem (2001) para justificar a intervenção do EEER junto da pessoa que apresenta limitação ou incapacidade no autocuidado.

O autocuidado é um conceito cativo da enfermagem de reabilitação, sendo definido por Orem (2001) como uma função reguladora, que se aprende e se desenvolve ao longo da vida. Esta função protetora da homeostase procura garantir o bem-estar, a saúde, a manutenção da vida e o desenvolvimento pessoal. No entanto, ao longo do ciclo vital a pessoa é confrontada com situações que colocam em risco esta homeostasia, e que a impossibilitam, de forma temporária ou permanente, na satisfação das necessidades de autocuidado por perda de autonomia, gerando dependência. O desequilíbrio entre as exigências do autocuidado e a baixa capacidade de resposta da pessoa, conduz a alterações de desempenho pessoal, familiar e social, com impacto na satisfação e bem-estar da pessoa (Orem, 2001). O EEER surge como o profissional que pode ajudar a colmatar esse défice (Petronilho, 2012).

Antes de verificarmos como é que o EEER se posiciona na sua intervenção guiado por esta teoria, importa contextualizar que Orem (2001), compôs o modelo de autocuidado baseado em três teorias interligadas: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Na Teoria de Autocuidado a teórica identificou três categorias de requisitos de autocuidado (universais, de desenvolvimento e de desvios de saúde) aos quais a pessoa autónoma dá resposta para cuidar de si própria. Na Teoria do Défice de Autocuidado, são identificados cinco métodos de intervenção, através dos cuidados de enfermagem, junto da pessoa que necessita de ajuda por se encontrar em situação de dependência no autocuidado: agir ou fazer pelo outro; guiar e orientar; apoiar física e psicologicamente o outro; proporcionar um ambiente impulsionador do desenvolvimento pessoal e da capacitação; e ensinar o outro (Petronilho, 2012, p.24). A terceira teoria é a dos Sistemas de Enfermagem, que estabelece a relação que tem de existir entre a pessoa dependente e o enfermeiro, sendo os sistemas de

intervenção propostos: totalmente compensatório, parcialmente compensatório e o de apoio-educação (Taylor, 2004).

Perante a identificação de défice de autocuidado, o EEER, adequa a sua intervenção e o método de ajuda de forma a minimizar o défice, ou seja, a dependência. Na promoção da ação do autocuidado deverá avaliar o potencial de desenvolvimento da pessoa e família, substituindo-a apenas no que ela não consegue fazer (Orem, 2001).

A FEPF constitui um evento crítico agudo, gerando naturalmente dependência no autocuidado. O EEER encontra nas teorias de Orem e no conceito do cuidado centrado na pessoa as ferramentas para uma parceria terapêutica, conceção e implementação de planos de cuidados que têm em consideração a pessoa e família enquanto principal agente do autocuidado (Theuerfauf, 2000). Ao promover o desenvolvimento das capacidades funcionais da pessoa e família, são criadas oportunidades para que as pessoas se sintam mais competentes, confiantes e independentes na resposta às suas necessidades de autocuidado.

Estabelecemos como finalidade do trabalho de projeto "Identificar as intervenções do EEER que previnem o declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur". Como o percurso formativo não se esgotava nesta área foram definidos três grandes objetivos que orientassem a resposta não só ao trabalho de projeto, mas que permitissem o desenvolvimento de todas as competências específicas do EEER e competências comuns do Enfermeiro Especialista. Assim, propusemo-nos a:

- ✓ Desenvolver competências de intervenção do EEER no cuidado à pessoa com FEPF, que previnam o declínio funcional.
- ✓ Desenvolver competências específicas do EEER no cuidado à pessoa com alteração sensoriomotora, cardiorrespiratória, cognitiva, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.
- ✓ Desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista nos domínios da: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Para a consecução dos objetivos foram definidas previamente atividades a desenvolver em dois contextos de ensino clínico (EC), num período temporal total de 18 semanas. O primeiro contexto de EC foi um serviço internamento de Ortopedia de

um hospital da região de Lisboa, onde tivemos oportunidade, entre outras, de cuidar de pessoas com FEPF. O segundo contexto de EC teve lugar na comunidade, numa equipa de cuidados continuados integrados (ECCI), de um Centro de Saúde também da região de Lisboa, onde conseguimos garantir a continuidade de cuidados, acompanhando a pessoa e família no seu processo de reabilitação durante mais tempo.

O presente relatório inicia-se com esta Introdução, onde efetuámos uma contextualização da problemática em estudo e a sua adequação à intervenção da enfermagem de reabilitação. Descrevemos a metodologia de investigação e os principais conhecimentos apurados e justificando por fim o enquadramento teórico de acordo com as Teorias do Autocuidado de Orem. De seguida, no capítulo 1, nomeado "Desenvolvimento de Competências", são descritas e analisadas as atividades realizadas em EC que justificam o desenvolvimento de competências específicas do EEER e posteriormente as competências comuns do EE. O capítulo 2 foi denominado "Análise das Aprendizagens Realizadas", onde realizámos uma reflexão utilizando a metodologia SWOT (strengths, weaknesses, opportunities, threats). Finalizaremos com as "Considerações Finais", onde será feita uma pequena síntese do percurso efetuado e as contribuições para o futuro profissional.

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Com o intuito de demonstrar o desenvolvimento de Competências Específicas do EEER e as Competências Comuns do EE definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2019 a,b), bem como as competências do grau de Mestre em concordância com os Descritores de Dublin (Decreto-Lei n.º 74/2006), que conceituam o 2º ciclo de formação, concebemos primeiramente um trabalho de projeto (Apêndice 1) na UC de Opção II, que serviu de guia na orientação e execução do ensino clínico no 3º semestre.

Como anteriormente referido os EC tiveram lugar num contexto hospitalar, mais concretamente num serviço de ortopedia de um hospital da região de Lisboa, e outro num contexto comunitário numa ECCI da mesma região.

Após contextualização do capítulo passamos à apresentação da intervenção no desenvolvimento das Competências Específicas do EEER, seguindo-se as Competências Comuns do EE.

1.1. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O regulamento de Competências Específicas do EEER (Anexo 1) enuncia que este concebe, executa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados e alicerçados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O conjunto de competências clínicas especializadas que lhe são reconhecidas permitem-lhe "tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa" (OE, 2019 a, p.13565).

Atendendo à abrangência da intervenção do EEER passamos à descrição, fundamentação e análise das atividades desenvolvidas em ensino clínico perspetivando o desenvolvimento das competências específicas do EEER.

1.1.1. <u>Competência J1</u>: Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

A competência J1 (OE, 2019a), é constituída por quatro unidades de competência:

J1.1 - Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades;

J1.2- Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;

J1.3- Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;

J1.4- Avalia os resultados das intervenções implementadas.

Estas representam as fases da metodologia do processo de enfermagem, pelo que a intervenção será descrita por essa ordem, evidenciando-a aos vários níveis de intervenção. Para desenvolver competências neste domínio foram definidos os seguintes objetivos:

-Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade da pessoa com FEPF ou com outras alterações sensoriomotoras, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;

-Implementar planos de cuidados de ER centrados na pessoa/família (segundo a metodologia do processo de enfermagem), com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade da pessoa com FEPF ou com outras alterações sensoriomotoras, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, que sejam facilitadores de transições saudáveis;

-Promover um adequado planeamento e preparação para a Alta hospitalar (transição segura para a comunidade) da pessoa após FEPF.

Durante o ensino clínico no contexto hospitalar tivemos oportunidade de cuidar da Sra. D. N.B. (estudo de caso no Apêndice 2). Recordamos que esta senhora, de 71 anos, previamente autónoma no autocuidado, apresentou queda da própria altura quando atravessava uma passadeira, resultando uma fratura subcapital do fémur esquerdo. No dia seguinte foi submetida a ATA com prótese não cimentada por via posterior. Como antecedentes pessoais de saúde apresentava: HTA, arritmia cardíaca não especificada, dislipidemia, hipotiroidismo, perturbação da ansiedade e histerectomia total em 2005. A senhora demonstrou competência na gestão do esquema terapêutico prescrito em ambulatório para controlo da sua condição crónica, mantendo também o mesmo comportamento durante o internamento.

Procedemos a uma avaliação multidimensional com o intuito de identificar as necessidades e expectativas da pessoa e da família/cuidador para uma transição saudável e segura após a alta hospitalar. Procurar conhecer as crenças e valores da pessoa e família é não só importante para um cuidado individualizado, centrado na pessoa como para uma intervenção ao nível dos fatores que podem influenciar o processo de reabilitação, e que contribuem muitas vezes para o declínio funcional, ou seja, para a perda de independência na capacidade de autocuidado (Ko et al., 2019; Meehan et al., 2019). Envolver a pessoa na tomada de decisão, incute-lhe liberdade e responsabilidade no processo de reabilitação, retirando-a da passividade que fomenta o declínio das capacidades funcionais (Baixinho, 2011).

Efetuámos junto da senhora uma caracterização familiar e do meio envolvente, procurando assim identificar desde logo os fatores inibidores e facilitadores para a independência no autocuidado a nível individual, familiar e socio-habitacional. Recorremos à utilização do Modelo Dinâmico de Avaliação da Intervenção Familiar[1] (Figueiredo, 2012) quanto às dimensões: estrutural, desenvolvimento e funcional. Foram ainda utilizados como instrumentos de avaliação familiar o Genograma[2] e o Índice de Graffar Adaptado[3]. Refira-se que não se identificaram problemas com

[1] Modelo Dinâmico de Avaliação da Intervenção Familiar: ferramenta de apreciação familiar, que estrutura em 3 dimensões a dinâmica da família. A identificação e caracterização das áreas de atenção familiar permitem aos enfermeiros, de forma sistematizada, rigorosa e integral, diagnosticar necessidades de intervenção familiar centradas na unidade familiar. Assim, é diligenciado um cuidado holístico e ajustado não só à pessoa inicialmente alvo de cuidados, mas à unidade funcional em que está integrada, promovendo o seu empoderamento e desenvolvimento de competências.

[2] Genograma Familiar: representação gráfica de aspetos da família, nomeadamente: identificação dos elementos, estrutura familiar, parentesco, tipos de relação/vínculos. Ferramenta que fornece indícios da dinâmica e funcionamento da família.

[3] Índice de Graffar Adaptado: classificação social utilizada internacionalmente que avalia as condições socioeconómicas da família, identificando a sua classe social com base na pontuação obtida em 5 critérios (podendo ser avaliados apenas 3): profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e características do local de residência - Alta (I); Média Alta (II); Média (III); Média Baixa (IV); Baixa (V).

necessidade de intervenção nestas dimensões. A senhora vivia com o marido (autónomo) que era o principal cuidador num apartamento que pela descrição não se identificaram barreiras arquitetónicas. Contava ainda com o apoio do filho e da nora e apresentava uma boa relação com os serviços de saúde. Por contingência da pandemia Covid-19 só foi possível contacto com o cuidador no momento da alta hospital.

A nível individual procedeu-se à avaliação física e da funcionalidade com recurso a várias escalas e instrumentos de medida, que considerámos pertinentes nesta situação, de forma a identificar e objetivar problemas, bem como avaliar o impacto no Autocuidado, de acordo com os Requisitos da Teoria de Autocuidado de Orem (2001). A monitorização através de escalas permitiu ainda determinar o potencial e a evolução perante o programa de reabilitação planeado.

Neste caso identificámos essencialmente problemas relacionados com a função sensoriomotora, com impacto significativo no autocuidado como consequência da alteração da capacidade em andar. Assim, a alteração ao padrão de autocuidado refletiu-se nos seguintes requisitos universais: *cuidados associados ao processo de eliminação*, por dificuldade na deslocação até à casa de banho, necessitando de apoio de outra pessoa para se deslocar; *manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso*, por força muscular diminuída no MI esquerdo e insegurança na marcha com andarilho ou canadianas; *prevenção de perigos à vida, bem-estar e funcionamento da pessoa*, por alteração do equilíbrio estático e dinâmico em ortostatismo, risco de queda, amplitude articular diminuída no MI esquerdo, ferida cirúrgica e défice de conhecimentos sobre prevenção de movimentos que podem causar luxação da prótese e de prevenção de quedas. Verificámos ainda no requisito de autocuidado no desvio de saúde *aprender a viver com efeitos das condições e estados patológicos* a necessidade de intervenção utilizando o sistema parcialmente compensatório e de apoio-educação por apresentar: dificuldade em se levantar sozinha da cama, não ter conhecimento, nem experiência de como efetuar marcha sem produto de apoio, dificuldade em se deslocar autonomamente à casa de banho e dificuldade em se vestir e despir ao nível dos MI. No entanto, a senhora, embora preocupada com estas limitações, mostrou aceitação e compreensão da necessidade de aderir aos cuidados de saúde promotores da sua reabilitação. Quanto aos requisitos de autocuidado de desenvolvimento não se verificaram dificuldades na abordagem através do sistema de enfermagem de apoio-educação dado que a Sra. D. N.B. compreendeu a

necessidade de adaptações para prevenir complicações pós-operatórias e prevenção de acidentes e assumiu compromisso no cumprimento do programa de reeducação funcional com a finalidade de maximização da autonomia e da qualidade de vida.

Na avaliação e monitorização da funcionalidade da Sra. D. N.B., nos três dias de intervenção, identificámos alterações a nível da amplitude articular do MI esquerdo (MI operado) como é possível analisar em detalhe na Tabela 1. A primeira avaliação (19/10) foi realizada no 2º dia de pós-operatório e a última no dia da alta hospitalar (21/10). Verificou-se inicialmente uma amplitude articular coxofemoral esquerda à flexão de 60º e à abdução de 40º. A amplitude na adução de 0º não constitui alteração, uma vez que a adução além dos 0º constitui um movimento proibido após ATA. A nível do joelho esquerdo também se identificou diminuição da amplitude articular à flexão comparativamente com o MI direito, podendo estar relacionado com defesa à dor e eventual edema da coxa esquerda por fratura e abordagem cirúrgica.

Tabela 1: Avaliação da amplitude articular nos MI da Sra. N.B., com recurso a um goniómetro.

Articulação	**Movimento**	**Esquerdo**			**Direito**
		19/10	**20/10**	**21/10**	**19/10 – 21/10**
Coxofemoral	Abdução Adução	40º 0º	40º 0º	40º 0º	45º 10º
	Flexão Extensão	60º 0º	60º 10º	70º 10º	90º 10º
Joelho	Flexão Extensão	110º 0º	110º 0º	110º 0º	125º 0º
Tibiotársica	Flexão Dorsal Flexão Plantar	20º 45º	--- ---	20º 45º	20º 45º
	Inversão Eversão	40º 20º	--- ---	40º 20º	40º 20º

Quanto à avaliação da força muscular dos segmentos corporais foi utilizada a *Medical Research Council* (MRC) *Muscle scale*[4]. Foi efetuada uma avaliação corporal completa, atendendo a que a força muscular dos MS constitui condição essencial para a capacidade de marcha com apoio de produtos de apoio como andarilho ou canadianas, tendo-se verificado grau de força 5 em todos os segmentos. Assim, na

[4] MRC (Muscle scale): escala de avaliação de força muscular que classifica os níveis de força entre 0 (sem contração muscular palpável ou visível), 1 (contração palpável ou visível, mas sem produzir movimento), 2 (contração fraca que produz movimento se eliminada a gravidade), 3 (movimento que vence a gravidade, mas não vence resistência), 4 (movimento contra resistência moderada, que vence a gravidade) e 5 (força normal). (MCEER, 2016)

Tabela 2 destacamos a avaliação da força muscular ao nível dos MI. Embora não tenhamos termo de comparação pré-fratura e uma vez que a senhora era previamente autónoma verificamos que o MI direito apresenta grau de força nível 5 em todos os segmentos. Já o mesmo não se verifica no MI esquerdo ao nível dos movimentos da coxofemoral (Abdução/Adução grau 3/3; Flexão/Extensão grau 3/3; Rotação externa grau 3) e do joelho (Flexão/Extensão grau 3/3) na avaliação de 19/10. Depreendemos assim que houve uma diminuição da capacidade funcional relacionada com a fratura e a cirurgia, havendo uma evolução positiva no decurso do pós-operatório: coxofemoral (Abdução/Adução grau 4/4; Flexão/Extensão grau 4/4; Rotação externa grau 4) e do joelho (Flexão/Extensão grau 4/4) nas avaliações dos dias 20 e 21/10.

Tabela 2: Avaliação da força muscular por segmentos dos MI da Sra. D. N.B., com recurso a escala de avaliação da força muscular MRC.

Membros Inferiores	**Movimento**	**Esquerdo**			**Direito**
		19/10	20/10	21/10	19/10 – 21/10
Coxofemoral	Abdução/Adução	3/3	4/4	4/4	5/5
	Flexão/extensão	3/3	4/4	4/4	5/5
	Rotação Interna	Movimento proibido			5
	Rotação Externa	3	4	4	5
Joelho	Flexão/Extensão	3/3	4/4	4/4	5/5
Tibiotársica	Dorsiflexão/Flexão Plantar	5/5	5/5	5/5	5/5
	Inversão/Eversão	5/5	5/5	5/5	5/5
Dedos do Pé	Flexão/Extensão	5/5	5/5	5/5	5/5

Destacamos ainda as seguintes avaliações que permitiram identificar os problemas acima mencionados: avaliação do equilíbrio estático e dinâmico com predição do risco de queda com recurso à escala de Berg[5]; avaliação da marcha segundo as categorias funcionais de marcha de Holden[6] e a avaliação do grau de dependência no autocuidado segundo a escala de Barthel.

[5] Escala de Equilíbrio de Berg: escala composta por 14 itens envolvendo tarefas funcionais específicas em diferentes bases de apoio que envolvem equilíbrio estático e dinâmico. Cada item é avaliado de 0 a 4, em função do desempenho, podendo obter um total de 56 pontos. Quanto maior a pontuação menor é o risco de queda e maior é o equilíbrio (41-56= baixo risco de queda/ equilibro bom; 21-40= risco de queda médio/ equilíbrio médio; 0-20= elevado risco de queda/ equilíbrio diminuído). (MCEER, 2016)

[6] Categorias Funcionais da Marcha de Holden**:** escala que identifica em 6 categorias a autonomia na marcha dos idosos de acordo com o tipo de ajuda física ou supervisão necessária, sendo 0 (marcha ineficaz) e 5 (marcha independente). (Duque et al., 2014)

No que se refere ao equilíbrio e risco de queda foi identificado, nos três dias de avaliação, elevado risco de queda e equilíbrio estático e dinâmico diminuído. Ainda assim verificámos uma evolução positiva de 8/56 pontos iniciais para 17/56 pontos no dia da alta hospitalar. Na categorização da funcionalidade da marcha a avaliação de dia 19/10 identificou categoria 1/5 com andarilho, o que se traduz em necessidade de grande ajuda de uma pessoa para andar sendo mesmo necessário suportar o peso do corpo. Torna-se necessário contextualizar que foi o dia em que efetuou 1º levante e treino de marcha, apresentando dor moderada aquando carga no MI esquerdo (indicação médica para treino de marcha com carga total 24h após cirurgia) e ainda receio de queda. No dia 20/10 evoluiu para categoria 3/5 (marcha dependente com supervisão), com andarilho e no dia 21/10 categoria 4/5 (marcha independente em superfície plana), com canadianas. Por fim quanto à dependência no autocuidado, de acordo com a escala de Barthel[7], identificou-se uma incapacidade funcional moderada, embora a pontuação tenha melhorado de 55/100 no dia 19/10 para 70/100 no dia 21/10. Verificámos que a Sra. D. N.B. não apresentou independência nas AVD que estão claramente dependentes da capacidade de andar traduzindo-se assim em incapacidade para a sua consecução de forma autónoma.

Referimos ainda que perante o antecedente pessoal de saúde "perturbação da ansiedade" e perante este evento agudo gerador de dependência no autocuidado considerámos pertinente avaliar o risco de ansiedade/depressão através da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) verificando-se uma pontuação de 6 para a ansiedade e de 6 para a depressão, o que representa ausência de problema que justifique intervenção. Este despiste torna-se importante na medida em que o stress psicológico causado pela incapacidade funcional pode precipitar ansiedade/depressão em pessoas suscetíveis, condicionando a motivação e a capacidade de adesão ao programa de reabilitação (Bruce et al., 1994; Teng et al., 2005).

Após avaliação e diagnóstico das alterações que resultaram em limitação na autonomia e incapacidade para o autocuidado da Sra. D. N.B. e ainda a sua evolução ao longo dos três dias de internamento, importa descrever as intervenções realizadas. Assim, foi explicado e proposto um plano de intervenção à senhora tendo por base a

[7] Escala de Barthel: avalia o nível de independência da pessoa na realização de dez AVD: alimentação, transferências, higiene pessoal, utilização da casa de banho, tomar banho, mobilidade, subir e descer escadas, vestir, controlo intestinal e urinário. Cada atividade apresenta entre 2 a 4 níveis de dependência, sendo que a pontuação 0 corresponde a máxima dependência e 100 equivale a independência total (<90-95 dependência ligeira; 90-55 dependência moderada; >55 dependência elevada). (MCEER, 2016)

prevenção de complicações, reeducação funcional do MI esquerdo e a maximização das capacidades, valorizando as suas prioridades/objetivos. Como nos diz Hesbeen (2001), o EEER enquanto prestador de cuidados irá disponibilizar os seus recursos à pessoa/família recetora de cuidados, com o intuito de ajudá-la. No entanto, a eficácia desta ajuda só é real se a mesma fizer sentido a quem é cuidado, ou seja, enquadrada na direção do que a pessoa deseja. O plano teve como foco contrariar a imobilidade associada ao pós-operatório da FEPF, promovendo exercícios de mobilização e de fortalecimento muscular global, levante e treino de marcha (Silveira et al., 2003; Sousa et al., 2017). Quanto mais cedo a pessoa readquirir a capacidade de marcha, mesmo que com auxílio de produtos de apoio, mais depressa tenderá a recuperar a independência no autocuidado (Baixinho, 2008).

Refira-se que a Sra. D. N.B. se mostrou sempre muito recetiva, motivada e participativa no programa de reeducação funcional proposto. Perante os problemas diagnosticados tivemos uma intervenção no âmbito dos sistemas de enfermagem parcialmente compensatório e de apoio-educação, utilizando como métodos de ajuda para colmatar o défice de autocuidado: agir ou fazer pelo outro; guiar e orientar; e ensinar, e que fazem parte da Teoria do Défice de Autocuidado de Orem (2001).

Assim, ao nível sensoriomotor: instruímos e incentivámos as mobilizações livres ativas da articulação tibiotársica esquerda e dos MS e MI direito; efetuámos mobilizações ativas-assistidas dos segmentos do MI esquerdo no leito (atendendo aos limites preventivos de luxação da prótese) - coxofemoral (CF): abdução/adução, flexão/extensão e joelho: flexão/extensão. No dia 21/10 já conseguimos evoluir para mobilizações ativas-resistidas dos segmentos do MI esquerdo, uma vez que as ativas-assistidas foram superadas. Instruímos, treinámos e incentivámos a realização de exercícios isométricos dos glúteos e quadricípites (séries de 10 repetições com contrações mantidas de 5 segundos, e repetição pelo menos 5x dia); promovemos o levante diário para cadeirão/cadeira, instruindo e treinando também exercícios enquanto sentada - mobilização ativa da tibiotársica e flexão/extensão do joelho esquerdo (Bento et al., 2011; Meehan et al., 2019; Sousa et al., 2017).

Relativamente à marcha instruímos e treinámos a técnica de marcha a 3 tempos, primeiro com apoio de andarilho (nos dias 19 e 20/10), progredindo para canadianas no dia 21/10 (piso plano e subir e descer escadas); corrigimos a postura corporal; estimulámos a propriocepção e treinámos o equilíbrio corporal - contorno de obstáculos, apoio unipodal, transferências, exercícios de coordenação de movimentos

- (Carneiro et al., 2013; Sousa et al., 2017). Monitorizámos o equilíbrio estático e dinâmico (escala de Berg), a força muscular (escala MRC), a amplitude articular (goniometria), a funcionalidade da marcha e o grau de dependência no autocuidado (escala de Barthel).

Quanto à intervenção ao nível do requisito de autocuidado no desvio de saúde *aprender a viver com efeitos das condições e estados patológicos* tivemos como objetivo aumentar o grau de autonomia no mesmo, garantindo a segurança. Deste modo: informámos sobre os movimentos proibidos que podem causar luxação da prótese da anca esquerda (flexão coxofemoral além dos 90º, adução além da linha média do corpo 0º, cruzar os MI e nos posicionamentos de lateralização no leito colocar almofada entre os MI de forma a evitar a adução além da linha média); instruímos e treinámos o levante pelo lado esquerdo da cama (sentar-se na cama com auxílio dos antebraços, colocando o MI esquerdo em extensão, fletindo o MI direito e rodando até tocar no chão – evitando fletir o tronco além dos 90º) e a técnica de sentar e levantar da cadeira (colocando o MI esquerdo em extensão e baixar-se lentamente, usando a força dos MS apoiados na cadeira – procedendo de forma inversa para se levantar. Manter MI em abdução quando sentado). Prescrevemos e treinámos a utilização de produtos de apoio à higiene e de utilização da casa de banho em segurança, tais como: banco para base de duche, barras de apoio na parede, tapete antiderrapante e alteador de sanita (Diogo et al., 2006; Sousa et al., 2017). Ajudámos a lavar e secar os MI, bem como a vestir/despir, e sugerimos ainda uma escova e uma pinça de cabos longos para maior autonomia em casa. Informámos sobre as características de um ambiente seguro, para prevenção de quedas e fornecemos suporte de informação escrita e ilustrativa de apoio às orientações dadas sob a forma de folhetos. Referenciámos para ECCI para continuidade de programa de reeducação funcional iniciado no internamento hospitalar. Com um curto tempo de internamento, é desejável que se garanta a continuidade dos cuidados no regresso a casa, pois as pessoas são vulneráveis à interrupção dos cuidados de reabilitação, comprometendo desse modo a capacidade funcional e a promoção do autocuidado (Ferreira et al., 2019). As pessoas e famílias/cuidadores necessitam muitas vezes de esclarecer dúvidas com que só se deparam após regressar a casa e de apoio para continuar as orientações dadas no hospital pretendendo a recuperação da independência para níveis pré-fratura.

No momento da alta hospitalar tivemos contato com o familiar cuidador, o marido, voltando assim a reforçar as orientações dadas sobre os cuidados a ter e instruímos ainda sobre o entrar e sair do carro (colocar banco da frente para trás, sentar-se com os MI para fora e rodá-los para dentro do carro com o MI esquerdo em extensão – para sair o processo inverso). Como referido anteriormente, face ao contexto de pandemia Covid-19, não foi possível envolver presencialmente o familiar cuidador no processo de reabilitação durante o internamento da Sra. D. N.B. Esta situação vai contra as boas práticas dos cuidados de reabilitação, sendo corroborado por autores, nomeadamente por Hesbeen (2001), quando refere que as necessidades e expectativas da família/cuidador não podem ser minimizadas, "eles necessitam, muitas vezes, de ações educativas, de entrevistas de orientação e familiarização com os aspetos com que se irão, mais tarde, confrontar. (…) é aconselhável integrá-los a alguns cuidados" (p.65).

Quanto à função respiratória, no contexto hospitalar realizámos essencialmente uma intervenção ao nível da prevenção das complicações respiratórias associadas à imobilidade no leito no pré e pós-operatório com várias pessoas, nomeadamente em situações de ATA, Artroplastia total do joelho (ATJ) e pós-traumatismo vertebro-medular, como se poderá constatar nas intervenções descritas nas notas de campo e jornal de aprendizagem (Apêndices 2, 4, 5 e 6). As intervenções efetuadas a este nível foram: explicar os riscos da imobilidade, nomeadamente a nível respiratório; avaliar as características da respiração; posicionar em semi-fowler e instruir e treinar a dissociação dos tempos respiratórios, respiração diafragmática, exercícios de expansão torácica (1 série de 5 repetições, a realizar 5x dia), incentivando a realização dos exercícios sem necessidade da presença do enfermeiro.

No contexto da comunidade no estágio em ECCI foi-nos referenciado por um serviço de pneumologia o Sr. F.R. de 69 anos (nota de campo no Apêndice 7), para otimização e reeducação funcional respiratória. O senhor esteve internado 13 dias por insuficiência respiratória global crónica (possível síndrome de apneia obstrutiva do sono) e insuficiência cardíaca descompensada por edema agudo do pulmão hipertensivo. Iniciou ventilação não invasiva durante o período noturno com indicação para manter após a alta hospitalar. Como antecedentes pessoais de saúde refira-se: poliomielite em criança com sequelas no MI esquerdo (atrofia muscular e paralisia flácida), utilizando uma canadiana para apoio na marcha; HTA, DM tipo 2; depressão; AVC há 20 anos tendo como sequela uma discreta parésia facial esquerda (ramo

motor do VII par craniano alterado); obesidade com IMC estimado de 39kg/m^2; acuidade auditiva muito diminuída, compensada parcialmente com aparelho auditivo à esquerda. Autónomo no autocuidado. Realizámos uma avaliação completa da função respiratória (coloração da pele e mucosas; observação do tórax; auscultação pulmonar; monitorização da FR e SpO2; e vigilância da respiração/ventilação), verificando-se como padrão de autocuidado no requisito universal *manutenção de quantidade de ar suficiente:* pele e mucosas coradas, sem cianose; observação do tórax na posição de sentado, sem assimetrias ou abaulamentos; murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios nos dois hemicampos pulmonares (1/3 inferior não audível. Radiografia de tórax PA disponível em SClínico do momento da alta foi possível verificar hemicúpulas diafragmáticas subidas, não existindo horizontalização das costelas); FR de 20 ciclos/min em repouso, SpO2 99%; sem esforço respiratório em repouso; ventilação torácica, ritmo regular, amplitude superficial, expansão torácica simétrica, tempo inspiratório e expiratório curtos; componente cardíaca (FC 77bpm, pulso regular, cheio). De seguida verificámos a adaptação ao ventilador não invasivo, pedindo ao senhor para colocar a máscara e ligar o aparelho como se fosse dormir. Verificámos uma técnica correta, estando bem adaptado e referindo cumprir cerca de 9 a 10h/dia.

Decidimos realizar uma sessão RFR, começando por instruir e treinar o autocontrolo do padrão respiratório. A sessão decorreu no leito, iniciando em decúbito dorsal com almofada debaixo dos joelhos com instrução e treino de: dissociação dos tempos respiratórios (inspirar profundamente pelo nariz e deitar o ar fora pela boca lentamente com os lábios semi-cerrados), respiração abdomino-diafragmática e técnica de relaxamento. O Sr. F.R. mostrou-se recetivo e participativo nos exercícios instruídos, embora com dificuldade na realização da dissociação dos tempos respiratórios. Posto isto, recorremos ao uso de um brinquedo de papel de tubo enrolado, vulgarmente conhecido com língua-da-sogra, tendo facilitado a correta coordenação da inspiração e da expiração. Prosseguimos a sessão executando as técnicas respiratórias pela ordem que se segue (2 séries de 10 repetições para cada exercício): abertura costal global com bastão e reeducação abdomino-diafragmática posterior. De seguida, com o senhor em decúbito lateral com o MI que fica por baixo em semi-flexão e o MI que fica por cima em extensão, MS que fica por cima apoiado numa almofada fletido a 90º com o tronco, executámos abertura costal seletiva à direita e à esquerda; reeducação da hemicúpula diafragmática direita e esquerda com resistência (iniciando com 1kg) na expiração e no 1º terço da inspiração; reeducação

costal média e inferior à direita e à esquerda (Cordeiro et al., 2012). Pretendeu-se com a sessão promover a expansão torácica e a mobilização das costelas e do diafragma, dificultado pelo abdómen volumoso. Durante os exercícios conseguimos perceber uma quase inexistente mobilidade costal. Avaliámos a perceção subjetiva ao esforço através da escala de *Borg* modificada[8] após realização dos exercícios respiratórios, obtendo a pontuação 7/10. No fim da sessão voltámos a avaliar os sinais vitais, mantendo-se estáveis, e a efetuar auscultação pulmonar, verificando-se ausência de ruídos adventícios.

Programámos duas visitas domiciliárias por semana e sugerimos como treino até à visita seguinte a realização de pelo menos 2 séries de 10 repetições 2xdia de controlo e dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdomino-diafragmática e abertura costal global com bastão a realizar na posição de deitado ou sentado numa cadeira. Prescrevemos ainda o espirómetro de incentivo.

Na sessão seguinte demos continuidade às mesmas técnicas respiratórias e instruímos e treinámos exercícios de aumento da mobilidade torácica, deixando suporte de informação escrita e ilustrativa de apoio às orientações dadas e sugerindo a realização dos mesmos 2xdia (2 séries de 8 repetições).

Abordando agora a <u>função da eliminação</u>, no estudo de caso da Sra. D. S.S. (Apêndice 3), embora o foco da intervenção tenha sido o treino motor e cardiorrespiratório, houve necessidade de intervenção por parte do EEER na função eliminação vesical por terem sido identificadas alterações ao padrão de autocuidado no requisito universal *cuidados associados ao processo de eliminação*. Foi utilizado um sistema de enfermagem de apoio e educação na intervenção junto da senhora por ter revelado acidente ocasional na escala de Barthel, referindo sensação de urgência urinária ocasional. Foi definido o diagnóstico de autocontrolo: continência urinária ineficaz por sensação de urgência urinária/incontinência ocasional. Foi efetuada inspeção vulvar e anal, não se tendo verificado presença de cicatrizes, fissuras ou outras alterações. Não foi avaliada a força de contração dos músculos do pavimento pélvico, utilizando por exemplo a Escala de Oxford Modificada, por não se ter realizado toque vaginal nem retal. No entanto, foi possível observar a contração da musculatura pélvica quando solicitado. Assim, implementámos as seguintes intervenções recorrendo ao sistema de enfermagem de apoio-educação: despiste de sinais e

[8] Escala de Borg modificada - Avaliação da perceção subjetiva ao esforço: escala de 0 a 10 pontos em que 0 significa "muito, muito leve " e 10 "muito, muito forte". Pede-se à pessoa que identifique o número e descrição correspondente à sensação de esforço percebido numa tarefa ou determinado momento. (MCEER, 2016)

sintomas de infeção urinária; propusemos a realização de um diário miccional (nº de micções em 24h, frequência e quantidade de perdas; ingestão hídrica e relação entre perdas e atividades realizadas); instruímos e incentivámos o treino vesical (micção em intervalos regulares de acordo com o diário miccional) com intervalos iniciais de 2h; informámos sobre estratégias de adiamento da micção num episódio de urgência urinária (permanecer imóvel, cruzar os MI, realizar a contração dos músculos do pavimento pélvico, respirações profundas, relaxamento e pensamentos de afirmação "consigo controlar a vontade de urinar"). Depois instruímos, treinámos e incentivámos a realização de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico (10 contrações mantidas durante 5 segundos e 10 contrações rápidas – pelo menos 5xdia) e outros exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, tais como, contrair bola entre os joelhos por 5 segundos e afastar os joelhos por 5 segundos com resistência de faixa elástica fechada. As técnicas comportamentais são a primeira opção de tratamento na abordagem à pessoa com incontinência urinária, tendo como objetivo diminuir o número de episódios. Estas englobam a instrução da pessoa e do cuidador, terapia comportamental, exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico (podendo ser coadjuvados pelo *biofeedback*) e estimulação elétrica (Pires, 2000; Rocha et al., 2017). Gerimos expectativas quanto ao sucesso do programa de reeducação funcional e informámos sobre a possibilidade de electroestimulação e o *biofeedback* se não existisse melhoria da situação com os exercícios propostos.

O objetivo do treino vesical é modelar comportamentos que ensinam a pessoa a suprimir voluntariamente os impulsos do detrusor. Também o treino e fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico constituem um pilar no tratamento da incontinência de urgência (embora historicamente estejam associados à intervenção na incontinência de esforço) em ambos os sexos ao permitir trabalhar a força e o controlo motor dos mesmos (Burgio et al., 2007).

Ainda em relação ao mesmo estudo de caso da Sra. D. S.S., mas agora relativamente à <u>função da sexualidade</u>, já nas últimas visitas domiciliárias que efetuámos verificou-se que a relação terapêutica estabelecida proporcionou um ambiente em que a senhora e o cuidador (companheiro) se sentiram confortáveis para falar sobre questões de índole sexual. A Sra. D. S.S., a cumprir protocolo de tratamento de quimioterapia (QT) por leucemia linfoblástica aguda (LLA), e sob anticoncepção oral, referiu que antes do diagnóstico estava a tentar engravidar. Na altura ficou muito triste, e que antes de iniciar o tratamento foram-lhe explicadas as

consequências do mesmo, nomeadamente a forte possibilidade de infertilidade, e que lhe foi dada a possibilidade de recolha de óvulos. O casal optou por não o fazer porque isso iria atrasar o início do tratamento de QT. Entretanto, a senhora referiu que o companheiro de tão protetor que era, e com receio de lhe poder transmitir alguma infeção (refira-se que a senhora teve episódio de neutropenia 3 meses antes) nem beijos lhe dava. Perante este desabafo identificámos alteração ao padrão do autocuidado no requisito universal manutenção *do equilíbrio entre a solidão e a interação social* e na presença dos dois utilizámos um sistema de enfermagem de apoio-educação desmistificando mitos e receios, principalmente por parte do companheiro da senhora. A reeducação sexual na presença de doença deve ser uma reeducação sexo-afetiva, em que a informação sexual é essencial (Marques, 2017). De acordo com a autora, os enfermeiros têm um papel primordial nesta área por serem os profissionais de saúde com maior proximidade das pessoas de quem cuidam, devendo mostrar empatia e disponibilidade para ouvir as preocupações e assim poder informar e aconselhar. Refere também que as emoções, o afeto, as sensações e o erotismo estão presentes na sexualidade humana sendo transversal a jovens e a idosos, e uma componente fundamental para o bem-estar e a qualidade de vida. Fleury et al. (2011), referindo-se a alguns estudos diz-nos que foi relatada ausência ou diminuição da intimidade e da frequência sexual por 59% das mulheres e 79% dos homens com doença oncológica. Alerta-nos também para num contexto de doença oncológica poderem surgir dificuldades no relacionamento quando a pessoa doente e o seu companheiro(a) não partilham sentimentos e evitam a intimidade. Acrescenta ainda que o casal pode sentir-se ansioso, considerando até inadequadas as necessidades afetivas resultando em sentimentos de culpa. Ainda relativamente ao companheiro da senhora efetuámos uma avaliação da sobrecarga do familiar cuidador, utilizando a escala de *Zarit*[9], obtendo a pontuação de 5/88, o que se traduz em ausência de sobrecarga.

Falta-nos apresentar as situações de intervenção ao nível das <u>funções cognitiva</u> e de <u>alimentação</u>. No entanto, durante o EC que descrevemos neste relatório não houve oportunidade de prestação de cuidados de ER a pessoas com alteração nestas duas funções. Podemos apenas referir que durante o EC no serviço de

[9] Escala de Zarit: questionário composto com 22 alegações em que se pede ao cuidador para identificar sob a forma de nunca/raramente/às vezes/ muitas vezes/quase sempre (itens graduados de 0 a 4) o modo como reflete a sua experiência enquanto cuidador. A pontuação vai de 0 a 88, em que: ≤21 ausência de sobrecarga, 21-40 sobrecarga moderada, 41-60 sobrecarga modera a severa, ≥61 sobrecarga severa. (Sequeira, 2010)

ortopedia contactámos esporadicamente com pessoas internadas que apresentavam desorientação espaço-temporal, alguns com demência diagnosticada. Nesses casos atuámos com intervenções de orientação para a realidade. Usámos o que havia ao nosso dispor ao nível do ambiente para o fazer (ex: relógio na parede do quarto, configuração do quarto, fardas utilizadas pelos profissionais), tentando que a pessoa conseguisse estabelecer o contacto com o meio em que se encontrava.

1.1.2. <u>Competência J2</u>: Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

A competência J2 (OE, 2019a), é formada por duas unidades de competência, que são:

J2.1 – Elabora e implementa programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;

J2.2- Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.

Para desenvolver competências neste domínio foram definidos como objetivos:

-Elaborar e implementar programas de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade, maximização da autonomia e promoção da qualidade de vida da pessoa com FEPF ou com outras alterações sensoriomotoras, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;

-Promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social da pessoa com necessidades especiais.

Esta competência alerta-nos para situações de vulnerabilidade acrescida, nas quais o EEER tem o dever de intervir. A vulnerabilidade é vista como um processo dinâmico pela interação de fatores individuais e ambientais, determinando maior ou menor suscetibilidade da pessoa em desenvolver problemas de saúde ou de comprometer o desenvolvimento humano, nomeadamente em situações de doença ou de incapacidade temporária ou permanente (Oviedo & Czeresnia, 2015; De

Chesnay et al, 2019). O EEER ao maximizar as capacidades da pessoa, promovendo a sua capacitação e empoderamento, bem como ao intervir no ambiente físico e sociofamiliar, eliminando/atenuando obstáculos e desenvolvendo estratégias promotoras de inclusão, está a atuar sobre fatores de risco modificáveis que podem diminuir a vulnerabilidade da pessoa. A intervenção do EEER pode assim gerar resultados sensíveis aos indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, nomeadamente ao nível da satisfação da pessoa, do bem-estar e autocuidado, da prevenção de complicações, da readaptação e reeducação funcional e da inclusão social, potencializando a melhoria na qualidade de vida da pessoa e família pelo aumento do leque de oportunidades (MCEER, 2018).

Muitas das intervenções descritas na competência J1 poderiam também ilustrar o desenvolvimento de competências nesta dimensão, nomeadamente as descritas na intervenção com a Sra. D. N.B. relativas ao treino de AVD. Contudo, procuramos através do trabalho desenvolvido nos contextos de estágio diversificar os exemplos.

Assim, relembramos a nossa intervenção de reabilitação no contexto hospitalar descrita na nota de campo do Sr. J.S. (Apêndice 6). Este senhor de 33 anos, previamente autónomo no autocuidado, sofreu uma queda de 5 metros de altura num acidente de trabalho no dia 13/10/2021 do qual resultou: traumatismo crânio-encefálico com hemorragia subaracnoídea (sem indicação cirúrgica); contusão/edema de C2/C3 até C5/C6, lesão dos ligamentos posteriores C6/C7, fratura das apófises espinhosas C4, C6 e C7, sendo submetido a discectomia e artrodese intersomática de C2/C3 e C5/C6 a 19/10/2021; secção medular em contexto de fratura/luxação de D5/D6, tendo sido submetido a redução da luxação e fixação a 14/10/2021; hemotórax bilateral com colocação de drenagem torácica bilateral com resolução. Foi descrito que neurologicamente manteve sempre score 15 na escala de Glasgow e na avaliação inicial apresentava diminuição significativa da força muscular nos MS, perda total da força e sensibilidade nos MI, esfíncter anal atónico e ausência do reflexo bulbocavernoso. Cerca de quatro semanas depois tivemos o primeiro contacto com este senhor por ter sido transferido uns dias antes para o serviço de ortopedia do hospital da área de residência, encontrando-se referenciado e a aguardar vaga num centro de reabilitação. O familiar de referência era o irmão, com quem não tivemos contacto. Já o Sr. J.S. contactava diariamente com o mesmo por telefone, aparentando relação próxima.

A pessoa com lesão vertebro-medular pode ser afetada permanentemente por disfunções sensoriomotoras, respiratórias, da alimentação, da eliminação e sexual. Esta nova condição altera de forma drástica e devastadora a autonomia no autocuidado, a qualidade de vida e a participação na sociedade (Moser et al., 2020). Depreende-se assim a complexidade de um processo de reabilitação de uma pessoa com lesão medular, sendo um processo longo e contínuo, que deve ser iniciado o mais precocemente possível de forma a preservar a função existente e a capacitar a pessoa no desenvolvimento de competências que lhe permitam a maior independência funcional possível, face às incapacidades que apresenta (Henriques et al., 2017; Moser et al., 2020).

Tivemos oportunidade de cuidar do Sr. J.S. apenas durante três dias intercalados. Assim, no dia 10/11/2021 procedemos ao exame físico e à avaliação funcional. Efetuámos avaliação neurológica onde verificámos encontrar-se consciente, orientado no tempo, espaço e pessoa. Discurso fluente, comunicativo quando abordado, humor triste com a situação clínica, sem alterações da linguagem. De seguida avaliámos a força muscular em todos os movimentos por segmento corporal, utilizando a escala MRC, documentada na tabela 3. Desta avaliação destacam-se a diminuição da força ao nível dos segmentos: cabeça e pescoço, com grau 3 à flexão/extensão e grau 4 na inclinação lateral e rotação; MS direito, na maioria identificando-se grau 3, com exceção da flexão do cotovelo, pronação/supinação do antebraço, flexão do punho e flexão/extensão dos dedos com grau 4; e por fim a ausência total de força, grau 0, ao nível dos MI.

Tabela 3: Avaliação da força muscular por segmentos do Sr. J.S., com recurso a escala de avaliação da força muscular MRC.

Segmento Corporal	**Movimento**	**Avaliação da Força Muscular** 10/11/2021	
Cabeça e Pescoço	Inclinação Lateral	4/4	
	Flexão/Extensão	3/3	
	Rotação	4/4	
Membros Superiores	**Movimento**	**Direito** 10/11/21	**Esquerdo** 10/11/21
Escapulo-Umeral	Abdução/Adução	3/3	5/5
	Elevação/Depressão	3/3	5/5
	Flexão/Extensão	3/3	5/5

	Rotação Interna/Externa	3/3	5/5
Cotovelo	Flexão/Extensão	4/3	5/5
Antebraço	Pronação/Supinação	4/4	5/5
Punho	Desvio Radial/cubital	3/3	5/5
	Flexão/Extensão	4/3	5/5
	Circundação	3/3	5/5
Dedos da Mão	Flexão/Extensão	4/4	5/5
	Oponência	3/3	5/5
	Abdução/Adução	3/3	5/5
	Circundação	3/3	5/5
Membros Inferiores	Movimento	**Direito**	**Esquerdo**
		10/11/21	10/11/21
Coxofemoral	Abdução/Adução	0/0	0/0
	Flexão/extensão	0/0	0/0
	Rotação Interna/Externa	0/0	0/0
Joelho	Flexão/Extensão	0/0	0/0
Tibiotársica	Dorsiflexão/Flexão Plantar	0/0	0/0
	Inversão/Eversão	0/0	0/0
Dedos do Pé	Flexão/Extensão	0/0	0/0

Avaliámos o tónus muscular por segmentos corporais com recurso à escala de Ashworth modificada[10], sendo identificada espasticidade apenas ao nível do joelho direito e esquerdo à flexão/extensão grau 1+/1.

Testámos a sensibilidade táctil, dolorosa e térmica (respetivamente com algodão, ponta de caneta e invólucro com gelo e com água quente) onde identificámos: mantida bilateralmente na face interna do braço, região palmar e dedos das mãos (referindo, contudo, hipoestesia ao nível da mão direita) e a nível do tronco verificou-se ausência total abaixo do nível das costelas e nos MI. Quanto à sensibilidade propriocetiva postural identificou bilateralmente a posição da mão com os olhos fechados, não identificando a posição dos pés. Na sensibilidade propriocetiva discriminatória conseguiu, com os olhos fechados, identificar objetos (caneta, bolinha) dados para a mão (esquerda e direita). A sensibilidade vibratória não foi testada.

[10] Escala de Ashworth modificada: Efetua-se mobilização passiva dos membros e avalia-se a resistência. A escala classifica o tónus muscular em grau 0 (sem aumento do tónus), 1 (discreto aumento do tónus, com resistência mínima no final da amplitude de movimento), 1+ (aumento do tónus muscular em menos de metade da amplitude do movimento), 2 (aumento do tónus em mais de metade da amplitude do movimento), 3 (acentuado aumento do tónus, movimentos passivos dificultados, mas é possível completar a amplitude articular), 4 (o segmento afetado é rígido, em flexão ou extensão). (MCEER, 2016)

Quanto ao equilíbrio, conseguiu assumir a posição de sentado com ajuda, com equilíbrio estático. Equilíbrio dinâmico não eficaz. Na coordenação recorremos à prova dedo-nariz, prova dedo-orelha e prova dedo-dedo onde verificámos não existirem alterações bilateralmente.

Identificámos ainda duas úlceras de pressão de grau III em ambos os calcâneos, e como expectável alto risco de úlcera de pressão, com pontuação de 11 na escala de Braden.

Relativamente à eliminação vesical encontrava-se com drenagem vesical permanente ligada a saco coletor. Quanto à eliminação intestinal realizava já treino intestinal em dias pares com supositório de bisacodilo, embora mantivesse perdas fecais diárias de 1 a 2x dia com necessidade de uso de fralda permanente.

Avaliámos o impacto das alterações ao nível do autocuidado, de acordo com a escala de Barthel, identificando-se uma pontuação de 10/100, o que se traduz em incapacidade funcional elevada. Ao nível das atividades de autocuidado avaliadas na escala, só foi independente na alimentação. A incapacidade física oriunda da lesão medular provoca alterações não só de ordem física como emocional, especialmente pela dependência súbita de terceiros (Moser et al., 2020). Por isso, e por termos constatado presença de humor triste aplicámos também a escala de HADS, sendo afastada a situação de ansiedade por pontuação 5 e verificada a possibilidade de desenvolvimento de depressão por pontuação 10. Após a consciencialização da perda de capacidades físicas, é comum surgir sentimento de tristeza, sem que isso seja sinónimo de depressão, mas fazendo parte do processo de luto. A pessoa que faz o luto aceita que não pode realizar os projetos anteriores pela perda das capacidades físicas, o que a impulsiona a elaborar um novo projeto compatível com as capacidades atuais. Já a pessoa deprimida é muitas vezes incapaz de aceitar a perda e de idealizar um novo projeto de vida (OE, 2009).

Perspetivando-se um processo longo de reabilitação, nesta fase focámos a nossa intervenção na prevenção de complicações, na preservação e maximização da função existente e na adaptação e capacitação da pessoa à sua nova condição de vida. Perante o défice de autocuidado, Orem (2001) na sua Teoria do Défice de Autocuidado diz-nos que o EEER tem uma intervenção decisiva na capacitação da pessoa/família, identificando cinco métodos de ajuda pelo qual nos guiámos: agir ou fazer pelo outro, substituindo-a assim no que não consegue realizar; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; garantir um ambiente de apoio que impulsione

o desenvolvimento da pessoa, com um plano de reabilitação realista, focado em objetivos alcançáveis; e por fim ensinar. Referindo-se ao cuidar em reabilitação, Hesbeen (2001), alerta-nos para o dever do EEER ajudar a pessoa a conceber "uma maneira de viver portadora de sentido para ela e que seja compatível com a situação em que se encontra, seja qual for o estado do seu corpo ou a natureza da sua afeção" (p.76).

Tendo a nossa intervenção passado apenas por três dias definimos como objetivos face às incapacidades identificadas: manter a mobilidade articular e a força muscular, prevenir contraturas e deformidades musculo-articulares, estimular a circulação e a sensibilidade, promover o conforto e o bem-estar, recuperar e manter a integridade cutânea e prevenir/diminuir a espasticidade.

Começámos por explicar os objetivos do programa de reabilitação e os procedimentos ao senhor, pedindo a sua atenção e colaboração. Neste caso a nossa intervenção utilizou como sistemas de intervenção em enfermagem: totalmente compensatório, parcialmente compensatório e o apoio-educação. Realizámos diferentes tipos de mobilizações articulares do distal para o proximal (1 série de 10 repetições) de acordo com a avaliação por segmentos efetuada anteriormente. Primeiro, posicionámos o senhor em decúbito dorsal, em padrão antispástico (almofada na cabeça, MS em posição confortável e ao nível dos MI: coxofemoral em rotação interna e ligeira flexão, flexão dos joelhos, região aquiliana apoiada e região plantar livre). De seguida efetuámos: mobilizações ativas-assistidas da cabeça e pescoço (sem almofada) - flexão/extensão, lateralização bilateral e rotação; mobilizações ativas-assistidas dos segmentos do MS direito - dedos da mão (flexão/extensão, abdução/adução 1 a 1 com os dedos em extensão, oponência do polegar e circundação), punho (desvio radial/cubital, flexão/extensão e circundação), antebraço (pronação/supinação), cotovelo (flexão/extensão) e da articulação escapulo-umeral (abdução/adução, elevação/depressão, flexão/extensão, rotação interna/externa); mobilizações ativas-resistidas ao nível de todos os segmentos do MS esquerdo; mobilizações passivas nos segmentos dos MI - dedos do pé (flexão/extensão), articulação tibiotársica (dorsiflexão/flexão plantar com ênfase na dorsiflexão, inversão/eversão com ênfase na eversão), joelho (flexão/extensão, insistindo na flexão), CF (abdução/adução, flexão/extensão e rotação interna/externa insistindo na rotação interna). E instruímos e incentivámos a realização de exercícios de fortalecimento muscular com halter e com o uso do trapézio da cama ao nível dos MS e do tronco e da atividade virar-se na cama. De acordo com Henriques et al (2017),

o ensino e incentivo à realização de exercícios de automobilizarão dos segmentos corporais não comprometidos deve ser promovido, pois o fortalecimento muscular dos MS (utilizando por exemplo o trapézio e halteres) permite melhorar a condição e futuramente a autonomia nas transferências e outras atividades de vida.

Após o almoço foram repetidas as mobilizações passivas ao nível de todos os segmentos dos MI. Quanto à RFR efetuámos instrução e treino de dissociação dos tempos respiratórios, respiração diafragmática e exercícios de aumento da expansão torácica (1 série de 5 repetições). Incentivámos ainda a sua realização cerca de 5x dia sem presença do enfermeiro. O Sr. J.S. mostrou-se colaborante e participativo nas intervenções de reeducação funcional efetuadas ao nível sensório-motor e respiratório.

Nos dias 12/11/2021 realizámos o mesmo treino de mobilizações que no dia 10/11 antes do momento da higiene. Durante os cuidados de higiene no leito promovemos a autonomia no autocuidado ao colocar o Sr. J.S. na posição de fowler e ao solicitar que se lavasse ao nível da cabeça e pescoço, MS, região anterior do tronco e região genital. Ajudámos a vestir o casaco de pijama e pedimos que abotoasse os botões. Vestiu um pijama hospitalar, no entanto sugerimos a possibilidade de optar pelo seu vestuário, caso o familiar lhe pudesse trazer. Informámos que seria facilitador eleger vestuário largo, com botões grandes ou velcro anterior e tecido idealmente elástico ou escorregadio. Após a higiene corporal foi promovida a independência na higiene oral. Todas as atividades inerentes ao autocuidado melhoram com o fortalecimento das cadeias musculares não comprometidas, não só através de um programa de exercício físico dirigido, mas sobretudo pela ativação permanente das estruturas musculares na realização de atividades da rotina de vida (Henriques et al., 2017). De seguida efetuou um período de repouso no leito em decúbito lateral direito com MI posicionados em padrão antispástico.

Perto da hora de almoço e por ser da sua vontade foi sugerido a realização de levante para cadeirão. Logo, foi efetuada contenção elástica com ligaduras nos MI para prevenção de hipotensão ortostática. Colocámos um colar cervical mole para maior conforto e estabilidade cervical e procedemos ao treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado na cama com os pés apoiados no chão (provocámos ligeiros desequilíbrios, empurrando ligeiramente ao nível do esterno e lateralmente ao nível dos ombros, pedindo para compensar com as mãos apoiadas na cama). Embora

tenha apresentado episódio de sudorese inicial, tolerou o treino de equilíbrio e podemos verificar a estabilidade dos sinais vitais por duas vezes durante o período em que esteve sentado na cama. Para prevenção da hipotensão ortostática o levante deve ser progressivo. Idealmente deveríamos ter utilizado primeiramente um plano inclinado, sem mudanças posturais bruscas, monitorizando o ângulo de verticalização e conjugando-o com a monitorização dos valores de tensão arterial (Henriques et al.,2017; OE, 2009). No entanto, o serviço de ortopedia não dispunha deste recurso material. Assim, nos dias anteriores foram promovidos posicionamentos de fowler no leito, verificando-se ausência de sinais de intolerância. Decidimos avançar para a transferência para cadeirão, garantindo o apoio da cabeça, ligeiramente reclinado para evitar quedas e apoio da região plantar. Foi a primeira vez que se levantou após o acidente e verificámos que o levante para cadeirão lhe proporcionou sensação de enorme bem-estar por sair da cama, transmitindo-lhe esperança quanto à possibilidade de adaptação à sua nova condição de vida e desenvolvimento de autonomia no autocuidado.

No dia 15/11, último dia de intervenção, demos continuidade ao programa de reeducação funcional sensório-motor e respiratório instituído anteriormente com levante para cadeirão para o almoço na posição de sentado.

1.1.3. <u>Competência J3</u>: Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

A competência J3 (OE, 2019a), é formada por duas unidades de competência, que são:

J3.1 – Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório;

J3.2 – Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.

Para desenvolver competências no último domínio das competências específicas do EEER foram definidos como objetivos:

-Elaborar e implementar programas de treino motor, cardíaco e respiratório à pessoa com limitação funcional ou de desempenho, nomeadamente após FEPF;

-Avaliar e reformular programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados obtidos e dos objetivos da pessoa.

Durante o ensino clínico no contexto de estágio comunitário tivemos oportunidade de cuidar da Sra. D. S.S (estudo de caso no Apêndice 3), implementando um programa de treino motor e cardiorrespiratório. Recordamos que esta senhora, de 34 anos, previamente autónoma no autocuidado até cinco meses antes, foi-lhe diagnosticada uma LLA, encontrando-se em regime de ambulatório a cumprir tratamento de QT. Após o diagnóstico teve dois períodos de internamento onde apresentou várias complicações associadas ao processo patológico e período de imobilidade, que juntamente com o processo terapêutico, se traduziu numa diminuição generalizada da força muscular. Aquando da alta hospitalar apresentava dependência no autocuidado, necessitando de apoio em todas as atividades básicas de vida diária. Foi referenciada e admitida em ECCI a 26/11/2021 por necessidade de penso diário na região subclávia esquerda e de cuidados de enfermagem de reabilitação por processo de sarcopenia instalado relacionado com o processo patológico.

Tivemos oportunidade de intervir junto desta senhora e do seu cuidador, sempre presente em todas as visitas domiciliárias, de 20/12/2021 a 04/02/2022. Foi igualmente efetuada uma avaliação multidisciplinar, incluindo a caracterização familiar segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar não sendo encontradas no meio familiar e habitacional necessidades de intervenção. A nível individual destaca-se do exame físico a presença de baixo peso (IMC: 14,5kg/m^2**,** antes da doença IMC: 18,8kg/m^2 - Peso adequado)

A nível individual procedeu-se à avaliação física e da funcionalidade com recurso a várias escalas e instrumentos de medida, que considerámos pertinentes nesta situação, de forma a identificar e objetivar problemas, bem como avaliar o impacto no Autocuidado, de acordo com os Requisitos da Teoria de Orem. A monitorização através de escalas permitiu ainda determinar o potencial e a evolução perante o programa de reabilitação planeado.

Quanto ao requisito universal *manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso* identificámos alteração ao padrão por força muscular global comprometida (avaliada através da escala MRC, identificando-se ao nível dos MS grau 4 em todos

os segmentos, exceto à flexão/extensão da articulação escapulo-umeral esquerda - grau 3. Quanto aos MI grau 4 em todos os movimentos da articulação coxofemoral, exceto à flexão/extensão bilateralmente avaliado grau 3; flexão/extensão do joelho bilateralmente grau 4; e por fim grau 3 em todos os movimentos da articulação tibiotársica e dedos dos pés) e intolerância ao esforço (pontuação 7/10 na escala de perceção subjetiva ao esforço de *Borg* modificada).

Foram definidos como objetivos aumentar o grau de força global e melhorar a aptidão cardiorrespiratória tendo sido utilizado um sistema de enfermagem parcialmente compensatório e de apoio-educação. A nossa intervenção teve como foco o planeamento da atividade física e a implementação de sessões de treino motor e cardiorrespiratório, ajustados à situação clínica, idade e aos objetivos da Sra. D. S.S. O descondicionamento cardiorrespiratório e muscular causados pelo processo patológico e tratamento da doença oncológica levam a pessoa a evitar a realização de esforços, levando a um descondicionamento adicional e contribuindo para uma perpetuação da fadiga (McNeely et al., 2010). A literatura refere que o exercício físico é seguro e benéfico durante o tratamento da doença oncológica quando realizado de forma regular. Ajuda no controlo dos efeitos secundários do tratamento, melhora a aptidão cardiorrespiratória, a força muscular e a capacidade funcional, repercutindo-se na qualidade de vida, no bem-estar psicológico e na imagem corporal da pessoa em fase de tratamento (Reis et al., 2012; Seixas et al., 2010).

Assim, monitorizámos o grau de força dos segmentos corporais (escala MRC); avaliámos os sinais vitais antes e depois do treino bem como a tolerância ao esforço (escala de *Borg* modificada). Planeámos a atividade física, respeitando os princípios inerentes à prescrição de sessões de treino físico em pessoas com doença oncológica recomendadas na literatura, nomeadamente pelas *guidelines* da *American College of Sports Medicine*. Recorrendo à mnemónica *FITT* planeámos: uma *Frequência* de 3 a 5xsemana; *Intensidade* moderada (40 a 60% da FC de reserva de acordo com a fórmula de cálculo de *Karvonen*); *Duraçã*o de 20 a 30 minutos (5 minutos de aquecimento + 20 minutos de condicionamento + 5 minutos de arrefecimento) contínuos ou intervalados em pessoas descondicionadas; *Tipo* aeróbio (bicicleta estática, subir e descer step, caminhada, 2-3x semana), anaeróbio (5 a 8 exercícios diferentes, envolvendo grandes grupos musculares, 2x semana, com intervalo de 48h entre sessões – 1 série de 8 a 12 repetições consoante tolerância) e de flexibilidade/alongamentos. Na pessoa com doença oncológica deve ser incorporado

um princípio extra, o da *Modificação* devido às respostas que a pessoa poderá ter ao tratamento e que alteram a sua condição fisiológica. (Liguori, 2021; McNeely et al., 2010; Thiago et al., 2011). A progressão no grau de dificuldade deve ser lenta e gradual em pessoas descondicionadas, devendo ser efetuada primeiro pelo aumento da frequência e duração e só depois pela intensidade (Liguori, 2021;Thiago, et al., 2011).

Assim, instruímos, treinámos e incentivámos os exercícios de treino cardiovascular, de força muscular com ou sem carga conforme tolerância. Integrámos o treino de flexibilidade e relaxamento em cada sessão de treino com alongamentos estáticos passivos e ativos (10 a 30 segundos cada) e dissociação dos tempos respiratórios (inspirar pelo nariz e ênfase na expiração com lábios semi-cerrados). Supervisionámos a resposta ao exercício, vigiando o aparecimento de sinais de fadiga (desconforto, cãibras, dor, tremor muscular em contração, uso de movimentos compensatórios).

Outro requisito universal alterado foi a *prevenção de perigos à vida, bem-estar e funcionamento da pessoa* por equilíbrio corporal comprometido relacionado com a diminuição da massa muscular. Definimos como objetivo melhorar o equilíbrio na posição de pé, utilizando os sistemas de enfermagem parcialmente compensatório e de apoio-educação. Começámos por avaliar a presença de equilíbrio estático e dinâmico e o risco de queda, utilizando a escala de Tinetti[11] e a escala de Morse. Instruímos e treinámos o equilíbrio e a propriocepção na posição de pé: provocando ligeiros desequilíbrios empurrando a senhora ao nível do esterno; exercícios com apoio fixo nas costas de uma cadeira (flexão plantar, flexão do joelho, flexão da CF, extensão da CF, abdução da CF, levantar e sentar sem apoio de mãos); e exercícios sem apoio dos MS (apoio unipodal estático e dinâmico durante 5 segundos, volta de 360º no sentido horário e no sentido anti-horário com os olhos abertos e com os olhos fechados, subir e descer step) (Coelho et al., 2017). Foi nossa intenção instruir exercícios com recurso a bola suíça, mas por falta do recurso não foi possível. Corrigimos a postura corporal durante os treinos e fornecemos suporte de informação escrita/ilustrativa de apoio às orientações dadas. Informámos sobre as características

[11] Escala de Tinetti: avalia a mobilidade e o equilíbrio estático e dinâmico. Composto por 19 itens (9 relativos ao equilíbrio e 10 relativos à marcha). A pontuação total é de 28 pontos: ≤18 alto risco de queda; 19-23 pontos moderado risco de queda; ≥24 pontos baixo risco de queda. (Assessment & Kit, 1993; Tinetti, 1986)

de um ambiente seguro para prevenção de quedas e avaliámos a existência de barreiras arquitetónicas/risco ambiental, não se tendo identificado risco.

Após 6 semanas de intervenção, foram identificados resultados sensíveis à intervenção do EEER. A Sra. D. S.S. apresentou-se sempre muito motivada para o cumprimento do programa de reabilitação, embora tenha havido necessidade de ajustar sessões de treino consoante se sentia mais debilitada fisicamente (estado condicionado pelos efeitos secundários associados ao tratamento de QT). No final deste período verificou-se melhoria do equilíbrio estático e dinâmico na posição de pé (pontuação na escala de Tinetti passou de 19 para 24 – passando de moderado para baixo risco de queda) e melhoria do desempenho no TUG[12] em 9,7 segundos, melhoria postural e das características da marcha. Manteve os graus de força muscular global inicialmente apresentados (escala MRC), melhorando nalguns segmentos: MS apresentava grau 4 em todos os segmentos, exceto à flexão/extensão da articulação escapulo-umeral esquerda – grau 3 que subiu para grau 4 após intervenção. Nos MI apresentava inicialmente grau 4 em todos os segmentos com exceção para a flexão/extensão da CF e para todos os movimentos da articulação tibiotársica e dedos dos pés grau 3, verificando-se aumento da força muscular para nível 4 em todos os segmentos, menos no movimento dorsiflexão/flexão plantar que manteve nível 3.

A tolerância à atividade física apresentou inicialmente evolução positiva, passando de nível 7 para 5 na escala de *Borg* modificada até dia 7/01/22. A partir de então começou a apresentar baixa tolerância aos exercícios propostos (8/10 na escala de *Borg* modificada) e taquicardia em repouso (FC 103-110bpm). No dia 24/01 a Sra. D. S.S. informou-nos que o ciclo de QT fora adiado por valor de hemoglobina de 5,7g/dl sendo-lhe administrada 1 unidade de concentrado eritrocitário no hospital. Foi reajustado o treino físico, optando-se pela não realização de treino cardiorrespiratório nem de força muscular com resistência. A anemia, nomeadamente com valor de hemoglobina inferior a 9g/dl constitui contraindicação ao exercício físico em doentes oncológicos (Thiago et al., 2011; McNeely et al., 2010). A diminuição do valor de hemoglobina, assim como outras complicações são expectáveis durante o tratamento de QT. Este aspeto representou uma dificuldade no cuidado a esta senhora por no

[12] TUG: avalia a mobilidade, capacidade e a estabilidade da marcha, equilíbrio e o risco de quedas. É efetuada a medição em segundos do tempo que a pessoa demora a levantar-se de uma cadeira e a percorrer 3 metros, voltando e sentar-se novamente.Para adultos, um resultado superior a 10 segundos é indicativo de diminuição da capacidade funcional e de risco de queda. (MCEER, 2016)

contexto comunitário não termos acesso fácil à monitorização de valores laboratoriais ou de outros exames que nos auxiliariam na nossa intervenção, tornando-a mais adequada e segura. Refira-se que aquando do último ciclo de QT (03/01) apresentava um valor de hemoglobina de 9,9g/dl. De qualquer das formas, estivemos atentos a outros sinais e sintomas que confluíam para esta possibilidade, respeitando sempre a tolerância ao esforço monitorizada pela Sra. D. S.S. através da escala de *Borg* modificada, havendo sempre ajuste e diminuição da intensidade. Após termos conhecimento da presença de anemia foram ajustadas as sessões de treino com mobilizações ativas de todos os segmentos corporais e exercícios de equilíbrio de acordo com a tolerância ao esforço apresentada. Já no dia 01/02/22 apresentou FC 90bpm em repouso, e referiu nível 5 na escala de *Borg* modificada no treino de exercícios de equilíbrio (valor de hemoglobina do dia anterior 7,4g/dl).

Ao nível da independência no autocuidado (avaliada pela escala de Barthel), conseguiu adquirir autonomia no banho, melhoria no controlo urinário e na mobilidade em geral. Continuou dependente para subir e descer escadas.

No desenvolvimento desta competência referimos ainda a nossa intervenção no contexto de EC hospitalar ao nível do pré-operatório. Um dos exemplos foi o descrito no jornal de aprendizagem intitulado ATA eletiva (Apêndice 4). Tivemos oportunidade de, em conjunto com a enfermeira orientadora, acolher uma senhora, de 64 anos, com diagnóstico de coxartrose do lado direito, proposta para realização de artroplastia total da anca no dia seguinte. Efetuámos uma colheita de dados multidimensional informal, sem avaliar a funcionalidade com recurso a escalas, e de seguida explorámos os conhecimentos da senhora relativamente à cirurgia proposta e ao processo de reabilitação. Ainda no pré-operatório identificámos alteração ao padrão de autocuidado no requisito de desvios de saúde *Aprender a viver com efeitos das condições e estados patológicos* por falta de conhecimentos quanto: aos exercícios de RFR e RFM para prevenção de complicações, cuidados no pós-operatórios e movimentos que podem causar luxação da prótese da anca. Prosseguimos a nossa intervenção, segundo a Teoria do Défice de Autocuidado de Orem, utilizando um sistema de enfermagem de apoio-educação, recorrendo aos métodos de ajuda: ensinar a pessoa, orientar, apoiar e proporcionar um ambiente em que a pessoa se possa desenvolver (Orem, 2001). Com recurso a um modelo da articulação da anca e de uma prótese total da anca ilustrámos o que acontece a nível

ósseo/articular quando se realiza esta cirurgia. Abordámos as principais complicações cirúrgicas, movimentos que podem causar luxação da prótese e sua prevenção. De seguida, efetuámos ensinos sobre a importância da realização de exercícios respiratórios, mobilização ativa do MI esquerdo, exercícios isométricos dos glúteos e dos quadricípites e mobilização ativa da articulação tibiotársica do MI direito no pré e pós operatório, com instrução e treino. Foi também informada sobre aspetos relacionados com o pós-operatório imediato, tais como presença de penso, analgesia e previsão do 1º levante e início do treino de marcha após-cirurgia com produtos de apoio (que já tinha experiência por deambular com canadianas devido à dor provocada pela coxartrose).

Pareceu-nos que a abordagem contribuiu para a diminuição da ansiedade da senhora face ao internamento e à cirurgia. O facto desta abordagem ser realizada apenas na véspera da cirurgia não nos permitiu melhorar a condição física da pessoa para a intervenção cirúrgica, ou sugerir atempadamente algumas adaptações em casa facilitadoras do autocuidado no pós-operatório e de gestão do risco de quedas. Ainda assim pareceu-nos que podemos conseguir ganhos ao nível da prevenção de complicações. O ensino de exercícios de RFR e de RFM no pré-operatório permite-nos ganhar tempo e operacionalizar a intervenção no pós-operatório imediato, combatendo os riscos associados à imobilidade no leito. Mesmo que parte das informações não sejam assimiladas, o facto de já terem sido abordadas tenderá a torná-las mais fácil de relembrar.

Vários autores advogam a relevância e os benefícios de um programa de reabilitação estruturado que se inicia no pré-operatório, com consultas dirigidas à pessoa que irá ser submetida a artroplastia, envolvendo sempre um familiar/cuidador. Estas consultas, aquando de cirurgia eletiva, têm como principais objetivos: avaliar as necessidades individuais e expectativas da pessoa, planeando com ela intervenções personalizadas e ajustadas que a ajudem na reeducação e readaptação funcional, maximizando a independência e a qualidade de vida; diminuir a ansiedade no período peri operatório; otimizar a condição física pré-cirúrgica; informar, esclarecer, instruir e treinar exercícios que visam diminuir complicações no pós-operatório; consciencializar a pessoa e família/cuidador que o compromisso com o processo de reabilitação é essencial para o sucesso; diagnosticar atempadamente necessidades de intervenção a nível socio-habitacional que permitam uma transição segura após a alta hospitalar

(Edwards et al., 2017; Molko et al., 2017; Rodrigues et al., 2015; Vivas Pina et al., 2020).

Idealmente devem ocorrer três consultas pré-operatórias, começando três semanas antes da cirurgia (Edwards et al., 2017), preconizando-se que o EEER efetue uma avaliação multidimensional da pessoa. O exame físico e a avaliação funcional com recurso a escalas e instrumentos de medida determinam o potencial de reabilitação, e permitem individualizar o programa de reabilitação (Vivas Pina et al., 2020). O planeamento da intervenção pré-operatória inclui ensino, instrução e treino de exercícios pré-operatórios de RFR e de mobilização ativa dos MS e do MI são. Estes exercícios, isométricos e dinâmicos, a realizar em casa (2xdia, 5-10 repetições, aumentando até 20 repetições) visam o fortalecimento muscular prévio e a prevenção de complicações no pós-operatório. Devem ainda ser instruídos e treinados: o levante, transferências, marcha com produtos de apoio, subir e descer escadas e treino de AVD (Köksal et al., 2015; Vivas Pina et al., 2020).

A intervenção pré-operatória tende a agilizar o programa de reabilitação pós-artroplastia, refletindo-se em ganhos em saúde e diminuição do tempo de internamento (Molko et al., 2017; Rodrigues et al., 2015; Vivas Pina et al., 2020; Yoon et al., 2010). Ao melhorar a funcionalidade mais facilmente se consegue um levante nas primeiras 24h após cirurgia, bem como treino de marcha precoce e, consequentemente, maior autonomia nas AVD e satisfação pessoal (Baixinho, 2011).

1.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As Competências Comuns do EE (Anexo 2) derivam do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, sendo definidas no respetivo regulamento como "partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, (…) demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria" (OE, 2019b, p.4745).

As competências comuns do EE dividem-se em quatro domínios, para os quais também definimos objetivos específicos no trabalho de projeto (Apêndice 1). Procederemos de seguida com a descrição e análise das atividades desenvolvidas nos EC para o desenvolvimento destas competências, sendo que as mesmas não são exclusivas do domínio onde estão inseridas.

1.2.1. A - Domínio da responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Considerando as diferentes competências deste domínio (OE, 2019b):

A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Para desenvolver as competências supracitadas, delineámos como objetivos:

-Demonstrar capacidade de tomada de decisão na prática de ER, respeitando normas legais, princípios éticos e deontológicos;

-Promover práticas de cuidados seguras, que garantam os direitos, dignidade e privacidade da pessoa.

Este é um domínio de competências que, sempre presente na prática enquanto enfermeira generalista, foi aprofundado ao nível da prestação de cuidados especializados em ER.

Começámos por nos integrar na equipa multidisciplinar de cada EC. Para agilizar essa integração considerámos importante efetuar uma caracterização dos locais de estágio (Apêndices 8 e 9) através da aplicação de um guião de entrevista, à Sra. enfermeira chefe ou enfermeiros orientadores, previamente construído durante o trabalho de projeto. A realização desta atividade permitiu desde a primeira semana conhecer a organização do serviço/unidade e população alvo, constituição da equipa multidisciplinar e a filosofia de cuidados na intervenção do EEER, a articulação dos cuidados de ER com outros profissionais de saúde e a existências de normas e projetos de ER. A integração deste conhecimento, também pela observação e análise da intervenção do enfermeiro orientador, promoveu desde cedo uma maior confiança para participar ativamente na tomada de decisão enquanto futura EEER.

Na abordagem à pessoa a quem prestámos cuidados, apresentámo-nos sempre como enfermeira em contexto de EC para desenvolvimento de competências na área da especialidade de ER. Obtendo consentimento informal para prosseguir com a abordagem, respeitámos a deontologia profissional, destacando o dever de informar a pessoa e família/cuidador quanto aos cuidados de enfermagem com base no conhecimento teórico existente. O artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) adverte-nos para este dever, garantindo o respeito pelo direito da pessoa à autodeterminação com base numa tomada de decisão partilhada, informada e esclarecida (OE, 2015c). Somos também remetidos para o conceito de cuidado centrado na pessoa. Tecer laços de confiança através do diálogo assente na compreensão e partilha de informações, é o primeiro passo para uma tomada de decisão partilhada defensora do direito da pessoa ao consentimento livre e informado. O respeito pelo direito à autodeterminação diminui a vulnerabilidade da pessoa e produz ganhos em saúde, ao nível da satisfação da pessoa e diminuição da ansiedade (Brink & Skott, 2013; McCormack & McCance, 2017). Também Hesbeen (2001, p.127), corrobora nesta ideia ao defender que "o respeito pelo projeto de vida da pessoa implica que não se pense por ela", no entanto o EEER deve assumir um papel de consultor de cuidados, mostrando as opções existentes e "ajudá-la a escolher e a concretizar aquilo que é desejável para ela e, em muitos casos, a aumentar as suas

expectativas ou, mais precisamente, a aumentar as hipóteses que tinha afastado por considerá-las irrealistas ou inacessíveis".

O envolvimento da família ou cuidador é desejável para conseguir objetivar os planos de cuidados naquilo que é importante para elas enquanto unidade indissociável. Contudo, devido ao contexto de pandemia Covid-19, no contexto hospitalar o suporte familiar foi escasso por não haver visitas, limitando-se ao momento da alta hospital. Já no contexto comunitário, o familiar cuidador estava sempre presente, o que permitiu um cuidado não só dirigido à pessoa alvo da referenciação, mas também ao meio sociofamiliar existente.

Ressalvamos também algumas situações em que se recorreu ao consentimento presumido, assumindo os princípios da beneficência e não-maleficência, por a pessoa não apresentar capacidade de decisão devido a alterações cognitivas. Nesses casos a decisão de intervir justificou-se, por exemplo, para manter a função existente e por ser premente a prevenção de complicações associadas à síndrome de imobilidade.

Consideramos também importante referir a confidencialidade e o respeito pelo sigilo profissional, descrito no 85º artigo do CDE (OE, 2015c), nomeadamente as alíneas: b, referente à partilha da informação confidencial só com os profissionais implicados no plano terapêutico; e a alínea d, referente ao anonimato da pessoa quando essas informações sejam partilhadas em situação de ensino ou investigação. Efetivamente houve sempre esse cuidado, ocultando toda e qualquer informação que permitisse identificar não só a pessoa/família alvo de cuidados, como os enfermeiros orientadores ou os locais onde decorreram os EC.

Por último destacamos a nossa intervenção zelando pelo direito à privacidade e intimidade, descrito no artigo 86º do CDE. Referimos que no contexto hospitalar é frequente a pessoa ver a sua privacidade exposta e a intimidade comprometida. Tivemos o cuidado de prevenir estas situações, correndo as cortinas da unidade ou fechando a porta do quarto. Durante a prestação de cuidados, nomeadamente durante a realização de mobilizações expusemos os segmentos corporais estritamente necessários à intervenção, obtendo previamente o consentimento. Atendendo a que os quartos não eram individuais foi tida em consideração o tipo de questões/informações partilhadas com a pessoa, sabendo que a pessoa da cama ao lado estaria a ouvir. Houve necessidade de acautelar algumas conversas, adiando-as para momentos em que houvesse garantia de privacidade. No contexto domiciliário

esta questão foi mais fácil de assegurar, atendendo a que a pessoa estava em sua casa, acompanhada apenas pelo familiar cuidador, com quem vivia habitualmente e podendo escolher o local onde nos receber.

1.2.2. B - Domínio da melhoria da qualidade

Considerando as diferentes competências deste domínio (OE, 2019b):

B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

B3 – Garante um ambiente terapêutico seguro.

Definimos como objetivos para desenvolvimento das competências, os seguintes:

-Participar em projetos de melhoria continua, na área de ER, instituídos nas organizações dos contextos de ensino clínico;

-Promover ambientes terapêuticos seguros.

A integração na equipa multidisciplinar dos EC foi condição essencial para conseguirmos desenvolver competências no domínio da melhoria da qualidade. A consulta de normas institucionais, do manual da qualidade quanto a técnicas e procedimentos de ER (no serviço de ortopedia) e dos instrumentos de avaliação e de registo eletrónico implementados, permitiu-nos desde cedo demonstrar interesse e proatividade no processo de aprendizagem e no desenvolvimento da profissão. Esta conduta facilitou a relação de confiança e o estabelecimento de uma parceria com os enfermeiros orientadores colaborando na tomada de decisão. Também a observação e análise dos cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros orientadores, promoveram o esclarecimento de dúvidas e facilitaram a realização dos planos de cuidados das pessoas que tivemos oportunidade de cuidar. Em ambos os contextos de EC foi garantida a continuidade dos planos de cuidados especializados em ER, através da reunião diária com o enfermeiro orientador. Diariamente apresentámos e

refletimos sobre os planos de intervenção para aquele dia de trabalho em função da continuidade dos cuidados e objetivos definidos com cada pessoa e família. A partilha de informação diária também foi garantida: pelos registos nas plataformas eletrónicas instituídas nos locais de EC; reuniões de passagem de turno com a equipa de enfermagem e as de equipa multidisciplinar no contexto hospitalar; e no contexto comunitário pela partilha e discussão diária dos casos que cada EEER da equipa de ECCI tinha à sua responsabilidade.

No contexto hospitalar tivemos oportunidade de referenciar várias pessoas para ECCI através da plataforma eletrónica de Referenciação Nacional de Cuidados Continuados Integrados, tentando desta forma garantir a continuidade dos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação. Este cuidado, bem enraizado neste serviço de ortopedia pareceu-nos contribuir de forma clara para a filosofia da qualidade dos cuidados, enquadrando-se nas oito categorias dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação definidos pela OE (2018).

Testemunhámos a tendência de internamentos hospitalares cada vez mais curtos, frequentemente três a quadro dias no caso da FEPF, havendo a consciência de que o plano de reabilitação iniciado desde logo no serviço de internamento precisa de ser continuado após a alta hospitalar, sendo impossível ficar concluído durante o internamento. A garantia da transferência da continuidade dos cuidados para uma equipa de ECCI, denota também preocupação com a garantia da excelência do exercício profissional, demonstrando que a presença do EEER traz efetivamente ganhos em saúde. Destacamos neste caso a eficácia da *organização dos cuidados de enfermagem*, para além da promoção de elevados níveis de *satisfação da pessoa* por salvaguarda de todos os outros que lhe estarão associados enquanto processo de reabilitação (*prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação e reeducação funcional, promoção da inclusão social*).

Infelizmente, devido ao contexto de pandemia Covid-19, os projetos de ER que vigoravam nos dois contextos de EC foram suspensos temporariamente por implicarem juntar várias pessoas no mesmo espaço (profissionais de saúde, utentes e familiares) e também pelo desvio de recursos humanos para áreas de intervenção direta de combate à pandemia. Atendendo à realidade procurámos identificar outras formas de contribuir com a criação de algo novo que fosse útil e contributivo para a melhoria da qualidade. Assim, no contexto hospitalar identificámos que de entre vários folhetos de apoio ao ensino existentes no serviço não existia nenhum

relacionado com a prevenção de quedas no domicílio. Observando que a maior parte das pessoas internadas no serviço eram idosas e com patologia traumática devido a quedas, este era um tema constantemente abordado na prestação de cuidados de reabilitação, havendo muita informação a dar à pessoa e família. Notemos que, aproximadamente 28-35% da população mundial com 65 anos ou mais cai a cada ano (OMS, 2007) e que cerca de metade das pessoas que caíram, voltam a cair nos 12 meses seguintes (Nascimento et al., 2016; Rodriguez Perracini et al., 2002).

Propusemos assim a elaboração deste folheto à Sra. enfermeira chefe e à enfermeira orientadora que foi prontamente aceite. O folheto foi denominado "Prevenção de Quedas – Casa Segura" (Apêndice 10), onde procurámos colocar as informações de forma clara, com linguagem simples, facilmente percetível por conter imagens alusivas aos alertas. Este trabalho teve por base uma revisão da literatura, privilegiando bibliografia recente. O folheto foi analisado pela Sra. professora orientadora e pelas Sras. enfermeiras chefe e orientadora no serviço, que após alguns ajustes, foi aceite para uso por parte de toda a equipa de enfermagem do serviço de ortopedia no apoio ao ensino à pessoa e família.

No contexto comunitário também elaborámos um folheto de apoio ao ensino, a propósito da prestação de cuidados à Sra. D. S.S. (estudo de caso no Apêndice 3), em que foi construído um plano de reabilitação envolvendo treino motor e cardiorrespiratório. Embora tenha sido inicialmente dirigido a esta pessoa, foi trabalhado no sentido de poder ser aplicado a outras situações, sendo chamado de "Exercícios de treino de Equilíbrio e de Força Muscular" (Apêndice 11). Concordando com Pestana (2017), a mobilidade e a capacidade da pessoa se deslocar de forma segura no ambiente, são de tal forma importantes, que constituem pré-requisitos para a independência na realização de atividades que dão resposta ao autocuidado. O aumento do nível de independência funcional e a diminuição da incidência de problemas associados à inatividade trazem ganhos ao nível da qualidade de vida (APER, 2010).

Relativamente à promoção de ambientes terapêuticos seguros (B3), começamos por referir o rigor que tivemos na utilização de equipamentos de proteção individual adequados à situação de pandemia Covid-19, uma vez que os cuidados de ER requerem uma grande proximidade física. Sentimos também necessidade de alertar e solicitar a colocação de máscara por parte da pessoa alvo de cuidados e

familiares, principalmente em contexto das visitas domiciliárias, para proteção de todos.

A promoção de um ambiente seguro passa pela, entre outras dimensões, gestão do risco do espaço físico. Começamos por analisar a intervenção desenvolvida no contexto hospitalar com vista à prevenção de quedas e prevenção de lesões músculo-esqueléticas nos profissionais de saúde e nas pessoas internadas e seus familiares/cuidadores. Sentimos necessidade de aprofundar conhecimentos teórico-práticos sobre ergonomia e mecânica corporal, uma vez que nos deparámos com situações propícias à ocorrência de danos. O EEER desenvolve frequentemente atividades no seu cuidado à pessoa que implicam por si só risco, nomeadamente, mobilizações na cama e transferências cama-cadeira-cama. Começámos sempre por otimizar a altura da cama e solicitar à pessoa colaboração sempre que possível, caso contrário, pedindo ajuda a um colega ou assistente operacional para substituir a pessoa. Realizámos diariamente mobilizações passivas ou ativas-assistidas a várias pessoas internadas, tendo o cuidado de aumentar a base de sustentação e evitar fletir o tronco para a frente, acompanhando o movimento realizado com o nosso corpo. Estes movimentos repetidos implicaram também uma atenção permanente à forma como suportamos o peso dos segmentos corporais a serem mobilizados. Para além da prudência com os princípios da mecânica corporal seria desejável dispor de recursos materiais e de espaço físico adequado à realização dos cuidados. No que toca a este campo, infelizmente foram detetadas e reportadas (embora já do conhecimento e reportados à direção hospitalar pela Sra. enfermeira chefe) muitas situações de perigo. Alguns exemplos foram: quartos de duas camas com pouco espaço para circular, havendo necessidade de mobilizar a cama para passar uma cadeira de rodas ou cadeirão; as camas, embora articuladas com sistema de manivela, não mobilizavam a altura o plano da cama (dispunham de algumas hidráulicas, mas que implicavam a aplicação de força exagerada e repentina, principalmente em utentes pesados); ausência de piso antiderrapante; as casas de banho embora com barras de apoio junto à sanita e na base de duche tinham um espaço tão diminuto que era difícil entrar com uma cadeira ou andarilho, contando ainda com um pequeno degrau para subir para a base de duche; os cadeirões existentes já em mau estado de conservação, com rodas que nem sempre travavam; e existiam apenas dois andarilhos (com as borrachas otimizadas) obrigando a uma gestão frequente entre utentes. Apesar da existência destas barreiras arquitetónicas e do défice de recursos materiais pudemos observar por parte dos EEER, uma

preocupação constante em educar, alertar e exemplificar formas de diminuir o risco de sobrecarga física e de danos tanto a enfermeiros e assistentes operacionais, como a utentes e familiares cuidadores (exemplificando no momento da alta hospitalar).

No contexto comunitário também nos deparámos com várias situações de risco de queda, identificando junto da pessoa e do familiar cuidador o fator de risco (ex: tapetes soltos, fios elétricos livres no chão, espaços mal iluminados, canadianas e andarilhos com borrachas antiderrapantes gastas, uso de calçado aberto sem sola antiderrapante) e alertando para a necessidade de o eliminar, propondo alternativas de resolução. Também aqui surgiram dificuldades na aplicação de algumas técnicas de reabilitação por as camas serem habitualmente baixas, de casal e às vezes encostadas à parede o que nos levou à necessidade de adaptação de algumas técnicas, respeitando os princípios, para conseguir uma prestação segura de cuidados no que se refere à prevenção de lesões músculo-esqueléticas. Nalguns casos houve necessidade de capacitar o cuidador, informando, instruindo e treinando-o na correta realização de posicionamentos, mobilizações, transferências, prestação de cuidados de higiene na cama, tendo por base os princípios da mecânica corporal a adotar durante as mobilizações.

1.2.3. C - Domínio da gestão de cuidados

As competências no domínio da gestão de cuidados (OE, 2019b) são:

C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Com intuito de as desenvolver foi delineado o seguinte objetivo:

-Desenvolver competências de liderança e de trabalho em equipa, de forma a rentabilizar os recursos existentes perante as necessidades de cuidados especializados em reabilitação.

No decorrer dos EC pudemos constatar e analisar a importância do EEER na sua atuação enquanto gestor de cuidados, contribuindo ativamente para uma otimização da resposta da equipa de saúde a cada situação, procurando a qualidade dos cuidados e a segurança.

No contexto hospitalar tivemos a possibilidade de participar em algumas reuniões de equipa multidisciplinar, tendo oportunidade de colaborar na exposição da intervenção realizada e os resultados obtidos, identificando problemas e necessidades de intervenção de outros profissionais, nomeadamente o médico e a assistente social. O planeamento do regresso a casa foi tido sempre em consideração desde a admissão. Pudemos verificar que era uma preocupação partilhada por toda a equipa de enfermagem, sendo abordada em reuniões de passagem de turno a informação relativa a aspetos familiares e sociais. Esta informação era depois gerida pelos EEER do serviço de ortopedia, responsáveis pela identificação e referenciação de situações para a assistente social e para a continuidade de cuidados após alta através da plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados na qual tivemos oportunidade de colaborar várias vezes. Embora o método de trabalho instituído fosse o individual, existia sempre pelo menos um EEER durante o turno de manhã, chamando a si a responsabilidade da garantia da referenciação e da elaboração de notas de alta/transferência com o plano de intervenção iniciado e os objetivos a curto/médio prazo.

Sentimos que o nosso papel na equipa foi evoluindo, aumentando a consideração pela capacidade de intervenção por nós demonstrada. Este facto imputou-nos maior responsabilidade por percebermos que o nosso enfermeiro orientador nos tinha como parceiro. Esta situação, presente em ambos os contextos de EC, levou a que os enfermeiros orientadores, tivessem também a preocupação de proporcionar oportunidades de aprendizagem ao nível da gestão e liderança do processo de cuidados especializados, pela liberdade concedida. Os cuidados em reabilitação não se esgotam na atuação do EEER. No entanto, ele é um elemento fulcral na equipa multidisciplinar, pela interação sistemática e proximidade com a pessoa, sendo o elemento da equipa com maior perceção das necessidades e problemas da pessoa. Também pelas suas competências interpessoais, de liderança e de gestão, é o profissional melhor posicionado para agilizar a comunicação e colaboração entre os elementos da equipa multidisciplinar, promovendo a prestação de cuidados eficientes e de qualidade (Pestana, 2017).

Referimos ainda a gestão do tempo nos cuidados de ER, como um grande desafio. No contexto hospitalar presenciámos um ambiente de grande pressão pela necessidade de garantir vagas no serviço para novas admissões. Esta carga culminava numa grande pressão física e psicológica sobre os EEER para a operacionalização dos cuidados de ER e a demonstração de resultados rápidos que permitissem efetivar a alta hospitalar, e assim poder admitir novos utentes no serviço. No contexto comunitário, observámos o EEER como gestor de caso, detendo a responsabilidade total do processo de cuidados ao nível a tomada de decisão, referenciando para outros profissionais de saúde no caso de necessidade. Cada EEER tinha habitualmente cinco pessoas atribuídas, garantindo os cuidados de ER nas visitas domiciliárias. Aqui a pressão passou pela necessidade de gerir bem o tempo na visita domiciliária, atendendo a que estavam programadas várias por dia. Embora houvesse um planeamento dos cuidados para cada visita, fomos confrontados algumas vezes com outros problemas ou necessidades que exigiram no momento ajustar os planos de reabilitação e priorizar outros cuidados que não estavam previstos.

A gestão dos recursos materiais como anteriormente referido também foi uma constante, tentando sempre adequar o material disponível às particularidades da pessoa.

1.2.4. D - Domínio das aprendizagens profissionais

O domínio das aprendizagens profissionais (OE, 2019b), é constituído pelas seguintes competências:

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Por fim, neste domínio foram delineados como objetivos:

-Demonstrar autoconhecimento e assertividade;

-Demonstrar conhecimentos para a prática especializada.

Atendendo à evolução permanente das necessidades de cuidados da população, e a qualidade dos cuidados prestados, é imprescindível a formação e atualização continua no desenvolvimento profissional do enfermeiro (Barata, 2017).

A integração na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar, em ambos os contextos de EC, foi efetuada sem dificuldade, havendo um reconhecimento do nosso trabalho enquanto estudantes da especialidade sob supervisão clínica e enquanto profissionais de saúde, já com experiência profissional. Adotámos uma postura proativa e responsável no processo de aprendizagem, tentando colaborar e participar no maior número de situações que fossem proveitosas para o desenvolvimento de competências. Fomos assertivos, pois solicitámos orientação pertinente, validando sempre previamente com os enfermeiros orientadores os problemas identificados junto da pessoa, a proposta do plano de cuidados justificando-o à luz dos objetivos definidos, e implementando-o sob sua supervisão. Olhámos para a crítica de um modo construtivo, adequando o nosso comportamento de forma a alcançar um maior desenvolvimento pessoal e profissional. No serviço de ortopedia também aproveitámos várias oportunidades de aprendizagem junto das pessoas internadas sob responsabilidade de outros EEER, nomeadamente em situações de treino de autocuidado (ex: subir e descer escadas com canadianas, treino de equilíbrio) e de referenciação para continuidade de cuidados de ER na comunidade.

Consideramos ainda que foi possível desenvolver o autoconhecimento, por demonstrarmos capacidade de autoavaliação, partilhando esses momentos formalmente e informalmente com o enfermeiro orientador e com a professora orientadora. A reflexão individual perante as experiências em EC, nomeadamente através do jornal de aprendizagem (Apêndice 4) utilizando a metodologia do ciclo de Gibbs, contribuiu igualmente para o crescimento pessoal e profissional. A autocrítica permitiu identificar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria em situações futuras com base na evidência científica. O reconhecimento dos limites pessoais e profissionais, o comprometimento com o trabalho e o desenvolvimento de habilidades interpessoais são pré-requisitos essenciais na construção da relação terapêutica com a pessoa e família e na promoção de um ambiente de trabalho saudável em equipa, nomeadamente ao nível da gestão de conflitos (McCormack & McCance, 2017).

Encontrando-nos num processo inicial do desenvolvimento de competências ao nível de um EEER, tivemos uma necessidade permanente de dedicar tempo à pesquisa bibliográfica para aprofundamento de conhecimentos teórico-práticos e

fundamentação da opção dos cuidados. O contacto com as situações na realidade levou-nos a questionar e a identificar necessidades formativas, tendo consciência de que os conhecimentos previamente adquiridos precisavam de ser aprofundados e verificados por meio da evidência o mais atual possível. Assim, foram privilegiadas as pesquisas em bases de dados científicas, como a MEDLINE e a CINAHL. Foram ainda consultados livros de referência da especialidade, normas e protocolos institucionais.

Outra atividade que considerámos extremamente enriquecedora foi a apresentação de dois estudos de caso, de pessoas a quem prestámos cuidados de ER nos contextos de EC. Esta atividade permitiu-nos de forma estruturada apresentar a intervenção que tivemos junto da pessoa e família, justificando as opções de avaliação para diagnosticar alterações da funcionalidade, planeamento de cuidados, intervenções implementadas e avaliação dos resultados obtidos face ao que a evidência nos sugeria. Após a apresentação houve espaço para discussão do caso com os professores e colegas, sendo estimulada a reflexão sobre as práticas apresentadas, identificando pontos fortes e fracos, e dando sugestões de melhoria. Como todos tiveram de apresentar o seu estudo de caso, houve uma troca de conhecimentos pelas experiências variadas, constituindo momentos extraordinariamente ricos pela partilha de conhecimentos na operacionalização dos cuidados de ER face aos problemas identificados em cada caso.

Ao longo dos EC fomos elaborando notas de campo, que refletissem os conhecimentos essenciais à prestação de cuidados especializados, e o diário de atividades desenvolvidas com intuito de facilitar a elaboração do presente relatório de estágio.

O EE tem a responsabilidade não só de adquirir e manter os conhecimentos atualizados, como de os divulgar e contribuir para a formação de pares. Neste sentido, tivemos oportunidade de participar em dois eventos de divulgação e partilha de conhecimentos de evidência científica que suportam a prática clínica de Enfermagem de Reabilitação. O primeiro evento foi o Webinar "Projetos, Percursos e Desafios para a Enfermagem de Reabilitação" – promovido pela ESEL no dia 25 de outubro 2021, onde apresentámos um poster intitulado de "A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção do declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur" (Apêndice 12). O segundo foi o "e-Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação' 21" – promovido pela Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação nos dias 2,3 e 4 de dezembro

de 2021, onde participámos com o poster intitulado de "Pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur - Qual a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção do declínio funcional?" (Apêndice 13). Os pósteres apresentados resultaram da revisão narrativa da literatura efetuada na construção do trabalho de projeto integrado na UC Opção II, e que serviu de guia para a concretização do EC. A pertinência do tema, estimulou a que quiséssemos apresentá-lo do ponto de vista científico nestes eventos como forma de divulgação do conhecimento apurado através da metodologia de pesquisa usada.

2. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS REALIZADAS

Neste capítulo pretendemos efetuar um balanço das aprendizagens e do desenvolvimento de competências anteriormente descritas com a identificação dos fatores que condicionaram a implementação do trabalho de projeto em EC. Para tal, utilizámos a metodologia SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*). Esta ferramenta compreende então quatro dimensões: o *Strengths* é influenciado por fatores intrínsecos positivos; o *Weaknesses* por fatores intrínsecos negativos; o *Opportunities* por fatores extrínsecos positivos; e por fim o *Threats* por fatores extrínsecos negativos.

2.1. Strengths (Forças)

Quanto aos fatores pessoais intrínsecos positivos começamos por referir a facilidade na integração nas equipas dos contextos de EC, demonstrando desde o início interesse e proatividade na gestão do processo de aprendizagem. A adoção desta postura foi um fator valorizado pelos enfermeiros orientadores e outros elementos da equipa, refletindo-se nas avaliações formais efetuadas. A tentativa de aproveitar todos os momentos de aprendizagem através da iniciativa própria contribuiu para uma maior variedade de experiências e de conhecimentos na área de ER. Outro fator pessoal contributivo para o sucesso da implementação do projeto foi a capacidade de reflexão, com um raciocínio clínico estruturado e a capacidade de adequar e reestruturar o plano de intervenção perante a identificação de fatores que assim o exigissem.

O desenvolvimento do autoconhecimento e o foco na realização do mestrado também contribuíram para um rumo bem definido. Conseguimos identificar os pontos que necessitavam de maior investimento para sermos mais produtivos e focados na concretização dos objetivos de aprendizagem. Um desafio colocado neste campo prendeu-se com a consciência que é preciso ter entre o que é enriquecedor do nosso processo de aprendizagem e o equilíbrio com o que a nossa intervenção traz de benefício à pessoa/família. Esta preocupação foi tanto maior quanto mais curto foi o período de tempo para intervenção junto da pessoa e família. Para conseguirmos objetivar o plano de cuidados de reabilitação é desejável que se faça uma avaliação completa e que se usem várias escalas e instrumentos de medida consoante os

problemas ou antecedentes da pessoa e família. Identificámos como positivo a habilidade de conseguir integrar parte dessas avaliações diluídas no cuidado à pessoa. Tivemos sempre em mente um modelo de cuidados centrado na pessoa, indo de encontro ao nosso trabalho de projeto que enquadra a sua problemática no espírito da reabilitação, ou seja, com foco no autocuidado.

A adoção de hábitos de escrita com a descrição das intervenções e atividades realizadas em EC, nomeadamente sob forma de notas de campo, facilitou a descrição de experiências em EC, elucidativas do percurso efetuado na concretização do trabalho de projeto inicialmente proposto.

2.2. Weaknesses (Fraquezas)

Como fatores intrínsecos negativos, referimos o desgaste físico e por vezes emocional devido ao aumento da carga horária profissional na instituição do vínculo profissional como forma de resposta ao contexto de pandemia, ao qual se acrescentou o cumprimento das horas de estágio. Esta situação foi agravada também pelo impacto na vida pessoal e familiar, com necessidade de ajustes e abdicação de momentos tradutores de bem-estar físico-psicológico e emocional.

Relativamente à temática do projeto, durante o período de EC em ECCI, não tivemos oportunidade de prestar cuidados de ER a nenhuma pessoa em situação de reabilitação pós FEPF. Essa experiência aconteceu unicamente no contexto hospitalar. Acreditamos que o acompanhamento de um destes casos em contexto comunitário teria sido muito enriquecedor pela possibilidade de acompanhar por um período muito mais longo o processo de reabilitação. Talvez conseguíssemos testemunhar os ganhos em saúde da pessoa reinserida na comunidade, com as intervenções autónomas do EEER. No entanto, acompanhámos outras pessoas com défices na mobilidade por outras causas, com repercussão na capacidade de autocuidado.

2.3. Opportunities (Oportunidades)

Quanto a fatores extrínsecos que influenciaram positivamente a operacionalização do projeto, destacamos a disponibilidade e preocupação dos

enfermeiros orientadores em garantir oportunidades de aprendizagem, e da professora orientadora no esclarecimento de dúvidas.

A realização de visitas domiciliárias em contexto de ECCI permitiu-nos a realização de planos de cuidados com base no que efetivamente é observado ao nível familiar e habitacional. No contexto comunitário como já referido anteriormente tivemos oportunidade de trabalhar em parceria também com o familiar cuidador, situação que foi difícil a nível hospitalar.

A possibilidade de divulgação do conhecimento científico apurado da temática do trabalho de projeto sob a forma de poster em dois eventos de natureza científica. Foi não só gratificante como mostrou que os EE têm o dever de contribuir para o crescimento da profissão, nomeadamente na área da sua especialidade, incutindo este espírito da investigação como promotor do desenvolvimento pessoal e de pares.

2.4. Threats (Ameaças)

Identificamos alguns fatores extrínsecos negativos à implementação do trabalho de projeto em EC. O primeiro chama-se pandemia Covid-19, que atendendo à proximidade física inerente aos cuidados de ER constituiu um fator limitativo do desenvolvimento pessoal e profissional e com impacto na pessoa e família. A necessidade de presença continua de máscara dificultou a comunicação com a pessoa, assim como a implementação dos cuidados, nomeadamente na instrução de técnicas de RFR. Para ultrapassar estas dificuldades recorremos por várias vezes à utilização de figuras ilustrativas sobre os exercícios propostos, principalmente em pessoas com diminuição da acuidade auditiva. No contexto hospitalar tivemos poucos contactos com a família/cuidador por não serem permitidas visitas, dificultando a prestação de cuidados holísticos e também a preparação do regresso a casa tendo em consideração a transição segura.

Já no contexto comunitário isto não aconteceu, o familiar cuidador estava sempre presente, sendo uma mais-valia na implementação dos cuidados especializados. Como fator negativo identificamos a necessidade de gestão, muitas vezes "apertada" do tempo de visita domiciliária, dificultando a intervenção completa que gostaríamos de ter.

Por fim, comum a ambos os contextos destacamos a impossibilidade ou dificuldade em acompanhar os programas de reabilitação da pessoa e família até ao

fim. No contexto hospitalar por internamentos muito curtos, e no contexto comunitário por limite do tempo de estágio, dificultando a averiguação da efetividade dos planos de cuidados por nós estabelecidos junto da pessoa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pessoa que sofreu uma FEPF, é confrontada com um evento agudo gerador de dependência no autocuidado. Esta dependência, relacionada com o compromisso da mobilidade, favorece o declínio funcional que, por sua vez contribui para o aumento de risco de novas quedas, aumento dos custos em saúde, restrição da participação na sociedade e impacto negativo na qualidade de vida pessoal e familiar. No entanto, a dependência no autocuidado é um fator modificável através da identificação do potencial da pessoa e família e da promoção das capacidades adaptativas na superação das dificuldades.

O EEER por estar habitualmente mais próximo pessoa e família alvo de cuidados e pela prática clínica especializada assente num corpo próprio de conhecimentos, apresenta competências que lhe dão a oportunidade de intervir de forma eficiente neste processo. A avaliação e intervenção precoce junto da pessoa que sofreu uma FEPF e sua família, contribui em primeira instância para a prevenção de complicações associadas à imobilidade e seguidamente para um processo de recuperação contínuo, centrado na pessoa e família e que propicie o desenvolvimento máximo do seu potencial, impulsionando o regresso ao nível funcional e independência pré-fratura (Bellatti et al., 2014; Silveira et al., 2003; Sousa et al., 2017). Depreendemos assim que, a intervenção do EEER está focada em restaurar, tanto quanto possível, a funcionalidade, prevenir complicações, promover o autocuidado e maximizar as capacidades. A conquista destas metas representa ganhos em saúde, que são sensíveis aos indicadores da qualidade dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, e que promovem a satisfação, o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa e família (MCEER, 2018).

Neste relatório procurámos evidenciar o percurso realizado para o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e competências necessárias à obtenção do grau de Mestre e de Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem de Reabilitação. O percurso começou com a elaboração de uma revisão narrativa da literatura relativa à problemática escolhida que deu título ao nosso relatório e que foi descrita sumariamente na Introdução. Seguiu-se a descrição, análise e reflexão das atividades realizadas nos contextos de EC, planeadas previamente com base no que a literatura apurada no trabalho de investigação descrevia como boas práticas. A principal dificuldade neste campo esteve relacionada com a pouca evidência científica

produzida por enfermeiros especialistas, havendo por isso a necessidade de recorrer a estudos produzidos por outros profissionais de saúde, nomeadamente fisioterapeutas e médicos. Encontrando-nos focadas na promoção do autocuidado justificámos a nossa prática enquadrada na Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem. Para além do foco na ER específica nesta problemática, tivemos em consideração o planeamento de atividades que respondessem às diversas áreas de intervenção do EEER, assim como das competências comuns do EE.

Começando pelas competências específicas do EEER, nomeadamente na competência J1 "cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados", acreditamos que conseguimos ilustrar o trabalho e competências desenvolvidas através da diversidade de situações descritas nas várias áreas de intervenção do EEER. Seguimos a metodologia do processo de enfermagem, utilizando recursos sugeridos pela evidência científica para avaliar e diagnosticar alterações da funcionalidade, identificando objetivamente a presença de limitações e incapacidades. Descrevemos a conceção e implementação de planos de cuidados de ER centrados na pessoa e família de acordo com os problemas reais e potenciais identificados. Monitorizámos ainda os resultados obtidos, reformulando o plano de cuidados sempre que necessário, documentando objetivamente, com recurso a escalas e instrumentos de medida, os ganhos em saúde ao nível da capacitação e da autonomia no autocuidado.

Relativamente à competência J2 "capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania", acreditamos que, no caso descrito, as intervenções implementadas contribuíram para prevenir complicações, manter a funcionalidade residual e maximizar o potencial físico e psicológico para um processo de reabilitação longo e pleno, capaz de proporcionar à pessoa a reinserção na sociedade, minimizando/anulando a situação de desvantagem e assim diminuir também a situação de vulnerabilidade acrescida. Ao implementarmos programas de treino de AVD, não apenas no caso descrito nesta competência, promovemos a adaptação e a capacidade em contornar as limitações, maximizando a autonomia no autocuidado. Esta ideia é corroborada por Hesbeen (2001 p.43), ao referir a propósito da desvantagem que "a reabilitação, para além de permitir enfrentar a situação presente deve preparar para situações que se sabe, ou se teme, que irão acontecer no futuro", sendo que “os obstáculos, por si só, não constituem desvantagem". Vimos que os planos de ER necessitam de estar centrados

no que é importante para a pessoa, serem flexíveis e holísticos, sendo que a identificação de fatores de risco e a intervenção do EEER ao nível do meio ambiente promove uma maior segurança, acessibilidade e participação social. Neste campo demonstrámos particular atenção à promoção de ambientes seguros, redutores do risco de queda, através da sensibilização da pessoa e família e ainda na elaboração de um folheto de apoio às orientações dadas na prevenção de quedas.

Por fim, na competência J3 "maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa" focámos a descrição na intervenção num programa de treino motor e cardiorrespiratório junto de uma pessoa com limitação no desempenho do autocuidado por descondicionamento físico relacionado com doença oncológica e sarcopenia. E ainda a intervenção, em contexto hospitalar, junto da pessoa em fase pré-operatória com a prescrição de exercícios que visaram prevenir complicações no período peri-operatório e agilizar o processo de reabilitação no pós-operatório. Tivemos em consideração os princípios do processo de *prehabilitation*, embora com a consciência de que não conseguimos melhorar a condição física da pessoa na véspera da cirurgia. No entanto, a intervenção psicológica para diminuição da ansiedade, a prescrição de exercícios de otimização respiratória e de mobilização ativa no leito concorrem para a prevenção de complicações e uma maior motivação e compromisso com o processo de reabilitação.

Passando às competências comuns do EE, descritas nos quatro domínios, julgamos que o nosso comportamento nos dois contextos de EC espelhou o desenvolvimento das mesmas. Integrámo-nos bem nas equipas, assumindo uma conduta proativa no percurso de aprendizagem, com objetivos bem definidos, justificando as ações assentes no conhecimento e assumindo a responsabilidade pelos atos praticados, tendo em conta o respeito pelos princípios éticos e a deontologia profissional. Esta forma de estar permitiu-nos estabelecer laços de confiança e parcerias com os enfermeiros orientadores, nomeadamente ao nível da tomada de decisão, bem como na oferta de oportunidades proporcionadas de desenvolvimento pessoal e profissional. Destacamos ao nível da gestão e da melhoria da qualidade dos cuidados o papel dinamizador na garantia da continuidade dos programas de reabilitação iniciados em contexto hospitalar, através da referenciação para ECCI, contribuindo para uma transição segura para a comunidade. E ainda, o contributo com a elaboração de dois desdobráveis de apoio ao ensino, um na prevenção de quedas e outro na diminuição da fragilidade com exercícios de treino de

equilíbrio e de força muscular. Consideramos que o contexto de pandemia de Covid-19 nos limitou nas opções de contribuição para projetos de melhoria da qualidade. Em ambos os contextos de estágio lamentámos a impossibilidade de participar nos projetos existentes na área de ER sobretudo na comunidade, suspensos temporariamente, por aumentarem o risco de propagação da doença Covid-19.

No domínio das aprendizagens profissionais, não poderíamos deixar de referir o desenvolvimento da capacidade reflexiva quanto ao desempenho pessoal e profissional e a responsabilidade acrescida do EE na educação dos utentes e dos pares. Esta noção motivou-nos ao aprofundamento de conhecimentos teórico-práticos na área da especialidade e à divulgação e partilha do conhecimento de evidência científica apurado na metodologia de investigação utilizada no trabalho de projeto. A oportunidade de participar com pósteres em dois eventos de partilha de conhecimentos de evidência científica que suportam a prática clínica de Enfermagem de Reabilitação, permitiu-nos contribuir para o conhecimento e desenvolvimento da profissão de enfermagem.

O percurso no EC permitiu-nos ainda refletir sobre os desafios e exigências que se colocam aos enfermeiros, nomeadamente aos EEER, na capacidade de se afirmarem pela diferenciação do seu trabalho com impacto ao nível dos ganhos em saúde e que alimentam os indicadores da qualidade dos cuidados definidos pela MCEER (2018). A tendência verificada ao nível da falta de recursos humanos contribui muitas vezes para "desviar" o EEER para a prática de cuidados generalista, situação esta que foi agravada pelo contexto pandémico. Esta situação pode facilmente conduzir a uma prática pouco reflexiva, desmotivada e assente em rotinas, colocando em segundo plano a essência do cuidar centrado na pessoa, bem como o tempo disponível para investir em cuidados especializados que promovam a reabilitação efetiva da pessoa. Perante os anos de experiência profissional e enquanto futura EEER, acredito que é importante manter o foco da essência dos cuidados de enfermagem, investindo permanentemente no desenvolvimento da profissão. Só através da demonstração objetiva dos ganhos que se conseguem com uma intervenção diferenciada e especializada do enfermeiro, ao nível da melhoria da qualidade de vida da pessoa e da redução dos custos em saúde, conseguiremos o reconhecimento do valor do nosso trabalho. A capacidade de resiliência é algo que nos terá de acompanhar, assim como a capacidade de afirmação na equipa

multidisciplinar motivada para garantia da segurança e da melhoria continua dos cuidados proporcionados às pessoas.

Perante a exposição por nós efetuada, acreditamos ter também demonstrado o desenvolvimento de competências do grau de Mestre, de acordo com os Descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação. Analisando o quadro de qualificações para o ensino superior em Portugal, consideramos que ao nível dos conhecimentos conseguimos desenvolvê-los e aprofundá-los "em contexto de investigação", demonstrando capacidade em aplicá-los através da "compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares". No âmbito das competências alegamos que desenvolvemos a autoaprendizagem, mentora da "aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo", e a habilidade de "integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, (…) emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos" (Direção-Geral do Ensino Superior, 2011, p.59), recursos fundamentais na continuidade do desenvolvimento profissional especializado.

Terminando este percurso inicial, fundamental para o início de uma prática especializada em ER, pretendemos em primeiro lugar pedir transferência de serviço dentro da instituição onde trabalhamos. Acreditamos que essa mudança possa ser facilitadora no início de um percurso de EE, fora do ambiente que nos conheceu enquanto enfermeira generalista. Tendo em conta o gosto pessoal pelos cuidados de enfermagem na área cirúrgica e atendendo à temática escolhida mostrarei preferência por uma transferência para o serviço de ortopedia e traumatologia. Ambicionamos no futuro poder liderar ou integrar um projeto em ER ligada ao processo de *prehabilitation*. Pelos anos de experiência profissional no serviço de Cirurgia Geral, pelos temas trabalhados nas aulas teóricas da especialidade e pela procura de evidência científica na área sabemos que as cirurgias, para além dos riscos de complicações, diminuem a capacidade funcional. Quanto mais baixa for a capacidade funcional, maior o risco de complicações pós-operatórias e maior o risco de não conseguir regressar aos níveis de autonomia pré-cirúrgicos (Howard et al., 2019; Tew et al., 2018).

De acordo com (Wynter-Blyth & Moorthy, 2017), até há pouco tempo, as diligências para melhorar os resultados cirúrgicos e diminuir as complicações no pós-operatório estavam essencialmente centradas na melhoria das técnicas cirúrgicas e

anestésicas. Este modelo de pensamento, fomentou a criação e aperfeiçoamento de protocolos de intervenção hospitalar, essencialmente focados no pós-operatório imediato. Não obstante a sua importância, com resultados positivos, este modelo de cuidado não tem em conta a individualidade da pessoa e não lhe reconhece um papel ativo e a capacidade de otimizar a sua condição para a elegibilidade da cirurgia. Para além disso, o pós-operatório poderá não ser o melhor momento para iniciar ensinos de exercícios de reabilitação e mudanças de estilo de vida (Bordes et al., 2015).

Independentemente da área cirúrgica, a evidência aponta para benefícios na melhoria da condição física e psicológica da pessoa que irá ser submetida a uma intervenção cirúrgica. A pré-habilitação parece promover uma recuperação mais rápida, com menos complicações no pós-operatório por comparação com a reabilitação iniciada no pós-operatório. Permite ainda a correção ou gestão de fatores de risco atempadamente, que podem prejudicar a capacidade funcional, já de si afetada pelo stress cirúrgico. Esta questão é tão mais importante se nos referirmos a pessoas em situação de fragilidade, em que o descondicionamento físico geral contribui para uma fraca resposta ao stress cirúrgico, contribuindo para: um maior risco de complicações no pós-operatório; aumento da morbilidade e da mortalidade; aumento dos custos em saúde, pelo aumento do tempo de internamento hospitalar e maior dependência no regresso a casa com implicações para a família (Bordes et al., 2015; Howard et al., 2019). Embora sejam necessários mais estudos, que comprovem e ajudem a identificar quais os melhores programas de pré-habilitação, a evidência aponta como dois fatores essenciais ao sucesso: a individualização do programa de reabilitação pré-operatório e o suporte e contacto regular com a equipa de saúde responsável (por meio de consultas presenciais e via telefónica) para identificação de necessidades de ajuste, esclarecimento de dúvidas e motivação (Wynter-Blyth & Moorthy, 2017).

Posto isto, esta parece ser uma área ainda pouco desenvolvida, em que o EEER poderá ter uma intervenção eficaz, contribuindo para ganhos em saúde, que em primeiro lugar, vão de encontro à melhoria dos padrões de qualidade dos cuidados de ER prestados à pessoa e família. Em segundo lugar, e não menos valorizado ao nível do sistema de saúde, a redução de custos efetivos no tratamento/recuperação da pessoa. Destacamos ainda a possibilidade de realização de estudos/ensaios que demonstrem a eficácia da pré-habilitação. Na idealização deste projeto, de um modo global, pensamos na criação de uma consulta de ER em que as pessoas elegíveis

para cirurgia programada seriam referenciadas pelo médico cirurgião. Nessa consulta seria efetuada uma avaliação multidimensional, com avaliação da funcionalidade e proposto um programa de melhoria da condição física e psicológica ajustado, idealmente com reavaliação antes da cirurgia. Pensamos ainda, que esta seria também a fase ideal para a articulação e referenciação de muitos dos casos com necessidade de continuidade de cuidados de reabilitação no pós-operatório após alta hospitalar. Esta situação permitiria agilizar com o EEER da comunidade a intervenção ao nível familiar e socio-habitacional, antes da intervenção cirúrgica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Al-Maqbali, M. A. (2014). Nursing intervention in discharge planning for elderly patients with hip fractures. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, *18*(2), 68–80. https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2013.07.002

Assessment, G., & Kit, T. (1993). Tinetti Performance Oriented Mobility Assessment (POMA)* Tinetti Performance Oriented Mobility Assessment (POMA) - Balance Tests -. *Quality*, *1993*, 10–12. D. Acedido em 08-01-2022. Disponível em: https://www.leadingagemn.org/assets/docs/Tinetti-Balance-Gait--POMA.pdf

Associação Portuguesa Enfermeiros de Reabilitação (APER). (2010). *Contributos Para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. 1–5. https://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf

Baixinho, C. L. (2011). Funcionalidade após fratura do colo do fêmur TT - Outcome after femoral neck fracture TT - Funcionalidad después de la fractura del cuello del fêmur. *Rev. Baiana Enferm*, *25*(3), 311–319. http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5480/4908

Baixinho, C. R. S. L. (2008). Capacidade de marcha após fractura do colo do fémur – revisão sistemática de literatura Walking ability after hip fracture – systematic literature review. *Revista de Enfermagem Referência, II Série Nº 8*, 79–86.

Barata, L.F. (2017). Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida Profissional – A Importância da Formação Contínua. In C. M. Vieira, L. Sousa, (1ª Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.123-136). Loures: Lusodidacta

Bellatti, E., Luca, G. R., & Lusignani, M. (2014). Il percorso di riabilitazione dell'utente anziano con frattura del femore e il ruolo dell'infermiere: una revisione della letteratura. *L'Infermiere n.2*. https://www.infermiereonline.org/2014/05/30/il-percorso-di-riabilitazione-dellutente-anziano-con-frattura-del-femore-e-il-ruolo-dellinfermiere-una-revisione-della-letteratura/

Belloni, G., & Cesari, M. (2019). Frailty and Intrinsic Capacity: Two Distinct but Related Constructs. *Frontiers in Medicine*, *6*(June), 1–5. https://doi.org/10.3389/fmed.2019.00133

Bento, N. T., Vidmar, M. F., Marinho, M., & Wibelinger, M. (2011). *SAÚDE INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS NO PÓS-OPERATÓRIO FRACTURES*

IN THE ELDERLY.

Bergman, H., Ferrucci, L., Guralnik, J., Hogan, D. B., Hummel, S., Karunananthan, S., & Wolfson, C. (2007). Frailty: An emerging research and clinical paradigm - Issues and controversies. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, *62*(7), 731–737. https://doi.org/10.1093/gerona/62.7.731

Bordes, J., Cardinal, M., & Kaiser, E. (2015). Prehabilitation versus Rehabilitation. *Anesthesiology*, *122*(6), 1438. https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000661

Brink, E., & Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*, *03*(08), 563–567. https://doi.org/10.4236/ojn.2013.38077

Bruce, M. L., Seeman, T. E., Merrill, S. S., & Blazer, D. G. (1994). The impact of depressive symptomatology on physical disability: MacArthur studies of successful aging. *American Journal of Public Health*, *84*(11), 1796–1799. https://doi.org/10.2105/AJPH.84.11.1796

Burgio, K. L., & Goode, P. S. (2007). Bladder training and behavioural training. *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain: Pelvic Organ Disorders*, 127–131. https://doi.org/10.1007/978-1-84628-756-5_19

Carneiro, M. B., Alves, D. P. L., & Mercadante, M. T. (2013). Fisioterapia no pós-operatório de fratura proximal do fêmur em idosos: Revisão da literatura. *Acta Ortopédica Brasileira*, *21*(3), 175–178. https://doi.org/10.1590/s1413-78522013000300010

Çelik, B., & Bilik, Ö. (2020). The Discharge Needs of Family Caregivers of the Patients Following Hip Fracture Surgery. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, *12*(2), 173–181. https://doi.org/10.5336/nurses.2019-70706

Coelho, C., Barros, H., Sousa, L. (2017). Reeducação da Função Sensoriomotora. In C. M. Vieira, L. Sousa, (1ª Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.227-251). Loures: Lusodidacta

Cordeiro,Maria do Carmo; Menoita, E. (2012). *MANUAL DE BOAS PRÁTICAS NA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA Conceitos , Princípios e Técnicas* (Lusociência (ed.)).

Costa, JA. Ribeiro, A., Bogas, M., Costa, L., et al. (2009). *Artibd dribinal*. 3–4.

Crotty M, Unroe K, Cameron ID, Miller M, Ramirez G, C. L. (2011). Rehabilitation interventions for improving physical and psychosocial functioning after hip fracture in older people. *International Journal of Older People Nursing*, *6*(1), 71–74.

https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2011.00268.x

De Chesnay, M., Anderson, B. A., (2019). *Caring for the Vulnerable: perspectives in the nursing theory, practice and research* (fifth ed.). Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett

Decreto-Lei n.º 74/2006. (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário Da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24*, 2242–2257. https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html

Diogo, A. R., & Moura, M. (2006). *Manual Do Cuidador - Prevenção de Quedas em idosos no domicílio*. 206. https://biblioteca.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/06/Envelh_ativo_manual-cuidador-prevenção-quedas.pdf

Direção-Geral do Ensino Superior. (2011). *O Quadro De Qualificações Do Ensino Superior em Portugal*. 1–69. https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-eees_0.pdf

Duque, A. S., Gruner, H., Clara, J. G., Ermida, J. G., & Veríssimo, M. T. (2014). Avaliação geriátrica. *Geriatria Fundamental: Saber e Praticar*, 103–117. https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

Edwards, P. K., Mears, S. C., & Lowry Barnes, C. (2017). Preoperative Education for Hip and Knee Replacement: Never Stop Learning. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*, *10*(3), 356–364. https://doi.org/10.1007/s12178-017-9417-4

Ferreira, E. M., Lourenço, O. M., Costa, P. V. da, Pinto, S. C., Gomes, C., Oliveira, A. P., Ferreira, Ó., & Baixinho, C. L. (2019). Active Life: a project for a safe hospital-community transition after arthroplasty. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *72*(1), 147–153. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0615

Figueiredo, M. H. J. S. (2012). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar. *Lusociência*, 183.

Fleury, H. J., Soares De Camargo, H., Ii, P., Najjar, C. H., & Iii, A. (2011). Medicina sexual Sexualidade em oncologia. *Diagn Tratamento*, *16*(2), 1–5. http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2011/v16n2/a2061.pdf

Henriques, F. M. D., Fumincelli, L. (2017). A Pessoa com Lesão Medular. In C. M. Vieira, L. Sousa, (1ª Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.433-450). Loures: Lusodidacta

Hesbeen, W. (2001). *A Reabilitação Hesbeen: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência

Howard, R., Yin, Y. S., McCandless, L., Wang, S., Englesbe, M., & Machado-Aranda, D. (2019). Taking Control of Your Surgery: Impact of a Prehabilitation Program on Major Abdominal Surgery. *Journal of the American College of Surgeons*, *228*(1), 72–80. https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2018.09.018

INE, I. (2020). *Anuário Estatístico de Portugal 2019* (Vol. 2019).

Instituto Nacional de Estatística. (2021). Censos 2021 - Divulgação dos Resultados Provisórios. *INE Censos 2021 - Divulgação Dos Resultados Provisórios*, 8–9. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2

Ko, Y. J., Lee, J. H., Oh, E. G., Choi, M. N., Kim, C. O., Sung, K. W., & Baek, S. H. (2019). Older Adults with Hip Arthroplasty: An Individualized Transitional Care Program. *Rehabilitation Nursing*, *44*(4), 203–212. https://doi.org/10.1097/rnj.0000000000000120

Köksal, I., Tahta, M., Şimşek, M. E., Doğan, M., & Bozkurt, M. (2015). Efficacy of rapid recovery protocol for total knee arthroplasty: A retrospective study. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*, *49*(4), 382–386. https://doi.org/10.3944/AOTT.2015.14.0353

Laires, P. A., Perelman, J., Consciência, J. G., Monteiro, J., & Branco, J. C. (2015). Actualização sobre o impacto epidemiológico e socioeconómico das fracturas da extremidade proximal do fémur. *Acta Reumatologica Portuguesa*, *2015*(3), 223–230.

Liguori, G. (2021). *ACSM's Guidelines for Exercise testing and Prescription* (11th Edition). Wolters Kluwer

Marques, E. (2017). Reeducação Sexo-afetiva nas Pessoas com Limitação Física. In C. M. Vieira, L. Sousa, (1ª Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.281–286). Loures: Lusodidacta

McCormack, B., & McCance, T. V. (2017). The Person-Centred Practice Framework. In *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and Practice* (pp. 41–58).

MCEER. (2015). *Áreas Investigação Prioritárias Para a Especialidade De Enfermagem De Reabilitação*. *ÁREAS INVESTIGAÇÃO PRIORITÁRIAS PARA A*

ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO, 8. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

McNeely, M. L., & Courneya, K. S. (2010). Exercise programs for cancer-related fatigue: Evidence and clinical guidelines. *JNCCN Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, *8*(8), 945–953. https://doi.org/10.6004/jnccn.2010.0069

Meehan, A. J., Maher, A. B., Brent, L., Copanitsanou, P., Cross, J., Kimber, C., MacDonald, V., Marques, A., Peng, L. L., Queirós, C., Roigk, P., Sheehan, K. J., Skúladóttir, S. S., & Hommel, A. (2019). The International Collaboration of Orthopaedic Nursing (ICON): Best practice nursing care standards for older adults with fragility hip fracture. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, *32*, 3–26. https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2018.11.001

Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2016). *Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER). (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In *Ordem dos Enfermeiros* (pp. 1–19). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padrões-qualidade-ceer.pdf

Molko, S., & Combalia, A. (2017). Rapid recovery programmes for hip and knee arthroplasty. An update. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (English Edition)*, *61*(2), 130–138. https://doi.org/10.1016/j.recote.2017.02.007

Moser, G. A. D. S., Lima Gelbcke, F., Moser Aguiar, D. C., Dornelles Schoeller, S., & Santana Castro, F. F. (2020). Independência Funcional Da Pessoa Com Lesão Medular: Do Trauma À Primeira Internação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, *3*(1), 67–74. https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.9.5764

Nascimento, J. S., & Tavares, D. M. dos S. (2016). Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. *Texto e Contexto Enfermagem*, *25*(2), 1–9. https://doi.org/10.1590/0104-07072016000360015

Oliveira, M. et al. (2020). Recomendações da spp sobre treino de equilíbrio durante a pandemia covid-19. *Sociedade Portuguesa de Pneumologia*. Acedido 18-01-

2022 em https://www.sppneumologia.pt /covid-19/recomendacoes-da-spp

Orem, D. (2001). Nursing: concepts of practice (6th ed.). Mosby.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Guia De Boa Prática À Pessoa Com Traumatismo Vértebro - Medular. In *Cadernos OE*.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019 a). Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da Républica, 2ª Série - n.º 85 - 3 de Maio de 2019*, 13565–13568. https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized

Ordem dos Enfermeiros. (2019 b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série*, *nº26*, 4744–4750.

Ordem dos Enfermeiros. (2015 c). Deontologia Profissional de Enfermagem. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9).

Oviedo, R. A. M., & Czeresnia, D. (2015). O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biosocial. *Interface: Communication, Health, Education*, *19*(53), 237–249. https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0436

Pestana, H. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. In C. M. Vieira, L. Sousa, (1ª Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.47–56). Loures: Lusodidacta

Petronilho, F. 2012. (n.d.). *Autocuidado-Conceito Central da Enfermagem 2012.pdf*.

Pires, M. (2000). Eliminação e Continência Vesical. In Hoeman, S.P. (2ª Ed.), Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo (pp453-488). Loures. Lusociência.

PORDATA. (2020). *Página 1 de 5*. 1–5.

Reis, F., Cecatto, R. B., Brito, C. M. M. de, Hoff, P. M. G., & Battistella, L. R. (2012). Impact of two different exercise programs on persistent cancer-related fatigue and physical fitness. *Acta Fisiátrica*, *19*(4), 198–202. https://doi.org/10.5935/0104-7795.20120031

Rocha, C., Redol, F. (2017). Intervenção de Enfermagem com a Pessoa com Alterações da Eliminação Vesical e Intestinal. In C. M. Vieira, L. Sousa, (1ª Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.271-279). Loures: Lusodidacta

Rodrigues, E., & Cunha, M. (2015). Realidade da Enfermagem de Reabilitação do Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. *Realidade Da Enfermagem de Reabilitação Do Serviço de Ortopedia Do Centro Hospitalar Do Tâmega e Sousa*, *38*(2014), 2014.

Rodríguez-Mañas, L., Féart, C., Mann, G., Viña, J., Chatterji, S., Chodzko-Zajko, W., Gonzalez-Colaço Harmand, M., Bergman, H., Carcaillon, L., Nicholson, C., Scuteri, A., Sinclair, A., Pelaez, M., Van Der Cammen, T., Beland, F., Bickenbach, J., Delamarche, P., Ferrucci, L., Fried, L. P., … Vega, E. (2013). Searching for an operational definition of frailty: A delphi method based consensus statement. the frailty operative definition-consensus conference project. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, *68*(1), 62–67. https://doi.org/10.1093/gerona/gls119

Rodriguez Perracini, M., & Ramos, L. R. (2002). Fall-related factors in a cohort of elderly community residents. *Revista de Saude Publica*, *36*(6), 709–716. https://doi.org/10.1590/s0034-89102002000700008

Seixas, R. J., Kessler, A., & Frison, V. B. (2010). Physical Activity and Quality of Life in Patients with Cancer during Chemotherapy Treatment Actividad Física y Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos durante el Período de Tratamiento con Quimioterapia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, *56*(3510), 321–330. http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v03/pdf/05_artigo_atividade_fisica_qualidade_vida_pacientes_oncologicos_durante_periodo_tratamento_quimioterapico.pdf

Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit Adaptation and validation of Zarit Burden Interview Scale. *Revista Referência II Série-Nº12*, 9–16.

https://www.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id_artigo=2173&pesquisa=

Silva, J., Linhares, D., Ferreira, M., Amorim, N., Neves, N., & Pinto, R. (2018). Epidemiological trends of proximal femoral fractures in the elderly population in Portugal. *Acta Medica Portuguesa*, *31*(10), 562–567. https://doi.org/10.20344/amp.10464

Silveira, A., Gonçalves, A., Catalão, C., Spínola, C., Pimentel, F., Soares, L., Tapadinhas, M., & Tomás, T. (2003). Fracturas da extremidade proximal do fémur no idoso: recomendações para intervenção terapêutica. In *Direcção Geral de Saúde*.

Sousa, L., Carvalho, M.L. (2017). Pessoa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur. In C. M. Vieira, L. Sousa, (1ª Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 421-431). Loures: Lusodidacta

Sousa, L., Carvalho, M.L. (2017). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia. In C. M. Vieira, L. Sousa, (1ª Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 405-420). Loures: Lusodidacta

Taylor, S.G. (2004). Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem. In Tomey, A. M. & Alligood, M.R. (5ª ed.), *Teóricas de Enfermagem e sua obra* (Modelos e Teorias de Enfermagem) (pp 211-235). Loures: Lusociência.

Teng, C. T., Humes, E. de C., & Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, *32*(3), 149–159. https://doi.org/10.1590/s0101-60832005000300007

Tew, G. A., Ayyash, R., Durrand, J., & Danjoux, G. R. (2018). Clinical guideline and recommendations on pre-operative exercise training in patients awaiting major non-cardiac surgery. *Anaesthesia*, *73*(6), 750–768. https://doi.org/10.1111/anae.14177

Theuerkauf, A. (2000). Autocuidado e Actividades de Vida Diária. In Hoeman, S.P. (2ª Ed.), Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo (pp173-207). Loures. Lusociência.

Thiago, W., & Soares, E. (2011). Parâmetros, Considerações e Modulação de Programas de Exercício Físico para Pacientes Oncológicos – Uma Revisão Sistemática Parameters, Considerations and Modulation of Programs Physical Exercise for Patient Oncologic – A Systematic Review. *Rev Bras Med Esporte*, *17*(4), 284–289.

Tinetti, M. E. (1986). Performance-Oriented Assessment of Mobility Problems in Elderly Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, *34*(2), 119–126. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1986.tb05480.x

Vivas Pina, B. M., & Lavareda Baixinho, C. (2020). Vantagens Da Consulta Pré-

Operatória Na Reabilitação Da Pessoa Submetida a Artroplastia Da Anca: Revisão Integrativa Da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, *3*(1), 42–47. https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.5.5758

World Health Organization. (2007). WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. In *Community Health* (p. 53). http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf

Wynter-Blyth, V., & Moorthy, K. (2017). Prehabilitation: Preparing patients for surgery. *BMJ (Online)*, *358*, 9–10. https://doi.org/10.1136/bmj.j3702

Yoon, R. S., Nellans, K. W., Geller, J. A., Kim, A. D., Jacobs, M. R., & Macaulay, W. (2010). Patient education before hip or knee arthroplasty lowers length of stay. *Journal of Arthroplasty*, *25*(4), 547–551. https://doi.org/10.1016/j.arth.2009.03.012

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Trabalho de Projeto

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

UC Opção II – Trabalho de Projeto

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção do declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur

Telma Filipa Anunciação Antunes

Lisboa
Setembro 2021

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

UC Opção II – Trabalho de Projeto

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção do declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur

Telma Filipa Anunciação Antunes

Professora Orientadora:
Maria do Céu Sá

Lisboa
Setembro 2021

ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ATA – Artroplastia Total da Anca

AVD – Atividade(s) de Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

EC – Ensino Clínico

ER – Enfermagem de Reabilitação

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

FEPF – Fratura da Extremidade Proximal do Fémur

MCEEE - Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

MI – Membro(s) Inferior(es)

MIF – Escala de Medida de Independência Funcional

MRC – *Medical Research Council*

MS – Membro(s) Superior(es)

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

TUGT – *Timed Up and Go Test*

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UP – Úlcera(s) de Pressão

1x/dia – uma vez por dia

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 5

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO 10
    1.1. Fratura da Extremidade Proximal do Fémur e Tratamento 10
    1.2. A Pessoa com Fratura da Extremidade Proximal do Fémur 12
2. QUADRO DE REFERÊNCIA TEÓRICO 14
3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PREVENÇÃO DO DECLÍNIO FUNCIONAL 18
4. DESCRIÇÃO DOS OBJETIVOS A ATINGIR 24

CONSIDERAÇÕES FINAIS 42

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 44

APÊNDICES

APÊNDICE I – Protocolo de Revisão Narrativa da Literatura

APÊNDICE II – Cronograma de Atividades

APÊNDICE III – Guião de entrevista aos locais de estágio

APÊNDICE IV – Apresentação Intercalar do Projeto

APÊNDICE V – Apresentação Final do Projeto

ANEXOS

ANEXO I – Escalas e Instrumentos de Avaliação Funcional

ANEXO II – Principais exercícios de RFM no pós-operatório da FEPF

ANEXO III – Ensino, Instrução e Treino no pós-operatório da pessoa submetida a ATA com abordagem posterior

INTRODUÇÃO

A global melhoria das condições de vida das populações, a evolução da medicina e a melhoria do acesso aos cuidados de saúde desencadeou um aumento progressivo da esperança de vida, especialmente evidente nas sociedades ocidentalizadas (Carneiro et al., 2013; Vivas Pina & Lavareda Baixinho, 2020).

Portugal não foi naturalmente exceção. Analisando a evolução do perfil demográfico nacional, constatamos a crescente tendência para o envelhecimento da população. Em 1990 o índice de envelhecimento era de 65,7%, passando para 98,8% em 2000, e para 161,3% em 2019 (PORDATA, 2020). Em 2019, 22,1% da população residente tinha 65 ou mais anos (INE, 2020).

O envelhecimento enquanto processo de declínio das capacidades físicas, mentais e sociais está associado a adversidades como maior risco de desenvolvimento de doença, comorbilidade, fragilidade, diminuição da capacidade funcional, menor capacidade de adaptação ao meio (O. G. L. Ferreira et al., 2012). Estas adversidades podem conduzir à dependência funcional por dificuldade ou incapacidade para o autocuidado. O índice nacional de dependência de idosos passou de 24,0% em 2000 para 34,2% em 2019 (PORDATA, 2020). As alterações músculo-esqueléticas são comuns, limitando a mobilidade e contribuindo para o aumento da fragilidade e do risco de queda.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que mundialmente, aproximadamente 28-35% das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos caem a cada ano. Esta percentagem aumenta para 32-42% nas pessoas com mais de 70 anos. As quedas podem causar grave morbilidade e, inclusivamente, induzirem fatalidade. Estão ainda associadas a elevados custos assistenciais diretos e indiretos para a família e para a sociedade (World Health Organization, 2007).

Silva et al. (2018), levou a cabo um estudo transversal com o objetivo de determinar e analisar a tendência epidemiológica das fraturas da extremidade proximal do fémur (FEPF) em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, admitidas em todos os hospitais públicos portugueses no período de 2005 a 2013. Foram incluídos 101 436 doentes com FEPF. Neste período de nove anos verificou-se um aumento progressivo do número de internamentos por ano; a idade média no momento da admissão foi de 79,32 anos; 74,5%

dos doentes eram do sexo feminino; a incidência de FEPF aumentou de 508,49 em 2005 para 628,39 fraturas por 100 mil pessoas/ ano em 2013; a incidência por sexos aumentou de 616,78 para 762,88 no sexo feminino e de 339,95 para 419,06 no sexo masculino.

A compreensão da epidemiologia das FEPF é fundamental para o investimento e desenvolvimento de políticas de saúde preventivas que maximizem ganhos em saúde, visando minorar o impacto de um problema com tendência crescente. Duas das Metas de Saúde 2020, delineadas no Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020 vão de encontro a este objetivo e que são "reduzir a mortalidade prematura (≤70 anos) para um valor inferior a 20%" e "aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%" (DGS, 2015, p.10-11).

De acordo com o regulamento nº392/2019 publicado em Diário da República, ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) é reconhecida a capacidade de conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação (ER) diferenciados e sustentados nos problemas reais e potenciais das pessoas, objetivando "melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima" (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.13565). O EEER deve ser capaz de demonstrar como competências específicas: J1- cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; J2- capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; J3- maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (a Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Assim, a intervenção do EEER no período pré e pós-operatório da pessoa com FEPF é determinante para a obtenção de ganhos em saúde. É esperado que implemente um plano de reabilitação focado na prevenção de complicações; promoção da saúde; readaptação e reeducação funcional ao nível sensório-motor, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação e da sexualidade; capacitação da pessoa no autocuidado, maximizando a independência, o bem-estar e a satisfação da pessoa; e a promoção da reinserção social e familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No âmbito da unidade curricular (UC) Opção II do 12º curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, foi solicitado aos

estudantes a nível individual a apresentação de um projeto de formação numa área de interesse. Daí surge este projeto com o objetivo de planear o terceiro semestre do curso de mestrado, que decorrerá em contexto de ensino clínico (EC). Embora este esteja orientado para o desenvolvimento de competências na intervenção do EEER na prevenção do declínio funcional na pessoa com FEPF, o percurso formativo contempla o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e o desenvolvimento de competências específicas do EEER na sua globalidade.

A motivação pessoal e profissional por esta área advém de uma curta experiência no passado profissional num serviço de internamento cirúrgico com especialidade de ortopedia onde tive oportunidade de cuidar enquanto enfermeira generalista de utentes com FEPF. Foi uma experiência positiva, que me motivou para o aprofundamento de conhecimentos e o desejo de adquirir competências que previnam o declínio funcional, melhorando a capacitação da pessoa com FEPF. A nível científico, a temática justifica-se pela pertinência demográfica e epidemiológica. Também a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER) da Ordem dos Enfermeiros (OE) definiu para 2015-2025 como uma das áreas de investigação muito prioritária as intervenções autónomas do EEER na função motora (MCEER, 2015).

Para a justificação do tema recorreu-se a uma revisão narrativa da literatura, com a elaboração do respetivo protocolo e tabela de extração de dados (APÊNDICE I). Esta teve como objetivo responder à questão de investigação formulada: "Que intervenções do EEER previnem o declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur?". Para a definir foi usada a mnemónica PICo (População, Fenómeno de Interesse, Contexto), que permitiu determinar os critérios de elegibilidade dos artigos a incluir na revisão narrativa, bem como delimitar o fenómeno em estudo, facilitando a identificação, leitura e extração de dados.

O conhecimento apurado descreve como boas práticas de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção do declínio funcional da pessoa com FEPF o seguinte:

- ✓ Avaliação completa/multidimensional da pessoa e família para a individualização do cuidado e a identificação de fatores que podem condicionar

o processo de reabilitação e contribuir para o declínio funcional (Ko et al., 2019; Meehan et al., 2019).

- ✓ Avaliação funcional com recurso a escalas e instrumentos de medida, para um planeamento ajustado das intervenções em função do potencial funcional (C. L. Baixinho, 2011; Ko et al., 2019; Silveira et al., 2003; Luís Sousa & Carvalho, 2017).
- ✓ Implementação de programas de reeducação funcional motora e respiratória no pré e pós-operatório promovendo a mobilização no leito e o levante com treino de marcha o mais precocemente possível. Contrariar a imobilidade é fundamental para prevenir complicações e o declínio funcional (C. L. Baixinho, 2011; Bento et al., 2011; Ko et al., 2019; Meehan et al., 2019; Silveira et al., 2003; Luís Sousa & Carvalho, 2017).
- ✓ Os programas de reeducação funcional devem incluir treino de atividades de vida diária (AVD), promovendo a autonomia da pessoa idosa através do treino para o autocuidado (C. L. Baixinho, 2011; Bellatti et al., 2014; Carneiro et al., 2013; Ko et al., 2019). Devem ainda envolver a pessoa e a família/cuidador (Al-Maqbali, 2014; Çelik & Bilik, 2020; Meehan et al., 2019; Silveira et al., 2003).
- ✓ Assegurar atempadamente a continuidade do programa de reeducação funcional na transição para a comunidade. Os ensinos efetuados ao longo do internamento devem ser alicerçados com documentos de suporte ao ensino (Al-Maqbali, 2014; Ko et al., 2019; Luís Sousa & Carvalho, 2017). É ainda descrita a realização de visita domiciliária antes da alta hospital (Luís Sousa & Carvalho, 2017), e o acompanhamento semanal, por três meses após cirurgia (Al-Maqbali, 2014).
- ✓ Intervir na Fragilidade através de programas de reabilitação que incluam: treino aeróbio, treino de força muscular e de equilíbrio estático e dinâmico (Meehan et al., 2019; Silveira et al., 2003; Luís Sousa & Carvalho, 2017).

Com este projeto a implementar em EC no 3º semestre tenciona-se desenvolver as competências especificas e comuns do EEER e as competências do grau de Mestre tendo em consideração os descritores de Dublin. Assim, definiram-se três objetivos gerais:

- ✓ Desenvolver competências de intervenção do EEER no cuidado à pessoa com FEPF, que previnam o declínio funcional.

- ✓ Desenvolver competências específicas do EEER no cuidado à pessoa com alteração sensoriomotora, cardiorrespiratória, cognitiva, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.
- ✓ Desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista nos domínios da: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O referencial teórico deste projeto será o modelo de Autocuidado de Orem (2001), nomeadamente a *Teoria do Défice de Autocuidado* e a *Teoria dos Sistemas de Enfermagem*. De acordo com Theuerfauf (2000), quando o EEER centra o seu cuidado na pessoa e família dá-lhes a oportunidade de gerir e assumir a responsabilidade pelos seus próprios cuidados de saúde e, assim poderem funcionar eficazmente. A autora acrescenta ainda que esta ideia se coaduna com o processo de autocuidado defendido por Orem (1980) ao referi-lo como uma prática que a pessoa desenvolve para benefício próprio com o intuito de manter a saúde, a vida e o bem-estar. Perante uma situação de défice de autocuidado, como a da pessoa com FEPF e família, o EEER identifica neste modelo métodos e três sistemas de intervenção de enfermagem (totalmente compensatório, parcialmente compensatório, ou de apoio-educação) para ajudar a pessoa e família a promover o autocuidado e consequentemente o seu bem estar.

Para atingir os objetivos delineados, o 3º semestre decorrerá em dois contextos de EC com a duração de nove semanas cada. O primeiro no [redacted] – Serviço de Ortopedia (11/10/2021 a 12/12/2021) e o segundo em contexto comunitário no ACES [redacted] UCC [redacted] (13/12/2021 a 25/02/2022).

O projeto encontra-se organizado em quatro capítulos. Primeiro é efetuado o enquadramento teórico evidenciando-se a FEPF e as implicações a nível pessoal e sociofamiliar na pessoa e família. Segue-se a justificação da escolha do quadro de referência teórico. No terceiro capítulo descreve-se o processo de pesquisa e a síntese do conhecimento apurado a nível da intervenção do EEER na prevenção do declínio funcional. Procede-se ao planeamento do ensino clínico, sendo descritos os objetivos e atividades delineadas, e por último as considerações finais.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo aborda-se a FEPF salientando as causas, localização, patologia e tratamento assim como algumas das complicações mais frequentes e benefícios que podem advir da intervenção do EEER. Para além do enquadramento conceptual com o intuito de compreender a problemática em estudo realizou-se uma revisão narrativa da literatura, remetida para apêndice (APÊNDICE I).

1.1- Fratura da Extremidade Proximal do Fémur e Tratamento

A osteoporose é uma doença associada ao processo de envelhecimento, e afeta predominantemente mulheres após a menopausa. A diminuição da massa óssea provocada pela osteoporose condiciona alterações arquiteturais especialmente significativas nas metáfises dos ossos longos, originando fragilidade óssea e suscetibilidade para fraturas. Com o aumento do risco de queda com a idade, é natural que aumente também a frequência da fratura da extremidade proximal do fémur (Gomes, 2016; Laires et al., 2015; Silva et al., 2018).

Esta fratura define-se como uma solução de continuidade do fémur, desde o limite inferior da sua cabeça até 5 cm abaixo da porção mais inferior do pequeno trocânter (Marti et al., 1993 citado por Silveira et al., 2003).

De acordo com a sua localização é possível identificar três tipos de fratura (Carneiro et al., 2013; Silveira et al., 2003; Turesson et al., 2018):

1- Fratura do colo, que ocorre entre a cabeça do fémur e a região trocanteriana. Este tipo de fratura é intracapsular e pode ser dividido em três subgrupos, também de acordo com a localização no colo: subcapital, transcervical e basicervical.

2- Fratura trocantérica, que é extracapsular, e ocorre desde a linha intertrocanteriana até à porção mais distal do pequeno trocânter.

3- Fratura subtrocantérica, também extracapsular, e que ocorre nos 5 cm abaixo da porção mais distal do pequeno trocânter.

A localização e o tipo de fratura, associada à idade, ao grau de fragilidade óssea e ao global estado de saúde da pessoa, são elementos importantes na escolha do tipo da abordagem cirúrgica. Geralmente as fraturas extracapsulares estão associadas a uma maior frequência de utilização de técnicas de osteossíntese (alinhamento e fixação) com recurso a placas, parafusos e cavilhas. Nas intracapsulares, pelo risco acrescido de necrose avascular é maior a frequência de utilização de próteses (parciais ou totais), principalmente nas subcapitais e transcervicais (Direção Geral de Saúde, 2013; Turesson et al., 2018).

A artroplastia parcial da anca (substituição da cabeça do fémur) é utilizada habitualmente em pessoas com idade avançada e sem sinais de artrose da articulação, pelo que a artroplastia total da anca (ATA) (substituição da cabeça do fémur e do acetábulo) é uma opção cada vez mais utilizada. No caso da ATA a sua fixação poderá ser cimentada ou não cimentada. É cimentada quando é utilizado cimento que garante a fixação do implante ao osso, e não cimentada quando a fixação primária acontece por pressão ("*press-fit*") até que se dê a fixação secundária através do crescimento ósseo pela superfície porosa do implante (Direção Geral de Saúde, 2013; Vidalain, 2011). A tendência é privilegiar a ATA cimentada em pessoas com má qualidade óssea ou idade avançada. Já a não cimentada está indicada em pessoas mais jovens e com boa qualidade óssea, impedindo a carga total no membro inferior (MI) operado durante 6 a 8 semanas (Direção Geral de Saúde, 2013; Gray & Pratt, 2013).

É recomendado que o tratamento cirúrgico seja o mais precoce possível, idealmente nas primeiras 24 a 48h. Pretende-se não só restaurar a função do MI, para níveis próximos ao anterior à fratura, como prevenir e travar o declínio funcional (Rocha et al., 2009; Silveira et al., 2003).

1.2- A Pessoa com Fratura da Extremidade Proximal do Fémur

A imobilidade condicionada pela fratura conduz a perda de funcionalidade, ao agravamento de comorbilidades e ao aumento da mortalidade. A FEPF requer internamento hospitalar e quase sempre intervenção cirúrgica e reabilitação. Estima-se que: a mortalidade após um ano da FEPF ronde os 20-30%; 50-60% apresentam algum tipo de perda funcional e/ou motora; e só 30-40% atingem uma recuperação funcional para níveis pré-fratura (Costa et al., 2009; Laires et al., 2015). Um estudo levado a cabo por Rosell & Parker (2003), acrescenta que após um ano 74% dos idosos não consegue executar marcha sem produtos de apoio (canadianas ou andarilho). Aquando da alta hospitalar uma percentagem significativa de pessoas não tem autonomia na marcha, dependendo de terceiros. A incapacidade ou dificuldade em andar condiciona a capacidade de autocuidado, diminui a qualidade de vida, exacerba o isolamento social, aumenta o risco de novas quedas e agrava os custos em saúde. (Baixinho, 2011; Silveira et al., 2003).

A limitação da atividade física tem um impacto considerável. A imobilidade associada ao internamento hospitalar por FEPF no pré-operatório contribui para agravar as alterações músculo-esqueléticas prévias. E isso será tanto pior quanto mais prolongado for o período de imobilidade. Como efeitos adversos da imobilidade destacam-se: a diminuição da massa e da força muscular, diminuição da massa óssea, diminuição da amplitude articular e alterações cardiorrespiratórias, gastrointestinais e urinárias. Surgem ainda como complicações frequentes: pneumonia, atelectasias, úlceras de pressão (UP) e fenómenos tromboembólicos (Luís Sousa & Carvalho, 2017).

O declínio funcional é definido por Ko et al. (2019), apoiando-se em vários autores, como a perda de independência no autocuidado devido a diminuição da capacidade funcional. Acrescenta ainda que o declínio funcional na pessoa idosa internada gera consequências graves, tais como: aumento de morbilidade, dependência, institucionalização e morte. Por conseguinte , uma intervenção de reabilitação durante o internamento é essencial para reduzir o declínio funcional, promover o levante e o treino de marcha precoce, evitar a dependência e aumentar a sobrevida.

No entanto, de acordo com Melo (2012) e Lachman et al. (1998), o medo de cair leva a restrição da atividade física, contribuindo para aumentar a debilidade física e o declínio do autocuidado. O medo de cair constitui por si só um problema, uma vez que contribui para aumentar a fragilidade e é um dos fatores que compromete o processo de reabilitação após FEPF. Identificar (*Falls Efficacy Scale* - FES) e compreender o medo de cair é essencial para uma intervenção ajustada que o permita tratar (Lachman et al., 1998).

A pessoa com FEPF experiencia assim uma fase de transição que implica uma readaptação a uma situação de vida diferente com compromisso da capacidade do autocuidado.

2. QUADRO DE REFERÊNCIA TEÓRICO

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015),

> a Enfermagem de Reabilitação tem como alvo a pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo vital. Visa o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas (Regulamento nº 350/2015, p. 16656).

Orem definiu o autocuidado como uma função humana reguladora, que é aprendida e desenvolvida ao longo da vida. Acrescenta ainda que são atos deliberados em benefício próprio que procuram garantir a manutenção da vida, da saúde, do bem-estar e do desenvolvimento pessoal (Petronilho, 2012). Sendo um conceito central da enfermagem de reabilitação, importa conhecer as três teorias que Orem (2001) desenvolveu, que se relacionam entre si e que compõem o modelo do autocuidado: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

A *Teoria do Autocuidado*, base das outras duas teorias, descreve a finalidade, os objetivos e os métodos para a pessoa cuidar de si. Para que a prática do autocuidado ocorra são descritas três categorias de requisitos: (1) universais de autocuidado, (2) autocuidado de desenvolvimento e (3) autocuidado no desvio da saúde. Os requisitos universais de autocuidado (1) são comuns a todas as pessoas, independentemente da etapa do ciclo de vida e são: a manutenção de uma quantidade suficiente de ar, água e alimentos; os cuidados associados ao processo de eliminação; a manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso e entre a solidão e a interação social; a prevenção de perigos à vida, bem-estar e funcionamento da pessoa; e por fim, a promoção do funcionamento e desenvolvimento da pessoa dentro de grupos sociais, considerando o seu potencial e limitações presentes. Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento (2) procuram garantir cuidados para prevenir e mitigar os efeitos negativos das condições existentes que podem afetar o desenvolvimento da pessoa. Essas condições são: privação da educação; problemas de adaptação social; falhas de saúde individual; perda de familiares, amigos, bens e da segurança no emprego; mudança súbita de residência para

um ambiente desconhecido; problemas associados ao status; saúde frágil ou incapacidade; condições de vida opressivas; doença terminal ou morte iminente. Os requisitos de autocuidado no desvio de saúde (3) são exigidos nas pessoas em condição de doença, incapacidade ou limitação que se encontrem sob diagnóstico e tratamento. Estes requisitos referem-se à tomada de consciência, à procura, à concretização das medidas terapêuticas e de reabilitação dirigidas à patologia/limitação e à aceitação da necessidade de cuidados de saúde (Petronilho, 2012, p.22-23).

A pessoa com FEPF poderá apresentar alterações em qualquer um dos requisitos universais atendendo ao impacto negativo e possíveis complicações da limitação da atividade física. Dos requisitos de autocuidado de desenvolvimento importa destacar os problemas de adaptação social e a saúde frágil ou incapacidade. Estas são duas condições que poderão estar facilmente presentes uma vez que a maioria serão idosos. A incapacidade ou dificuldade na marcha e o medo de uma nova queda contribuem para o isolamento social e para o aumento da fragilidade. Também os requisitos de desvios de saúde se destacam essencialmente pela necessidade de aderir e executar as intervenções de diagnóstico, terapêuticas e de reabilitação prescritas. A consciência desta necessidade permite atuar ao nível da prevenção de complicações, maximizar o seu potencial e compensar as incapacidades.

Quando as necessidades de autocuidado superam a capacidade da pessoa para as realizar de forma continua e eficaz (devido a incapacidade ou limitação) surge um défice de autocuidado. É aqui que surgem os cuidados de enfermagem como exigência para colmatar esse défice, surgindo assim a *Teoria do Défice de Autocuidado*. Petronilho (2012, p.24), refere que Orem identificou cinco métodos para intervir junto da pessoa com défice de autocuidado: agir ou fazer pelo outro; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar um ambiente de apoio que impulsione o desenvolvimento pessoal e; ensinar.

Esta teoria conduz a prática de enfermagem de reabilitação, uma vez que os enfermeiros intervêm de forma decisiva na instrução e desenvolvimento de habilidades da pessoa que se traduzem em indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem ao nível da promoção da saúde, bem-estar e autocuidado. Nesta linha de pensamento é

importante definir o processo de ação pelo qual o enfermeiro se deve guiar e que é baseado nas cinco áreas de atividade definidos por Orem.

Particularizando à situação da pessoa com FEPF a relação terapêutica entre enfermeiro/pessoa e família ou cuidador inicia-se no pré-operatório e prolonga-se até que a pessoa já não necessite de cuidados de enfermagem. De seguida é fundamental determinar como é que a pessoa/família pode ser ajudada através dos cuidados de enfermagem. Esta atividade exige uma avaliação cuidada do potencial funcional da pessoa e das necessidades da família. O envolvimento da família/ cuidador no programa de reeducação funcional pré e pós operatório contribui não só para o sucesso da reabilitação da pessoa como diminuiu a ansiedade em torno do seu novo papel. A intervenção deve ser sustentada pelos princípios do cuidado centrado na pessoa/ família, respeitando o direito à autodeterminação e o seu projeto individual de saúde. Este dever do enfermeiro permite também mediar as expectativas e responsabilizar a pessoa e família pelo processo de reabilitação. Cabe ainda ao EEER prescrever, orientar e coordenar o programa de reabilitação de enfermagem, integrando-o na vida diária da pessoa/família.

A *Teoria dos Sistemas de Enfermagem* agrega as teorias acima descritas, caracterizando as relações que têm de existir entre o enfermeiro e a pessoa dependente para dar resposta às necessidades de autocuidado. Assim, a teórica propôs três classificações de sistemas de intervenção em enfermagem: totalmente compensatório, parcialmente compensatório, ou de apoio-educação (Taylor, 2004).

No sistema totalmente compensatório o enfermeiro substitui por completo a pessoa na realização do autocuidado. Sempre que a pessoa consegue realizar parte do autocuidado, o enfermeiro deverá assistir e colmatar as limitações da pessoa, dando assim lugar ao sistema parcialmente compensatório. Por último, o sistema de apoio-educação aplica-se quando a pessoa tem capacidade para se autocuidar, mas necessita de orientação, instrução e apoio do enfermeiro para a realização da atividade do autocuidado.

A imobilidade tem implicações significativas na fisiologia humana, contribuindo para o aparecimento de complicações, compromisso no autocuidado e restrição na participação em sociedade. Um planeamento estratégico e ajustado dos cuidados de

enfermagem centrados na pessoa e sua família vai ao encontro do foco da ER, isto é, "a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades (...) que contribui fortemente para a obtenção de ganhos em saúde" sensíveis aos indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.3).

A relação entre os cuidados de enfermagem especializados em reabilitação e o modelo teórico desenvolvido por Orem é estreita, sendo a mesma assente na promoção do autocuidado.

3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PREVENÇÃO DO DECLÍNIO FUNCIONAL

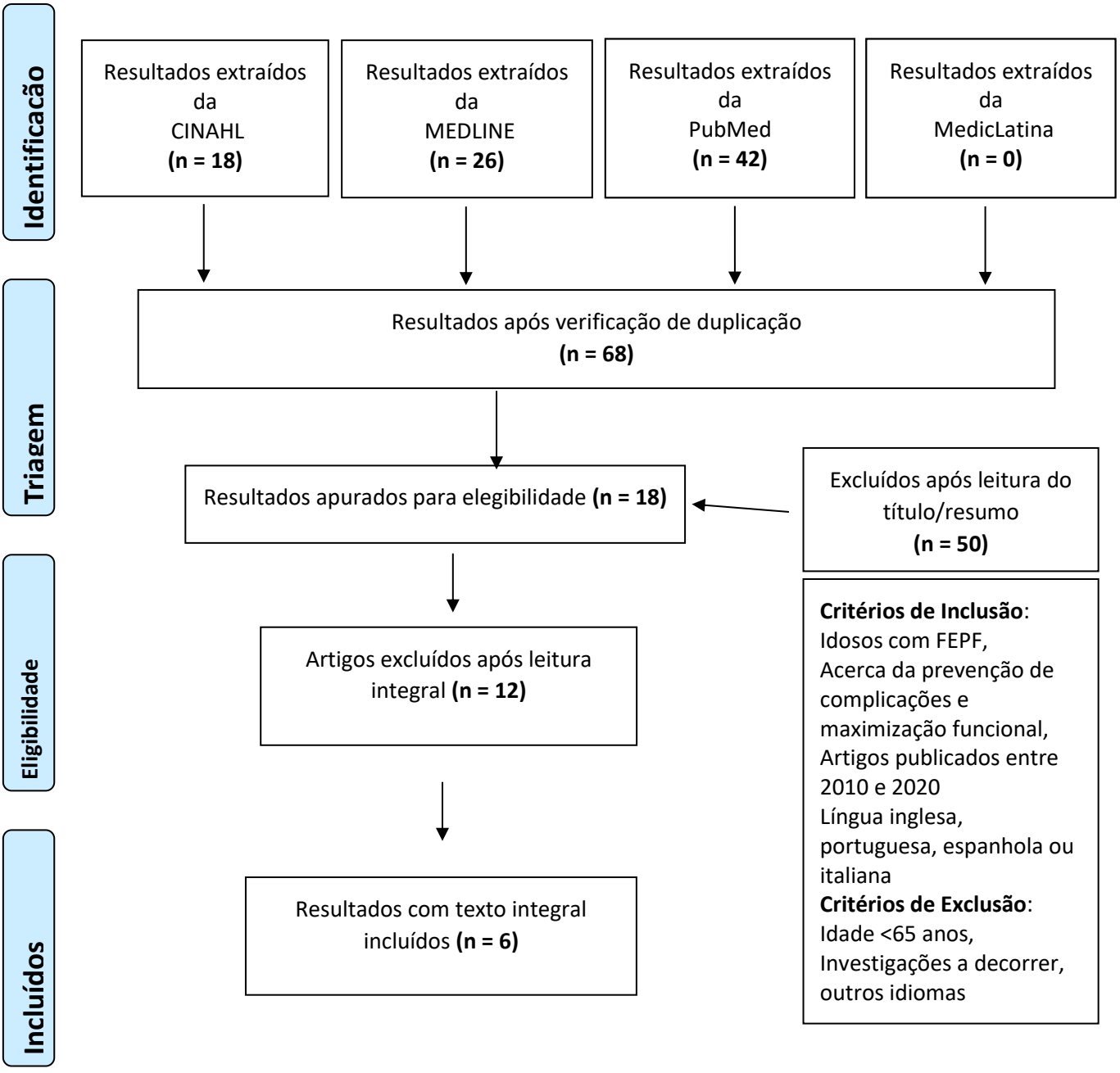
Efetuado o enquadramento teórico, importa compreender quais são as intervenções do EEER que previnem o declínio funcional da pessoa com FEPF.

Definida a questão de investigação, procedeu-se a uma primeira pesquisa nas bases de dados CINAHL e MEDLINE através da plataforma ESBCOhost. Efetuou-se a análise e identificação de palavras-chave contidas no título e no resumo dos artigos, bem como dos termos indexados correspondentes. De seguida, elaborou-se um protocolo de revisão narrativa da literatura (APÊNDICE I).

Apuradas as palavras-chave e termos indexados, realizou-se uma segunda pesquisa nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, MedicLatina e da PubMed, no mês de maio de 2021. Foram usados descritores em inglês e em associações (AND e OR), em linguagem natural e indexada (termos indexados na CINAHL e MEDLINE) pela seguinte ordem: (Hip Fracture OR Femoral Neck Fracture OR MM "Hip Fractures, Stress" OR MM "Hip Fractures+") AND (Aged OR Older Adults OR MM "Frail Elderly" OR MM "Elderly") AND (Rehabilitation OR MM "Rehabilitation Nursing" OR MM "Rehabilitation+") AND (Nurs* OR MM "Practical Nurses" OR MM "Gerontologic Nurse Practitioners"). Foram considerados apenas os artigos que cumpriam os seguintes critérios: *full-text*; publicados em língua inglesa, portuguesa, italiana e espanhola e delimitada aos últimos dez anos (2010-2020), de forma a privilegiar estudos mais recentes. Foram incluídos apenas estudos cujos participantes tivessem idade superior a 65 anos com FEPF. Quanto às intervenções de enfermagem, contemplaram-se todas as que, após estabilização da fratura (pré e pós-cirurgia) sugerissem prevenção de complicações e promoção da maximização do potencial funcional da pessoa.

O método de pesquisa permitiu extrair 86 artigos. Aplicou-se um Fluxograma PRISMA, sendo a amostra final de 6 artigos. Os estudos apurados foram alvo de análise e síntese dos resultados, apresentados na "Tabela de Apresentação de Resultados" no APÊNDICE I.

Fluxograma PRISMA



PRISMA 2009 Flow Diagram

Recorreu-se ainda à pesquisa e análise de relatórios institucionais, artigos de pesquisa livre e manuais de especialidade sobre a temática, incluídos como literatura cinzenta, que constam igualmente na "Tabela de Apresentação de Resultados".

Descreve-se de seguida a evidência de boas práticas de cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção do declínio funcional da pessoa com FEPF, apurada na análise dos artigos.

Uma intervenção de reabilitação multidisciplinar é referida como tendencialmente mais eficaz para obter melhores resultados (Bellatti et al., 2014; Crotty et al., 2011; Meehan et al., 2019).

O EEER tem uma intervenção indispensável na equipa multidisciplinar no período pré e pós-operatório (no internamento e após alta hospitalar). O enfermeiro pode implementar intervenções do foro psico-emocional, intervir na prevenção de complicações derivadas da imobilidade após fratura e elaborar e implementar programas de reabilitação física, procurando maximizar o nível de independência, melhorar a capacidade funcional da pessoa e prevenir o declínio funcional (Bellatti et al., 2014; Bento et al., 2011; Crotty et al., 2011; Ko et al., 2019; Meehan et al., 2019; Silveira et al., 2003; Sousa & Carvalho, 2017).

Meehan et al., (2019) refere a avaliação completa da pessoa e família como fundamental para identificar fatores que podem comprometer o resultado funcional da pessoa. Conhecer as crenças e valores da pessoa é importante para um cuidado individualizado e uma intervenção ao nível dos fatores que condicionam o processo de reabilitação (medo de cair, expectativas, crenças sobre os benefícios dos exercícios de reabilitação, dor, fadiga, falta de motivação) e que contribuem para o declínio funcional (Ko et al., 2019; Meehan et al., 2019).

A avaliação funcional com recurso a escalas e instrumentos de medida permite determinar com precisão as dificuldades no autocuidado e o potencial de reabilitação. Possibilita ainda um planeamento ajustado das intervenções de enfermagem em função da força muscular, amplitude articular e identificação de problemas reais e potenciais, contribuindo para um regresso a casa mais confiante (C. L. Baixinho, 2011; Ko et al., 2019; Silveira et al., 2003; Luís Sousa & Carvalho, 2017).

A forma mais eficaz de prevenir complicações associadas à imobilidade é a mobilização e o levante precoce (Silveira et al., 2003). Assim, os programas de reeducação funcional no pré operatório devem promover: exercícios de mobilização ativa e ativa-resistida dos membros não lesados para fortalecimento muscular; contrações isométricas do membro lesado; reeducação funcional respiratória (RFR) (Silveira et al., 2003; Luís Sousa & Carvalho, 2017). No pós-operatório devem, para além do já descrito no pré-operatório, promover: mobilizações que progridem de passivas para ativas-assistidas e resistidas do membro operado consoante tolerância da pessoa. Os exercícios mencionados são: flexão/extensão da articulação coxofemoral (não ultrapassando os 90º de flexão no caso de ATA) com extensão/flexão do joelho, abdução/adução da articulação coxofemoral (até à linha média no caso da ATA), dorsiflexão/flexão plantar da articulação tibiotársica (Bento et al., 2011; Silveira et al., 2003; Luís Sousa & Carvalho, 2017); levante e deambulação nas 24h-48h após cirurgia (Bento et al., 2011; Meehan et al., 2019; Silveira et al., 2003); ensino e treino de equilíbrio, propriocepção, transferências e de marcha com produtos de apoio, com ou sem carga total considerando as características da pessoa, a cirurgia efetuada e a estabilidade adquirida (Carneiro et al., 2013; Ko et al., 2019; Silveira et al., 2003; Sousa & Carvalho, 2017). Baixinho (2011), refere ainda que o treino de marcha precoce está associado a melhor prognóstico ao fim de um mês de pós-operatório.

São ainda referidos outros limites de movimento preventivos de luxação da prótese no caso de ATA. Se a via de abordagem cirúrgica for anterior não efetuar rotação externa nem hiperextensão da anca. Se posterior, não efetuar rotação interna (Silveira et al., 2003; Luís Sousa & Carvalho, 2017).

Não existe evidência suficiente para determinar a frequência ideal de mobilização. No entanto, o consenso entre autores (Meehan et al., 2019; Silveira et al., 2003) indica pelo menos a mobilização uma vez por dia (1x/dia) para benefícios na mobilidade, equilíbrio, independência e redução da necessidade de cuidados institucionais ou sociais.

A evidência sugere melhoria da mobilidade, da realização de AVD e de tarefas de desempenho, equilíbrio e força dos MI após implementação de um programa de exercício de resistência progressiva nos MI (Lee et al., 2017).

Os programas de reabilitação funcional devem ainda incluir treino de AVD, promovendo a autonomia da população idosa e de espaços/tempos que permitam a

educação/formação e treino para o autocuidado (C. L. Baixinho, 2011; Carneiro et al., 2013; Ko et al., 2019). As intervenções de reabilitação física visam recuperar a mobilidade, deambulação e, consequentemente, a independência nas AVD e no autocuidado. Procuram ainda garantir uma qualidade de vida o mais semelhante à anterior à fratura (Bellatti et al., 2014).

Reabilitar ou readaptar a pessoa idosa implica ajudar a desenvolver o máximo do seu potencial, a nível físico, psicológico e sociofamiliar, em função dos défices anátomo-fisiológicos e limitações ambientais existentes. Para tal, a intervenção não pode ser dirigida apenas à pessoa com FEPF, mas também aos familiares ou cuidadores e a nível do meio ambiente (Al-Maqbali, 2014; Çelik & Bilik, 2020; Meehan et al., 2019; Silveira et al., 2003).

O planeamento de alta hospitalar deverá ser iniciado 48h após a admissão (Al-Maqbali, 2014; Crotty et al., 2011). Este deverá incluir informações detalhadas que contribuam positivamente para o processo de adaptação, facilitar o processo de cuidado e de reabilitação da pessoa que sofreu FEPF e diminuir as preocupações dos familiares/cuidadores (Çelik & Bilik, 2020). É importante certificar-se de que o familiar compreendeu o programa de exercícios, nomeadamente os limites de mobilização e de carga impostos, de forma a poder auxiliar a pessoa na realização de AVD sem receio e em segurança. Os ensinos efetuados devem ser suportados com a entrega de suporte escrito à pessoa e família/cuidador com as orientações necessárias à continuidade do processo de reabilitação (Al-Maqbali, 2014; Ko et al., 2019; Silveira et al., 2003; Luís Sousa & Carvalho, 2017). Preconiza-se a realização de visita domiciliária antes da alta hospitalar, para sinalização de barreiras arquitetónicas/ riscos ambientais e sugestão de estratégias para gestão das mesmas (Luís Sousa & Carvalho, 2017).

Após a transição para a comunidade, Al-Maqbali (2014), refere como benéfico o acompanhamento após a alta hospitalar através de visitas domiciliárias por 3 meses (frequência semanal ajustada às necessidades individuais).

Meehan et al. (2019) indica a fragilidade enquanto condição da pessoa com FEPF e família que é dinâmica e que pode ser sensível à intervenção do enfermeiro. A identificação e intervenção sobre a mesma é fundamental para prevenir novas quedas e o declínio funcional. Deste modo, o programa de reabilitação deverá incluir: treino

aeróbico e de força muscular dos membros, equilíbrio estático e dinâmico, transferências e subida e descida de escadas (Meehan et al., 2019; Silveira et al., 2003; Luís Sousa & Carvalho, 2017).

4. DESCRIÇÃO DOS OBJETIVOS A ATINGIR

Este capítulo apresenta os objetivos gerais e específicos delineados para este projeto de formação, que permitem desenvolver as competências comuns e específicas do EEER. Foram redigidos tendo por base o Regulamento de Competências Específicas do EEER (Regulamento nº392/2019), o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro especialista (Regulamento nº140/2019) e os descritores de Dublin (Decreto-Lei nº 63/2016).

Para cada competência foram definidos objetivos específicos e planeadas atividades a desenvolver para operacionalização dos mesmos, que são apresentadas nas tabelas abaixo. O cronograma de atividades encontra-se no APÊNDICE II.

Objetivos Gerais:

1- Desenvolver competências de intervenção do EEER no cuidado à pessoa com FEPF, que previnam o declínio funcional.
2- Desenvolver competências específicas do EEER no cuidado à pessoa com alteração sensoriomotora, cardiorrespiratória, cognitiva, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.
3- Desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista nos domínios da: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Objetivos Específicos:

1. Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade da pessoa com FEPF ou com outras alterações sensoriomotoras, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;
2. Implementar planos de cuidados de ER centrados na pessoa/família (segundo a metodologia do processo de enfermagem), com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade da

pessoa com FEPF ou com outras alterações sensoriomotoras, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, que sejam facilitadores de transições saudáveis;

3. Promover um adequado planeamento e preparação para a Alta hospitalar (transição segura para a comunidade) da pessoa após FEPF;
4. Elaborar e implementar programas de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade, maximização da autonomia e promoção da qualidade de vida da pessoa com FEPF ou com outras alterações sensoriomotoras, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;
5. Promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social da pessoa com necessidades especiais;
6. Elaborar e implementar programas de treino motor, cardíaco e respiratório à pessoa com limitação funcional ou de desempenho, nomeadamente após FEPF;
7. Avaliar e reformular programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados obtidos e dos objetivos da pessoa;
8. Demonstrar capacidade de tomada de decisão na prática de ER, respeitando normas legais, princípios éticos e deontológicos;
9. Promover práticas de cuidados seguras, que garantam os direitos, dignidade e privacidade da pessoa;
10. Participar em projetos de melhoria continua, na área de ER, instituídos nas organizações dos contextos de ensino clínico;
11. Promover ambientes terapêuticos seguros;
12. Desenvolver competências de liderança e de trabalho em equipa, de forma a rentabilizar os recursos existentes perante as necessidades de cuidados especializados em reabilitação;
13. Demonstrar autoconhecimento e assertividade;
14. Demonstrar conhecimentos para a prática especializada.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (J1, J2, J3)

J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados		
Objetivos Específicos	**Atividades**	**Indicadores de Avaliação**
1- Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade da pessoa com FEPF ou com outras alterações sensoriomotoras, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade	a)-Realização de colheita de dados apropriada à pessoa e família/cuidador, identificando as necessidades; b)-Revisão da literatura acerca de instrumentos de avaliação funcional; c)-Avaliação da marcha e do risco de queda da pessoa após FEPF através do TUGT, ou outro instrumento adotado no contexto de ensino clínico; d)-Avaliação da capacidade funcional da pessoa após FEPF, através da utilização de escalas e instrumentos de medida (ex: Índice de Barthel ou MIF, goniómetro, MRC – força muscular dos MS e MI); e)-Avaliação da capacidade funcional sensoriomotora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, através da utilização de escalas e instrumentos de medida adequados à pessoa e ao contexto;	a)- Realiza colheita de dados; b)-Demonstra conhecimentos acerca de instrumentos de avaliação funcional; c)-Avalia a marcha e o risco de queda da pessoa após FEPF; d)-Avalia a capacidade funcional da pessoa após FEPF; e)-Avalia a capacidade funcional da pessoa com alterações sensoriomotoras, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; f)- Identifica fatores inibidores e facilitadores para a independência

	f)-Identificação de fatores inibidores e facilitadores para a independência no autocuidado no contexto de vida da pessoa (recursos individuais, familiares e da comunidade); g)-Identificação das necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função afetada e a realização do autocuidado; h)- Determinação de diagnósticos de enfermagem de acordo com as alterações da funcionalidade identificadas.	no autocuidado no contexto de vida da pessoa; g)- Identifica as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função afetada e a realização do autocuidado; h)- Determina diagnósticos de enfermagem de acordo com as alterações da funcionalidade identificadas.
2 – Implementar planos de cuidados de ER centrados na pessoa/família (segundo a metodologia do processo de enfermagem), com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade da pessoa com FEPF ou com outras alterações sensoriomotoras, cognitiva,	a)-Planeamento e implementação de programas de reeducação funcional à pessoa/família com necessidades especiais, de acordo com problemas reais ou potenciais diagnosticados, que objetivam prevenir complicações e perda de funcionalidade; b)-Monitorização dos resultados obtidos, identificando ganhos em saúde a nível da capacitação, autonomia e qualidade de vida; c)-Ensino, demonstração e treino de técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e	a)-Planeia e implementa programas de reeducação funcional à pessoa/família com necessidades especiais, de acordo com problemas reais ou potenciais; b)-Monitoriza os resultados obtidos, identificando ganhos em saúde a nível da capacitação, autonomia e qualidade de vida; c)-Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas

cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, que sejam facilitadores de transições saudáveis.	da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade); d)- Avaliação e reformulação dos objetivos do plano de cuidados de reabilitação; e)-Elaboração de registos que garantam a continuidade dos cuidados e que deem visibilidade à intervenção do EEER.	de promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos; d)-Reformula objetivos do plano de cuidados de reabilitação consoante a avaliação de resultados obtidos; e)-Elabora registos que garantam a continuidade dos cuidados e que deem visibilidade à intervenção do EEER.
3- Promover um adequado planeamento e preparação para a Alta hospitalar (transição segura para a comunidade) da pessoa após FEPF	a)-Educação e treino para o autocuidado, envolvendo a família, o mais precocemente possível, complementando com a entrega de informação escrita ou outro meio de suporte ao ensino; b)-Referenciação da pessoa/família para a UCC do C.S, de forma a dar continuidade ao programa de reabilitação iniciado no contexto hospitalar.	a)-Elabora folheto ou entrega informação escrita; b)-Referencia a pessoa/família para a UCC do C.S, de forma a dar continuidade ao programa de reabilitação iniciado no contexto hospitalar.

Recursos:
Humanos: Docente orientador; Enfermeiro orientador; equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar; pessoa alvo de cuidados, família/cuidador; Físicos: Locais de ensino clínico; Materiais: Protocolos e normas institucionais; bases dados para consulta de evidência científica; manuais da especialidade em ER; Instrumentos de avaliação e colheita de Dados; Regulamento das competências específicas do EEER; trabalho de projeto realizado.

J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania		
Objetivos Específicos	**Atividades**	**Indicadores de Avaliação**
4- Elaborar e implementar programas de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade, maximização da autonomia e promoção da qualidade de vida da pessoa com FEPF ou com outras alterações sensoriomotoras, cognitiva, cardiorrespiratória,	a)- Ensino e treino de técnicas de reeducação funcional motora e respiratória pré e pós- operatórios à pessoa com FEPF (nomeadamente treino de transferências e marcha com auxiliares de marcha), envolvendo a pessoa e o familiar/cuidador; b)-Elaboração de programas individualizados de treino de AVD/autocuidado adequado à limitação da atividade da pessoa e ao seu contexto sociofamiliar, procurando o envolvimento da família/cuidador;	a)- Ensina e treina técnicas de reeducação funcional motora e respiratória pré e pós- operatórios à pessoa com FEPF; b)-Elabora programas individualizados de treino de AVD/autocuidado adequado à limitação da atividade da pessoa e ao seu contexto sociofamiliar;

da alimentação, da eliminação e da sexualidade	c)-Ensino e treino de técnicas específicas de autocuidado à pessoa com FEPF e/ou cuidador ou com outros défices no autocuidado; d)-Aconselhamento, ensino e supervisão da utilização de produtos de apoio (dispositivos de compensação ou ajudas técnicas), que facilitem o autocuidado; e)-Avaliação e reformulação do programa de treino de AVD em função dos resultados obtidos e dos objetivos da pessoa;	c)-Ensina e treina técnicas específicas de autocuidado à pessoa com FEPF e/ou cuidador ou com outros défices no autocuidado; d)-Aconselha, ensina e supervisiona a utilização de produtos de apoio (dispositivos de compensação ou ajudas técnicas), que facilitem o autocuidado; e)-Avalia e reformula o programa de treino de AVD.
5- Promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social da pessoa com necessidades especiais	a)-Identificação de fatores de risco ambientais/barreiras arquitetónicas potenciadores do risco de queda; b)-Orientação para a promoção de ambientes seguros, junto da pessoa e família, com vista à eliminação de fatores de risco ambientais identificados como promotores de eventos adversos (piso molhado, tapetes soltos, espaços mal iluminados, excesso de mobiliário que condicione a mobilidade, degraus) ou readaptação às barreiras arquitetónicas face à condição de vida da pessoa.	a)-Identifica fatores de risco ambientais/barreiras arquitetónicas; b)-Sensibiliza e orienta a pessoa e família na gestão dos riscos ambientais; c)-Demonstra conhecimentos sobre a legislação promotora da acessibilidade.

Recursos:
Humanos: Docente orientador; Enfermeiro orientador; equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar; pessoa alvo de cuidados, família/cuidador; Físicos: Locais de ensino clínico; Materiais: Protocolos e normas institucionais; bases dados para consulta de evidência científica; manuais da especialidade em ER; Instrumentos de avaliação e colheita de Dados; Regulamento das competências específicas do EEER; trabalho de projeto realizado.

J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa		
Objetivos Específicos	**Atividades**	**Indicadores de Avaliação**
6- Elaborar e implementar programas de treino motor, cardíaco e respiratório à pessoa com limitação funcional ou de desempenho, nomeadamente após FEPF.	a)- Revisão da literatura acerca de programas de treino motor e cardiorrespiratório; b)- Ensino e treino sobre técnicas e exercício físico a realizar com vista à maximização do desempenho motor, atendendo aos objetivos individuais da pessoa e ao seu projeto de saúde após FEPF; c)- Ensino e treino sobre técnicas e exercício físico a realizar com vista à maximização do desempenho motor e cardiorrespiratório à pessoa com limitação funcional ou de desempenho, atendendo aos objetivos individuais da pessoa;	a)-Demonstra conhecimentos acerca de programas de treino motor e cardiorrespiratório; b)-Concebe sessões de treino com vista à promoção da saúde, prevenção de lesões e quedas, à capacitação, reabilitação e autogestão.

7- Avaliar e reformular programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados obtidos e dos objetivos da pessoa.	a)- Monitorização da implementação e dos resultados obtidos em função dos objetivos da pessoa com FEPF ou com limitação funcional ou de desempenho; b)- Reformulação das estratégias a partir dos resultados obtidos, procurando a capacitação da pessoa.	a)- Monitoriza a implementação e resultados obtidos em função dos objetivos da pessoa com FEPF ou com limitação funcional ou de desempenho; b)- Reformula estratégias a partir dos resultados obtidos, procurando a capacitação da pessoa.
Recursos: Humanos: Docente orientador; Enfermeiro orientador; equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar; pessoa alvo de cuidados, família/cuidador; Físicos: Locais de ensino clínico; Materiais: Protocolos e normas institucionais; bases dados para consulta de evidência científica; manuais da especialidade em ER; Instrumentos de avaliação e colheita de Dados; Regulamento das competências específicas do EEER; trabalho de projeto realizado.		

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A- Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal		
Competência A1: Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional		
Objetivos Específicos	**Atividades**	**Indicadores de Avaliação**
8- Demonstrar capacidade de tomada de decisão na prática de ER, respeitando normas legais, princípios éticos e deontológicos	a)- Integração na equipa multidisciplinar dos contextos de ensino clínico, participando na tomada de decisão; b)-Identificação de recursos materiais, físicos e humanos nos contextos de ensino clínico que possam ser mobilizados se necessário para a prestação de cuidados de ER, através de colheita de dados e entrevistas informais; c)- Observação, identificação e análise da intervenção do EEER na equipa multidisciplinar nos contextos de ensino clínico;	a)- Integra a equipa multidisciplinar dos contextos de ensino clínico, participando na tomada de decisão; b)-Identifica recursos materiais, físicos e humanos nos contextos de ensino clínico que possam ser mobilizados se necessário para a prestação de cuidados de ER, através de colheita de dados e entrevistas informais; c)- Identifica e analisa a intervenção do EEER na equipa multidisciplinar nos contextos de ensino clínico;

Competência A2: Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.		
Objetivos Específicos	**Atividades**	**Indicadores de Avaliação**
9- Promover práticas de cuidados seguras, que garantam os direitos, dignidade e privacidade da pessoa	a)-Elaboração, implementação e monitorização de planos de cuidados de ER em parceria com a pessoa e família/cuidador informal, garantindo o direito à informação e à autodeterminação, respeitando ainda a privacidade e os seus costumes, valores e crenças pessoais e religiosas; b)-Prestação de cuidados de ER de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem.	a)-Elabora, implementa e monitoriza planos de cuidados de ER em parceria com a pessoa e família/cuidador informal, garantindo o direito à informação e à autodeterminação, respeitando ainda a privacidade e os seus costumes, valores e crenças pessoais e religiosas; b)-Presta cuidados de ER de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem.
Recursos: Humanos: Docente orientador; Enfermeiro orientador; equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar; pessoa alvo de cuidados, família/cuidador; Físicos: Locais de ensino clínico;		

Materiais: Protocolos e normas institucionais; bases dados para consulta de evidência científica; manuais de referência; Instrumentos de avaliação e colheita de Dados; Regulamento das competências comuns do EEER; Regulamento das competências específicas do EEER; trabalho de projeto realizado.

B – Domínio da melhoria da qualidade		
B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica **B2 - Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.**		
Objetivos Específicos	**Atividades**	**Indicadores de Avaliação**
10- Participar em projetos de melhoria continua, na área de ER, instituídos nas organizações dos contextos de ensino clínico	a)-Consultar normas, protocolos, manuais, instrumentos de avaliação e de registo implementados nos contextos de ensino clínico; b)-Identificação de projetos e protocolos já existentes no âmbito da melhoria da qualidade, nomeadamente, nos cuidados especializados em reabilitação; c)-Participação nos projetos de melhoria continua da qualidade já em funcionamento.	a)-Consulta normas, protocolos, manuais, instrumentos de avaliação e de registo implementados nos contextos de ensino clínico; b)-Identifica projetos e protocolos já existentes no âmbito da melhoria da qualidade, nomeadamente, nos cuidados especializados em reabilitação;

		c)-Participa nos projetos de melhoria continua da qualidade já em funcionamento;
Competência B3 – Garante um ambiente terapêutico seguro		
Objetivos Específicos	**Atividades**	**Indicadores de Avaliação**
11- Promover ambientes terapêuticos seguros	a)-Identificação de necessidades relativas à promoção de um ambiente terapêutico seguro nos contextos de ensino clínico; b)-Aplicação dos princípios de ergonomia e utilização de recursos tecnológicos disponíveis para evitar danos à pessoa e aos profissionais; c)-Colaboração na definição de recursos adequados para uma prestação de cuidados seguros; d)-Análise das medidas implementadas para a prevenção de acidentes e gestão do risco, no contexto de ensino clínico.	a)-Identifica necessidades relativas à promoção de um ambiente terapêutico seguro nos contextos de ensino clínico; b)-Aplica princípios de ergonomia e utilização de recursos tecnológicos disponíveis para evitar danos à pessoa e aos profissionais; c)-Colabora na definição de recursos adequados para uma prestação de cuidados seguros; d)-Analisa medidas implementadas para a prevenção de acidentes e gestão do risco, no contexto de ensino clínico.

Recursos:
Humanos: Docente orientador; Enfermeiro orientador; equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar; pessoa alvo de cuidados, família/cuidador; Físicos: Locais de ensino clínico; Materiais: Protocolos e normas institucionais; bases dados para consulta de evidência científica; manuais de referência; Instrumentos de avaliação e colheita de Dados; Regulamento das competências comuns do EEER; Regulamento das competências específicas do EEER; trabalho de projeto realizado.

C – Domínio da gestão de cuidados		
C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde		
C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.		
Objetivos Específicos	**Atividades**	**Indicadores de Avaliação**
12- Desenvolver competências de liderança e de trabalho em equipa, de forma a rentabilizar os recursos existentes perante as necessidades de cuidados especializados em reabilitação	a)-Aprofundamento de conhecimentos de estilos de liderança que permitam a otimização de recursos, promovendo a qualidade dos cuidados; b)-Participação em reuniões de equipa multidisciplinar, colaborando na tomada de decisão relativa aos cuidados à pessoa/família c)-Identificação de recursos disponíveis na comunidade (ex: associações, instituições de solidariedade social) na área	a)-Aprofunda conhecimentos de estilos de liderança que permitam a otimização de recursos, promovendo a qualidade dos cuidados; b)-Participa em reuniões de equipa multidisciplinar, colaborando na

	geográfica em que a pessoa reside, questionando informalmente as equipas multidisciplinares dos contextos de ensino clínico; d)-Identificação e referenciação de situações em que a pessoa necessita da intervenção de outros profissionais da equipa inter e multidisciplinar; e)-Elaboração de notas de alta/transferência de cuidados de enfermagem especializados em reabilitação, garantindo a continuidade de cuidados; f)-Supervisão e monitorização da capacidade de execução das tarefas delegadas a cuidadores informais/familiares ou a outros profissionais de saúde (após ensino e treino).	tomada de decisão relativa aos cuidados à pessoa/família; c)-Identifica recursos disponíveis na comunidade; d)-Identifica e referencia situações em que a pessoa necessita da intervenção de outros profissionais da equipa inter e multidisciplinar; e)-Elabora notas de alta/transferência de cuidados de enfermagem especializados em reabilitação; f)-Supervisiona e monitoriza a capacidade de execução das tarefas delegadas a cuidadores informais/familiares ou a outros profissionais de saúde.
Recursos: Humanos: Docente orientador; Enfermeiro orientador; equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar; pessoa alvo de cuidados, família/cuidador;		

Físicos: Locais de ensino clínico; Materiais: Protocolos e normas institucionais; bases dados para consulta de evidência científica; manuais de referência; Instrumentos de avaliação e colheita de Dados; Regulamento das competências comuns do EEER; Regulamento das competências específicas do EEER; trabalho de projeto realizado.

D – Domínio das aprendizagens profissionais		
D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade		
Objetivos Específicos	**Atividades**	**Indicadores de Avaliação**
13- Demonstrar autoconhecimento e assertividade	a)-Reconhecimento dos seus limites pessoais e profissionais, na construção da relação terapêutica com a pessoa/família; b)- Realização de momentos de avaliação formativa com o enfermeiro orientador e o docente orientador; c)- Realização de reflexão crítica, em cada contexto de ensino clínico que identifique os fatores facilitadores/inibidores que afetam o desempenho na intervenção com a pessoa/família e/ou a relação com a equipa multidisciplinar;	a)-Reconhece os seus limites pessoais e profissionais, na construção da relação terapêutica com a pessoa/família; b)- Realiza momentos de avaliação formativa com o enfermeiro orientador e o docente orientador; c)- Realiza reflexão crítica, em cada contexto de ensino clínico que identifique os fatores facilitadores/inibidores que afetam o desempenho na intervenção com

		a pessoa/família e/ou a relação com a equipa multidisciplinar.
D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica		
Objetivos Específicos	Atividades	Indicadores de Avaliação
14- Demonstrar conhecimentos para a prática especializada	a)-Identificação de necessidades formativas; b)- Revisão bibliográfica e aprofundamento de conteúdos essenciais à prestação de cuidados especializados na área de ER, nos diferentes contextos clínicos; c)- Realização de um estudo de caso em cada contexto de ensino clínico; d)-Elaboração de um diário das atividades desenvolvidas diariamente em estágio; e)-Elaboração do relatório final de estágio.	a)-Identifica necessidades formativas; b)- Demonstra conhecimentos essenciais à prestação de cuidados especializados na área de ER, nos diferentes contextos clínicos; c)- Apresenta um estudo de caso em cada contexto de ensino clínico; d)-Elabora um diário das atividades desenvolvidas diariamente em estágio; e)-Elabora o relatório final de estágio.

Recursos:

Humanos: Docente orientador; Enfermeiro orientador; equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar; pessoa alvo de cuidados, família/cuidador;

Físicos: Locais de ensino clínico;

Materiais: Protocolos e normas institucionais; bases dados para consulta de evidência científica; manuais de referência; Instrumentos de avaliação e colheita de Dados; Regulamento das competências comuns do EEER; Regulamento das competências específicas do EEER; trabalho de projeto realizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Associação de Enfermeiros Portugueses de Ortopedia e Traumatologia (AEPOT, 2008) refere como focos da intervenção do enfermeiro nesta área a prevenção, promoção e restabelecimento da saúde da pessoa com base nas alterações músculo-esqueléticas reais e potenciais. Esta responsabilidade é tão mais importante por ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) serem reconhecidas competências acrescidas e específicas que lhe permitem, de forma diferenciada e individualizada, conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação (ER). Estas competências promovem "intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença quer por acidente), nomeadamente, ao nível das funções (...) ortopédica e outras deficiências e incapacidades" (Regulamento nº392/2019, p.13565).

A imobilidade após FEPF tem implicações significativas na fisiologia humana, contribuindo para o aparecimento de complicações, compromisso no autocuidado e restrição na participação em sociedade. Um planeamento estratégico e ajustado dos cuidados de enfermagem centrados na pessoa e sua família vai ao encontro do foco da ER, isto é, "a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades (...) que contribui fortemente para a obtenção de ganhos em saúde" (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.3).

O estabelecimento de uma parceria terapêutica com a pessoa e a família/cuidador permitem desde logo um planeamento sistematizado de cuidados adequados e ajustados, constituindo um incentivo ao compromisso com o processo de reabilitação, maximizando os ganhos em saúde (Meehan et al., 2019; Silveira et al., 2003). O EEER desempenha ainda um papel importante na satisfação das necessidades educacionais dos familiares cuidadores da pessoa com FEPF, contribuindo para a diminuição da

ansiedade gerada por um papel de responsabilidade diferente após alta (Çelik & Bilik, 2020).

A intervenção do EEER junto da pessoa que sofreu uma FEPF contribui assim para um processo de recuperação continuado, prevenindo o declínio funcional e incitando o retorno ao nível funcional e independência pré FEPF (Bellatti et al., 2014; Silveira et al., 2003; Luís Sousa & Carvalho, 2017). Estes resultados são sensíveis aos indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem ao nível da prevenção de complicações, do bem-estar e autocuidado, da readaptação e reeducação funcional, da inclusão social, conduzindo à melhoria da qualidade de vida e da satisfação da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AEPOT. (2008). *Perfil de Competências do Enfermeiro na área de Ortopedia e Traumatologia*. 7. http://www.aepot.pt/AEPOT/Perfil-de-Competencias-do-Enfermeiro-na-area-de-Ortopedia-e-Traumatologia

Al-Maqbali, M. A. (2014). Nursing intervention in discharge planning for elderly patients with hip fractures. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, *18*(2), 68–80. https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2013.07.002

Baixinho, C. L. (2011). Funcionalidade após fratura do colo do fêmur TT - Outcome after femoral neck fracture TT - Funcionalidad después de la fractura del cuello del fêmur. *Rev. Baiana Enferm*, *25*(3), 311–319. http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5480/4908

Bellatti, E., Luca, G. R., & Lusignani, M. (2014). Il percorso di riabilitazione dell'utente anziano con frattura del femore e il ruolo dell'infermiere: una revisione della letteratura. *L'Infermiere n.2*. https://www.infermiereonline.org/2014/05/30/il-percorso-di-riabilitazione-dellutente-anziano-con-frattura-del-femore-e-il-ruolo-dellinfermiere-una-revisione-della-letteratura/

Bento, N. T., Vidmar, M. F., Marinho, M., & Wibelinger, M. (2011). *SAÚDE INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS NO PÓS-OPERATÓRIO FRACTURES IN THE ELDERLY*.

Carneiro, M. B., Alves, D. P. L., & Mercadante, M. T. (2013). Fisioterapia no pós-operatório de fratura proximal do fêmur em idosos: Revisão da literatura. *Acta Ortopédica Brasileira*, *21*(3), 175–178. https://doi.org/10.1590/s1413-78522013000300010

Çelik, B., & Bilik, Ö. (2020). The Discharge Needs of Family Caregivers of the Patients Following Hip Fracture Surgery. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, *12*(2), 173–181. https://doi.org/10.5336/nurses.2019-70706

Costa, JA. Ribeiro, A., Bogas, M., Costa, L., et al. (2009). *Artibd dribinal*. 3–4.

Crotty M, Unroe K, Cameron ID, Miller M, Ramirez G, C. L. (2011). Rehabilitation interventions for improving physical and psychosocial functioning after hip fracture in older people. *International Journal of Older People Nursing*, *6*(1), 71–74. https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2011.00268.x

Direção Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*.

Direção Geral de Saúde. (2013). Circular Normativa 014/2013 - Artroplastia Total da Anca. *Direção Geral de Saúde*, 1–10.

Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Costa, S. M. G., Silva, A. O., & Moreira, M. A. S. P. (2012). Envelhecimento Ativo e Sua Relação Com a Independência Funcional. *Texto e Contexto Enfermagem*, *21*(3), 513–518. https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004

Gomes, L. (2016). *Fraturas Trocantéricas*. *November*.

Gray, P. A., Pratt, E., (2013). Total Hip Arthroplasty. In Maxey, L. (2013). REHABILITATION for the Postsurgical Orthopedic Patient, third edition. (pp.362-375). St. Louis, Missouri: ELSEVIER

INE, I. (2020). *Anuário Estatístico de Portugal 2019* (Vol. 2019).

Ko, Y. J., Lee, J. H., Oh, E. G., Choi, M. N., Kim, C. O., Sung, K. W., & Baek, S. H. (2019). Older Adults with Hip Arthroplasty: An Individualized Transitional Care Program. *Rehabilitation Nursing*, *44*(4), 203–212. https://doi.org/10.1097/rnj.0000000000000120

Lachman, M. E., Howland, J., Tennstedt, S., Jette, A., Assmann, S., & Peterson, E. W. (1998). Fear of falling and activity restriction: The Survey of Activities and Fear of Falling in the Elderly (SAFE). *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, *53*(1), 43–50. https://doi.org/10.1093/geronb/53B.1.P43

Laires, P. A., Perelman, J., Consciência, J. G., Monteiro, J., & Branco, J. C. (2015). Actualização sobre o impacto epidemiológico e socioeconómico das fracturas da extremidade proximal do fémur. *Acta Reumatologica Portuguesa*, *2015*(3), 223–230.

Lee, S. Y., Yoon, B. H., Beom, J., Ha, Y. C., & Lim, J. Y. (2017). Effect of Lower-Limb Progressive Resistance Exercise After Hip Fracture Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies. *Journal of the American Medical Directors Association*, *18*(12), 1096.e19-1096.e26. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.08.021

MCEER. (2015). *Áreas Investigação Prioritárias Para a Especialidade De Enfermagem De Reabilitação*. *ÁREAS INVESTIGAÇÃO PRIORITÁRIAS PARA A ESPECIALIDADE DE*

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO, 8. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

Meehan, A. J., Maher, A. B., Brent, L., Copanitsanou, P., Cross, J., Kimber, C., MacDonald, V., Marques, A., Peng, L. L., Queirós, C., Roigk, P., Sheehan, K. J., Skúladóttir, S. S., & Hommel, A. (2019). The International Collaboration of Orthopaedic Nursing (ICON): Best practice nursing care standards for older adults with fragility hip fracture. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, *32*, 3–26. https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2018.11.001

Melo, C. A. de. (2012). *Artigo Original Artigo Original*. *34*(12), 128–139.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de Reabilitação*.https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da Républica, 2ª Série - n.º 85 - 3 de Maio de 2019*, 13565–13568. https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized

Paula, A., Paulo, P., Ortopedia, S. De, & Saúde, L. De. (2013). *Enfermagem De Reabilitação E Ganhos Em Saúde : a Evidência Pelos Registos ?* 68.

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

PORDATA. (2020). *Página 1 de 5*. 1–5.

Rocha, M. A., AZER, H. W., & NASCIMENTO, V. D. G. (2009). *Evolução Funcional Nas Fraturas Da Extremidade Proximal Do Fêmur Functional Evolution of Proximal Femoral End Fractures*. *17*(1), 17–21.

Rodrigues, E., & Cunha, M. (2015). Realidade da Enfermagem de Reabilitação do Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar do Tãmega e Sousa. *Realidade Da Enfermagem*

de Reabilitação Do Serviço de Ortopedia Do Centro Hospitalar Do Tâmega e Sousa, *38*(2014), 2014.

Rosell, P. A. E., & Parker, M. J. (2003). Functional outcome after hip fracture: A 1-year prospective outcome study of 275 patients. *Injury*, *34*(7), 529–532. https://doi.org/10.1016/S0020-1383(02)00414-X

Silva, J., Linhares, D., Ferreira, M., Amorim, N., Neves, N., & Pinto, R. (2018). Epidemiological trends of proximal femoral fractures in the elderly population in Portugal. *Acta Medica Portuguesa*, *31*(10), 562–567. https://doi.org/10.20344/amp.10464

Silveira, A., Gonçalves, A., Catalão, C., Spínola, C., Pimentel, F., Soares, L., Tapadinhas, M., & Tomás, T. (2003). Fracturas da extremidade proximal do fémur no idoso: recomendações para intervenção terapêutica. In *Direcção Geral de Saúde*.

Sousa, L., Carvalho, M.L. (2017). Pessoa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur. In C. M. Vieira, L. Sousa, (1ª Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 421-431). Loures: Lusodidacta

Sousa, L., Carvalho, M.L. (2017). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia. In C. M. Vieira, L. Sousa, (1ª Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 405-420). Loures: Lusodidacta

Taylor, S.G. (2004). Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem. In Tomey, A. M. & Alligood, M.R. (5ª ed.), *Teóricas de Enfermagem e sua obra* (Modelos e Teorias de Enfermagem) (pp 211-235). Loures: Lusociência.

Theuerkauf, A. (2000). Autocuidado e Actividades de Vida Diária. In Hoeman, S.P. (2ª Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo* (pp173-207). Loures. Lusociência.

Turesson, E., Ivarsson, K., Thorngren, K. G., & Hommel, A. (2018). Hip fractures – Treatment and functional outcome. The development over 25 years. *Injury*, *49*(12), 2209–2215. https://doi.org/10.1016/j.injury.2018.10.010

Vidalain, J. P. (2011). Twenty-year results of the cementless Corail stem. *International Orthopaedics*, *35*(2), 189–194. https://doi.org/10.1007/s00264-010-1117-2

Vivas Pina, B. M., & Lavareda Baixinho, C. (2020). Vantagens Da Consulta Pré-Operatória Na Reabilitação Da Pessoa Submetida a Artroplastia Da Anca: Revisão Integrativa Da

Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, *3*(1), 42–47. https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.5.5758

World Health Organization. (2007). WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. In *Community Health* (p. 53). http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf

Yoon, R. S., Nellans, K. W., Geller, J. A., Kim, A. D., Jacobs, M. R., & Macaulay, W. (2010). Patient education before hip or knee arthroplasty lowers length of stay. *Journal of Arthroplasty*, *25*(4), 547–551. https://doi.org/10.1016/j.arth.2009.03.012

APÊNDICES

APÊNDICE I - Protocolo de Revisão Narrativa da Literatura

Protocolo de Revisão Narrativa da Literatura

Autora: Telma Filipa Anunciação Antunes

Tema: A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção do declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur.

Objetivo: Identificar as intervenções do EEER na prevenção do declínio funcional após fratura da extremidade proximal do fémur.

Questão de partida:

Quais são as intervenções de reabilitação para a prevenção do declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur?

Critérios	Inclusão	Exclusão
População	Pessoa idosa (idade ≥ 65 anos) com fratura da extremidade proximal do fémur	-Crianças -Adultos
Fenómeno de Interesse	Intervenções que após estabilização da fratura (pré e pós cirurgia) previnam complicações e promovam a maximização do potencial funcional	
Contexto	[.]	
Tipologia de Estudo	Qualitativa e Quantitativa	Estudos a decorrer
Outros elementos da revisão	- Artigos publicados entre 2010-2020	- Artigos publicados antes de 2010 - Outros idiomas

	- Idiomas Inglês, português, Italiano e espanhol - *Full Text*	

Palavras-chave:

-Hip fracture

-femoral neck fracture

-aged

-Rehabilitation

-Rehabilitation nursing

-Nurse

-Nursing care

Outras palavras-chave:

-gaint

-Functionality

-Functional impairment

-total hip replacement / hip arthroplasty

Descritores em Inglês:

(Hip Fracture OR Femoral Neck Fracture OR MM "Hip Fractures, Stress" OR MM "Hip Fractures+") AND (Aged OR Older Adults OR MM "Frail Elderly" OR MM "Elderly") AND (Rehabilitation OR MM "Rehabilitation Nursing" OR MM "Rehabilitation+") AND (Nurs* OR MM "Practical Nurses" OR MM "Gerontologic Nurse Practitioners")

Bases de dados do motor de busca EBSCO:

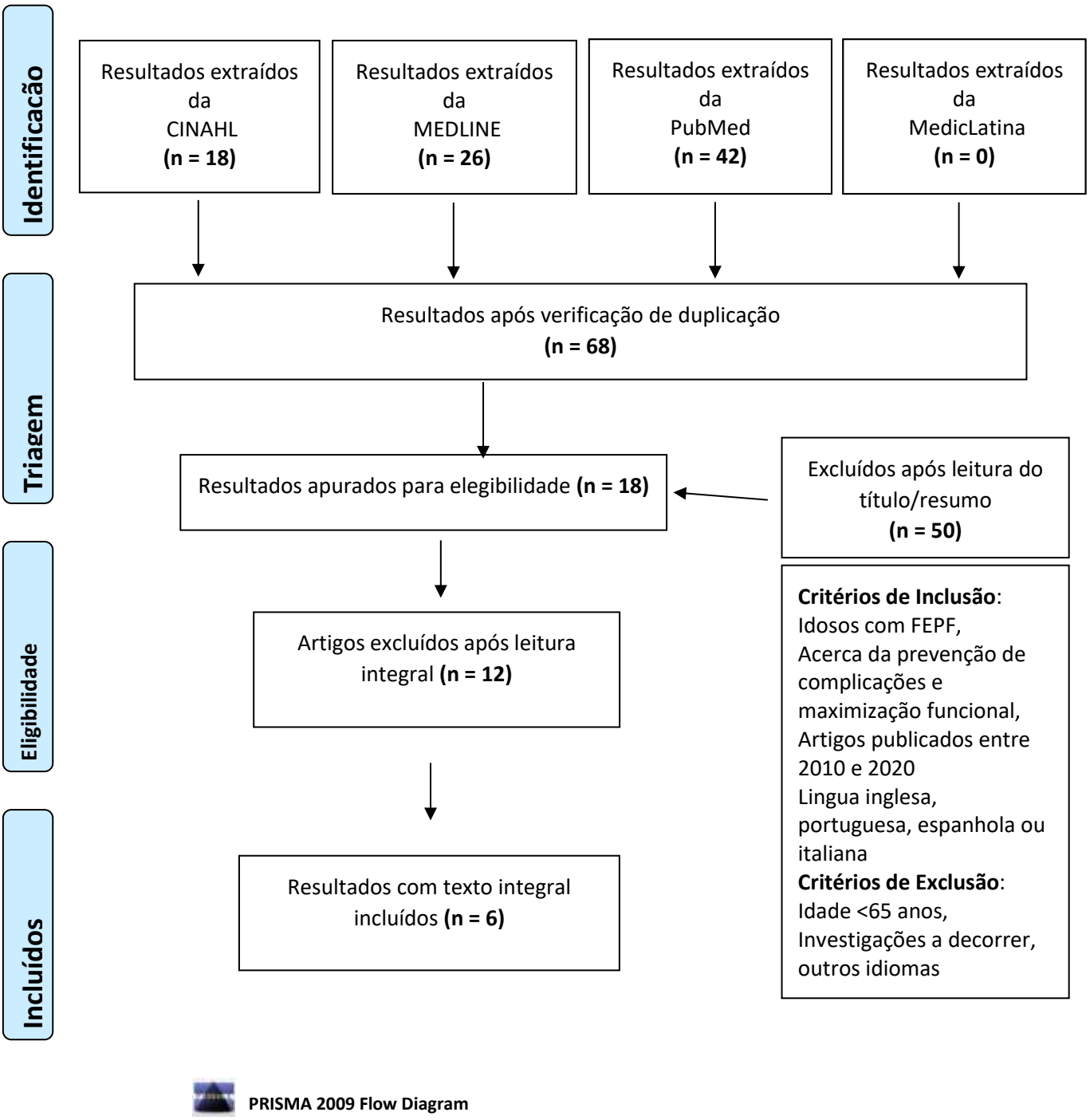
CINAHL Complete

MEDLINE Complete

MedicLatina

Outras bases de Dados: PubMed

Fluxograma PRISMA



Outra Literatura:

Artigos e relatórios institucionais de pesquisa livre, manuais de especialidade e normas incluídos como literatura cinzenta.

Tabela de Apresentação de Resultados

Artigo Tipo de Estudo/Metodologia	Autores e Ano	Principais resultados/conclusões do estudo
The International Collaboration of Orthopaedic Nursing (ICON): Best practice nursing care standards for older adults with fragility hip fracture Revisão da Literatura	Anita J. Meehan , Ann Butler Maher, Louise Brent , Panagiota Copanitsanou , Jason Cross , Cheryl Kimber , Valerie MacDonald , Andréa Marques , LingLi Peng , Carmen Queirós , Patrick Roigk , Katie Jane Sheehan , Sigrún Sunna Skúladóttir, Ami Hommel 2019	<u>Evidência de melhores práticas:</u> -Não existe evidência de qual o melhor programa de reabilitação. As indicações após FEPF limitam-se às recomendações de limitação de carga no MI afetado, mobilização nas primeiras 24h após cirurgia pelo menos 1x/dia; -Tendência de melhores resultados com Reabilitação multidisciplinar; -Avaliação completa para identificar fatores que podem comprometer o resultado funcional da pessoa; -Identificar e intervir nos fatores que condicionam o processo de reabilitação (medo de cair, expectativas, crenças sobre os benefícios dos exercícios de reabilitação, dor, fadiga, falta de motivação). Programas de reabilitação que promovem maior tempo na posição de pé, sugerem redução do medo de cair, aquando da Alta hospitalar. -Avaliar a fragilidade (FRAIL scale) enquanto condição dinâmica que pode ser sensível à intervenção do enfermeiro;

		-Intervir na fragilidade: exercício físico (aeróbico e de resistência) – intervenções interdependentes: suplementação calórica e proteica, suplementação de Vitamina D e redução de psicofármacos); -Controlo da dor e mobilização nas 24h após a cirurgia, pelo menos 1x/dia (sentar à beira da cama e progredir para a posição ortostática – salvo contraindicação médica). Progressivamente incorporar treino de AVD (ex: ida ao wc e vestir-se); prevenção de UP; -Não existe evidência suficiente para determinar frequência ideal de mobilização. Consenso entre autores indica pelo menos mobilização 1x/dia para benefícios na mobilidade, equilíbrio, independência e redução da necessidade de cuidados institucionais ou sociais. -Envolver a pessoa e a família/cuidador na realização de AVD, mitigando o risco de declínio funcional; -Determinar as necessidades de educação da pessoa e família/cuidador.
Rehabilitation interventions for improving physical and psychosocial functioning after hip fracture in older people (Review) **Revisão da Literatura**	Crotty M, Unroe K, Cameron ID, Miller M, Ramirez G, Couzner L **2010**	-Tendência de melhores resultados com Reabilitação multidisciplinar (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapia ocupacional, assistente social, nutricionista); -Iniciar planeamento de Alta 48h após a admissão; -Importância do planeamento de intervenções psicossociais e não somente físicas - sugere diminuição do declínio funcional ou morte.

Nursing intervention in discharge planning for elderly patients with hip fractures **Revisão da literatura**	Mohammed Abdullah Al-Maqbali RN, D.N.A, B.Sc. (Hons), M.Sc. **2014**	<u>Principais componentes dos modelos do planeamento de Alta</u>: -Início do planeamento da alta 48h após a admissão com base na avaliação das necessidades individuais em saúde (física e psicossocial) e educação da pessoa e família/cuidador, coordenação com equipa multidisciplinar e acompanhamento após alta através de visitas domiciliárias por 3 meses (frequência semanal ajustada às necessidades individuais). Fornecimento de contacto telefónico à pessoa e familiar/cuidador; -Educação para a saúde e entrega de folheto com informação escrita à pessoa e família/cuidador (cuidados pós-operatórios, prevenção de complicações, autocuidado no domicílio); -Os estudos sugerem que um planeamento de alta abrangente e multidisciplinar pode melhorar a qualidade de vida e a recuperação funcional após FEPF.

The Discharge Needs of Family Caregivers of the Patients Following Hip Fracture Surgery **Estudo Qualitativo, abordagem descritiva**	Buket Çelik, Özlem Bilik **2020**	-Os enfermeiros desempenham um papel importante na satisfação das necessidades educacionais dos familiares cuidadores da pessoa com FEPF, contribuindo para a diminuição da ansiedade gerada por um papel de responsabilidade diferente após alta; -Planeamento de alta deve incluir informações detalhadas que contribuam positivamente para o processo de adaptação, facilitar o processo de cuidado e de reabilitação da pessoa que sofreu FEPF, e diminuir as preocupações dos familiares/cuidadores; -Os ensinos devem contemplar uso de auxiliares de marcha, cuidados no domicílio, exercícios e processo de recuperação pós-cirurgia e alimentação no pós-operatório.

Il percorso di riabilitazione dell'utente anziano con frattura del femore e il ruolo dell'infermiere: una revisione della letteratura Revisão da Literatura	Elisa Bellatti, Giuseppe Re Luca, Maura Lusignani 2014	-A revisão não encontrou intervenções específicas de enfermeiros, no entanto, estes desempenham um papel indispensável na equipa multidisciplinar, podendo implementar intervenções do foro psico-emocional, prevenção de complicações pós-operatórias e de reabilitação física; -O enfermeiro deve garantir a implementação de intervenções de reabilitação física, em colaboração com o fisioterapeuta, especialmente no domicílio, procurando maximizar o nível de independência, melhorar a capacidade funcional da pessoa e prevenir o declínio funcional; -As intervenções de reabilitação física (marcha e treino muscular dos MS e MI) visam recuperar a mobilidade, deambulação e consequentemente a independência nas AVD e no autocuidado. Procura ainda garantir uma qualidade de vida o mais semelhante à anterior à fratura.
Effect of Lower-Limb Progressive Resistance Exercise After Hip Fracture Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies	Sang Yoon Lee MD, PhD a , Byung-Ho Yoon MD, PhD b , Jaewon Beom MD, PhD c , Yong-Chan Ha MD, PhD d , Jae-Young Lim MD, PhD 2017	-A evidência sugere melhoria da mobilidade, da realização de AVD e de tarefas de desempenho, equilíbrio e força dos MI após implementação de um programa de exercício de resistência progressiva nos MI.

Revisão da Literatura e Meta-análise		

Outros Artigos:

Intervenções fisiotepêuticas no pós-operatório de fratura de fémur em idosos. Revisão da Literatura	Nathaly Teixeira Bento, Marlon Francys Vidmar, Michele Marinho da Silveira e Lia Mara Wibelinger 2011	-A reabilitação é fundamental na prevenção de complicações e na recuperação funcional; Pós-operatório: -Iniciar precocemente, ainda na cama, com mobilizações passivas no lado lesado e posteriormente exercícios ativos de flexão-extensão do joelho, articulação coxofemoral e articulação tibiotársica; -Exercícios de expansão torácica; -Assim que possível os exercícios progridem para transferência para cadeira de rodas e depois para marcha sem carga total no lado lesado; -Promover a adesão da pessoa e família/cuidadores em todo o processo; -Treino em meio aquático é seguro e eficaz; -Quando puder efetuar carga no membro afetado incluir exercícios de aumento de amplitude articular e de força muscular, treino funcional bem como treino de equilíbrio, propriocetivo e de postura; -Instruir programa de prevenção de quedas de acordo com a capacidade funcional da pessoa (aumento de força muscular, resistência e equilíbrio), adaptações ambientais para maior segurança e independência funcional.

"Pessoa com Fratura da Extremidade Superior do fémur" Tema no livro de Especialidade: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida **Revisão da Literatura**	Luís Sousa e Maria Leonor Carvalho **2017**	-Avaliar a pessoa com FEPF recorrendo a escalas consoante área ou função a avaliar: dor (ex: EVA), força muscular (ex: MRC), equilíbrio (ex: Berg balance scale), desempenho físico (ex: 6MWT, TUGT), mobilidade, amplitude articular (goniómetro), funcionalidade nas atividades básicas (ex: Índice de Barthel, MIF) e instrumentais de vida (ex: índice de Katz) e qualidade de vida (ex: WHOQOL-bref). – ANEXO I. <u>Pré-operatório</u>: -Contrações isométricas, massagem no sentido do retorno venoso e mobilizações passivas do membro lesado para redução do edema; -Contrações isométricas leves dos músculos comprometidos (mantendo-as 5 a 6 segundos sem que haja fadiga) – educação e incentivo à realização desta atividade ao longo do dia; -Exercícios ativos e resistidos do <u>membro não lesado</u> da articulação tibiotársica, pé e dedos do pé; -Exercícios resistidos para fortalecimento dos MS e MI sãos (alteres, caneleiras, elásticos) aumentando progressivamente a carga e nº de séries ou repetições, nos movimentos de flexão-extensão da articulação coxofemoral, flexão da articulação coxofemoral com joelho em extensão, abdução e adução da coxofemoral, contrações isométricas dos glúteos e do psoas, reeducação funcional respiratória (respiração diafragmática,

		reeducação costal, ensino da tosse), crioterapia no local da fratura e controlo da dor; técnicas de massagem na região abdominal (melhorar peristaltismo), exercícios de contração abdominal e de ponte, fortalecimentos dos MS (importante para o uso de meios auxiliares de marcha no pós operatório). <u>Pós-operatório:</u> -Programa de RFM (ANEXO II e III) com enfoque nas: -mobilizações ativas, assistidas e resistidas dos membros sãos; -mobilizações ativas assistidas e resistidas do membro operado consoante tolerância da pessoa: flexão/extensão da articulação coxofemoral com extensão/flexão do joelho; abdução/adução da articulação coxofemoral (até à linha média); Dorsiflexão/flexão plantar da articulação tibiotársica; - técnicas RFR; -exercícios aeróbicos (pedaleira, ergómetro de MS, caminhada); -ensino de transferências (cama-cadeira/ cadeira-sanita/cadeira-carro); -treino do equilíbrio e utilização de auxiliares de marcha. -Ensinar, instruir e treinar exercícios de reforço muscular, amplitude articular, equilíbrio, propriocepção e de marcha.

		-Visita domiciliaria antes da alta para sinalização de barreiras arquitetónicas e sugerir estratégias para gestão do ambiente físico; -Identificar as necessidades dos cuidadores; -Garantir a adesão ao regime terapêutico (exercícios de reabilitação); -Fornecer material de suporte ao ensino do programa de reabilitação; -A intervenção do EEER no período pré e pós operatório permite ganhos em saúde nas pessoas submetidas a cirurgia por FEPF, objetivando: melhorar a força muscular, a amplitude articular, o equilíbrio, a marcha, a capacidade funcional em geral, e a qualidade de vida. O EEER contribui ainda para controlar a dor, incidência de UP, diminuição do tempo de internamento hospitalar, readmissão hospitalar, institucionalização e a mortalidade.

Fisioterapia no pós-operatório de fratura proximal do fémur em idosos Revisão da Literatura	Mariana Barquet Carneiro, Débora Pinheiro Lédio Alves, Marcelo Tomanik Mercadante 2013	<u>Intervenção precoce intensiva durante 6 meses</u>: -Promover a mobilização precoce, e assim que possível levante e deambulação; -Mobilização passiva de flexão-extensão do joelho, articulação coxofemoral e articulação tibiotársica, bem como exercícios ativos assistidos; -Fortalecimento dos músculos abdutores e adutores da articulação coxofemoral (aumenta a estabilidade lateral durante a marcha e melhora o equilíbrio dinâmico da pessoa), treino de propriocepção, treino de marcha, de AVD e exercício aeróbico com ergómetro de MS com duração de 4 semanas; -Exercício aeróbico (ergómetro de MS) – para melhoria da aptidão cardiorrespiratória e da capacidade de marcha.
Fraturas da Extremidade Proximal do fémur no Idoso – Recomendações para Intervenção Terapêutica - DGS	Alda Silveira, Ana Gonçalves, Conceição Catalão, Conceição Spínola, Fernando Pimentel, Luísa Soares, Mário Tapadinhas, Teresa Tomás 2003	-A forma mais eficaz de prevenir complicações associadas à imobilidade é a mobilização e o levante precoce; -Cinesioterapia respiratória, treino de respiração diafragmática, exercício de expansão torácica, estimulação da tosse; -Mobilização articular, passiva ou ativa, nas amplitudes máximas permitidas; -Exercícios isométricos ou dinâmicos diários;

		-Levante e treino de marcha às 24/48h após a cirurgia, exceto se contraindicação médica ou por intolerância da pessoa; -"Reabilitar um idoso significa facilitar o desenvolvimento das suas potencialidades máximas, a nível físico, psicológico, familiar e social, em função das suas deficiências fisiológicas e anatómicas e limitações ambientais" pp.21; -A equipa multidisciplinar deve avaliar a pessoa nos primeiros dias após admissão com a finalidade de elaborar um programa de reabilitação e programar desde logo a alta; -Para atingir o objetivo da reabilitação é fundamental uma intervenção também junto dos familiares ou cuidadores a nível do meio ambiente; -Para estabelecer um programa de reabilitação é fundamental uma avaliação funcional bem como uma colheita de dados para definir a estratégia (nível funcional anterior, grau de independência nas AVD (utilização de escalas funcionais - ex: MIF, Barthel), avaliação sociofamiliar e dos recursos da comunidade; -O programa de reeducação funcional deverá ter em consideração as características da pessoa, a cirurgia efetuada e a estabilidade adquirida; -Após tratamento cirúrgico da fratura a reeducação incidirá em 3 vertentes: mobilização articular da anca operada e restantes articulações dos membros; fortalecimento muscular, em especial do lado afetado, com

		exercícios isométricos ou dinâmicos; treino das transferências e da marcha, dependentes do potencial da pessoa; -A mobilização da anca operada e a carga nesse membro é realizada sem restrições exceto na artroplastia parcial ou total da anca (precauções para prevenir a luxação da prótese durante 8 a 10 semanas ou consoante indicação médica); -As limitações do movimento dependem da via de abordagem cirúrgica: na anterior não efetuar flexão acima dos 70-90º, rotação externa ou adução (para além da linha média), nem hiperextensão da anca; na posterior não ultrapassar os 70-90º de flexão, não efetuar rotação interna ou adução (para além da linha média). -transferência e deambulação (24 a 48h após cirurgia) com auxiliar de marcha; -A reabilitação fora do internamento parece ser vantajosa, sendo preferida pelos utentes e acelerando o retorno ao nível funcional e independência anteriores; -Na alta deve ser assegurada a continuação atempada do tratamento e reeducação funcional na transição para a comunidade; certificação de que os familiares ou cuidadores compreenderam os limites de mobilização impostos, de forma a auxiliarem a pessoa nas suas AVD sem receio e em

		segurança. Deve ser fornecido suporte de apoio ao ensino com as indicações/orientações necessárias; -Não há diretrizes definidas para um programa de treino funcional após alta hospitalar, no entanto é fundamental continuar e progredir o treino funcional; -Prevenção de quedas: intervenção no ambiente, mudança de comportamentos de risco nas AVD e exercícios para melhoria da força muscular dos membros, equilíbrio estático e dinâmico, transferências e subida e descida de escadas.
Funcionalidade após fratura do colo do fémur **Revisão da Literatura**	Cristina Baixinho **2011**	-O treino de marcha precoce está associado a melhor prognóstico ao fim de 1 mês de pós-operatório; -Necessidade de práticas que integrem uma filosofia de promoção da autonomia da população idosa e de espaços/tempos que permitam a educação/formação e treino para o autocuidado; -A avaliação funcional permite identificar com precisão as dificuldades no autocuidado. Possibilita um planeamento ajustado das intervenções de enfermagem e contribui para um regresso a casa mais confiante.

Older Adults With Hip Arthroplasty: An Individualized Transitional Care Program **Estudo quase experimental**	Young Ji Ko , PhD, RN, JuHee Lee , PhD, APRN, RN, EuiGeum Oh , PhD, RN, MoNa Choi , PhD, RN, ChangOh Kim , PhD, MD, KiWol Sung , PhD, RN & SeungHoon Baek , PhD, MD **2017**	-Avaliação completa para identificar fatores que podem comprometer o envolvimento da pessoa no processo e estabelecimento de um programa de reabilitação individualizado; -Identificar e intervir nos fatores que condicionam o processo de reabilitação (medo de cair, expectativas, crenças sobre os benefícios dos exercícios de reabilitação, dor, falta de motivação); -Ensinar, instruir e treinar AVD e exercícios de mobilização e transferências; -Fornecimento de documento de suporte ao ensino; -Avaliação funcional foi efetuada através das escalas TUGT, índice de Barthel, FES. O grupo experimental apresentou menos de cair do que o grupo de controlo (melhor pontuação na FES duas semanas após a cirurgia). E ainda melhor pontuação no TUGT e no índice de Barthel, 6 semanas após a cirurgia, o que traduz menor declínio funcional.

APÊNDICE II - Cronograma de Atividades

Cronograma de Atividades 2021/2022

Mês	Outubro			Novembro					Dezembro			Janeiro					Fevereiro		
Semanas	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	3	10	17	24	31	7	14	21
	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	2	9	16	23	30	6	13	20	25
Competências/Objetivos Específicos	Contexto Hospitalar									Contexto Comunitário									
Competência Específica J1: Objetivo específico 1											FÉRIAS DE NATAL								
Competência Específica J1: Objetivo específico 2																			
Competência Específica J1: Objetivo específico 3																			
Competência Específica J2: Objetivo específico 4																			
Competência Específica J2: Objetivo específico 5																			
Competência Específica J3: Objetivo específico 6																			
Competência Específica J3: Objetivo específico 7																			
Competência Comum A1: Objetivo específico 8																			
Competência Comum A2: Objetivo específico 9																			
Competência Comum B1 e B2: Objetivo específico 10																			
Competência Comum B3: Objetivo específico 11																			
Competência Comum C1 e C2: Objetivo específico 12																			
Competência Comum D1: Objetivo específico 13																			
Competência Comum D2:Objetivo específico 14																			

APÊNDICE III - Guião de entrevista aos locais de estágio

Guião de entrevista aos locais de estágio

Serviço de Ortopedia [redacted]:

1- Qual a lotação do serviço?

2- Qual a tipologia dos utentes internados (diagnósticos, idades, graus de dependência)?

3- Qual a prevalência de utentes internados com FEPF?

4- Como é composta a equipa de enfermagem (número de generalistas e de especialistas)?

5- Existe um EEER por turno?

6- Qual o método de trabalho implementado? O EEER desempenha exclusivamente cuidados especializados?

7- Perante um utente com FEPF quais os aspetos que mais valorizam na avaliação inicial de enfermagem?

8- Existe preocupação em envolver uma familiar/cuidador no processo de cuidados de reabilitação logo desde a admissão?

9- Como são planeados os cuidados de enfermagem de reabilitação?

10- Como são avaliados os resultados dos cuidados de reabilitação? Utilizam escalas ou instrumentos de medida? Quais?

11- Existem programas de reabilitação instituídos no serviço?

12- Como é que o EEER se articula com os outros profissionais da equipa multidisciplinar?

13- Existe algum protocolo de preparação da alta hospitalar?

14- O EEER do serviço articula-se com o EEER da comunidade? Quando e de que forma?

15- Existe continuidade dos programas de reabilitação iniciados no serviço na comunidade?

UCC [redacted]:

1- Qual a área de influência da UCC?

2- Como é que os utentes são referenciados?

3- Qual a tipologia de utentes referenciados (diagnósticos, idades, graus de dependência)?

4- Qual a prevalência de utentes referenciados após FEPF?

5- Como é composta a equipa multidisciplinar da UCC? Quantos EEER existem?

6- O EEER desempenha exclusivamente cuidados especializados?

7- Quais os cuidados especializados que o EEER implementa (treino de AVD, reeducação funcional respiratória, motora e neurológica)?

8- Como são planeados dos cuidados de reabilitação? A família/ cuidador são envolvidos no processo?

9- Como são avaliados os resultados dos cuidados de reabilitação? Utilizam escalas ou instrumentos de medida? Quais?

10- Existem programas de reabilitação instituídos de intervenção na fragilidade?

APÊNDICE IV – Apresentação Intercalar do Projeto

12º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

UC Opção II – Projeto – Apresentação intercalar

A Intervenção do EEER na prevenção do declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur

Telma Filipa Anunciação Antunes

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Prof. Orientadora Mª do Céu Sá

27 de Maio 2021

Sumário

- Proposta de Título e Palavras-chave
- Pertinência do Tema
- Metodologia de Pesquisa
- Modelo de Referência Teórico
- Síntese do conhecimento apurado

Proposta de Título e Palavras-Chave

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção do declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur

Palavras-Chave: fratura do colo do fémur, Idoso, Reabilitação, Enfermagem de Reabilitação, funcionalidade, marcha, artroplastia da anca

Pertinência do Tema

- Pessoal/ Profissional
- Académica
- Social

Áreas de Investigação Emergentes

Intervenções autónomas do EEER na função motora

(MCEER, OE, 2015)

Portugal 2019:

- 22,1% da população residente tinha idade ≥ 65 anos
- Índice de Envelhecimento 161,3%

(INE, 2020)

As alterações músculo-esqueléticas (osteoporose, sarcopenia) são comuns, limitando a mobilidade e contribuindo para o aumento da fragilidade e do risco de queda.

(Veronese et al., 2020)

Pertinência do Tema

- Pessoal/ Profissional
- Académica
- Social

Tendência epidemiológica das FEPF (em pessoas com idade ≥65 anos) - Portugal (2005 -2013):

- 101 436 doentes admitidos nos hospitais do SNS com FEPF
- idade média na admissão 79,32 anos
- 74,5% sexo feminino
- incidência aumentou de 508,49 (2005) para 628,39 fraturas por 100mil pessoas/ ano (2013)

(Silva et al., 2018)

A mortalidade **após um ano** da FEPF ronda os 20-30%; 50-60% apresentam algum tipo de perda funcional e/ou motora; e só 30-40% atingem uma recuperação funcional para níveis pré-fratura.

(Laires et al., 2015)

Metodologia de Pesquisa

Questão de partida:

Que intervenções do EEER previnem o declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur?

Revisão Narrativa da Literatura

Literatura Primária
Pesquisa em bases de dados CINAHL; MEDLINE, MedicLatina e PubMed

Literatura Secundária
Artigos de pesquisa livre, manuais de reabilitação, normas

Protocolo de Revisão Narrativa da Literatura

P • Pessoa idosa (idade ≥ 65 anos)com fratura da extremidade proximal do fémur

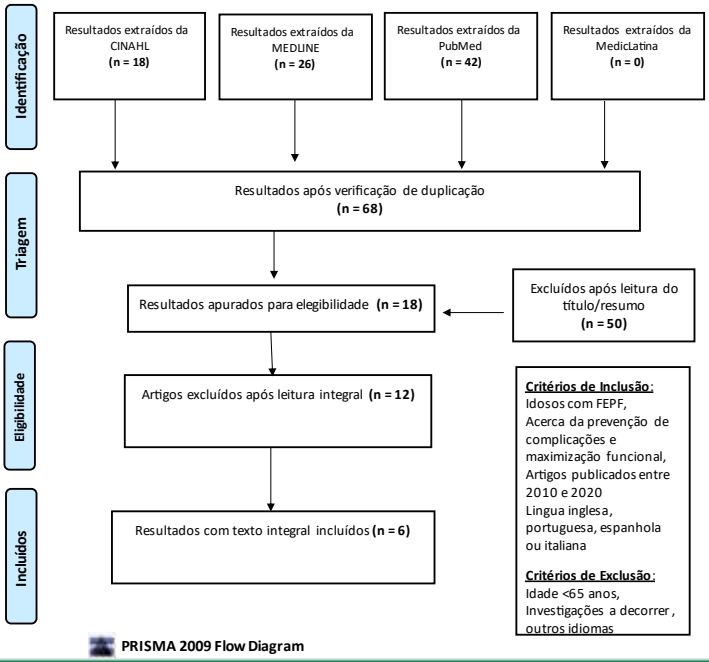
I • Intervençõesde enfermagem que previnam complicaçõese maximizem do potencial funcional

Co • Não especificado

	AND		AND		AND	
Hip Fracture OR Femoral neck Fracture OR MM"Hip Fractures, Stress" OR MM"Hip Fractures+"		Aged OR Older Adults OR MM"Frail Elderly" OR MM"Elderly"		Rehabilitation OR MM"Reabilitation+"		Nurs* OR MM"Practical Nurses" OR MM"Gerontologic Nurse Practitioners"

Fluxograma

Análise de Artigos



Fratura da extremidade proximal do Fémur

Fonte https://personallycare.com//tag/personallycare/

- Solução de continuidade do fémur, desde o limite inferior da sua cabeça até 5 cm abaixo da porção mais inferior do pequeno trocânter.

- A localização e o tipo de fratura, associada à idade, ao grau de fragilidade óssea e ao global estado de saúde da pessoa, são elementos importantes na escolha do tipo de abordagem cirúrgica.

(Carneiro et al., 2013; Silveira et al., 2003; Turesson et al., 2018)

A Pessoa com FEPF

A **imobilidade** condicionada pela fratura conduz a perda de funcionalidade, ao agravamento das alterações músculo-esqueléticas prévias e ao aumento da mortalidade

Efeitos Adversos

-atrofia muscular
-descondicionamento
-diminuição da massa óssea
-diminuição da amplitude articular
-alterações cardiorrespiratórias, gastrointestinais e urinárias

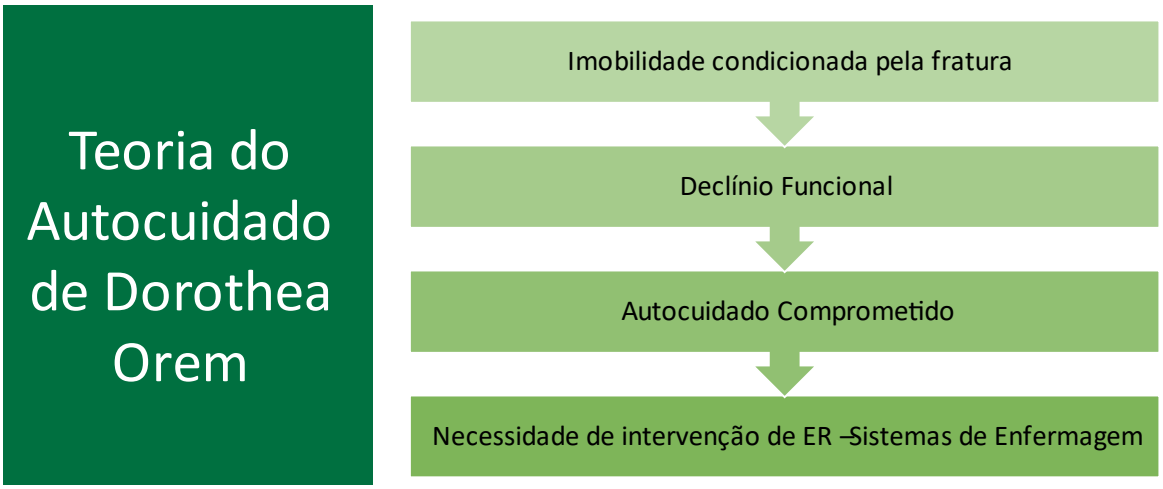
Aquando da alta uma percentagem significativa de pessoas não tem autonomia na marcha

(Sousa & Carvalho, 2017)

A incapacidade ou dificuldade em andar condiciona os outros autocuidados, diminui a qualidade de vida, exacerba o isolamento social, aumenta o risco de novas quedas e agrava os custos em saúde.

(Baixinho,2011; Silveira et al., 2003)

Modelo de Referência Teórico



Literatura descreve como boas práticas:

- Avaliação Funcional
- Programas de reeducação funcional no pré e pós -operatório:

  -adequar os programas às características do utente, à cirurgia efetuada e à estabilidade adquirida;

  -promover a mobilização e levante precoce (24h após cirurgia)

  -incorporar treino de AVD

(Al-Maqbali, 2014; Baixinho, 2011; Carneiro et al., 2013; Lee et al., 2017; Meehan et al., 2019; Silveira et al., 2003; Sousa & Carvalho, 2017)

Literatura descreve como boas práticas:

- Planear a Alta desde a admissão:
  - -assegurar a continuação atempada do tratamento e reeducação funcional na transição para a comunidade
  - - envolver e ensinar a família/cuidadores fornecendo suporte escrito
  - - visita domiciliária antes da alta para avaliação/ sugestão de intervenção no ambiente físico
- Intervir na Fragilidade
  - -programas de reabilitação que incluam: treino aeróbico e de força muscular dos membros, equilíbrio estático e dinâmico, transferências e subida e descida de escadas

A literatura não descreve:

- diretrizes para programas de treino funcional após alta hospital
- intervenções de reeducação funcional exclusivas dos enfermeiros

(Al-Maqbali, 2014; Baixinho, 2011; Carneiro et al., 2013; Lee et al., 2017; Meehan et al., 2019; Silveira et al., 2003; Sousa & Carvalho, 2017)

Melhoria da Qualidade dos Cuidados

As competências específicas do EEER no período pré e pós operatório permitem ganhos em saúde nas pessoas submetidas a cirurgia por FEPF, através da prevenção, recuperação e re-habilitação da pessoa com alteração funcional.

Padrões da Qualidade

- Satisfação do Cliente
- Prevenção de Complicações
- Bem-Estar e Autocuidado
- Readaptação Funcional
- Reeducação Funcional
- Promoção da Inclusão Social

(Ordem dos Enfermeiros, 2015)

Referências Bibliográficas

- Al-Maqbali, M. A. (2014). Nursing intervention in discharge planning for elderly patients with hip fractures. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, *18*(2), 68–80. https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2013.07.002
- Baixinho, C. L. (2011). Funcionalidade após fratura do colo do fêmur TT - Outcome after femoral neck fracture TT - Funcionalidad después de la fractura del cuello del fêmur. *Rev. Baiana Enferm*, *25*(3), 311–319. http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5480/4908
- Carneiro, M. B., Alves, D. P. L., & Mercadante, M. T. (2013). Fisioterapia no pós-operatório de fratura proximal do fêmur em idosos: Revisão da literatura. *Acta Ortopédica Brasileira*, *21*(3), 175–178. https://doi.org/10.1590/s1413-78522013000300010.
- INE, I. (2020). *Anuário Estatístico de Portugal 2019* (Vol. 2019).
- Laires, P. A., Perelman, J., Consciência, J. G., Monteiro, J., & Branco, J. C. (2015). Actualizaçãosobre o impacto epidemiológico e socioeconómico das fracturasda extremidade proximal do fémur. *Acta Reumatologica Portuguesa*, *2015*(3), 223–230.
- MCEER. (2015). *Áreas Investigação Prioritárias Para a Especialidade De Enfermagem De Reabilitação. ÁREAS INVESTIGAÇÃO PRIORITÁRIAS PARA A ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- Marques, A., Peng, L. L., Queirós, C., Roigk, P., Sheehan, K. J., Skúladóttir, S. S., & Hommel, A. (2019). The International Collaboration of Orthopaedic Nursing (ICON): Best practice nursing care standards for older adults with fragility hip fracture. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, *32*, 3–26. https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2018.11.001
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República, 2ª Série - n.º 85 - 3 de Maio de 2019*, 13565–13568. https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized
- Silva, J., Linhares, D., Ferreira, M., Amorim, N., Neves, N., & Pinto, R. (2018). Epidemiological trends of proximal femoral fractures in the elderly population in Portugal. *Acta Medica Portuguesa*, *31*(10), 562–567. https://doi.org/10.20344/amp.10464
- Silveira, A., Gonçalves, A., Catalão, C., Spínola, C., Pimentel, F., Soares, L., Tapadinhas, M., & Tomás, T. (2003). Fracturasda extremidade proximal do fémur no idoso: recomendações para intervenção terapêutica. In *Direcção Geral de Saúde*.
- Sousa, L., & Carvalho, M. L. (2017). *Pessoa com fratura da extremidade superior do fémur*, 421–431. https://www.researchgate.net/profile/Luis_Sousa20/publication/311206198_Pessoa_com_fratura_da_extremidade_superior_do_femur/links/586af72f08aebf17d3a4cfd3/Pessoa-com-fratura-da-extremidade-superior-do-femur.pdf
- Turesson, E., Ivarsson, K., Thorngren, K. G., & Hommel, A. (2018). Hip fractures – Treatment and functional outcome. The development over 25 years. *Injury*, *49*(12), 2209–2215. https://doi.org/10.1016/j.injury.2018.10.010
- Veronese, N.; Kolk, H. & Maggi, S. (2020). *Epidemiology of Fragility Fractures and Social Impact*. *In Falaschi, P. & Marsh, D. (coords). Orthogeriatrics The Management of Older Patients with Fragility Fractures*

12º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

UC Opção II – Projeto – Apresentação intercalar

A Intervenção do EEER na prevenção do declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur

Telma Filipa Anunciação Antunes

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Prof. Orientadora Mª do Céu Sá

APÊNDICE V – Apresentação Final do Projeto

12º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

UC Opção II – Projeto – Apresentação Final

A Intervenção do EEER na prevenção do declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur

Telma Filipa Anunciação Antunes

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Prof. Orientadora Mª do Céu Sá

12 de Julho de 2021

Sumário

- Pertinência do Tema
- Metodologia de Pesquisa
- Modelo de Referência Teórico
- Objetivos Gerais e Específicos
- Cronograma de Atividades
- Locais de Estágio

Pertinência do Tema

- Pessoal/ Profissional
- Académica
- Social

Áreas de Investigação Emergentes

Intervenções autónomas do EEER na função motora

(MCEER, OE, 2015)

Portugal 2019:

- 22,1% da população residente tinha idade ≥ 65 anos
- Índice de Envelhecimento 161,3%

(INE, 2020)

As alterações músculo-esqueléticas (osteoporose, sarcopenia) são comuns, limitando a mobilidade e contribuindo para o aumento da fragilidade e do risco de queda.

(Veronese et al., 2020)

Pertinência do Tema

- Pessoal/ Profissional
- Académica
- Social

Tendência epidemiológica das FEPF (em pessoas com idade ≥65 anos) - Portugal (2005 -2013):

- 101 436 doentes admitidos nos hospitais do SNS com FEPF
- idade média na admissão 79,32 anos
- 74,5% sexo feminino
- incidência aumentou de 508,49 (2005) para 628,39 fraturas por 100mil pessoas/ ano (2013)

(Silva et al., 2018)

A mortalidade após um ano da FEPF ronda os 20-30%; 50-60% apresentam algum tipo de perda funcional e/ou motora; e só 30-40% atingem uma recuperação funcional para níveis pré-fratura.

(Laires et al., 2015)

Metodologia de Pesquisa

Questão de partida:

Que intervenções do EERER previnem o declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur?

Revisão Narrativa da Literatura

Literatura Primária
Pesquisa em bases de dados CINAHL; MEDLINE, MedicLatina e PubMed

Literatura Secundária
Artigos de pesquisa livre, manuais de reabilitação, normas

Artigos incluídos:**6**

A Pessoa com FEPF

A **imobilidade** condicionada pela fratura conduz a perda de funcionalidade, ao agravamento das alterações músculo-esqueléticas prévias e ao aumento da mortalidade

Efeitos Adversos

-atrofia muscular
-descondicionamento
-diminuição da massa óssea
-diminuição da amplitude articular
-alterações cardiorrespiratórias, gastrointestinais e urinárias

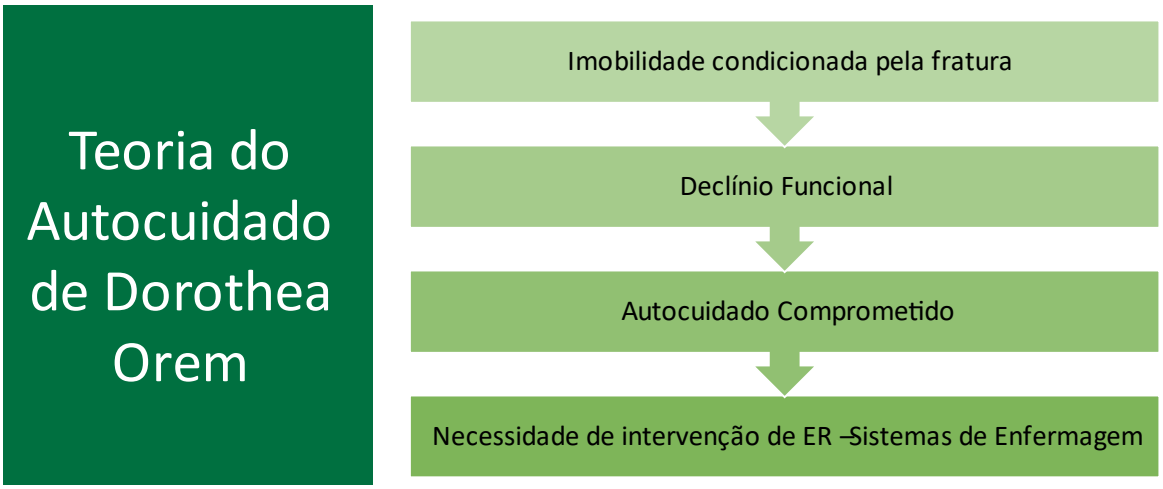
Aquando da alta uma percentagem significativa de pessoas não tem autonomia na marcha

(Sousa & Carvalho, 2017)

A incapacidade ou dificuldade em andar condiciona o autocuidado, diminui a qualidade de vida, exacerba o isolamento social, aumenta o risco de novas quedas e agrava os custos em saúde.

(Baixinho, 2011; Silveiræt al., 2003)

Modelo de Referência Teórico



Literatura descreve como boas práticas:

- Avaliação Funcional (TUGT, Barthel, Tinetti, força muscular MRC)
- Programas de reeducação funcional no pré e pós-operatório individualizados que: promovam a mobilização e levante precoce; incorporem treino de AVD; envolvam a família/cuidador
- Assegurar atempadamente a continuidade do programa de reeducação funcional na transição para a comunidade;
- Visita domiciliária antes da alta para identificação de risco/ sugestão de intervenção no ambiente físico;
- Intervir na Fragilidade através de programas de reabilitação que incluam: treino aeróbico e de força muscular dos membros, equilíbrio estático e dinâmico, transferências e subida e descida de escadas.

(Al-Maqbali, 2014; Baixinho, 2011; Baixinho et al., 2013; Carneiro et al., 2013; Lee et al., 2017; Meehan et al., 2019; Silva et al., 2008; Silveira et al., 2003; Sousa & Carvalho, 2017)

Objetivos Gerais

1. Desenvolver competências de intervenção do EEER no cuidado à pessoa com FEPF, que previnam o declínio funcional.
2. Desenvolver competências específicas do EEER no cuidado à pessoa com alteração sensoriomotora, cardiorrespiratória, cognitiva, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.
3. Desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista nos domínios da: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Objetivos Específicos

Competências Específicas do EEER

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 a reinserção e exercício da cidadania

J3 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Competência Específica J1

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

Objetivo 1 - Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade da pessoa com FEPF ou com outras alterações sensoriomotoras, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade	
Atividades	**Indicadores de Avaliação**
a)-**Realização de colheita de dados** apropriada à pessoa e família/cuidador, identificando as necessidades ; b)-Revisão da literatura acerca de instrumentos de avaliação funcional ; c)-**Avaliação da marcha e do risco de queda da pessoa após FEPF** através do TUGT, ou outro instrumento adotado no contexto de ensino clínico ; d)-**Avaliação da capacidade funcional da pessoa após FEPF,** através da utilização de escalas e instrumentos de medida (ex: Índice de Barthel ou MIF, goniómetro, MRC – força muscular dos MS e MI);	a)- Realiza colheita de dados; b)-Demonstra conhecimentos acerca de instrumentos de avaliação funcional ; c)-Avalia a marcha e o risco de queda da pessoa após FEPF; d)-Avalia a capacidade funcional da pessoa após FEPF;

Competência Específica J1

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

Objetivo 1- Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade da pessoa com FEPF ou com outras alterações sensoriomotoras, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade	
Atividades	**Indicadores de Avaliação**
e)-Avaliação da capacidade funcional sensoriomotora, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, através da utilização de escalas e instrumentos de medida adequados à pessoa e ao contexto; f)-**Identificação de fatores inibidores e facilitadores para a independência no autocuidado** no contexto de vida da pessoa (recursos individuais, familiares e da comunidade); g)-Identificação das necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função afetada e a realização do autocuidado; h)- Determinação de diagnósticos de enfermagem de acordo com as alterações da funcionalidade identificadas.	e)-Avalia a capacidade funcional da pessoa com alterações sensoriomotoras, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; f)- Identifica fatores inibidores e facilitadores para a independência no autocuidado no contexto de vida da pessoa; g)- Identifica as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função afetada e a realização do autocuidado; h)- Determina diagnósticos de enfermagem de acordo com as alterações da funcionalidade identificadas.

Competência Específica J1

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

Objetivo 2- Implementar planos de cuidados de ER centrados na pessoa/família (segundo a metodologia do processo de enfermagem), com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade da pessoa com FEPF ou com outras alterações sensoriomotoras, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, que sejam facilitadores de transições saudáveis.	
Atividades	**Indicadores de Avaliação**
a)-**Planeamento e implementação de programas de reeducação funcional** à pessoa/família com necessidades especiais, de acordo com problemas reais ou potenciais diagnosticados, que objetivam prevenir complicações e perda de funcionalidade; b)-Monitorização dos resultados obtidos, identificando ganhos em saúde a nível da capacitação, autonomia e qualidade de vida; c)-**Ensino, demonstração e treino de técnicas** no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade); d)- Avaliação e reformulação dos objetivos do plano de cuidados de reabilitação; e)-Elaboração de registos que garantam a continuidade dos cuidados e que deem visibilidade à intervenção do EEER.	a)-Planeia e implementa programas de reeducação funcional à pessoa/família com necessidades especiais, de acordo com problemas reais ou potenciais; b)-Monitoriza os resultados obtidos, identificando ganhos em saúde a nível da capacitação, autonomia e qualidade de vida; c)-Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas de promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos; d)-Reformula objetivos do plano de cuidados de reabilitação consoante a avaliação de resultados obtidos; e)-Elabora registos que garantam a continuidade dos cuidados e que deem visibilidade à intervenção do EEER.

Competência Específica J1

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

Objetivo 3- Promover um adequado planeamento e preparação para a Alta hospitalar (transição segura para a comunidade) da pessoa após FEPF	
Atividades	**Indicadores de Avaliação**
a)-**Educação e treino para o autocuidado, envolvendo a família** o mais precocemente possível, complementando com a entrega de informação escrita ou outro meio de suporte ao ensino; b)-**Referenciação da pessoa/família para a UCC do C.S,** de forma a dar continuidade ao programa de reabilitação iniciado no contexto hospitalar.	a)-Elabora folheto ou entrega informação escrita; b)-Referencia a pessoa/família para a UCC do C.S, de forma a dar continuidade ao programa de reabilitação iniciado no contexto hospitalar.

Competência Específica J2

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

Objetivo 4- Elaborar e implementar programas de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade, maximização da autonomia e promoção da qualidade de vida da pessoa com FEPF ou com outras alterações sensoriomotoras, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade	
Atividades	**Indicadores de Avaliação**
a)- **Ensino e treino de técnicas de reeducação funcional motora e respiratória pré e pós-operatórios à pessoa com FEPF** (nomeadamente treino de transferências e marcha com auxiliares de marcha), envolvendo a pessoa e o familiar/cuidador; b)-**Elaboração de programas individualizados de treino de AVD/autocuidado** adequado à limitação da atividade da pessoa e ao seu contexto sociofamiliar, procurando o envolvimento da família/cuidador; c)-Ensino e treino de técnicas específicas de autocuidado à pessoa com FEPF e/ou cuidador ou com outros défices no autocuidado; d)-Aconselhamento, ensino e supervisão da utilização de produtos de apoio (dispositivos de compensação ou ajudas técnicas), que facilitem o autocuidado; e)-Avaliação e reformulação do programa de treino de AVD em função dos resultados obtidos e dos objetivos da pessoa.	a)- Ensina e treina técnicas de reeducação funcional motora e respiratória pré e pós- operatórios à pessoa com FEPF; b)-Elabora programas individualizados de treino de AVD/autocuidado adequado à limitação da atividade da pessoa e ao seu contexto sociofamiliar; c)-Ensina e treina técnicas específicas de autocuidado à pessoa com FEPF e/ou cuidador ou com outros défices no autocuidado; d)-Aconselha, ensina e supervisiona a utilização de produtos de apoio (dispositivos de compensação ou ajudas técnicas), que facilitem o autocuidado; e)-Avalia e reformula o programa de treino de AVD.

Competência Específica J2

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

Objetivo 5- Promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social da pessoa com necessidades especiais	
Atividades	**Indicadores de Avaliação**
a)-**Identificação de fatores de risco ambientais/barreiras arquitetónicas** potenciadores do risco de queda; b)-**Orientação para a promoção de ambientes seguros**, junto da pessoa e família, com vista à eliminação de fatores de risco ambientais identificados como promotores de eventos adversos (piso molhado, tapetes soltos, espaços mal iluminados, excesso de mobiliário que condicione a mobilidade, degraus) ou readaptação às barreiras arquitetónicas face à condição de vida da pessoa.	a)-Identifica fatores de risco ambientais/barreiras arquitetónicas; b)-Sensibiliza e orienta a pessoa e família na gestão dos riscos ambientais; c)-Demonstra conhecimentos sobre a legislação promotora da acessibilidade.

Competência Específica J3

Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Objetivo 6- Elaborar e implementar programas de treino motor, cardíaco e respiratório à pessoa com limitação funcional ou de desempenho, nomeadamente após FEPF	
Atividades	**Indicadores de Avaliação**
a)- Revisão da literatura acerca de programas de treino motor e cardiorrespiratório; b)- **Ensino e treino sobre técnicas e exercício físico a realizar com vista à maximização do desempenho motor**, atendendo aos objetivos individuais da pessoa e ao seu projeto de saúde após FEPF; c)- Ensino e treino sobre técnicas e exercício físico a realizar com vista à maximização do desempenho motor e cardiorrespiratório à pessoa com limitação funcional ou de desempenho, atendendo aos objetivos individuais da pessoa;	a)-Demonstra conhecimentos acerca de programas de treino motor e cardiorrespiratório b)-Concebe sessões de treino com vista à promoção da saúde, prevenção de lesões e quedas, à capacitação, reabilitação e autogestão.

Competência Específica J3

Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Objetivo 7- Avaliar e reformular programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados obtidos e dos objetivos da pessoa	
Atividades	**Indicadores de Avaliação**
a)- **Monitorização da implementação e dos resultados obtidos em função dos objetivos da pessoa com FEPF** ou com limitação funcional ou de desempenho; b)- **Reformulação das estratégias** a partir dos resultados obtidos, procurando a capacitação da pessoa.	a)- Monitoriza a implementação e resultados obtidos em função dos objetivos da pessoa com FEPF ou com limitação funcional ou de desempenho; b)- Reformula estratégias a partir dos resultados obtidos, procurando a capacitação da pessoa.

Objetivos Específicos

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Domínio A Responsabilidade, ética e legal	**Domínio B** Melhoria contínua da qualidade	**Domínio C** Gestão dos Cuidados	**Domínio D** Desenvolvimento das aprendizagens profissionais
8. Demonstrar capacidade de tomada de decisão na prática de ER, respeitando normas legais, princípios éticos e deontológicos; 9. Promover práticas de cuidados seguras, que garantam os direitos, dignidade e privacidade da pessoa.	10. Participar em projetos de melhoria continua, na área de ER, instituídos nas organizações dos contextos de ensino clínico; 11. Promover ambientes terapêuticos seguros.	12. Desenvolver competências de liderança e de trabalho em equipa, de forma a rentabilizar os recursos existentes perante as necessidades de cuidados especializados em reabilitação	13. Demonstrar autoconhecimento e assertividade; 14. Demonstrar conhecimentos para a prática especializada.

Locais de Estágio

[redacted] Serviço de Ortopedia

ACES [redacted] – UCC [redacted]

Cronograma de Atividades

Mês	Outubro			Novembro					Dezembro		Janeiro					Fevereiro		
Semanas	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	3	10	17	24	31	7	14	21
	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	2	9	16	23	30	6	13	20	25
Competências/Objetivos Específicos	Contexto Hospitalar									Contexto Comunitário								
Competência Específica J1: Objetivo específico 1											FÉRIAS DE NATAL							
Competência Específica J1: Objetivo específico 2																		
Competência Específica J1: Objetivo específico 3																		
Competência Específica J2: Objetivo específico 4																		
Competência Específica J2: Objetivo específico 5																		
Competência Específica J3: Objetivo específico 6																		
Competência Específica J3: Objetivo específico 7																		
Competência Comum A1: Objetivo específico 8																		
Competência Comum A2: Objetivo específico 9																		
Competência Comum B1 e B2: Objetivo específico 10																		
Competência Comum B3: Objetivo específico 11																		
Competência Comum C1 e C2: Objetivo específico 12																		
Competência Comum D1: Objetivo específico 13																		
Competência Comum D2:Objetivo específico 14																		

Considerações Finais

- O compromisso da mobilidade compromete o autocuidado e restringe a participação na sociedade.
- As intervenção do EEER no período pré e pós operatório das pessoas submetidas a cirurgia por FEPF permite:

a melhoria da função, a maximização do potencial funcional e da independência da pessoa, mostrando ganhos em saúde que são sensíveis aos indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem ao nível da melhoria da qualidade de vida e da satisfação da pessoa.

(Ordem dos Enfermeiros, 2015)

Referências Bibliográficas

- Baixinho, C. L. (2011). Funcionalidade após fratura do colo do fêmur TT - Outcome after femoral neck fracture TT - Funcionalidad después de la fractura del cuello del fêmur. *Rev. Baiana Enferm*, *25*(3), 311–319. http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5480/4908
- Baixinho, C., Dixe, M., Câmara, P., & Jesus, É. (2013). *TUGT (Timed up and go test): um bom preditor do risco de queda ?: Resultados de uma Revisão Sistemática de Literatura* .
- INE, I. (2020). *Anuário Estatístico de Portugal 2019* (Vol. 2019).
- Laires , P. A., Perelman , J., Consciência, J. G., Monteiro, J., & Branco, J. C. (2015). Actualização sobre o impacto epidemiológico e socioeconómico das fracturas da extremidade proximal do fémur. *Acta Reumatologica Portuguesa* , *2015*(3), 223–230.
- MCEER. (2015). *Áreas Investigação Prioritárias Para a Especialidade De Enfermagem De Reabilitação* . *ÁREAS INVESTIGAÇÃO PRIORITÁRIAS PARA A ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO* , 8. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EE R.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de Reabilitaç ão.* https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados _Descrit_PQCER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República, 2 ª Série - n.º 85 - 3 de Maio de 2019* , 13565–13568. https://dre.pt/home/ -/dre/122216893/details/maximized
- Silva, J., Linhares, D., Ferreira, M., Amorim, N., Neves, N., & Pinto, R. (2018). Epidemiological trends of proximal femoral fractures in the elderly population in Portugal. *Acta Medica Portuguesa* , *31*(10), 562–567. https://doi.org/10.20344/amp.10464
- Silva, A. Da, Almeida, G. J. M., Cassilhas , R. C., Cohen, M., Peccin, M. S., Tufik, S., & De Mello, M. T. (2008). Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. *Revista Brasileira de Medicina Do Esporte*, *14*(2), 88–93. https://doi.org/10.1590/S1517-86922008000200001
- Silveira, A., Gonçalves, A., Catalão, C., Spínola, C., Pimentel, F., Soares, L., Tapadinhas, M., & Tomás, T. (2003). Fracturas da extremidade proximal do fémur no idoso: recomendações para intervenção terapêutica. In *Direcção Geral de Saúde* .
- Sousa, L., & Carvalho, M. L. (2017). *Pessoa com fratura da extremidade superior do fémur* . 421–431. https://www.researchgate.net/profile/Luis_Sousa20/publication/311206198_Pessoa_com_fratura_da_extremidade_superior_do_femur/l inks/586af72f08aebf17d3a4cfd3/Pessoa-com-fratura-da-extremidade -superior-do-femur.pdf
- Veronese, N.; Kolk, H. & Maggi , S. (2020). *Epidemiology of Fragility Fractures and Social Impact . In Falaschi , P. & Marsh , D. (coords). Orthogeriatrics . The Management of Older Patients with Fragility Fractures .*

12º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

UC Opção II – Projeto – Apresentação Final

A Intervenção do EEER na prevenção do declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur

Telma Filipa Anunciação Antunes

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Prof. Orientadora Mª do Céu Sá

ANEXOS

ANEXO I - Escalas e Instrumentos de Avaliação Funcional

Figura 1 – Versão Portuguesa da Falls Efficacy Scale (Tinetti)

Versão Portuguesa da Falls Efficacy Scale (FES)

ABAIXO ESTÃO INDICADAS VÁRIAS TAREFAS.
Á FRENTE DELAS ENCONTRA-SE UMA LINHA QUE MEDE O GRAU DE CONFIANÇA, OU SEJA, O MEDO QUE TEM DE CAIR NA SUA EXECUÇÃO.
MARQUE NA LINHA COM UMA CRUZ O QUE SENTE AO EXECUTAR A TAREFA.

	Sem nenhuma Confiança				**Minimamente Confiante**					**Muito Confiante**
1. Vestir e despir-se	**1**	2	3	4	**5**	6	7	8	9	**10**
2. Preparar uma refeição ligeira	**1**	2	3	4	**5**	6	7	8	9	**10**
3. Tomar um banho ou duche	**1**	2	3	4	**5**	6	7	8	9	**10**
4. Sentar / Levantar da cadeira	1	2	3	4	**5**	6	7	8	9	**10**
5. Deitar / Levantar da cama	**1**	2	3	4	**5**	6	7	8	9	**10**
6. Atender a porta ou o telefone	**1**	2	3	4	**5**	6	7	8	9	**10**
7. Andar dentro de casa	**1**	2	3	4	**5**	6	7	8	9	**10**
8. Chegar aos armários	**1**	2	3	4	**5**	6	7	8	9	**10**
9. Trabalho doméstico ligeiro (limpar o pó, fazer a cama, lavar a louça)	**1**	2	3	4	**5**	6	7	8	9	**10**
10. Pequenas compras	**1**	2	3	4	**5**	6	7	8	9	**10**

Fonte: Melo, C. A. de. (2012). *Artigo Original Artigo Original*. *34*(12), 128–139.

Anexo III – Escala de Barthel e instruções

1.Alimentação	
Independente	❑10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	❑ 5
Dependente	❑ 0
2.Transferências	
Independente	❑15
Precisa de alguma ajuda	❑10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	❑ 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	❑ 0
3.Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	❑ 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	❑ 0
4.Utilização do WC	
Independente	❑10
Precisa de alguma ajuda	❑ 5
Dependente	❑ 0
5.Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	❑ 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	❑ 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	❑15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	❑10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	❑ 5
Imóvel	❑ 0
7.Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	❑10
Precisa de ajuda	❑ 5
Dependente	❑ 0
8.Vestir	
Independente	❑10
Com ajuda	❑ 5
Impossível	❑ 0
9.Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	❑10
Acidente ocasional	❑ 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	❑ 0
10.Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	❑10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	❑ 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	❑ 0

TOTAL	

Fonte: George, F. H. M. (2011). Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação. *Direção-Geral de Saúde*, *054/2011*, 1–19.

Frail Scale

Please ask the participant the following questions (not a self-assessment):

Age: _____

Fatigue: How much of the time during the past 4 weeks did you feel tired?

1 = All of the time, 2 = Most of the time, 3 = Some of the time, 4 = A little of the time, 5 = None of the time.

Responses of "1" or "2" are scored as 1 and all others as 0.

Score_____

Resistance: By yourself and not using aids, do you have any difficulty walking up 10 steps without resting? *1 = Yes, 0 = No.*

Score_____

Ambulation: By yourself and not using aids, do you have any difficulty walking a couple of blocks (e.g. several hundred yards)? *1 = Yes, 0 = No.*

Score_____

Illnesses: Did a doctor ever tell you that you have [illness]? How many (see list below): _____

The total illnesses (0–11) are recoded as 0–4 = 0 and 5–11 = 1.

The illnesses include hypertension, diabetes, cancer (other than a minor skin cancer), chronic lung disease, heart attack, congestive heart failure, angina, asthma, arthritis, stroke, and kidney disease.

Score_____

Loss of weight: How much do you weigh? _____[current weight]

One year ago in May of 2018, how much did you weigh?_____[weight 1 year ago]"

Percent weight change is computed as: [[weight 1 year ago - current weight]/weight 1 year ago]] * 100.

Percent change > 5 (representing a 5% loss of weight) is scored as 1 and < 5% as 0.

Score_____

Total Score: _____

A score of **0** represents robust health status

1-2: Pre-frail

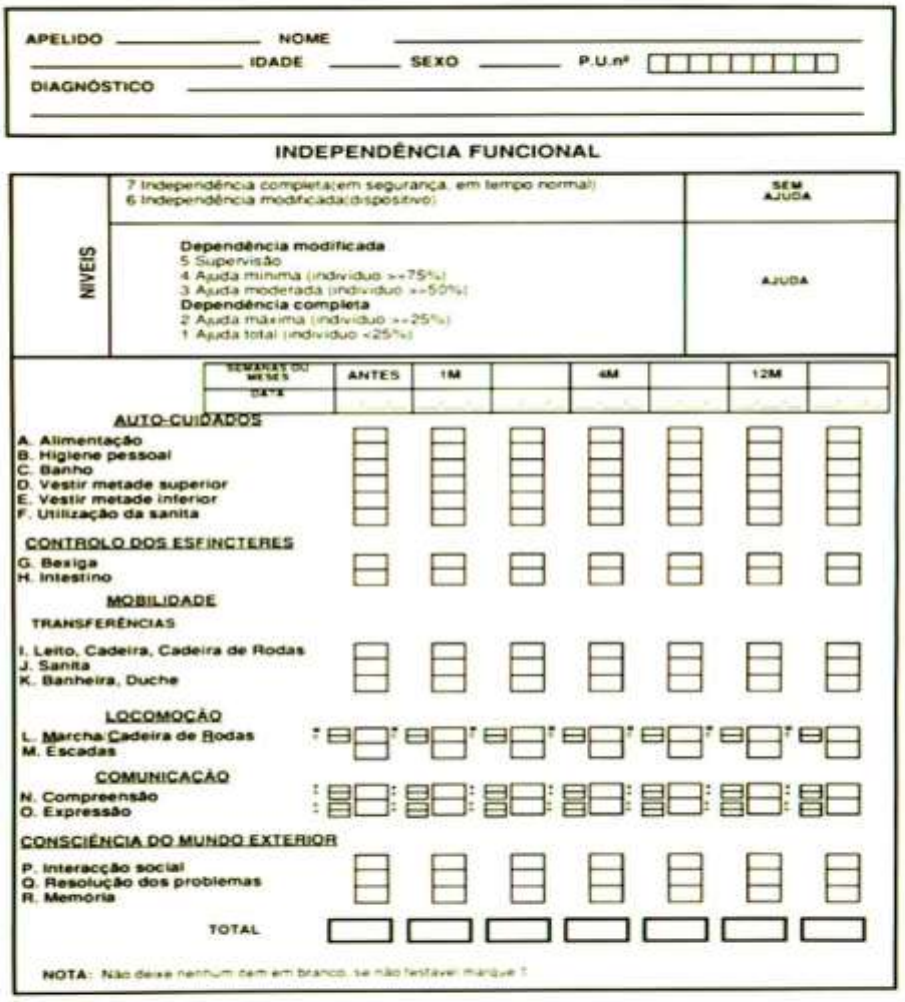
3-5: Frail

Frailty has been significantly associated with malnutrition.

If the participant screens as Pre-frail or Frail, ask if they have been admitted to the hospital in the past 3 months (Y/N)? _____

Fonte: Morley, J. E. (2012). *Frail Scale*. 4–5.

Anexo IV – Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)



APELIDO _____ NOME _____

_____ IDADE _____ SEXO _____ P.U.nº ☐☐☐☐☐☐☐☐

DIAGNÓSTICO _____

_____

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

NÍVEIS		
	7 Independência completa(em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada(dispositivo)	SEM AJUDA
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) **Dependência completa** 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%)	AJUDA

SEMANAS OU MESES / DATA	ANTES	1M		4M		12M	

AUTO-CUIDADOS
A. Alimentação
B. Higiene pessoal
C. Banho
D. Vestir metade superior
E. Vestir metade inferior
F. Utilização da sanita

CONTROLO DOS ESFINCTERES
G. Bexiga
H. Intestino

MOBILIDADE
TRANSFERÊNCIAS
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas
J. Sanita
K. Banheira, Duche

LOCOMOÇÃO
L. Marcha Cadeira de Rodas
M. Escadas

COMUNICAÇÃO
N. Compreensão
O. Expressão

CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR
P. Interacção social
Q. Resolução dos problemas
R. Memória

TOTAL

NOTA: Não deixe nenhum item em branco, se não testável marque 1

Fonte: George, F. H. M. (2011). Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação. *Direção-Geral de Saúde*, *054/2011*, 1–19.

Escala de Avaliação da Força Muscular
(MRC-Medical Research Council)

0	Não se percebe nenhuma contração
1	Traço de contração, sem produção do movimento
2	Contração fraca, produzindo movimento com a eliminação da gravidade
3	Realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional
4	Realiza movimento contra a resistência externa moderada e gravidade
5	É capaz de superar maior quantidade de resistência que o nível anterior

Fonte: Leitores, C., & Sousa, M. A. De. (2018). *A Podologia – Da fundamentação teórica à aplicação prática The Podiatry – From theoretical foundation to practice application*. *10*.

Escala de Equilíbrio de Berg

DESCRIÇÃO DOS ITENS	Pontuação (0-4)
1. Da posição de sentado para a posição de pé	_____
2. Ficar em pé sem apoio	_____
3. Sentado sem apoio	_____
4. Da posição de pé para a posição de sentado	_____
5. Transferências	_____
6. Ficar em pé com os olhos fechados	_____
7. Ficar em pé com os pés juntos	_____
8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado	_____
9. Apanhar um objecto do chão	_____
10.Virar-se para olhar para trás	_____
11. Dar uma volta de 360 graus	_____
12. Colocar os pés alternadamente num degrau	_____
13.Ficar em pé com um pé à frente do outro	_____
14. Ficar em pé sobre uma perna	_____

TOTAL _____

1. DA POSIÇÃO DE SENTADO PARA A POSIÇÃO DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos como suporte.

( ) 4 Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma

( ) 3 Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos

( ) 2 Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas

( ) 1 Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável

( ) 0 Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar

2. FICAR EM PÉ SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar.

( ) 4 Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos

( ) 3 Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão

( ) 2 Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos

( ) 1 Necessita de várias tentativas para se manter de pé , sem apoio, durante 30 segundos

( ) 0 Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda

• Se o sujeito conseguir manter-se em pé durante 2 minutos sem apoio, deverá registar-se a pontuação máxima no item 3. Prosseguir para o item 4.

3. SENTA-SE COM AS COSTAS DESAPOIADAS MAS COM OS PÉS APOIADOS NO CHÃO OU SOBRE UM BANCO

• INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.

( ) 4 Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos

( ) 3 Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão

( ) 2 Mantém-se sentado durante 30 segundos

( ) 1 Mantém-se sentado durante 10 segundos

( ) 0 Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos

4. DA POSIÇÃO DE PÉ PARA A POSIÇÃO DE SENTADO

• INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

( ) 4 Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos

( ) 3 Ao sentar-se recorre às mãos

( ) 2 Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida

( ) 1 Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida

( ) 0 Necessita de ajuda para se sentar

5. TRANSFERÊNCIAS

• INSTRUÇÕES: Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo "pivot". Podem ser utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira sem braços.

( ) 4 Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos

( ) 3 Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos

( ) 2 Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão

( ) 1 Necessita de ajuda de uma pessoa

( ) 0 Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança

6. FICAR EM PÉ SEM APOIO E COM OS OLHOS FECHADOS

• INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos.

( ) 4 Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos

( ) 3 Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão

( ) 2 Consegue manter-se em pé durante 3 segundos

( ) 1 Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável

( ) 0 Necessita de ajuda para evitar a queda

7. MANTER-SE EM PÉ SEM APOIO E COM OS PÉS JUNTOS

• INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar.

( ) 4 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto

( ) 3 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão

( ) 2 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma, mas não consegue manterá posição durante 30 segundos

( ) 1 Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos

( ) 0 Necessita de ajuda para chegar à posição mas não consegue mantê-la durante 15 segundos

8. INCLINAR-SE PARA A FRENTE COM O BRAÇO ESTENDIDO AO MESMO TEMPO QUE SE MANTÉM DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Mantenha o braço estendido a 90 graus. Estique os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (O examinador coloca uma régua no final dos dedos quando o braço está a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar a rotação do tronco.)

( ) 4 Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante (10 polegadas)

( ) 3 Consegue inclinar-se mais de 12 cm para a frente, com segurança (5 polegadas)

( ) 2 Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança (2 polegadas)

( ) 1 Inclina-se para a frente mas necessita de supervisão

( ) 0 Perde o equilíbrio durante as tentativas / necessita de apoio externo

9. APANHAR UM OBJECTO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO DE PÉ

• NSTRUÇÕES: Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés.

( ) 4 Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança

( ) 3 Consegue apanhar o chinelo mas necessita de supervisão

( ) 2 Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma

( ) 1 Não consegue apanhar o chinelo e necessita supervisão enquanto tenta

( ) 0 Não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

10. VIRAR-SE PARA OLHAR SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO ENQUANTO ESTÁ DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Vire-se e olhe para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o lado direito. O examinador pode pegar num objecto para o paciente olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar a rotação.

( ) 4 Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso

( ) 3 Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir o peso

( ) 2 Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio

( ) 1 Necessita de supervisão ao virar

( ) 0 Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

11. DAR UMA VOLTA DE 360 GRAUS

• INSTRUÇÕES: Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direcção oposta.

( ) 4 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos

( ) 3 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em 4 segundos ou menos

( ) 2 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança mas lentamente

( ) 1 Necessita de supervisão ou de indicações verbais

( ) 0 Necessita de ajuda enquanto dá a volta

12. COLOCAR OS PÉS ALTERNADOS NUM DEGRAU OU BANCO ENQUANTO SE MANTÉM EM PÉ SEM APOIO

• INSTRUÇÕES: Coloque cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.

( ) 4 Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos

( ) 3 Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos

( ) 2 Consegue completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão

( ) 1 Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda

( ) 0 Necessita de ajuda para evitar a queda / não consegue tentar

13. FICAR EM PÉ SEM APOIO COM UM PÉ À FRENTE DO OUTRO

• INSTRUÇÕES: (DEMOSTRAR PARA O SUJEITO) Coloque um pé exactamente em frente do outro. Se sentir que não consegue colocar o pé exactamente à frente, tente dar um passo suficientemente largo para que o calcanhar do seu pé esteja à frente dos dedos do seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura do paciente deverá aproximar-se da sua passada normal).

( ) 4 Consegue colocar um pé exactamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos

( ) 3 Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos

( ) 2 Consegue dar um pequeno passo, de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos

( ) 1 Necessita de ajuda para dar um passo mas consegue manter a posição durante 15 segundos

( ) 0 Perde o equilíbrio enquanto dá o passo ou ao ficar de pé

14. FICAR EM PÉ SOBRE UMA PERNA

• INSTRUÇÕES: Fique em pé sobre uma perna, sem se segurar, pelo maior tempo possível.

( ) 4 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante mais de 10 segundos

( ) 3 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição entre 5 e 10 segundos

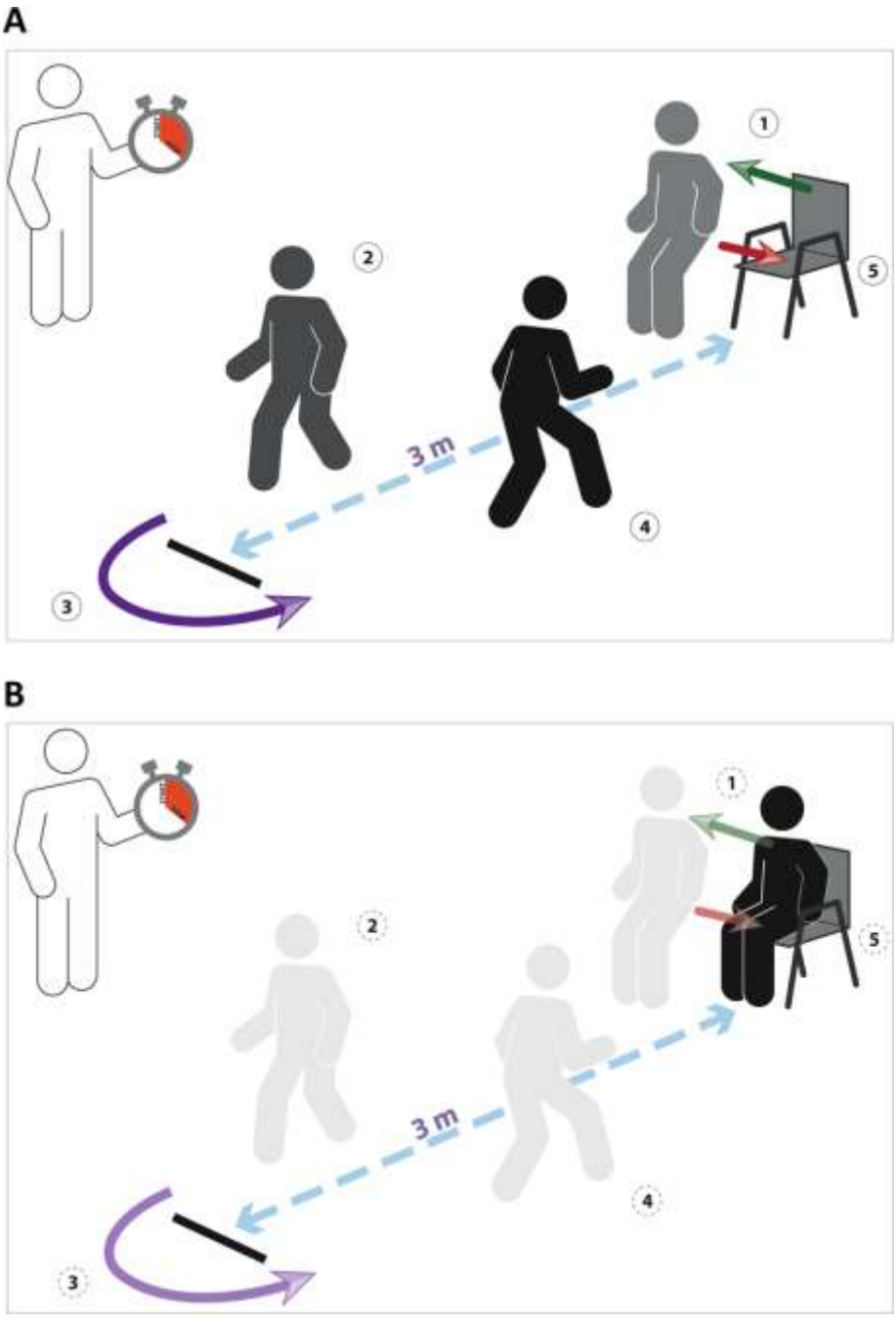
( ) 2 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante 3 segundos ou mais

( ) 1 Tenta levantar a perna sem conseguir manter a posição durante 3 segundos, mas continua a manter-se em pé de forma autónoma

( ) PONTUAÇÃO TOTAL (máximo = 56)

Fonte: Apóstolo, J. L. A. (2012). Instrumentos para Avaliação em Geriatria. *ESENFC*, *4*. https://doi.org/10.1111/1758-5899.12388

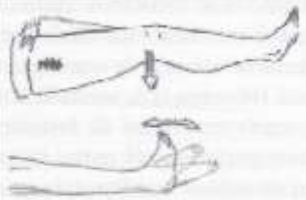
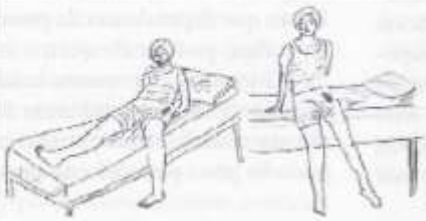
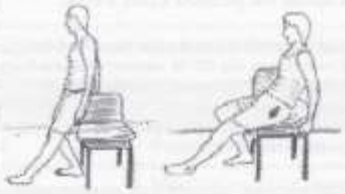
Timed Up and Go Test



Fonte: https://www.researchgate.net/figure/Principle-of-the-timed-up-and-go-TUG-test-top-and-of-the-imaginary-TUG-test_fig3_298420630

ANEXO II – Principais exercícios de RFM no pós-operatório da FEPF

Quadro 3 – Principais exercícios de RFM no período pós-operatório.

Exercícios	Descrição e ilustração	
Contrações isométricas e mobilização da articulação tibiotársica		1. Contração dos glúteos, quadricípites e isquiotibiais durante 4 segundos, 2 séries de 10 repetições; 2. Flexão plantar e dorsiflexão da articulação tibiotársica, 2 séries de 10 repetições.
Levante da cama		1. Sair pelo lado do membro afetado/operado; 2. Sentar na cama apoiado nos antebraços sem fletir o tronco com o membro lesado / operado em extensão; 3. Fletir o membro não lesado, rodar até tocar no chão.
Sentar e levantar da cadeira		1. Colocar o membro lesado / operado em extensão antes de se sentar; 2. Baixar-se lentamente usando a força de ambos os membros superiores; 3. Para se levantar, proceder de forma inversa.
Uso do sanitário		1. Pode ser facilitador utilizar o alteador de sanita; 2. Colocar o membro lesado / operado em extensão antes de se sentar; 3. Apoiar-se nas barras e baixar-se lentamente usando a força de ambos os membros superiores; 4. Para se levantar, proceder de forma inversa.
Treino de marcha com canadianas		1. Avançar as duas canadianas ou andarilho; 2. Deslocar o membro inferior lesado / operado até ao nível das canadianas ou andarilho; 3. Avançar o membro inferior não operado; 4. Mudar de direção virando-se sobre o lado não operado.

(Continua)

Fonte: Sousa, L., Carvalho, M.L. (2017). Pessoa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur. In C. M. Vieira, L. Sousa, (1ª Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 426-427). Loures: Lusodidacta

Quadro 3 – Principais exercícios de RFM no período pós-operatório – *cont.*

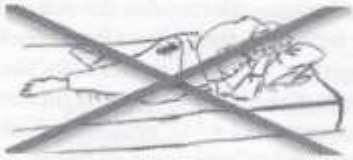
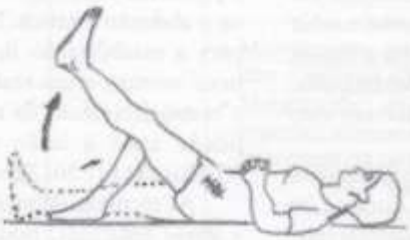
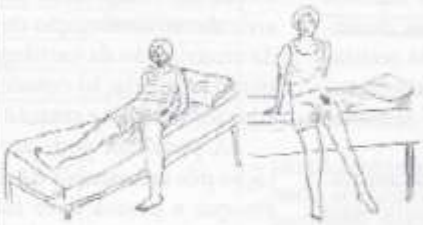
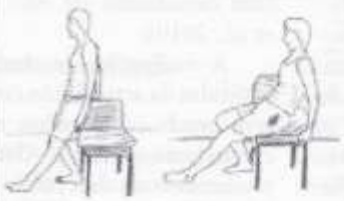
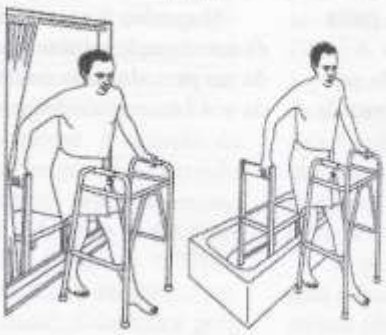
Treino de subir e descer escadas		**Subir** 1. Membro inferior não operado; 2. Membro inferior lesado /operado; 3. Canadianas o degrau onde estão os pés. **Descer**: fazer o inverso.
Entrar e sair do carro		1. Sentar-se com os membros inferiores de fora; 2. Rodar os membros inferiores dentro; 3. Membro operado em extensão; 4. Para sair, fazer o inverso.

Ilustrações de Luís Sousa.

Fonte: Sousa, L., Carvalho, M.L. (2017). Pessoa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur. In C. M. Vieira, L. Sousa, (1ª Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 426-427). Loures: Lusodidacta

ANEXO III – Ensino, Instrução e Treino no pós-operatório da pessoa submetida a ATA com abordagem posterior

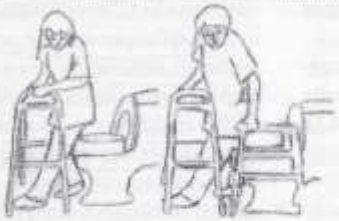
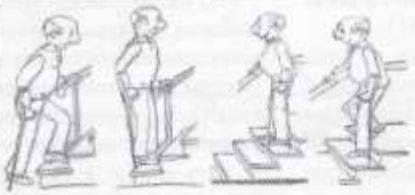
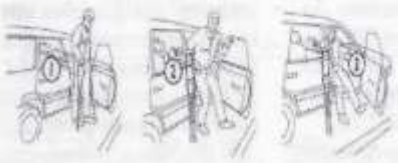
Quadro 4 – Intervenção Educacional da pessoa submetida a ATA com abordagem posterior, no período pós-operatório.

Ensinar, Instruir e Treinar	Descrição e ilustração	
Posicionamentos no Leito		Evitar os movimentos luxantes em: • Decúbito lateral para o lado não intervencionado. • Decúbito Semi-dorsal para o lado intervencionado. • Decúbito Dorsal.
Extensão Lombo-Pélvica Ou meia ponte		1. Colocar o membro intervencionado em extensão. 2. Fletir o membro não intervencionado. 3. Usando a força de ambos os membros superiores para elevar a região lombo-pelvica.
Levante da cama		1. Sair pelo lado do membro intervencionado. 2. Sentar na cama, apoiado nos antebraços, evitando fletir o tronco para além de 90º graus, com o membro intervencionado em extensão. 3. Fletir o membro são, rodar até tocar no chão.
Sentar e levantar da cadeira		1. Colocar o membro intervencionado em extensão antes de se sentar. 2. Baixar-se lentamente usando a força de ambos os membros superiores apoiados na cadeira. 3. Para se levantar, proceder de forma inversa.
Uso base de chuveiro / Banheira		1. Utilizar se possível base de chuveiro em vez da banheira. 2. Utilizar barras de apoio. 3. Tomar banho sentado. (Utilizar cadeira de banho / tabua de banho (banheira)). 4. Para entrar e sair da cadeira de banho ou tábua: primeiro entra o membro são e depois sai com o membro intervencionado em extensão.

(Continua)

Fonte: Sousa, L., Carvalho, M.L. (2017). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia. In C. M. Vieira, L. Sousa, (1ª Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 412-413). Loures: Lusodidacta

Quadro 4 – Intervenção Educacional da pessoa submetida a ATA com abordagem posterior, no período pós-operatório – *cont.*

Ensinar, Instruir e Treinar	Descrição e ilustração	
Uso do sanitário		1. Utilizar o alteador de sanita. 2. Colocar o membro intervencionado em extensão antes de se sentar. 3. Apoiar-se nas barras e baixar-se lentamente usando a força de ambos os membros superiores. 4. Para se levantar, proceder de forma inversa.
Treino de marcha com andarilho ou canadianas		1. Avançar o andarilho ou as duas canadianas 2. Deslocar o membro inferior intervencionado até ao nível das canadianas ou andarilho. 3. Avançar o membro inferior são. 4. Mudar de direção virando-se sobre o lado são.
Treino de subir e descer escadas		Sequencia para subir: 1. Membro inferior são. 2. Membro inferior intervencionado. 3. Colocar as canadianas no degrau onde se encontram os pés. 4. Descer, fazer o inverso.
Apanhar objectos do chão		1. Utilizar os membros superiores para se apoiar. 2. Membro intervencionado em extensão para trás (proibido na abordagem anterior). 3. Fletir o membro são. 4. Evitar ajoelhar-se mas se tiver de o fazer leve primeiro o joelho do lado intervencionado ao chão.
Entrar e sair do carro		1. Sentar-se com os membros inferiores de fora. 2. Rodar os membros inferiores dentro. 3. Membro intervencionado em extensão. 4. Para sair, fazer o inverso.

Nota: Ilustrações de Luís Sousa.

Fonte: Sousa, L., Carvalho, M.L. (2017). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia. In C. M. Vieira, L. Sousa, (1ª Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 412-413). Loures: Lusodidacta

APÊNDICE 2 – Estudo de caso da Sra. D. N.B.

ESTUDO DE CASO DA SRA. D. N.B.

1. COLHEITA DE DADOS

Dados Pessoais	
Nome: N.B. Idade: 71 anos Género: Feminino Profissão: Doméstica Raça: Branca Nacionalidade: Portuguesa	
História de Doença Atual (informação colhida do processo Clínico disponível em SClínico)	
Utente de 71 anos, previamente autónoma no autocuidado, deambulava sem produtos de apoios. No dia 16/10/2021 deu entrada no SU por queda da própria altura quando atravessava uma passadeira, do qual resultou traumatismo da anca esquerda. Diagnosticada fratura subcapital do fémur esquerdo.	
Diagnóstico	Fratura subcapital do fémur esquerdo
Cirurgia	17/10/2021 – PTA não cimentada (via de abordagem: posterior) sob anestesia raquidiana
Terapêutica	(19/10/2021) Ceterolac 30mg via EV (SOS até 2xdia) Enoxaparina 40mg via SC (1xdia – 19h) Irbesartan 150mg via PO (1xdia - 9h) Levotiroxina 0,05mg via PO (1xdia - 7h) Loflazepato de etilo 2mg via PO (1xdia - 22h) Metamizol de Magnésio 2gr via EV (8/8h) Pantoprazol 20mg via PO (1xdia - 7h) Paracetamol 1gr via EV (8/8h) Propanolol 10mg via PO (2xdia - 9h + 19h) Sertralina 100mg via PO (1xdia - 9h)
Dieta	Geral

Resumo das notas de evolução do Internamento
Pós-operatório imediato sem intercorrências. Indicação do cirurgião para iniciar programa de reabilitação com levante e início de treino de marcha com carga total 24h pós cirurgia. Valor de Hb 11,7g/dl (18/10/21). Veio algaliada do Bloco Operatório sendo desalgaliada 2 dias após a cirurgia. 19/10/2021 – Realizou radiografia da anca esquerda que confirmou correto posicionamento dos elementos protésicos femoral e acetabular. Cuidados de higiene no leito com ajuda parcial. Penso cirúrgico foi feito. Sutura operatória sem sinais inflamatórios. Foi desalgaliada e urinou espontaneamente na arrastadeira e na casa de banho. Iniciado programa de reeducação funcional motora e respiratória. Efetuadas mobilizações ativas-assistidas das articulações: -coxofemoral esquerda: flexão, extensão, abdução e adução (amplitude articular coxofemoral esquerda: Flexão 60º; Abdução 40º) -joelho esquerdo: flexão e extensão. Efetuado ensino, instrução e treino de: contrações isométricas dos glúteos, quadricípites; mobilizações ativas livres da articulação tibiotársica, do MI direito e dos MS (fortalecimento muscular); A nível respiratórios realizou dissociação dos tempos respiratórios, respiração diafragmática e exercícios de expansão torácica. Efetuou 1º levante, sem alteração dos sinais vitais, para cadeirão e iniciou treino de marcha com andarilho junto à unidade (pouca tolerância por dor). Fornecida informação e treino relativos à prevenção de quedas/gestão do risco em casa; exercícios de reabilitação recomendados; promoção da autonomia no autocuidado. Fornecido documento de apoio ao ensino com as recomendações (folheto: Cuidados após Prótese Total da Anca) 20/10/2021 – Após mobilizações ativas-assistidas no leito efetuou levante. Retomou treino de marcha com andarilho com tolerância (sem queixas de dor). Promovida autonomia no autocuidado (higiene na casa de banho - sentada num banco; utilização do sanitário com alteador de sanita). Treino de sentar e levantar da cadeira e transferência cama-cadeira-cama.

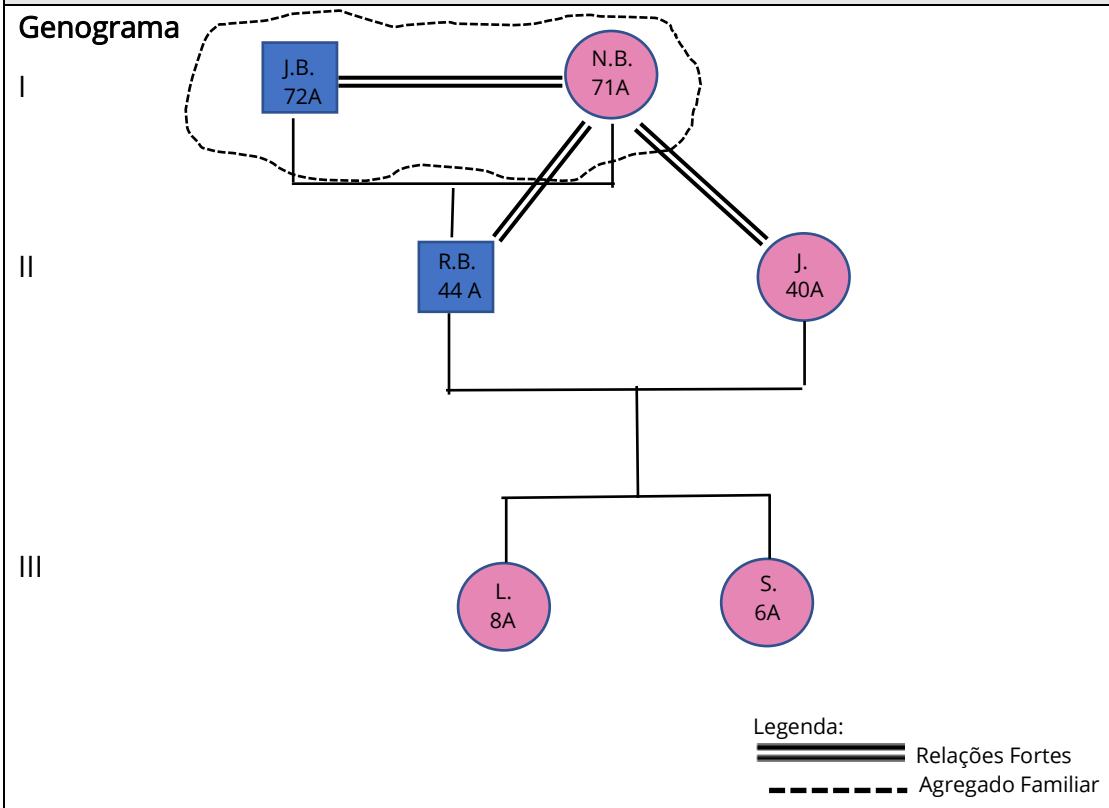
21/10/2021 – Mobilizações ativas-resistidas do MI Esquerdo (amplitude articular da anca esquerda: Flexão 70º; Abdução 40º). Orientação, instrução e treino de marcha com canadianas (piso sem declive e subir e descer escadas) com tolerância e sucesso. Autocuidado na casa de banho com supervisão. Reforçados ensinos e esclarecidas dúvidas tendo alta para casa.
Antecedentes pessoais de saúde
HTA Arritmia Cardíaca não especificada Dislipidemia Hipotiroidismo Perturbação da ansiedade Histerectomia total em 2005
Medicação habitual
Omeprazol 20mg – 1cp em jejum Levotiroxina 0,05mg em jejum Propanolol 10mg – 1cp ao peq. Almoço e ao jantar Idebenona 45mg- 1cp ao peq. Almoço Irbesartan 150mg – 1cp ao peq. Almoço Sertralina 100mg – 1cp ao peq. Almoço Victan (loflazepato de etilo) 2mg – ao deitar Diazepan 5mg em SOS
Alergias: desconhece alergias medicamentosas

Caracterização familiar e do meio envolvente
A utente vive com o marido (reformado) num apartamento (casa própria), que segundo a mesma não terá barreiras arquitetónicas, havendo espaço para circular com andarilho ou canadianas. A casa de banho tem base de duche e não existem degraus dentro da habitação. O prédio tem elevador, sem degraus na entrada. O marido (autónomo) é o principal cuidador e conta ainda com o apoio

do filho e da nora com quem mantém uma relação estreita. A utente apresenta uma boa relação com os serviços de saúde (C.S e hospital da área de residência).

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

Genograma



Índice de Graffar Adaptado – Resultado: Classe Social II – Classe Média Alta (10 pontos com 4 itens)

1- Dimensão estrutural

- Rendimento Familiar: Suficiente
- Edifício Residencial familiar: Seguro
- Precaução de Segurança: Demonstrada
- Abastecimento de água: Adequado
- Animal doméstico: Não tem

2- Dimensão Desenvolvimento

- Satisfação conjugal: mantida (casada, vive com o marido)
- Papel parental: Adequado (família com um filho adulto, nora e duas netas)

3- Dimensão Funcional

- Processo familiar: Funcional
- Comunicação Familiar: Adequada
- Coping: Eficaz
- Interação de papeis: Eficaz
- Relação Dinâmica: Funcional

2. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL

2.1- Exame Físico (19/10/2021)

A Sra. D. N.B. apresenta uma ferida cirúrgica com material de sutura (agrafos) na região trocantérica esquerda – sem presença de sinais inflamatórios. Apresenta cicatriz mediana infra-umbilical (antecedente cirúrgico de histerectomia). Restantes partes do corpo sem feridas ou cicatrizes. Não apresenta varizes. Usa óculos apenas para ler.

Peso: 72 kg

Altura: 1,70m

IMC: 24,9kg/m^2 – Peso normal

2.2- Avaliação da Funcionalidade

2.2.1- **Avaliação da Dor**: Escala Qualitativa (escolhida pela utente)

Localização	Coxofemoral Esquerda		
Fatores de Agravamento	-Abdução coxofemoral esquerda -Flexão coxofemoral esquerda -Carga no MI esquerdo		
Fatores de Alívio	-Analgesia -Crioterapia -Extensão coxofemoral esquerda -Repouso do MI esquerdo		
Intensidade (perante os fatores de agravamento). Sem dor em repouso nas avaliações realizadas	19/10/2021	20/10/2021	21/10/2021
	moderada	ligeira	ligeira

2.2.2 – **Avaliação da Amplitude articular dos MI:** Goniómetro

Articulação	Movimento	19/10	20/10	21/10
Coxofemoral Esquerda	Abdução Adução	40º 0º	40º 0º	40º 0º
Coxofemoral Direita	Abdução Adução	45º 10º	45º 10º	45º 10º
Coxofemoral Esquerda	Flexão Extensão	60º 0º	60º 10º	70º 10º
Coxofemoral Direita	Flexão Extensão	90º 10º	90º 10º	90º 10º
Joelho Esquerdo	Flexão Extensão	110º 0º	110º 0º	110º 0º
Joelho Direito	Flexão Extensão	125º 0º	125º 0º	125º 0º
Tibiotársica Esquerda	Flexão Dorsal Flexão Plantar	20º 45º	--- ---	20º 45º
Tibiotársica Direita	Flexão Dorsal Flexão Plantar	20º 45º	--- ---	20º 45º
Tibiotársica Esquerda	Inversão Eversão	40º 20º	--- ---	40º 20º
Tibiotársica Direita	Inversão Eversão	40º 20º	--- ---	40º 20º

2.2.3- **Avaliação da Força Muscular dos Segmentos Corporais:** Escala de avaliação da força Medical Research Council (MRC)

Segmento Corporal	Movimento	Avaliação da Força Muscular 19/10 – 21/10
Cabeça e Pescoço	Inclinação Lateral	5/5
	Flexão/Extensão	5/5
	Rotação	5/5

Membros Superiores	Movimento	Esquerdo 19/10 – 21/10			Direito 19/10 – 21/10
Escapulo-Umeral	Abdução/Adução	5/5			5/5
	Elevação/Depressão	5/5			5/5
	Flexão/Extensão	5/5			5/5
	Rotação Interna/Externa	5/5			5/5
Cotovelo	Flexão/Extensão	5/5			5/5
Antebraço	Pronação/Supinação	5/5			5/5
Punho	Desvio Radial/cubital	5/5			5/5
	Flexão/Extensão	5/5			5/5
	Circundação	5			5
Dedos da Mão	Flexão/Extensão	5/5			5/5
	Oponência	5			5
	Abdução/Adução	5/5			5/5
	Circundação	5			5
Membros Inferiores	Movimento	Esquerdo			Direito
		19/10	20/10	21/10	19/10 – 21/10
Coxofemoral	Abdução/Adução	3/3	4/4	4/4	5/5
	Flexão/extensão	3/3	4/4	4/4	5/5
	Rotação Interna	Movimento proibido			5
	Rotação Externa	3	4	4	5
Joelho	Flexão/Extensão	3/3	4/4	4/4	5/5
Tibiotársica	Dorsiflexão/Flexão Plantar	5/5	5/5	5/5	5/5
	Inversão/Eversão	5/5	5/5	5/5	5/5
Dedos do Pé	Flexão/Extensão	5/5	5/5	5/5	5/5

2.2.4– **Avaliação do Risco de Queda**: Escala de Morse

	19/10 e 21/10/2021
Historial de Quedas	Sim
Diagnóstico Secundário	Sim
Ajuda para caminhar	Canadianas/Bengala/Andarilho
Terapia Intravenosa	Não
Postura no andar e na transferência	Debilitada
Estado Mental	Consciente das suas limitações
Pontuação	65 pontos = Alto Risco de Queda

2.2.5 - **Avaliação do Equilíbrio Estático e Dinâmico e Predição do risco de Queda**: Escala de Berg

Escala de Berg	19/10/2021	20/10/2021	21/10/2021
1- Da posição de sentado para posição de Pé	1	2	3
2- Ficar em pé sem apoio	0	0	1
3- Sentado sem apoio	3	4	4
4- Da posição de pé para a posição de sentado	3	3	3
5- Transferências	0	1	2
6- Ficar em pé com os olhos fechados	0	1	1
7- Ficar em pé com os pés juntos	0	0	0
8- Inclinar-se para a frente com o braço esticado	0	0	1
9- Apanhar um objeto do chão	0	0	0
10- Virar-se para olhar para trás	0	0	1
11- Dar uma volta de 360º	0	0	0
12- Colocar os pés alternadamente num degrau	0	0	0

13- Ficar em pé com um pé à frente do outro	0	0	0
14- Ficar em pé sobre uma perna	1	1	1
Pontuação	8	12	17

- As 3 avaliações indicam elevado risco de queda/ equilíbrio diminuído

2.2.6– **Avaliação do Grau de Dependência na realização de AVD**: Escala de Barthel

Escala de Barthel	**19/10/2021**	**21/10/2021**
1-Alimentação	10	10
2- Transferências	5	10
3- Toalete	5	5
4- Utilização do WC	5	5
5- Banho	0	0
6- Mobilidade	5	10
7- Subir e descer escadas	0	5
8- Vestir	5	5
9- Controlo Intestinal	10	10
10- Controlo Urinário	10	10
Pontuação	55 – Incapacidade Funcional Moderada	70 - Incapacidade Funcional Moderada

2.2.7– **Avaliação da tolerância à atividade**: Escala de perceção subjetiva ao Esforço de Borg modificada

Escala de perceção subjetiva ao Esforço de Borg modificada	
19/10	Nível 3/10: Esforço moderado ao treino de marcha
20/10	Nível 2/10: Esforço ligeiro ao treino de marcha
21/10	Nível 2/10: esforço ligeiro ao treino de marcha

2.2.8 - **Avaliação da Marcha:** Categorias Funcionais de marcha de Holden

Categorias Funcionais de marcha de Holden	
19/10	Categoria 1/5 – Necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar (sendo necessário suportar o peso do corpo), com andarilho
20/10	Categoria 3/5 - Marcha dependente com supervisão, com andarilho
21/10	Categoria 4/5 – Marcha independente (superfície plana), com canadianas

2.2.9 - **Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão:** Escala de Braden

Escala de Braden	
19/10	Pontuação 20: Baixo risco de úlcera de pressão

2.2.10 - **Avaliação do Risco de Ansiedade/Depressão:** Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)	
19/10	Pontuação itens da Ansiedade – 6 Pontuação itens da Depressão – 6 HADS: Sem ansiedade/depressão (0-8 pontos)

2.3- Avaliação do Impacto no Autocuidado (Requisitos segundo a Teoria de Orem)

Requisitos Universais	Padrão do Autocuidado	Sistema de Enfermagem
Manutenção de quantidade suficiente de ar	(19/10/2021) Componente cardíaca: - FC 80bpm, pulso regular, cheio. Componente Respiratória:	

	-Padrão Respiratório – frequência respiratória de 16 ciclos/minuto, em repouso e em ar ambiente, regular, de localização toraco-abdominal, simétrico. - Tolerância ao esforço perante o treino de marcha (pontuação 3/10, na escala de Borg modificada) (21/10/2021) Componente cardíaca: - FC 79bpm, pulso regular, cheio. Componente Respiratória: -Padrão Respiratório – eupneica em repouso em ar ambiente, frequência respiratória de 16 ciclos/minuto, regular, de localização toraco-abdominal, simétrico. - Tolerância ao esforço perante o treino de marcha (pontuação 2/10, na escala de Borg modificada)	Apoio-Educação
Manutenção da quantidade suficiente de água e alimentos	(19, 20 e 21/10/2021) - Sem alterações na satisfação do requisito; -reflexo de deglutição mantido.	Sem alterações no autocuidado
Cuidados associados ao processo de eliminação	(19/10/2021) -Foi desalgaliada. -Mantido controlo do esfíncter vesical e intestinal; -Por limitação da deslocação até à casa de banho necessita de apoio de outra pessoa para se deslocar ou colocação de arrastadeira.	Sistema parcialmente compensatório

	(20/10/2021) - urinou e evacuou na casa de banho (21/10/2021) -Mantido controlo do esfíncter vesical e intestinal; - urinou e evacuou na casa de banho; -Por limitação da deslocação até à casa de banho, necessita de apoio de outra pessoa para se deslocar.	
Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso	(19/10/2021) -dorme cerca de 7h por noite -Alteração da força muscular no MI Esquerdo -Marcha segura apenas em superfícies planas com apoio do andarilho, com necessidade de supervisão (21/10/2021) -Alteração da força muscular no MI Esquerdo -Marcha segura apenas em superfícies planas com apoio de canadianas (requer supervisão em escadas)	Sistema parcialmente compensatório
Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	(19/10/2021) -Conversa 1 a 2x dia via telefone com o marido e o filho; -Conversa a maior parte do dia com a utente com quem partilha o quarto no internamento.	Sem alterações no autocuidado
Prevenção de Perigos à Vida,	(19/10/2021)	

bem-estar e funcionamento da pessoa	-Alteração do equilíbrio ortostático dinâmico; -Risco de Queda -Ferida cirúrgica -Amplitude articular diminuída da articulação coxofemoral esquerda - Défice de conhecimentos sobre prevenção de movimentos luxantes da prótese e de prevenção de quedas em casa (20/10/2021) -Marcha segura em superfícies planas com apoio de andarilho e supervisão (21/20/2021) -Marcha segura em superfícies planas com apoio de canadianas (necessita de supervisão em degraus ou superfícies inclinadas); -Amplitude articular diminuída da articulação coxofemoral esquerda - Conhecimento sobre a adaptação no domicílio melhorado (produtos de apoio ao autocuidado, prevenção de quedas).	Sistema parcialmente compensatório e apoio-educação
Promoção do funcionamento e desenvolvimento da pessoa dentro de grupos sociais, considerando o seu potencial e	(19/10/2021) - Elevada adesão na realização do programa de reeducação funcional proposto - Pro-activa na procura de conhecimento com vista à sua reabilitação junto dos profissionais de saúde	Apoio-Educação

limitações presentes		
Desvios de Saúde	**Padrão do Autocuidado**	**Sistema de Enfermagem**
Procurar garantir assistência médica adequada	- Recetiva às orientações, instrução e treino fornecidos pelos profissionais de saúde	Apoio-educação
Cumprir as prescrições terapêuticas e programa de reabilitação	-Demonstra empenho na execução do programa de reeducação funcional planeado. -Tenta superar as dificuldades/ capacidade física -Compreende a necessidade de alternar períodos de descanso com períodos de atividade física.	Sistema parcialmente compensatório e apoio-educação
Reconhecer alterações do estado de saúde e aceitar necessidade de cuidados	-Reconhece, aceita e pede ajuda e orientações para executar as AVD que não consegue de forma autónoma	Apoio-educação
Aprender a viver com efeitos das condições e estados patológicos	(19/10/2021) -Dificuldade em se levantar sozinha da cama -não é capaz de deambular sem produto de apoio -não tem conhecimento de como realizar marcha com andarilho/canadianas	Sistema parcialmente compensatório e apoio-educação

	-Dificuldade em se deslocar autonomamente à casa de banho -Dificuldade em se vestir e despir os MI (20/10/2021) -Dificuldade em tomar banho sozinha (necessita de ajuda para colocar banco na base de duche e para lavar/secar os MI) -Assimilou as orientações e aprendeu a efetuar transferências cama/cadeira/cama; uso da base de duche com banco e barras de apoio; marcha com andarilho e canadianas em piso plano; (21/10/2021) -Não é capaz de subir e descer escadas com canadianas; -Efetuou treino e demonstrou aprendizagem ao subir e descer escadas com canadianas no serviço;	
Desenvolvimento	**Padrão do Autocuidado**	**Sistema de Enfermagem**
Adaptação às mudanças físicas	-Compreende a necessidade de adaptações para prevenir complicações pós-operatórias e prevenir acidentes -Assume compromisso no cumprimento do programa de reeducação funcional com a finalidade de maximização da autonomia e da qualidade de vida	Apoio-Educação

3. PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Problemas – 19/10/2021
Insegurança na marcha com andarilho ou canadianas - Marcha 1/5 com andarilho, piso plano (Marcha de Holden)
Alteração do equilíbrio estático e dinâmico - Elevado risco de queda e equilíbrio diminuído na escala de Berg (pontuação 8)
Alto risco de queda - pontuação 65 na escala de Morse
Dor muscular no MI esquerdo (escala Qualitativa da Dor) - Coxofemoral – Dor moderada à mobilização
Amplitude articular diminuída no MI esquerdo (goniometria) -Coxofemoral: Abdução/adução 40º/0º; Flexão/Extensão 60º/0º - Joelho : Flexão/extensão 110/0º
Força muscular diminuída no MI esquerdo (escala MRC) -Coxofemoral esquerda: Abdução/adução grau 3/3; Flexão/Extensão grau 3/3; Rotação externa grau 3; - Joelho esquerdo: Flexão/extensão grau 3 -Tibiotársica: Dorsiflexão/flexão plantar grau 5; Inversão/Eversão grau 5.
Dependência moderada na satisfação do autocuidado - Pontuação 55 na escala de Barthel – incapacidade funcional moderada

4. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DA SRA. D. N.B.

Diagnóstico	Plano	Intervenções	Avaliação
19/10/21 - Risco de complicações respiratórias	**Objetivo:** Prevenir complicações respiratórias **Sistema de Enfermagem:** Apoio-educação	-Explicar os riscos da imobilidade, nomeadamente a nível respiratório; -posicionar em semi-fowler; -Instruir e treinar dissociação dos tempos respiratórios, respiração diafragmática, exercícios de expansão torácica – a realizar séries de 5 – 5x dia; -Incentivar a realização sem necessidade da presença do enfermeiro; -Avaliar as características da respiração;	19/10/21 – Demonstrou aprendizagem das técnicas respiratórias, cumpriu programa de reeducação funcional respiratória proposto. Não apresenta secreções. Frequência respiratória de 16 ciclos/minuto, em repouso e em ar ambiente, regular, de localização toraco-abdominal, simétrico. 20/10/21 - idem
19/10/21- Equilíbrio corporal comprometido/Elevado risco de queda	**Objetivo:** Aquisição de equilíbrio na posição de pé	-Avaliar a presença de equilíbrio estático e dinâmico (escala de Berg – estático e dinâmico de na posição de sentada e de pé); -Avaliar o risco de queda (escala de Morse); -Avaliar a força muscular através da escala MRC;	19/10/2021 – Alto risco de queda na escala de Morse (pontuação 65); Elevado risco de queda e equilíbrio diminuído na escala de Berg (pontuação 8); Proactiva na procura de esclarecimento de dúvidas quanto aos meios de apoio à marcha.

	Sistema de Enfermagem: Parcialmente compensatório e Apoio-educação	-Avaliar conhecimentos sobre a técnica de andar com apoio de andarilho e/ou canadianas; - Orientar, instruir e treinar a técnica de marcha a 3 tempos com apoio de andarilho; -Corrigir a postura corporal; -Orientar, instruir e treinar a técnica de marcha a 3 tempos com canadianas em piso plano e subir e descer escadas; - Fornecer suporte de informação escrita de apoio às orientações dadas; -Informar sobre as características de um ambiente seguro, nomeadamente em casa; -Referenciar para ECCI para continuidade de programa de reeducação funcional iniciado no internamento hospitalar; - Fornecer suporte de informação escrita de apoio às orientações dadas (folheto). -Reforçar orientações no momento da alta à utente e marido.	Recetiva às orientações fornecidas. Validadas características de ambiente seguro no domicílio. 20/10/2021 – Elevado risco de queda e equilíbrio diminuído na escala de Berg (pontuação 12); Foi proposto referenciação para ECCI que a utente aceitou com muito agrado. Efetuada referenciação através da plataforma informática; 21/10/2021 – Elevado risco de queda e equilíbrio diminuído na escala de Berg (pontuação 17); Alto risco de queda na escala de Morse (pontuação 65); Utente tem alta hoje, tendo sido contatada pela ECCI, que agendou visita domiciliária para dia 25/10/2021.

19/10/21- Amplitude articular e força muscular no MI esquerdo comprometida - Amplitude coxofemoral esquerda: Flexão 60º; Extensão 0º; Abdução 40º	**Objetivo:** -Melhorar a amplitude articular -Aumentar o grau de força nos segmentos do MI esquerdo **Sistema de Enfermagem:** Parcialmente compensatório e Apoio-educação	- Monitorizar a amplitude articular do MI esquerdo; -Monitorizar o grau de força dos segmentos do MI esquerdo; - Incentivar a realização de mobilizações livres ativas da articulação tibiotársica esquerda e dos MS e MI direito; -Efetuar mobilizações ativas-assistidas dos segmentos do MI esquerdo (atendendo aos limites preventivos de luxação da prótese): coxofemoral (CF) - abdução/adução, flexão/extensão; joelho - flexão/extensão; -Efetuar mobilizações ativas-resistidas (se ativas-assistidas superadas) dos segmentos do MI esquerdo; -instruir, treinar e incentivar a realização de exercícios isométricos dos glúteos e quadricípites (séries de 10, contrações de 5'', repetir pelo menos 5x dia); -Efetuar levante diário;	19/10/2021 – Amplitude articular da CF esquerda: Flexão 60º; Extensão 0º; Abdução 40º; Adução 0º. -Grau de força muscular (escala MRC) do MI esquerdo: Abdução/adução da CF grau 3; Flexão/ extensão da CF grau 3; Flexão/extensão do joelho grau 3. -Efetuadas mobilizações ativas-assistidas das articulações: CF esquerda (flexão, extensão, abdução e adução) e joelho esquerdo (flexão e extensão). Utente cumpre programa proposto de reeducação funcional motora. Efetuou 1º levante e transferência para cadeirão. 20/10/2021 – Amplitude articular da CF esquerda: Flexão 60º; Extensão 10º; Abdução 40º; Adução 0º. -Grau de força muscular (escala MRC) do MI esquerdo: Abdução/adução da CF

		-Instruir e treinar exercícios enquanto sentada na cadeira (mobilização ativa da tibiotársica e flexão/extensão do joelho esquerdo) -Incentivar a realização de exercícios propostos; -Referenciar para ECCI para continuidade de programa de reeducação funcional iniciado no internamento hospitalar;	grau 4; Flexão/ extensão da CF grau 4; Flexão/extensão do joelho grau 4. -Efetuadas mobilizações ativas-assistidas das articulações: CF esquerda (flexão, extensão, abdução e adução) e joelho esquerdo (flexão e extensão). Utente cumpre programa proposto de reeducação funcional motora. - Foi proposto referenciação para ECCI que a utente aceitou com muito agrado. Efetuada referenciação através da plataforma informática; 21/10/2021 – Amplitude articular da CF esquerda: Flexão 70º; Extensão 10º; Abdução 40º; Adução 0º. -Grau de força muscular (escala MRC) do MI esquerdo: : Abdução/adução da CF grau 4; Flexão/ extensão da CF grau 4; Flexão/extensão do joelho grau 4.

			-Efetuadas mobilizações ativas-resistidas das articulações: CF esquerda (flexão, extensão, abdução e adução) e joelho esquerdo (flexão e extensão). Utente tem alta hoje, tendo sido contatada pela ECCI, que agendou visita domiciliária para dia 25/10/2021.
19/10/2021 – Insegurança na marcha com andarilho ou canadianas	**Objetivo:** -Andar em segurança com apoio de andarilho ou canadianas **Sistema de Enfermagem:** Parcialmente compensatório e Apoio-educação	-Avaliar a capacidade para uso de um meio auxiliar de marcha que lhe proporcione segurança (canadianas ou andarilho); -Orientar, instruir e treinar a técnica de marcha a 3 tempos com apoio de andarilho; -Corrigir a postura corporal; -Avaliar características e funcionalidade da marcha; -Orientar, instruir e treinar a técnica de marcha a 3 tempos com canadianas em piso plano e subir e descer escadas; - Fornecer suporte de informação escrita de apoio às orientações dadas;	19/10/2021 – Sugerido o uso de andarilho por proporcionar nesta fase maior segurança, que a utente aceitou. Curto período de treino: MI esq. não vence gravidade, dor moderada. Efetuada correção postural. Categoria funcional de marcha de Holden 1/5 com andarilho. 20/10/2021- Treino de marcha com andarilho a 3 tempos (por vários períodos curtos, verificando-se: dor ligeira, vencendo a gravidade e aumento de confiança por comparação com o dia

		-Monitorizar o equilíbrio estático e dinâmico (escala de Berg – estático e dinâmico de na posição de sentado e de pé); -Monitorizar a força muscular através da escala MRC; -Referenciar para ECCI para continuidade de programa de reeducação funcional iniciado no internamento hospitalar;	anterior. Categoria funcional de marcha de Holden 3/5 com andarilho. Foi proposto referenciação para ECCI que a utente aceitou com muito agrado. Efetuada referenciação através da plataforma informática; 21/10/2021- Por apresentar segurança adquirida na marcha com andarilho foi sugerida a progressão para canadianas, que a utente aceitou. Mantém-se confiante. Treino de marcha em piso plano e subir e descer escadas com supervisão. Categoria funcional de marcha de Holden 4/5 com canadianas.
19/10/21- Dependência moderada na satisfação do	**Objetivo:** -aumentar o grau de autonomia no	- <u>Informar sobre movimentos proibidos</u> que podem luxar a prótese da anca esquerda (flexão coxofemoral além dos 90º, adução	19/10/2021 – Recetiva às orientações fornecidas. Coloca duvidas pertinentes sobre como readaptar a rotina do

autocuidado (transferências, tomar banho, vestir-se e despir-se, utilização da casa de banho)	autocuidado, garantindo a segurança **Sistema de Enfermagem:** Parcialmente compensatório e Apoio-educação	além da linha média do corpo (0º), cruzar as pernas); -Informar que pode efetuar carga total no MI esquerdo (indicação médica); -Nos posicionamentos de lateralização no leito colocar almofada entre os MI de forma a evitar a adução além da linha média; -Instruir e treinar o levante pelo lado esquerdo da cama (sentar-se na cama com auxílio dos antebraços; colocar o MI esquerdo em extensão; fletir o MI direito, rodando até tocar no chão – evitar fletir o tronco além dos 90º); -Instruir e treinar a técnica de sentar e levantar da cadeira (colocar o MI esquerdo em extensão e baixar-se lentamente, usando a força dos MS apoiados na cadeira – proceder de forma inversa para levantar). Manter MI em abdução quando sentado;	autocuidado com vista a maior autonomia. Fornecido folheto "Cuidados após Prótese Total da Anca" (em utilização no serviço) com informação escrita de apoio às orientações fornecidas. -Refere dormir em cama de casal do lado esquerdo da cama. 20/10/2021 - Refere que pediu ao marido para adquirir um alteador de sanita para preparar o regresso a casa. Deslocou-se à casa de banho com apoio do andarilho, onde tomou banho na base de duche. Utilizou o sanitário. Empenhada na realização dos exercícios propostos na cama e sentada. 21/10/2021- Tem alta hoje. Reforçadas orientações dos cuidados a ter e do programa de reeducação funcional

		-Colocar banco na base de duche e sugeri-lo como produto de apoio para casa; -Instruir e treinar o banho com apoio das barras de apoio na parede e tapete antiderrapante; -Ajudar a lavar e secar os MI e sugerir escova de cabo longo para maior autonomia em casa; -Ajudar a vestir os MI, iniciando pelo MI esquerdo (despir é o inverso); -Prescrever alteador de sanita; -Sugerir aquisição de pinça de cabo longo para apanhar objetos do chão e ajudar a vestir; -Informar sobre as características de um ambiente seguro, para prevenção de quedas; -Instruir sobre o entrar e sair do carro (colocar banco da frente para trás, sentar-se com os MI para fora e rodá-los para dentro	motor junto da utente e do marido. Esclareceram dúvidas. Visita domiciliária por parte da equipa da ECCI dia 25/10/2021.

		do carro com o MI esquerdo em extensão – para sair o processo inverso); -Referenciar para ECCI para continuidade de programa de reeducação funcional iniciado no internamento hospitalar; - Fornecer suporte de informação escrita de apoio às orientações dadas (folheto). -Reforçar orientações no momento da alta à utente e marido.	

APÊNDICE 3 – Estudo de caso da Sra. D. S.S.

ESTUDO DE CASO DA SRA. D. S.S.

5. COLHEITA DE DADOS

<table>
<tr><td colspan="2">Dados Pessoais</td></tr>
<tr><td colspan="2">Nome: S.S.
Idade: 34 anos
Género: Feminino
Profissão: Bióloga (estudante de Doutoramento em Biologia Evolutiva)
Raça: Branca
Nacionalidade: Portuguesa</td></tr>
<tr><td colspan="2">História de Doença Atual (informação colhida do processo Clínico disponível em SClínico)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Utente de 34 anos, previamente autónoma no autocuidado, sem antecedentes pessoais de saúde. No dia 12/7/2021 recorreu ao SU do CHO-TV por quadro de dor abdominal nos quadrantes superiores, de agravamento progressivo. Referia ainda perda de peso nos últimos 3 meses, subfebril desde há uma semana, com equimoses nos MI e epistaxis recorrentes. Laboratorialmente destacava-se presença de leucocitose (20.000 $x10^3/\mu l$ leucócitos) com 49% de blastos e trombocitopenia (26.000 $x10^3/\mu l$ plaquetas). Realizou TAC abdomino-pélvica que revelou hepatomegália. Foi encaminhada para o Serviço de Hematologia do HSAC por suspeita de Leucemia Aguda.
No dia 13/7/2021 realizou Mielograma que confirmou o diagnóstico.</td></tr>
<tr><td>Diagnóstico</td><td>Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA)</td></tr>
<tr><td>Internamento</td><td>Esteve internada de 13/7 a 19/8/2021 onde iniciou protocolo de tratamento de QT (endovenosa (EV) e Intratecal (IT)). Teve como complicações durante a aplasia medular: meningismo pós-PL, celulite associada ao cateter venoso central (CVC) do qual resultou uma úlcera na região subclávia esquerda, choque séptico com ponto de partida do CVC, insuficiência cardíaca aguda e pneumonia do lobo inferior direito. A 30/8 iniciou fase de tratamento do SNC (RT holocraniana de 30/08 a 10/09 num</td></tr>
</table>

	total de 18 Gy + QT IT profilática). Esteve novamente internada de 29/10 a 10/11/2021 por febre com provável foco de infeção vindo da ferida na região subclávia esquerda (exsudado purulento, com isolamento de pseudomonas aeruginosa). Cumpriu tratamento com antibioterapia endovenosa dirigida à ferida e à data de alta apresentava ferida com tecido necrosado (mantém ferida atualmente – 20/12/2021). Durante o internamento apresentou período de imobilidade, que juntamente com o processo terapêutico, se traduziu numa diminuição generalizada da força muscular. Aquando da alta do último internamento apresentava dependência no Autocuidado, necessitando de apoio em todas as atividades básicas de vida diária (ABVD). Peso 39kg. Foi referenciada para a ECCI do CS da área de residência.
UCC	Integrada em ECCI a 26/11/2021 por necessidade de penso diário e cuidados de enfermagem de reabilitação por processo de sarcopenia instalado r/c processo patológico.
Terapêutica Atual	(20/12/2021) – Tratamento: a cumprir *Fase de Intensificação*: 10 ciclos de QT (EV + PO) de 3 em 3 semanas (4º ciclo no dia 13/12/2021) + QT IT de 18 em 18 semanas (próximo 04/01/2022) Pantoprazol 40mg via PO (1xdia - jejum) Pilula (Belara) via PO (1xdia) HBPM (heparina de baixo peso molecular) 40mg via SC (1xdia – 19h) – autónoma na administração Filgrastim via SC (1xdia) – autónoma na administração Multivitaminas 1cp PO (1xdia) Arginina 1 carteira PO (1xdia) Aciclovir 400mg PO (12/12h)

	Observação: competente na gestão do regime terapêutico, pelo que não foram levantados focos de intervenção de enfermagem nesta área.
Dieta	Geral

Resumo da evolução do acompanhamento domiciliário de 20/12/21 a 4/02/2022
A utente tem programada visita domiciliária diária para realização de penso e foi estabelecido um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação de 5 dias por semana (2ª a 6ªfeira) com duração de cerca de 45 min após realização do penso e avaliação de SV. Em todas as visitas domiciliárias esteve acompanhada pelo cuidador principal. A ferida apresentou uma evolução cicatricial positiva, embora com alguns períodos de retrocesso associado ao cumprimento do ciclo de QT que realizou nos dias 20/12, 3/01 e 1/02/2022. Durante este período foi avaliada a funcionalidade com recurso a várias escalas e instrumentos de medida que permitiu diagnosticar dependência moderada no autocuidado, equilíbrio corporal comprometido, força muscular global diminuída a nível dos MS e MI, baixa tolerância ao esforço e autocontrolo continência urinária ineficaz (sensação de urgência urinária/incontinência ocasional). Foi estabelecido um programa de treino físico 3-5xsemana com duração de 30min (5min aquecimento + 20 min condicionamento + 5min arrefecimento) com intensidade moderada recomendada para doentes oncológicos (40 a 60% da FC de reserva de acordo com a fórmula de cálculo de Karvonen): FC max para a idade= 220-idade =186 bpm; FC em repouso 90 bpm; FC de reserva = 186 – 90= 96bpm; Intensidade do exercício= 96bpmx (40% e 60%) + 90bpm= FC máxima permitida (128 a 147bpm); e consoante tolerância ao esforço. As sessões foram compostas por (detalhado no plano de cuidados): -treino cardiorrespiratório/ aeróbico (bicicleta estática, subir e descer step, caminhada) às 2ª, 4ª e 6ª; - treino de força muscular/anaeróbio - 5 a 8 exercícios MS e MI com ou sem carga consoante tolerância - 1 série de 8 a 12 repetições para cada exercício na (passando para 2 séries ainda na 1ª semana por apresentar tolerância) às 3ª e 5ª; -treino de equilíbrio e propriocepção na posição de pé; -treino de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico;

-treino de flexibilidade e relaxamento em cada sessão de treino com alongamentos estáticos passivos e ativos (10 a 30 segundos cada) e dissociação dos tempos respiratórios (inspirar pelo nariz com enfase na expiração com lábios semi-cerrados).

A Sra. D. S.S. apresentou-se sempre muito motivada para o cumprimento do programa de reabilitação, embora tenha havido necessidade de ajustar as sessões de treino consoante se sentia mais debilitada fisicamente (estado condicionado pelos efeitos secundários associados ao tratamento de QT).

No final deste período verificou-se:

-melhoria do equilíbrio estático e dinâmico na posição de pé (pontuação na escala de Tinetti passou de 19 para 24 – passando de moderado para baixo risco de queda);

-melhoria do desempenho no TUG em 9,7 segundos, e melhoria postural das características da marcha;

- que manteve os graus de força muscular global inicialmente apresentados, melhorando nalguns segmentos (escala MRC): MS apresentava grau 4 em todos os segmentos, exceto à flexão/extensão da articulação escapulo-umeral esquerda – grau 3 que subiu para grau 4 após intervenção. Nos MI apresentava inicialmente grau 4 em todos os segmentos com exceção para a flexão/extensão da CF e para todos os movimentos da articulação TT e dedos dos pés (bilateralmente grau 3). Nestes segmentos houve aumento da força muscular para nível 4, menos no movimento Dorsiflexão/flexão plantar que manteve nível 3.

-a tolerância à atividade física apresentou inicialmente evolução positiva na pontuação da escala de Borg até dia 7/01/22. A partir de então começou a apresentar baixa tolerância aos exercícios propostos (8/10 na escala de Borg modificada) e taquicardia em repouso (FC 103-110bpm). No dia 24/01 a utente informou-nos que o ciclo de QT fora adiado por Hb de 5,7g/dl tendo sido transfundida com 1 UCE no hospital. Foi reduzida a intensidade do treino físico, optando-se pela não realização de treino cardiorrespiratório. Mantidas as sessões de treino com exercícios de equilíbrio e treino de força muscular sem resistência adicional de acordo com a tolerância ao esforço apresentada. Dia 1/02/22

apresenta FC 90bpm em repouso, referiu nível 5 na escala de Borg modificada no treino de força muscular dos MS (valor de Hb do dia anterior 7,4g/dl).

- adesão à realização de um diário miccional, treino vesical e aos exercícios de fortalecimento muscular do pavimento pélvico instruídos. Foi efetuada a gestão de expectativas. Como evolução verbaliza melhoria no autocontrolo da continência urinária, referindo que no mês de janeiro teve apenas 1 episódio de incontinência urinária na altura em que se encontrava mais debilitada após ciclo de QT (antes da introdução da intervenção dirigida refere que chegou a apresentar episódio de incontinência 1xsemana).

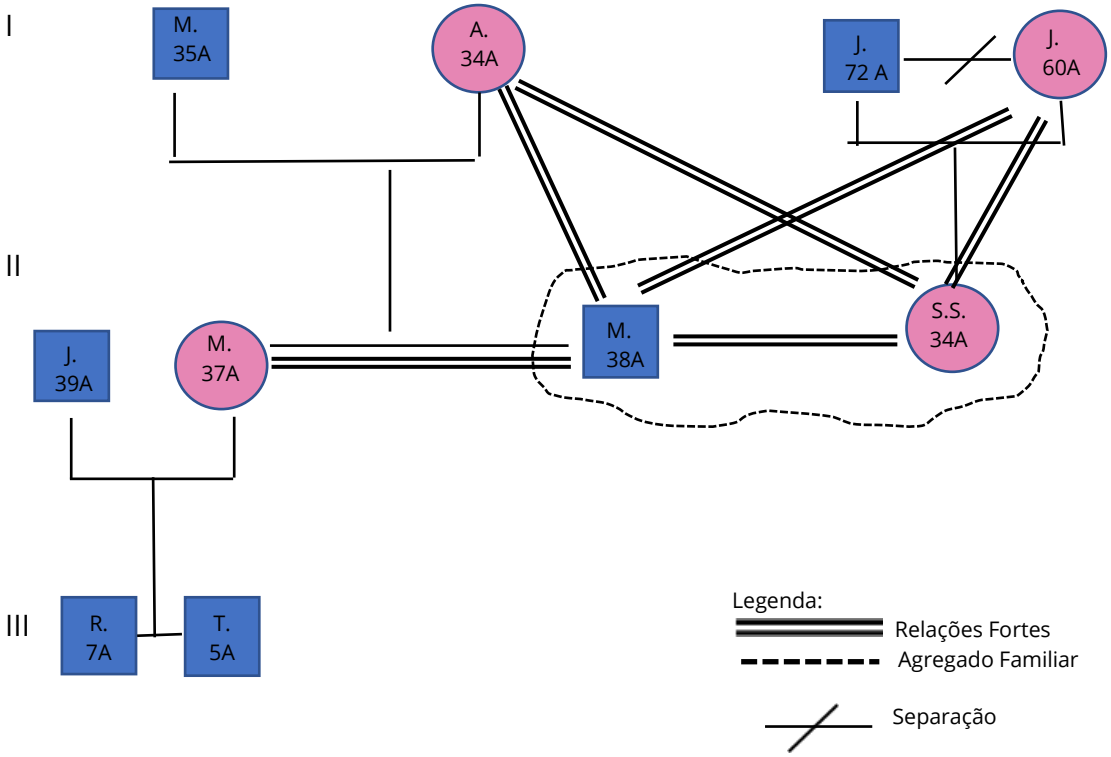
-Aumento da capacidade funcional na realização de AVD (avaliada pela escala de Barthel). Conseguiu adquirir autonomia no banho, melhoria no controlo urinário e na mobilidade em geral. Continua dependente para subir e descer escadas.

Caracterização familiar e do meio envolvente

A utente vive com o companheiro (engenheiro informático, atualmente sob atestado médico pós-cirurgia (outubro 2021) para remoção de material de osteossíntese do braço esquerdo devido a acidente de viação em fevereiro de 2021) numa moradia com 3 pisos (pertencente aos pais dele). Ocupam o 1º piso já antes da utente ter sido diagnosticada com LLA. O 1º piso funciona como R/C, sem escadas, onde passa a maior parte do tempo. Não existem aparentemente barreiras arquitetónicas relevantes, e há espaço para circular com andarilho. As portas são largas e a casa de banho tem base de duche. O companheiro (tem 38 anos e é autónomo) é o principal cuidador e conta ainda com o apoio da sua mãe e com a sogra com quem mantém uma relação estreita. A utente apresenta uma boa relação com os serviços de saúde (C.S e hospital da área de residência e Hospital de Dia do CHLC onde realiza os tratamentos de QT).

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

Genograma



Índice de Graffar Adaptado – Resultado: Classe Social II – Classe Média Alta (12 pontos com 5 itens)

1- Dimensão estrutural

- Rendimento Familiar: Suficiente
- Edifício Residencial familiar: Seguro
- Precaução de Segurança: Demonstrada
- Abastecimento de água: Adequado
- Animal doméstico: Não tem

2- Dimensão Desenvolvimento

- Satisfação conjugal: mantida (vive com o companheiro)
- Planeamento Familiar: Eficaz (uso de contraceptivo)
- Papel parental: Adequado (família sem filhos)

3- Dimensão Funcional

- Papel de prestador de cuidados: adequado (não demonstra saturação)
- Processo familiar: Funcional
- Comunicação Familiar: Adequada

- Coping: Eficaz
- Interação de papeis: Eficaz
- Relação Dinâmica: Funcional

Observação: Meio familiar e socio-habitacional sem problemas ou barreiras arquitetónicas identificadas, pelo que não foram levantados focos de intervenção de enfermagem nestas áreas.

6. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL

2.1- Exame Físico (20/12/2021)

Sinais Vitais: TA- 81/50mmHg

FC- 90 bpm, rítmico, regular, cheio.

T. axilar- 36,4ºC

FR: 16 ciclos/min, ritmo regular, ventilação toraco-abdominal, com expansão torácica simétrica e com amplitude normal.

Dor- sem dor

Avaliação neurológica: Consciente, orientada no tempo, espaço e pessoa. Discurso fluente, comunicativa, sem alterações da linguagem.

- Pares Cranianos:

I - Olfativo	Olfato mantido bilateralmente
II - Óptico	Campos visuais mantidos
II e III - Oculomotor comum	Reflexos pupilares mantidos
III, IV (Patético) e VI (Oculomotor externo)	Sem ptose palpebral, sem espasmos, globos oculares simétricos, sem parésia do olhar conjugado (segue o movimento do dedo nos quatro quadrantes e em direção ao nariz)
V (Trigémio)	Sensibilidade térmica e dolorosa facial mantida bilateralmente. Não foi testado o reflexo corneano. Sem desvio da mandibula quando cerra os dentes.
VII - Facial	Ramo motor sem alterações bilateralmente (não se verificam assimetrias nos movimentos faciais quando sorri, abre muito a boca, enruga a testa ou fecha os olhos com força), sensibilidade

	mantida bilateralmente. Refere não apresentar alteração de paladar (não foi testado).
VIII - Auditivo	Audição aparentemente mantida bilateralmente (não foi testado). Sem vertigens ou tonturas.
IX (Glossofaríngeo) e X (Pneumogástrico)	Sem rouquidão, sem disfagia, reflexo de tosse mantido
XI - Espinhal	Sem alterações (vence resistência da rotação da cabeça). Eleva os ombros contra resistência.
XII – Grande Hipoglosso	Sem alterações (realiza protusão da língua sem desvios)

Observação: A avaliação de pares cranianos justifica-se neste caso pelo antecedente de realização de Radioterapia holocraniana.

- Força muscular (escala MRC) – Diminuição da força muscular global nos MS e MI, simetria bilateral (ver avaliação pormenorizada mais à frente).
- Tónus muscular (escala de Ashworth modificada): Bilateralmente sem alterações.
- Sensibilidade táctil, dolorosa e térmica: sem alteração bilateral em todos os segmentos corporais.
- Sensibilidade proprioceptiva:

-vibratória (não foi testada);

-postural: identifica bilateralmente a posição da mão e do pé com os olhos fechados;

-discriminatória: com os olhos fechados consegue identificar objetos (caneta, bolinha) dados para a mão (esquerda e direita);

- Equilíbrio (escala de Tinetti): Equilíbrio estático sem alterações na posição de sentado. Equilíbrio dinâmico não eficaz (ver avaliação mais à frente). Postura cifótica.
- Coordenação: prova dedo-nariz e prova dedo-orelha sem alterações bilateralmente; prova dedo-dedo sem alterações com ambas as mãos. Teste de Romberg negativo. Marcha (ver avaliação mais à frente com escala de Tinetti e

TUG): Assume postura cifótica, afasta ligeiramente os MS do tronco e a alarga a base de sustentação enquanto caminha.

Alopecia secundária aos tratamentos de QT. Pele e mucosas pálidas, hidratadas, equimose em regressão no dorso da mão esquerda resultante do último tratamento de QT.

Peso: 41 kg (antes da doença 53kg)

Altura: 1,68m

IMC: 14,5kg/m^2 – Baixo Peso ---- (antes da doença IMC: 18,8kg/m^2 - Peso adequado)

Emagrecida, o cálculo do IMC atual e do anterior à doença revela perda ponderal, o que pode justificar diminuição da força muscular generalizada.

Apresenta uma ferida na região subclavicular esquerda (tamanho: Comprimento x largura x profundidade = 5x4x1cm) – tecido de granulação, sem odor, exsudado seroso em pouca quantidade, bordos bem definidos, pele em redor hidratada. Esta ferida segundo os registos e testemunho da enfª orientadora + documentação fotográfica feita pelo companheiro da utente tem vindo a evoluir favoravelmente, embora de forma lenta. Sempre que realiza um tratamento de QT (3/3 semanas) a perfusão e crescimento tecidular é gravemente afetada, verificando-se descoloração tecidular, aumento da profundidade, diminuição da humidade da ferida e aparecimento de algum tecido desvitalizado mais acentuado durante a 1ª semana após tratamento. Atualmente o penso é realizado diariamente (aplicação de Inadine^R – penso não aderente impregnado em iodopovidona) por indicação médica após episódio de maceração da pele por excesso de exsudado e saturação/reação ao material de penso (carbometilcelulose sódica com prata)???

Restantes partes do corpo sem feridas ou cicatrizes. Não apresenta varizes. Apresenta ligeiro edema maleolar bilateral.

2.2- Avaliação da Funcionalidade

2.2.1- **Avaliação da Dor**: Escala Numérica

Localização	Ferida subclavicular esquerda			
Fatores de Agravamento	Realização do penso			
Fatores de Alívio	analgesia			
Intensidade (perante os fatores de agravamento).	20/12/2021 2	28/12/2021 0	3/01/2022 0	19/01/2022 0

Observação: A avaliação da Dor é importante na medida em que pode condicionar a disponibilidade e capacidade de participação no programa de enfermagem de reabilitação.

2.2.2– **Avaliação do Grau de Dependência na realização de AVD**: Escala de Barthel

Escala de Barthel	**20/12/2021**	**11/01/2022**	**31/01/2022**
1-Alimentação	10	10	10
2- Transferências	15	15	15
3- Toalete	5	5	5
4- Utilização do WC	10	10	10
5- Banho	0 -necessita de alguma ajuda	5	5
6- Mobilidade	10- caminha menos de 50m	10	15
7- Subir e descer escadas	0-Dependente	0-Dependente	0-Dependente
8- Vestir	10	10	10
9- Controlo Intestinal	10	10	10
10- Controlo Urinário	5- acidente ocasional (max 1xsemana)	5	5
Pontuação	75 – Incapacidade Funcional Moderada	80 – Incapacidade Funcional Moderada	85 – Incapacidade Funcional Moderada

Nota: acima de 90 ligeira; sublinhado amarelo com alteração

2.2.3- **Avaliação do Equilíbrio Estático e Dinâmico e Predição do risco de Queda**: Teste de Tinetti

Equilíbrio	20/12/2021	11/01/2022	28/01/2022
1- Equilíbrio Sentado	2	2	2
2- Levantar-se	1	1	1
3- Equilíbrio Imediato	1	1	2
4- Equilíbrio em pé com os pés paralelos	2	2	2
5- Pequenos desequilíbrios na mesma posição	1	1	1
6- Fechar os olhos na mesma posição	1	1	1
7- Volta em 360º (2x)	1	2	2
8- Apoio Unipodal (aguentar pelo menos 5 segundos de forma estável)	1	1	1
9- Sentar-se	0	1	1
Pontuação	**10**/16	**12**/16	**13**/16
Marcha	20/12/2021	11/01/2022	28/01/2022
10- Inicio da Marcha	1	1	1
11- Largura do passo (pé direito)	1	1	1
12- Altura do passo (pé direito)	1	1	1
13- Largura do passo (pé esquerdo)	1	1	1
14- Altura do passo (pé esquerdo)	1	1	1
15- Simetria do passo	1	1	1
16- Continuidade do passo	0	1	1
17- Percurso de 3m previamente marcado (previamente marcado)	1	2	2
18- Estabilidade do tronco	1	1	1

19- Base de sustentação durante a marcha	1	1	1
Pontuação	**9**/12	**11**/12	**11**/12
Pontuação total	**19**/28 Moderado risco de Queda	**23**/28 Moderado risco de Queda	**24**/28 Baixo risco de Queda

Nota: sublinhado amarelo com alteração

2.2.4– **Avaliação da mobilidade funcional**: Timed Up and GO (**TUG)**

22/12/2021	**25,64 segundos**
01/02/2022	**15,97 segundos**

Observação: A mobilidade funcional pode ser entendida como a capacidade para realizar tarefas motoras simples. O desempenho neste teste permite avaliar a força nos MI, equilíbrio, coordenação motora, o risco de queda e é indicativo da existência de dificuldades na realização de AVD. Na reavaliação após 6 semanas de implementação do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação verificou-se a melhoria em cerca 9,7 segundos o que se traduz em ganhos em saúde.

2.2.5– **Avaliação do Risco de Queda**: Escala de Morse

	20/12/2021	**28/01/2022**
Historial de Quedas	Não	Não
Diagnóstico Secundário	Sim	Sim
Ajuda para caminhar	Canadianas/Bengala/Andarilho	Nenhuma
Terapia Intravenosa	Não	Não
Postura no andar e na transferência	Debilitada	Debilitada
Estado Mental	Consciente das suas limitações	Consciente das suas limitações
Pontuação	40 pontos = Baixo Risco de Queda	25 pontos = Baixo Risco de Queda

2.2.6- **Avaliação da Força Muscular dos Segmentos Corporais:** Escala de avaliação da força Medical Research Council (MRC)

Segmento Corporal	**Movimento**	**Avaliação da Força Muscular** 20/12/2021 e 1/02/2022			
Cabeça e Pescoço	Inclinação Lateral	5			
	Flexão/Extensão	5/5			
	Rotação	5			
Membros Superiores	**Movimento**	**Esquerdo**		**Direito** 20/12/2021 e 1/02/2022	
		20/12/2021	1/02/2022		
Escapulo-Umeral	Abdução/Adução	4/4	4/4	4/4	
	Elevação/Depressão	4/4	4/4	4/4	
	Flexão/Extensão	3/3	4/4	4/4	
	Rotação Interna/Externa	4/4	4/4	4/4	
Cotovelo	Flexão/Extensão	4/4	4/4	4/4	
Antebraço	Pronação/Supinação	4/4	4/4	4/4	
Punho	Desvio Radial/cubital	4/4	4/4	4/4	
	Flexão/Extensão	4/4	4/4	4/4	
	Circundação	4	4	4	
Dedos da Mão	Flexão/Extensão	4/4	4/4	4/4	
	Oponência	4	4	4	
	Abdução/Adução	4/4	4/4	4/4	
	Circundação	4	4	4	
Membros Inferiores	Movimento	**Esquerdo**		**Direito**	
		20/12/21	1/02/2022	20/12/21	1/02/2022
Coxofemoral	Abdução/Adução	4/4	4/4	4/4	4/4
	Flexão/extensão	3/3	4/4	3/3	4/4
	Rotação Interna	4	4	4	4
	Rotação Externa	4	4	4	4
Joelho	Flexão/Extensão	4/4	4/4	4/4	4/4

Tibiotársica	Dorsiflexão/Flexão Plantar	3/3	3/3	3/3	3/3
	Inversão/Eversão	3/3	4/4	3/3	4/4
Dedos do Pé	Flexão/Extensão	3/3	4/4	3/3	4/4

Observação: sublinhado a verde destacam-se os ganhos em força muscular após 6 semanas de intervenção do programa de enfermagem de reabilitação.

2.2.7– **Avaliação da tolerância à atividade**: Escala de perceção subjetiva ao Esforço de Borg modificada

Escala de perceção subjetiva ao Esforço de Borg modificada	
22/12/2021	**Nível 7**/10 (treino cardiorrespiratório em bicicleta estática 5'+5' com 2' de descanso)
28/12/2021	**Nível 5**/10 (treino cardiorrespiratório 15' seguidos com 5 períodos HITT de 30'') -
07/01/2022	**Nível 5**/10 (treino cardiorrespiratório 15' seguidos com 5 períodos HITT de 30'') **Nota: valor de Hb** (3/1) **9,9g/dl**
19/01/2022	**Nível 8**/10 (treino de força muscular: subir e descer step sem carga com apoio – 2 séries de 20 repetições) – **Nota: valor de Hb** (21/1) **5,7g/dl**
01/02/2022	**Nível 5**/10 (treino de equilíbrio) - **Nota: valor de Hb** (31/1) **7,4g/dl**

2.2.8- **Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão:** Escala de Braden

Escala de Braden	
20/12/2021	Pontuação 21: Baixo risco de úlcera de pressão

2.2.9- **Avaliação da sobrecarga do familiar Cuidador:** Escala de Zarit

Escala de Zarit	
28/12/2021	Pontuação 5/88 - sem sobrecarga

2.3- Avaliação do Impacto no Autocuidado (Requisitos segundo a Teoria de Orem)

Requisitos Universais	Padrão do Autocuidado	Sistema de Enfermagem
Manutenção de quantidade suficiente de ar	(22/12/2021) Componente cardíaca: - FC 90bpm, pulso regular, cheio. Componente Respiratória: -Padrão Respiratório – frequência respiratória de 16 ciclos/minuto, em repouso e em ar ambiente, regular, de localização toraco-abdominal, expansão torácica simétrica, de amplitude normal. - **Tolerância ao esforço perante o treino cardiorrespiratório em bicicleta estática após 5' de aquecimento (5'+5' intervalados com 2' de descanso). Pontuação 7/10, na escala de Borg modificada.** (30/12/2021) Componente cardíaca: - FC 95bpm, pulso regular, cheio. Componente Respiratória: -Padrão Respiratório – frequência respiratória de 17 ciclos/minuto, em repouso e em ar ambiente, regular, de localização toraco-abdominal, expansão torácica simétrica, de amplitude normal. **- Tolerância ao esforço perante o treino de força muscular dos MI e MS – 2 séries de 10 repetições – com carga (0,75kg). Pontuação 5/10, na escala de Borg modificada.**	Apoio-Educação

Manutenção da quantidade suficiente de água e alimentos	(20/12/2021) - Sem alterações na satisfação do requisito; Ingere 1L de água/dia; Apresenta diminuição do apetite, mas esforça-se por efetuar refeições completas + ingestão de suplemento calórico-proteico. -reflexo de deglutição mantido.	Sem alterações no autocuidado
Cuidados associados ao processo de eliminação	(20/12/2021) -**Controlo vesical comprometido** por sensação de urgência urinária e acidente ocasional, principalmente após ciclo de QT e por força muscular global diminuída. -Controlo intestinal mantido. Trânsito intestinal sofre alterações de regularidade com os ciclos de QT, ficando habitualmente com fezes mais duras na 1ª semana após o ciclo de QT. **-Necessita de supervisão ou de se deslocar com apoio de andarilho para se deslocar à casa de banho.**	Apoio-educação
Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso	(20/12/2021) -dorme cerca de 9 a 10h seguidas por noite; **-Força muscular global comprometida;** **-Equilíbrio corporal comprometido por diminuição da força muscular;** **-Marcha segura com apoio de andarilho ou sem apoio com supervisão;** **-Intolerância ao exercício físico.**	Sistema parcialmente compensatório e apoio-educação

Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	(22/12/2021) -Comunicativa, encontra-se sempre acompanhada pelo companheiro ou pela mãe. Mantém contacto telefónico esporádico com outros familiares e conhecidos; -Conversa abertamente sobre a sua situação de saúde e tratamentos, demonstrando aceitação.	Sem alterações no autocuidado
Prevenção de Perigos à Vida, bem-estar e funcionamento da pessoa	(20/12/2021) **-Alteração do equilíbrio ortostático dinâmico;** **-Risco de queda;** **-Marcha insegura sem apoio;** **-Força muscular global comprometida;** **-Equilíbrio corporal comprometido por diminuição da força muscular;** **-Dependência moderada na satisfação do autocuidado;** **-Presença de ferida** na região subclavicular esquerda por complicação associada ao CVC. A ferida vai alternando melhoria com regressão consoante a administração do ciclo de QT a cada 3 semanas.	Sistema parcialmente compensatório e apoio-educação
Promoção do funcionamento e desenvolvimento da pessoa dentro de grupos sociais, considerando o seu potencial e	(20/12/2021) - Elevada adesão/motivação na realização do programa de reeducação funcional proposto -Proactiva na procura de conhecimento com vista à sua reabilitação junto dos profissionais de saúde.	Apoio-Educação

limitações presentes		
Desvios de Saúde	**Padrão do Autocuidado**	**Sistema de Enfermagem**
Procurar garantir assistência médica adequada	- Recetiva às orientações, instrução e treino fornecidos pelos profissionais de saúde	Apoio-educação
Cumprir as prescrições terapêuticas e programa de reabilitação	-Demonstra empenho na execução do programa de reeducação funcional planeado. -Tenta superar as dificuldades/ capacidade física. -Compreende a necessidade de alternar períodos de descanso com períodos de atividade física.	Sistema parcialmente compensatório e apoio-educação
Reconhecer alterações do estado de saúde e aceitar necessidade de cuidados	-Reconhece, aceita e pede ajuda e orientações para executar as AVD que não consegue de forma autónoma.	Apoio-educação
Aprender a viver com efeitos das condições e estados patológicos	(20/12/2021) -Não consegue deambular de forma segura sem apoio ou supervisão; -Não consegue subir e descer escadas; -Necessita de ajuda para tomar banho; -Não consegue deambular mais de 50 metros em piso plano por intolerância ao esforço; -Presença de ferida/penso por lesão resultante de complicação de CVC – ferida que	Sistema parcialmente compensatório e apoio-educação

	entende que não é a prioridade de tratamento e que por isso vai apresentando progressão e regressão consoante administração do ciclo de QT.	
Desenvolvimento	**Padrão do Autocuidado**	**Sistema de Enfermagem**
Adaptação às mudanças físicas	-Compreende a necessidade de adaptações para prevenir complicações e acidentes; -Assume compromisso no cumprimento do programa de reeducação funcional com a finalidade do autocontrolo, maximização da autonomia e da qualidade de vida.	Apoio-Educação

3. PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Problemas – 20/12/2021
Dependência moderada na satisfação do autocuidado - Pontuação 75 na escala de Barthel – incapacidade funcional moderada
Alteração do equilíbrio estático e dinâmico - Moderado risco de queda e equilíbrio diminuído no teste de Tinetti (pontuação 19/28) e TUG (25,64 segundos)
Força muscular global diminuída (escala MRC) MS: - grau 4 em todos os segmentos, exceto à flexão/extensão da articulação escapulo-umeral esquerda: grau 3 MI: - grau 4 em todos os movimentos da articulação coxofemoral, exceto à flexão/extensão bilateralmente: grau 3 - grau 4 à flexão/extensão do joelho bilateralmente - grau 3 em todos os movimentos da articulação tibiotársica e dedos do pé bilateralmente
Autocontrolo: Continência Urinária ineficaz (sensação de urgência urinária/incontinência ocasional) - Revelou Acidente ocasional na escala de Barthel, referindo sensação de urgência ocasional (associa maior frequência durante uma semana após ciclo de QT)
Baixa tolerância ao Esforço - Pontuação 7 na escala de perceção subjetiva ao esforço de *Borg* modificada
Ferida na região subclavicular esquerda - Tamanho: Comprimento x largura x profundidade = 5x4x1cm – tecido de granulação, sem odor, exsudado seroso em pouca quantidade, bordos bem definidos, pele em redor hidratada.

4. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO SRA. D. S.S.

- Visita Domiciliária Diária para realização de penso, com programa de reabilitação 3-5 dias por semana (2ª a 6ª feira)

Diagnóstico	Plano	Intervenções	Avaliação
Equilíbrio corporal comprometido	**Objetivos:** -Melhorar o equilíbrio na posição de pé -Melhorar a propriocepção **Sistema de Enfermagem:** Parcialmente compensatório e Apoio-educação	-Avaliar TA, FC e Dor; -Avaliar a presença de equilíbrio estático e dinâmico (teste de Tinetti– estático e dinâmico); -Avaliar o risco de queda (escala de Morse/ teste de Tinetti); -Corrigir a postura corporal; - instruir e treinar o levantar da cadeira: deslizar até à beira da cadeira/sofá, inclinar o tronco para a frente e efetuar forço com os MI contra o chão (os MI ajudam pressionando a cadeira/sofá); - instruir e treinar o de equilíbrio de pé: -empurrar ligeiramente a utente ao nível do esterno -realizar exercícios com apoio fixo (costas de uma cadeira): flexão plantar, flexão do joelho, flexão da coxofemoral (CF), extensão da CF,	20/12/21- Pontuação na Escala de Tinetti **19**/28 (Moderado Risco que Queda); Participativa nos exercícios propostos de treino de equilíbrio e de propriocepção -2 séries de 10 repetições (apoio unipodal estático durante 5'' + apoio unipodal dinâmico com mudança de posição do MI contralateral, rotação de 360º com os olhos abertos e com os olhos fechados no sentido horário e no sentido anti-horário, andar em linha reta). Efetuada correção postural; Efetuou relaxamento e alongamentos estáticos ativos dos MI no fim do treino. 5/01/22- Idem 11/01/22- Aumento da pontuação na Escala de Tinetti **23**/28, mantendo Moderado Risco

		abdução da CF, levantar e sentar sem apoio de mãos; -realizar exercícios sem apoio: apoio unipodal estático e dinâmico durante 5 segundos, volta de 360º no sentido horário e no sentido anti-horário com os olhos abertos e com os olhos fechados, subir e descer escadas (1º degrau a degrau e evolui para um pé em cada degrau); - instruir e treinar exercícios com bola terapêutica (bola suíça) – se disponível - nas posturas: cowboy, alongando, trote, movimento perpétuo; - Fornecer suporte de informação escrita/ilustrativa de apoio às orientações dadas; -Integrar treino de flexibilidade e relaxamento em cada sessão de treino com alongamentos estáticos e/ou dinâmicos passivos e ativos (10 a 30 segundos cada) e dissociação dos tempos respiratórios (inspirar pelo nariz e enfase na expiração com lábios semi-cerrados);	que Queda; Utente não tem bola suíça, pelo que têm sido realizados o mesmo tipo de exercícios de equilíbrio e propriocepção que em sessões anteriores. 28/01/22- Aumento da pontuação na Escala de Tinetti **24**/28, o que indica Baixo Risco que Queda. Realizadas 2 séries de 10 repetições do mesmo tipo de exercícios de equilíbrio e propriocepção que em sessões anteriores. Foi fornecido folheto ilustrativo e explicativo de alguns dos exercícios de equilíbrio e de treino de força muscular trabalhados nas sessões de reabilitação.

		-Informar sobre as características de um ambiente seguro para prevenção de quedas; -Avaliar e identificar a existência de barreiras arquitetónicas/risco ambiental.	
Andar comprometido	**Objetivo:** -Andar em segurança sem apoios **Sistema de Enfermagem:** Parcialmente compensatório e Apoio-educação	-Orientar, instruir e treinar a técnica de marcha a 3 pontos com apoio de andarilho; -Avaliar características e funcionalidade da marcha (teste de Tinetti/TUG); -Avaliar a presença de equilíbrio estático e dinâmico (teste de Tinetti– estático e dinâmico); -Avaliar a força muscular através da escala MRC; -Corrigir a postura corporal;	22/12/21- TUG=25,64 segundos: mobilidade funcional comprometida. Usa os MS para se conseguir levantar da cadeira. Tipo de marcha: Consegue andar em linha reta com postura cifótica, afastando os MS do tronco para se equilibrar e alarga a base de sustentação, elevando ligeiramente os pés. Teste de Tinetti =moderado risco de queda. Efetuada correção postural e da marcha. 11/01/22 – Apresenta melhoria no tipo de marcha. Já não alarga a base de sustentação, flectindo a coxofemoral e os joelhos de forma alinhada. Ainda afasta ligeiramente os MS do tronco. Refere que tem feito caminhada de 20min diária em piso plano no exterior.

			01/02/22- TUG=15,97 segundos (representa **melhoria em 9,67 segundos em 6 semanas**)
Força muscular global comprometida	**Objetivo:** -Aumentar o grau de força global -Melhorar a aptidão cardiorrespiratória **Sistema de Enfermagem:** Parcialmente compensatório e Apoio-educação	-Monitorizar o grau de força dos segmentos corporais (escala MRC); -Avaliar TA, FC, FR, SpO2, Dor; -Avaliar a tolerância ao esforço (escala de Borg modificada); -Prescrever sessões de treino físico 3-5xsemana de 30min cada (5min aquecimento + 20 min condicionamento + 5min arrefecimento) de intensidade moderada (40 a 60% da FC de reserva de acordo com a fórmula de cálculo de Karvonen): FC max para a idade= 220-idade =186 bpm; FC em repouso 90 bpm; FC de reserva = 186 – 90= 96bpm; Intensidade do exercicio= 96bpmx (40% e 60%) + 90bpm= FC máxima permitida (**128 a 147bpm**) e consoante tolerância ao esforço;	22/12/21- TA 80/52mmHg; FC 90 bpm, rítmico, regular, cheio; FR 16ciclos/min, regular, ventilação toraco-abdominal, simétrica com amplitude normal, SpO2- 98%; Treino cardiorrespiratório em bicicleta estática após 5' de aquecimento (5'+5' intervalados com 2' de descanso). Tolerância subjetiva ao esforço: Borg 7/10. Efetuou alongamentos estáticos ativos e relaxamento no fim do treino. 28/12/21- TA 81/40mmHg; FC 88 bpm rítmico, regular, cheio; FR 17 ciclos/min, regular, ventilação toraco-abdominal, simétrica com amplitude normal; SpO2- 99%; Treino cardiorrespiratório em bicicleta estática de 15' seguidos com 5 períodos de

		-instruir, treinar e incentivar a realização de exercício aeróbico (bicicleta estática, subir e descer escadas/utilização de step, caminhada) às 2ª, 4ª e 6ª; -Treino aeróbico evolui para 2xdia consoante tolerância; - instruir, treinar e incentivar a realização de 5 a 8 exercícios de treino de força muscular/anaeróbio (os utilizados no treino de equilíbrio + treino de força de MS com ou sem pesos conforme tolerância – caneleiras, alteres, fitas elásticas) - 1 série de 8 a 12 repetições para cada exercício (passa a 2 séries consoante tolerância) às 3ª e 5ª; -Integrar treino de flexibilidade e relaxamento em cada sessão de treino com alongamentos estáticos passivos e ativos (10 a 30 segundos cada) e dissociação dos tempos respiratórios (inspirar pelo nariz e enfase na expiração com lábios semi-cerrados);	*HITT's (High-intensity interval training)* de 30''. Tolerância subjetiva ao esforço: Borg 5/10. Utente muito motivada para o programa de reabilitação. Alongamentos ativos estáticos. 30/12/21- TA 80/56mmHg; FC 95 bpm rítmico, regular, cheio; FR 17ciclos/min, regular, ventilação toraco-abdominal, simétrica com amplitude normal; SpO2- 99%. Treino de força muscular dos MI e MS – 2 séries de 10 repetições – com carga (0,75kg). Tolerância subjetiva ao esforço: Borg 5/10. 7/01/22 – Idem de 28/12/21 10/01/21 – TA 79/40mmHg; FC 110bpm; SpO2- 98%. Utente realizou ciclo de QT no dia 3/01 referindo hoje sensação de cansaço e dores ligeiras generalizadas nas articulações. Por esse motivo para além da realização do penso foi efetuada 1 série de

		-Vigiar aparecimento de sinais de fadiga: desconforto, cãibras, dor, tremor muscular em contração, uso de movimentos compensatórios).	10 repetições de mobilizações ativas-assistidas das articulações: Dedos dos pés (flexão/extensão); Tibiotársica (Dorsiflexão/flexão plantar, inversão/eversão, circundação). Mobilizações ativas das articulações do joelho (flexão/extensão); CF (flexão/extensão, abdução/adução); Dedos da mão (flexão/extensão); punho (flexão/extensão, circundação, desvio radial/cubital); Antebraço (pronação/supinação); cotovelo (flexão/extensão); escapulo-umeral (rotação externa/interna, flexão/extensão, abdução/adução, elevação/depressão); cabeça e pescoço (inclinação lateral, flexão/extensão, rotação). 19/01/22- TA 93/43mmHg; FC 103 bpm rítmico, regular, cheio; FR 18 ciclos/min, regular, ventilação toraco-abdominal,

			simétrica com amplitude normal; SpO2- 99%. Treino de força muscular dos MI – 2 séries de 10 repetições – com carga (0,75kg) e duração de 5'' (flexão plantar, extensão joelho, flexão da CF, Extensão da CF, Abdução da CF) + subir e descer step sem carga com apoio. Tolerância subjetiva ao esforço: Borg 8/10. Refere que tem feito caminhada de 20 min diária desde há 4 dias em piso plano no exterior. Foi fornecido folheto ilustrativo e explicativo de alguns dos exercícios de equilíbrio e de treino de força muscular trabalhados nas sessões de reabilitação. 26/01/22 - TA 98/48mmHg; FC 110bpm; SpO2- 98%. No dia 24/01 teve conhecimento que o ciclo de QT seria adiado 1 semana e foi submetida a 1 transfusão de CE (concentrado eritrocitário) por Hb 5,7g/dl. Foi efetuado treino de mobilização articular

			ativa sem resistência nos MI consoante tolerância (2 séries de 10 repetições). 28/01/22- TA 105/56mmHg; FC 105bpm; SpO2- 98%. Foi efetuado treino de mobilização articular ativa sem resistência nos MS consoante tolerância – flexão do cotovelo, flexão e abdução da escapulo-umeral, exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico (2 séries de 10 repetições). Alongamentos estáticos e dinâmicos ativos. 31/01/22 – TA 89/57mmHg; FC 98 bpm rítmico, regular, cheio; FR 17ciclos/min, regular, ventilação toraco-abdominal, simétrica com amplitude normal; SpO2 – 99%. Mesmo treino que no dia 26/01/22. 1/02/22 - Treino de força muscular dos MS – flexão do cotovelo com carga 0,5kg; flexão + abdução + elevação da escapulo umeral

			bilateral sem carga– 2 séries de 10 repetições) - **Nota: valor de Hb** (31/1) **7,4g/dl**. 4/02/22 - TA 99/59mmHg; FC 90 bpm rítmico, regular, cheio; FR 17ciclos/min, regular, ventilação toraco-abdominal, simétrica com amplitude normal; SpO2 – 99%. Treino de força muscular dos MI – 2 séries de 10 repetições – sem carga e duração de 5'' (flexão plantar, extensão joelho, flexão da CF, Extensão da CF, Abdução da CF) + subir e descer step sem carga com apoio + 2 séries de 5 agachamentos.
Intolerância à atividade	**Objetivo:** Aumentar a tolerância à atividade	-Avaliar intolerância à atividade através da escala de Borg modificada; -Planear atividade física; -Planear Repouso; -Supervisionar resposta ao exercício.	22/12/21- Tolerância subjetiva ao treino cardiorrespiratório: nível 7/10 na escala de Borg modificada. 28/12/21 e 7/01/22- Tolerância subjetiva ao treino cardiorrespiratório: nível 5/10 na escala de Borg modificada **Nota: valor de Hb** (3/1) **9,9g/dl** .

			19/01/22- Tolerância subjetiva ao treino de força muscular dos MI: nível 8/10 na escala de Borg modificada. **Nota: valor de Hb** (21/1) **5,7g/dl** 1/02/22 - Tolerância subjetiva ao treino de equilíbrio: nível 5/10 na escala de Borg modificada. **Nota: valor de Hb** (31/1) **7,4g/dl**
Autocontrolo: Continência Urinária ineficaz (sensação de urgência urinária/incontinência ocasional)	**Objetivo:** -Continência urinária eficaz **Sistema de Enfermagem:** Apoio-educação	-Despistar sinais e sintomas de infeção urinária; -Propor a realização de um diário miccional (nº de micções em 24h, frequência e quantidade de perdas; ingestão hídrica e relação entre perdas e atividades realizadas); -Instruir e incentivar o treino vesical (micção em intervalos regulares de acordo com o diário miccional); -informar sobre estratégias de adiamento da micção num episódio de urgência urinária: permanecer imóvel, cruzar as pernas, realizar a	23/12/21- Refere sensação de urgência urinária principalmente nos dias após realização de ciclo de QT e quando se sente mais debilitada. Aparentemente sem sinais e sintomas sugestivos de infeção urinária. Foi efetuada inspeção vulvar e anal, não se tendo verificado presença de cicatrizes, fissuras ou outras alterações. Não foi avaliada a força de contração dos músculos do pavimento pélvico, utilizando a Escala de Oxford Modificada, por não se ter realizado

		contração dos músculos do pavimento pélvico, respirações profundas, relaxamento e pensamentos de afirmação (“consigo controlar a vontade de urinar”); -Avaliar a força de contração dos músculos do pavimento pélvico de acordo com a Escala de Oxford Modificada; -instruir, treinar e incentivar a realização de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico - exercícios de Kegel (5 séries de 10 contrações lentas (5'') e 10 rápidas - diárias); -instruir e treinar a realização de exercícios de adução da articulação coxofemoral contraindo a bola de 20cm entre os joelhos por 5'' (2 séries de 10 repetições 2xdia); -instruir e treinar a realização de exercícios de abdução da articulação coxofemoral com resistência de faixa elástica fechada nos joelhos por 5'' (2 séries de 10 repetições 2xdia); - Fornecer suporte de informação escrita/ilustrativa de apoio às orientações dadas;	toque vaginal nem retal. No entanto, foi possível observar a contração da musculatura pélvica quando solicitado. Proposto realização de diário miccional e de treino vesical que aceita bem como a realização dos exercícios de fortalecimento muscular do pavimento pélvico (2 séries de 10 contrações de rápidas + 10 contrações lentas). 3/01/22 – Refere que cumpre a realização dos exercícios de fortalecimento muscular do pavimento pélvico e que a sensação de urgência urinária tornou-se menos frequente. 28/01/22- Incluído na sessão de reabilitação 2 séries de 10 contrações rápidas + 10 contrações lentas de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico. Refere que teve 1 episódio de urgência urinária no

		-Gerir expectativas quanto ao sucesso do programa de reeducação funcional; -Ponderar a electroestimulação e o *biofeedback* se não existir melhoria da situação.	dia 24/01, associando-o a ter se sentido mais debilitada fisicamente (Hb 5,7g/dl – valor 21/1 – efetuou 1 transfusão de CE no dia 24/01)
Dependência moderada na satisfação do autocuidado (tomar banho, mobilidade, eliminação urinária)	**Objetivo:** -aumentar o grau de autonomia no autocuidado, garantindo a segurança **Sistema de Enfermagem:** Parcialmente compensatório e Apoio-educação	-Avaliar o grau de dependência na realização de AVD (escala de Barthel); -Verificar/prescrever banco e tapete antiderrapante para base de duche; -Informar sobre as características de um ambiente seguro, para prevenção de quedas; -intervenções de fortalecimento muscular e de treino de equilíbrio enumeradas anteriormente.	20/12/21- Pontuação 75 na escala de Barthel – incapacidade funcional moderada. Necessita de alguma ajuda para o banho; não consegue subir nem descer escadas; controlo urinário comprometido com acidente ocasional. 11/01/22- Aumento da pontuação na escala de Barthel - 80– mantém incapacidade funcional moderada. Já consegue ser autónoma no banho; não consegue subir nem descer escadas. Motivada e participativa no programa de reabilitação proposto.

			31/01/22- Aumento da pontuação na escala de Barthel - 85– mantendo ainda incapacidade funcional moderada. Não consegue subir nem descer escadas. Refere melhoria a nível do controlo urinário. Motivada e participativa no programa de reabilitação proposto.

APÊNDICE 4 – Jornal de Aprendizagem: ATA eletiva

Jornal de Aprendizagem: ATA eletiva

Na 1ª semana de estágio, já no final de um turno da manhã, acompanhei a enfermeira orientadora no acolhimento a uma senhora proposta para Artroplastia Total da Anca (ATA) no dia seguinte por diagnóstico de coxartrose do lado direito. A Sra. veio sozinha (limitação de acompanhantes no hospital devido à pandemia Covid-19) e deambulava com auxílio de canadianas por dor na anca direita. Recebemo-la numa sala à entrada do serviço, dotada de cadeirões e de privacidade. Foi efetuada uma colheita de dados multidimensional informal. De seguida a enf.ª orientadora explorou os conhecimentos da utente relativamente à cirurgia proposta e com recurso a um modelo da articulação da anca e de uma prótese total da anca ilustrou o que acontece a nível ósseo/articular quando se realiza esta cirurgia, deixando-a depois manipular a prótese. Foram abordadas as principais complicações cirúrgicas, movimentos luxantes da prótese e de como os prevenir. De seguida , efetuados ensinos sobre a importância da realização de exercícios respiratórios (dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática), mobilização ativa do MI esquerdo, exercícios isométricos dos glúteos e dos quadricípites e mobilização ativa da articulação tibiotársica do MI direito no pré e pós operatório. Foi informada de que traria um penso na anca direita com um dreno aspirativo e um Dib Epidural com analgesia do boco operatório. Foi ainda fornecida uma previsão em relação ao 1º levante e início do treino de marcha pós-cirurgia. A enf.ª orientadora fez questão de salientar a necessidade de motivação e de compromisso por parte da utente com o processo de reabilitação na obtenção de sucesso. Por fim, a utente foi acompanhada até à unidade na enfermaria onde ficaria internada. O acolhimento demorou cerca de 1h.

A enf.ª orientadora explicou-me que até há alguns anos os utentes propostos para este tipo de cirurgia eram convocados para uma consulta multidisciplinar, efetuada naquela sala, cerca de 2 a 3 semanas antes da data da cirurgia. A consulta era baseada nos critérios do programa *Rapid Recovery* e era exigido o acompanhamento por um familiar e ou cuidador. Este contacto prévio permitia ao enfermeiro de reabilitação de forma atempada ensinar, instruir e treinar os exercícios de RFR e de RFM fundamentais no pré e pós-operatório, bem como otimizar a condição física do utente para a cirurgia/pós-operatório. Nesta consulta os utentes tinham ainda oportunidade de treinar a marcha com um meio auxiliar e de interagir com utentes operados nessa semana submetidos à mesma cirurgia. Por restruturação

na equipa médica, falta de recursos humanos de enfermagem e ainda devido à pandemia Covid-19 a consulta ficou suspensa.

Após sair do turno fui-me lembrando de aspetos que tinha estudado na teoria que não foram abordados/avaliados, sentindo necessidade de efetuar uma reflexão e análise sobre a experiência.

Embora tenha identificado aspetos que não foram avaliados considero que foi uma experiência muito positiva. Em primeiro lugar este acolhimento foi efetuado por um EEER, tendo havido a preocupação de garantir uma abordagem global no sentido da prevenção de complicações associada à imobilidade no pós-operatório e da necessidade de envolvimento e compromisso da utente no processo de reabilitação. Na maioria das vezes o acolhimento é efetuado por um enfermeiro generalista. Pareceu-me que a abordagem contribuiu para a diminuição da ansiedade da utente face ao internamento e à cirurgia. O facto desta abordagem ser realizada apenas na véspera da cirurgia não nos permite melhorar a condição física da utente para a cirurgia, ou sugerir atempadamente algumas adaptações em casa facilitadoras no pós-operatório e de gestão de risco de quedas. Ainda assim parece-me que podemos conseguir ganhos a nível da prevenção de complicações cirúrgicas. O ensino de exercícios de RFR e de RFM no pré-operatório permite-nos ganhar tempo e operacionalizar a intervenção no pós-operatório imediato, combatendo os riscos associados à imobilidade no leito. Mesmo que parte das informações não sejam assimiladas, o facto de já terem sido abordadas torna-as mais fácil de relembrar.

Não foi efetuado exame físico ou avaliação funcional com recurso a escalas ou instrumentos de medida para ajuste do programa de reeducação funcional face ao potencial e comparação evolutiva no pós-operatório. Penso que este seria um dos aspetos a melhorar e que numa futura oportunidade, tendo tempo para o fazer enquanto aluna, poderia documentar.

Na literatura, verifiquei que vários autores advogam a relevância e os benefícios de um programa de reabilitação estruturado que se inicia no pré-operatório, com consultas dirigidas à pessoa que irá ser submetida a artroplastia, envolvendo sempre um familiar/cuidador. Estas consultas, aquando de cirurgia eletiva, têm como principais objetivos: avaliar as necessidades individuais e expectativas da pessoa, planeando com ela intervenções personalizadas e ajustadas que a ajudem na reabilitação/readaptação funcional, maximizando a independência e a qualidade de vida; diminuir a ansiedade no período peri operatório; otimizar a condição física pré-

cirúrgica; informar, esclarecer, instruir e treinar exercícios que visam diminuir complicações no pós-operatório; consciencializar a pessoa e família/cuidador que o compromisso com o processo de reabilitação é essencial para o sucesso; diagnosticar atempadamente necessidades de intervenção a nível socio-habitacional que permitam uma transição segura após a alta hospitalar (Edwards et al., 2017; Molko & Combalia, 2017; Rodrigues & Cunha, 2015; Vivas Pina & Lavareda Baixinho, 2020).

Idealmente devem ocorrer três consultas pré-operatórias, começando três semanas antes da cirurgia (Edwards et al., 2017). A primeira é multidisciplinar e preconiza-se que o EEER efetue uma avaliação multidimensional da pessoa. Destaca-se o exame físico e a avaliação funcional com recurso a escalas e instrumentos de medida (ex: MIF, Índice de Barthel, goniometria, índice de Tinetti, dor, força muscular nos MS e MI - escala MRC). Deste modo, é determinado o potencial de reabilitação, individualizando-se o programa de reabilitação em função da força muscular, amplitude articular e mobilidade pré-operatória, e identificam-se problemas reais ou potenciais a intervir ao nível da fragilidade e da vulnerabilidade da pessoa e unidade sociofamiliar (Vivas Pina & Lavareda Baixinho, 2020).

O planeamento da intervenção pré-operatória inclui ensino, instrução e treino de exercícios pré-operatórios de reeducação funcional respiratória e de mobilização ativa dos MS e do MI são. Estes exercícios, isométricos e dinâmicos, a realizar em casa (2xdia, 5-10 repetições, aumentando até 20 repetições), visam a prevenção de complicações no pós-operatório e o fortalecimento muscular prévio. São ainda esclarecidas dúvidas e fornecidas informações relacionadas com a cirurgia, abordando possíveis complicações e a abstenção de comportamentos que possam levar a luxação da prótese durante a realização das AVD (Sousa & Carvalho, 2016).

Nas consultas subsequentes, é abordado o dia-a-dia no internamento, treinando as técnicas de: levante, transferências, marcha com meios auxiliares, subir e descer escadas, treino de AVD e reforço do ensino do programa de exercícios pré-operatórios, terminando com a visita à enfermaria (Köksal et al., 2015; Vivas Pina & Lavareda Baixinho, 2020).

A intervenção pré-operatória tende a agilizar o programa de reabilitação pós-artroplastia, refletindo-se em ganhos em saúde e diminuição do tempo de internamento (Molko & Combalia, 2017; Rodrigues & Cunha, 2015; Vivas Pina & Lavareda Baixinho, 2020; Yoon et al., 2010). Ao melhorar a funcionalidade mais

facilmente se consegue um levante nas primeiras 24h após cirurgia, bem como treino de marcha precoce e, consequentemente, maior autonomia nas AVD e satisfação pessoal (C. L. Baixinho, 2011).

Referências Bibliográficas

Baixinho, C. L. (2011). Funcionalidade após fratura do colo do fêmur TT - Outcome after femoral neck fracture TT - Funcionalidad después de la fractura del cuello del fêmur. *Rev. Baiana Enferm*, *25*(3), 311–319. http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5480/4908

Edwards, P. K., Mears, S. C., & Lowry Barnes, C. (2017). Preoperative Education for Hip and Knee Replacement: Never Stop Learning. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*, *10*(3), 356–364. https://doi.org/10.1007/s12178-017-9417-4

Köksal, I., Tahta, M., Şimşek, M. E., Doğan, M., & Bozkurt, M. (2015). Efficacy of rapid recovery protocol for total knee arthroplasty: A retrospective study. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*, *49*(4), 382–386. https://doi.org/10.3944/AOTT.2015.14.0353

Molko, S., & Combalia, A. (2017). Rapid recovery programmes for hip and knee arthroplasty. An update. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (English Edition)*, *61*(2), 130–138. https://doi.org/10.1016/j.recote.2017.02.007

Paula, A., Paulo, P., Ortopedia, S. De, & Saúde, L. De. (2013). *Enfermagem De Reabilitação E Ganhos Em Saúde : a Evidência Pelos Registos ?* 68.

Rodrigues, E., & Cunha, M. (2015). Realidade da Enfermagem de Reabilitação do Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar do Tãmega e Sousa. *Realidade Da Enfermagem de Reabilitação Do Serviço de Ortopedia Do Centro Hospitalar Do Tãmega e Sousa*, *38*(2014), 2014.

Sousa, L., Carvalho, M.L. (2017). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia. In C. M. Vieira, L. Sousa, (1ª Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 405-420). Loures: Lusodidacta

Vivas Pina, B. M., & Lavareda Baixinho, C. (2020). Vantagens Da Consulta Pré-Operatória Na Reabilitação Da Pessoa Submetida a Artroplastia Da Anca: Revisão Integrativa Da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, *3*(1), 42–47. https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.5.5758

Yoon, R. S., Nellans, K. W., Geller, J. A., Kim, A. D., Jacobs, M. R., & Macaulay, W. (2010). Patient education before hip or knee arthroplasty lowers length of stay. *Journal of Arthroplasty*, *25*(4), 547–551. https://doi.org/10.1016/j.arth.2009.03.012

APÊNDICE 5 – Nota de campo da Sra. D. I.V.

Nota de Campo do Sra. D. I.V.

Utente com 64 anos do sexo feminino, doméstica, com antecedentes pessoais de saúde de artroscopia do joelho esquerdo e histerectomia total há 6 anos. Previamente autónoma no autocuidado, deambulava sem produtos de apoio. Vive com o marido, que será o principal cuidador (autónomo), numa vivenda térrea, mas com presença de alguns degraus (informação da utente). Tem uma filha em idade adulta com quem mantém relação próxima.

No dia 06/11/2021 por artrose do joelho direito foi submetida a artroplastia total do joelho (ATJ) sob anestesia raquidiana. Pós-operatório imediato sem intercorrências, penso cirúrgico no joelho direito sem drenos. No dia seguinte realizou dois períodos de 30min de mobilização passiva do joelho (flexão/extensão) com recurso a tala dinâmica no leito. Indicação do cirurgião para iniciar programa de reabilitação com levante e início de treino de marcha com carga total 24h pós cirurgia. Valor de Hb 11,5g/dl (07/11/21). Urina espontaneamente na arrastadeira.

- Peso: 68kg
- Altura: 1,60cm
- IMC: 26,6kg/m^2 – Excesso de Peso

8/11/2021 - Neste dia realizámos o primeiro contacto com o Sra. D. I.V:

- Consciente, orientada no tempo, espaço e pessoa. Discurso fluente, comunicativa, revelando motivação para o processo de reabilitação.
- Sinais Vitais: TA- 135/80mmHg
  FC- 75 bpm, rítmico, regular, cheio
  T. axilar- 36,2ºC

FR: 15 ciclos/min, ritmo regular, ventilação toraco-abdominal, com expansão torácica simétrica e com amplitude normal. SpO2: 98%

Sem dor em repouso.

Realizou radiografia do joelho direito que confirmou correto posicionamento dos componentes protésicos femoral e tibial. Procedeu-se ao exame físico e avaliação funcional. Cuidados de higiene no leito com ajuda parcial. Penso cirúrgico foi feito. Sutura

operatória sem sinais inflamatórios. Sem sinais de compromisso neurovascular no MI direito.

Explicámos os riscos associados à imobilidade, nomeadamente a nível respiratório e sensório-motor a nível do MI operado, e a proposta de exercícios como plano de reabilitação. Iniciámos o programa de reeducação funcional motora e respiratória no leito efetuando de seguida o 1º levante para cadeirão, administrando previamente analgesia prescrita, mesmo sem dor em repouso. Assim efetuámos:

-RFR com instrução e treino de dissociação dos tempos respiratórios, respiração diafragmática e exercícios de aumento da expansão torácica (1 série de 5 repetições). Incentivámos ainda a sua realização cerca de 5x dia sem presença do enfermeiro;

-Orientação, instrução e treino de: contrações isométricas dos glúteos e quadricípites –série de 10 repetições com contração de 5'' (mínimo 5 séries/dia);

-incentivar a realização de mobilizações livres ativas da articulação tibiotársica direita, dos segmentos do MI esquerdo e MS (com utilização de halter e triângulo da cama) para fortalecimento muscular;

-mobilizações ativas-assistidas dos segmentos do MI direito: coxofemoral: abdução/adução, flexão/extensão; joelho -flexão/extensão até ao limite de dor – série de 10 repetições;

-monitorizámos a dor, amplitude articular e força muscular;

-Instruímos e ajudámos na realização do levante/transferência para o cadeirão pelo lado direito da cama (sentar-se na cama com auxílio dos antebraços; colocar o MI direito em extensão; fletir o MI esquerdo, rodando até tocar no chão);

-instrução e treino de exercícios enquanto sentada no cadeirão – mobilização ativa da articulação tibiotársica bilateral e flexão/extensão do joelho direito com auxílio de um patim, insistindo na flexão;

-Após período de repouso instruímos o treino de marcha a 3 tempos com andarilho (1º avança o andarilho, 2º avança o MI direito e 3º o MI não operado (esquerdo);

-Promovemos o autocuidado, estimulando a utente a utilizar o sanitário na casa de banho e higiene oral;

-monitorizámos ainda risco de queda e equilíbrio estático e dinâmico, grau de dependência no autocuidado, tolerância subjetiva ao esforço, e avaliação da marcha;

-informámos sobre as características de um ambiente seguro para a prevenção de quedas, nomeadamente em casa;

-fornecimento de suporte de informação escrita de apoio às orientações dadas (folheto do serviço "cuidados após prótese total do joelho");

-após o almoço regressou ao leito e efetuámos novamente mobilizações ativas-assistidas dos segmentos do MI direito: coxofemoral: abdução/adução, flexão/extensão; joelho -flexão/extensão até ao limite de dor – série de 10 repetições. Incentivámos a realização ativa destes movimentos durante o período da tarde;

- **Avaliação da Dor**: Escala Numérica

Localização	Joelho Direito	
Fatores de Agravamento	Flexão do joelho	
Fatores de Alívio	-Analgesia -Crioterapia -Extensão do joelho direito -Repouso no leito	
Intensidade (perante os fatores de agravamento). Grau zero em repouso nas avaliações realizadas	08/11/2021 Nível 5	9/11/2021 Nível 5

- **Avaliação da Amplitude articular dos MI:** Goniómetro

Articulação	Movimento	08/11/21	09/11/21
Coxofemoral Esquerda	Abdução Adução	45º 15º	45º 15º
Coxofemoral Direita	Abdução Adução	45º 15º	45º 15º
Coxofemoral Esquerda	Flexão Extensão	110º 10º	110º 10º
Coxofemoral Direita	Flexão Extensão	100º 10º	110º 10º
Joelho Esquerdo	Flexão Extensão	130º 0º	130º 0º
Joelho Direito	Flexão Extensão	60º 0º	75º 0º
Tibiotársica Esquerda	Flexão Dorsal Flexão Plantar	20º 45º	20º 45º
Tibiotársica Direita	Flexão Dorsal Flexão Plantar	20º 45º	20º 45º

Tibiotársica Esquerda	Inversão Eversão	40º 20º	40º 20º
Tibiotársica Direita	Inversão Eversão	40º 20º	40º 20º

- **Avaliação da Força Muscular dos Segmentos Corporais:** Escala de avaliação da força Medical Research Council (MRC)

Segmento Corporal	**Movimento**	**Avaliação da Força Muscular** 08/11/21 e 09/11/21		
Cabeça e Pescoço	Inclinação Lateral	5/5		
	Flexão/Extensão	5/5		
	Rotação	5/5		
Membros Superiores	**Movimento**	**Direito** 08/11 – 09/11		**Esquerdo** 08/11 – 09/11
Escapulo-Umeral	Abdução/Adução	5/5		5/5
	Elevação/Depressão	5/5		5/5
	Flexão/Extensão	5/5		5/5
	Rotação Interna/Externa	5/5		5/5
Cotovelo	Flexão/Extensão	5		5
Antebraço	Pronação/Supinação	5/5		5/5
Punho	Desvio Radial/cubital	5/5		5/5
	Flexão/Extensão	5/5		5/5
	Circundação	5		5
Dedos da Mão	Flexão/Extensão	5/5		5/5
	Oponência	5		5
	Abdução/Adução	5/5		5/5
	Circundação	5		5
Membros Inferiores	Movimento	**Direito**		**Esquerdo**
		08/11	09/11	08/11 – 09/11/21
Coxofemoral	Abdução/Adução	5/5	5/5	5/5
	Flexão/extensão	4/4	5/5	5/5
	Rotação Interna	4	5	5
	Rotação Externa	4	5	5
Joelho	Flexão/Extensão	3/3	4/4	5/5
Tibiotársica	Dorsiflexão/Flexão Plantar	5/5	5/5	5/5
	Inversão/Eversão	5/5	5/5	5/5
Dedos do Pé	Flexão/Extensão	5/5	5/5	5/5

Nota: é importante a avaliação da força muscular além dos segmentos corporais dos MI para avaliação da capacidade de utilização de produtos de apoio à marcha.

- **Avaliação do Grau de Dependência na realização de AVD**: Escala de Barthel

Escala de Barthel	**08/11/2021**	**09/11/2021**
1-Alimentação	10	10
2- Transferências	10	10
3- Toalete	5	5
4- Utilização do WC	5	10
5- Banho	0	5
6- Mobilidade	10	15
7- Subir e descer escadas	0	5
8- Vestir	5	5
9- Controlo Intestinal	10	10
10- Controlo Urinário	10	10
Pontuação	65 – Incapacidade Funcional Moderada	85 - Incapacidade Funcional Moderada

- **Avaliação do Equilíbrio Estático e Dinâmico e Predição do risco de Queda**: Escala de Berg

Escala de Berg	08/11/2021	09/11/2021
1- Da posição de sentado para posição de Pé	2	3
2- Ficar em pé sem apoio	1	2
3- Sentado sem apoio	4	4
4- Da posição de pé para a posição de sentado	2	3
5- Transferências	1	3
6- Ficar em pé com os olhos fechados	2	3
7- Ficar em pé com os pés juntos	2	3
8- Inclinar-se para a frente com o braço esticado	3	4
9- Apanhar um objeto do chão	0	0
10- Virar-se para olhar para trás	3	3
11- Dar uma volta de 360º	0	0
12- Colocar os pés alternadamente num degrau	0	1
13- Ficar em pé com um pé à frente do outro	0	0
14- Ficar em pé sobre uma perna	1	1
Pontuação	21	30

Nota: Em ambas as avaliações: Médio risco queda/ equilíbrio diminuído.

- **Avaliação da tolerância à atividade**: Escala de perceção subjetiva ao Esforço de Borg modificada

Escala de perceção subjetiva ao Esforço de Borg modificada	
08/11	Nível 2/10: Esforço ligeiro ao treino de marcha
09/11	Nível 1/10: Esforço ligeiro ao treino de marcha

- **Avaliação da Marcha:** Categorias Funcionais de marcha de Holden

Categorias Funcionais de marcha de Holden	
08/11	Categoria 3/5 - Marcha dependente com supervisão, com andarilho
09/11	Categoria 4/5 – Marcha independente (superfície plana), com canadianas

9/11/2021 – Segundo e último dia de intervenção com a Sra. D. I.V. Manteve-se hemodinamicamente estável, sem aumento de queixas de dor. Encontrando-se motivada para a continuação do programa de reeducação funcional. Referiu ter efetuado durante a tarde do dia anterior exercícios de RFR e os exercícios de reeducação funcional motora do MI direito. Assim começámos por efetuar:

-treino de contrações isométricas dos glúteos e quadricípites –série de 10 repetições com contração de 5'';

-mobilizações ativas da articulação tibiotársica direita, dos segmentos do MI esquerdo e MS (com utilização de halter e triângulo da cama);

-mobilizações ativas-assistidas dos segmentos do MI direito: coxofemoral: abdução/adução, flexão/extensão; joelho - flexão/extensão –série de 10 repetições;

-levante para cadeira com apoio de braços;

-orientação instrução e treino de técnica de marcha a 3 pontos com canadianas (1º avançam as duas canadianas, 2º avança o MI direito e 3º o MI esquerdo) em piso plano e subir e descer escadas;

-Correção da postura corporal, contrariando a tendência de sobrecarregar o joelho esquerdo (lado são);

-Informada sobre os movimentos a evitar que aumentam o risco de luxação da prótese: torção do joelho, saltar, ajoelhar-se ou correr;

-Reforçada informação para não colocar almofada debaixo do joelho direito, uma vez que esta irá comprometer a extensão do joelho;

-Promoção do autocuidado: higiene na base de duche da casa de banho, sentada num banco (sugerido como produto de apoio para casa, bem como tapete antiderrapante e barras de apoio na parede); ajuda, instrução e treino na atividade de despir/vestir/lavar-se;

-Referenciação para ECCI para continuidade do programa de reeducação funcional iniciado no internamento hospitalar;

Teve alta clínica hoje. Quando o marido chegou foram reforçadas as orientações e cuidados a ter após a alta para continuidade do programa de reeducação funcional e prevenção de complicações r/c a cirurgia e a prevenção de quedas. Esclarecidas dúvidas.

APÊNDICE 6 - Nota de campo do Sr. J.S.

Nota de Campo do Sr. J.S.

Utente com 33 anos do sexo masculino, trabalhador da construção civil, nacionalidade brasileira, a residir em Portugal há 6 meses. Previamente autónomo no autocuidado e sem antecedentes pessoais de saúde. No dia 13/10/2021 sofreu queda de 5 metros de altura num acidente de trabalho do qual resultou politraumatismo, sendo admitido na Unidade de Urgência Médica do HSJ. É descrito que neurologicamente manteve sempre score 15 na escala de Glasgow e na avaliação inicial diminuição significativa da força muscular nos MS, perda total da força e sensibilidade nos MI, esfíncter anal atónico, ausência do reflexo bulbocavernoso. Do estudo imagiológico realizado salienta-se:

-TCE com HSA nas cisternas interpeduncular e pré-bulbar (sem indicação para intervenção pela neurocirurgia);

-contusão/edema de C2/C3 até C5/C6 + lesão dos ligamentos posteriores C6/C7 + fratura das apófises espinhosas C4, C6 e C7, tendo sido submetido a discectomia e artrodese intersomática C2/C3 e C5/C6 a 19/10/2021

-secção medular em contexto de fratura/luxação de D5/D6, tendo sido submetido a redução da luxação e fixação pela UVM a 14/10/2021

-hemotoráx bilateral com colocação de drenagem torácica bilateral com resolução (data de remoção?).

Foi transferido para este hospital (hospital da área de residência) no dia 5/11/2021 por se encontrar hemodinamicamente estável com indicação para reabilitação motora e respiratória, podendo fazer levante consoante tolerância. À entrada realizou radiografia de tórax que não revelou alterações, ficando internado no serviço de ortopedia, e sendo referenciado para o Centro de Medicina Física e de Reabilitação de Alcoitão.

10/11/2021

Neste dia realizámos o primeiro contacto com o Sr. J.S. procedendo-se ao exame físico e avaliação funcional:

Sinais Vitais: TA- 110/50mmHg

FC- 69 bpm, rítmico, regular, cheio

T. axilar- 36,5ºC

FR: 14 ciclos/min, ritmo regular, ventilação toraco-abdominal, com expansão torácica simétrica e com amplitude normal.

Dor- sem dor

- Avaliação neurológica: Consciente, orientado no tempo, espaço e pessoa. Discurso fluente, comunicativo quando abordado, humor triste com a situação clínica, sem alterações da linguagem.

- Avaliação da Força muscular (escala MRC)

Segmento Corporal	**Movimento**	**Avaliação da Força Muscular** 10/11/2021	
Cabeça e Pescoço	Inclinação Lateral	4/4	
	Flexão/Extensão	3/3	
	Rotação	4/4	
Membros Superiores	**Movimento**	**Direito** 10/11/21	**Esquerdo** 10/11/21
Escapulo-Umeral	Abdução/Adução	3/3	5/5
	Elevação/Depressão	3/3	5/5
	Flexão/Extensão	3/3	5/5
	Rotação Interna/Externa	3/3	5/5
Cotovelo	Flexão/Extensão	4/3	5/5
Antebraço	Pronação/Supinação	4/4	5/5
Punho	Desvio Radial/cubital	3/3	5/5
	Flexão/Extensão	4/3	5/5
	Circundação	3/3	5/5
Dedos da Mão	Flexão/Extensão	4/4	5/5
	Oponência	3/3	5/5
	Abdução/Adução	3/3	5/5
	Circundação	3/3	5/5
Membros Inferiores	Movimento	**Direito** 10/11/21	**Esquerdo** 10/11/21
Coxofemoral	Abdução/Adução	0/0	0/0
	Flexão/extensão	0/0	0/0
	Rotação Interna/Externa	0/0	0/0

Joelho	Flexão/Extensão	0/0	0/0
Tibiotársica	Dorsiflexão/Flexão Plantar	0/0	0/0
	Inversão/Eversão	0/0	0/0
Dedos do Pé	Flexão/Extensão	0/0	0/0

Nota: Verifica-se parésia assimétrica nos MS com graus de força segmentar à direita 3-4 , contrastando com grau 5 em todos os segmentos do MS esquerdo. Paralisia flácida nos MI.

- Avaliação do Tónus muscular (escala de Ashworth modificada):

Segmento Corporal	**Movimento**	**Avaliação do Tónus Muscular** 10/11/2021	
Cabeça e Pescoço	Inclinação Lateral	0/0	
	Flexão/Extensão	0/0	
	Rotação	0/0	
Membros Superiores	**Movimento**	**Direito** 10/11/21	**Esquerdo** 10/11/21
Escapulo-Umeral	Abdução/Adução	0/0	0/0
	Elevação/Depressão	0/0	0/0
	Flexão/Extensão	0/0	0/0
	Rotação Interna/Externa	0/0	0/0
Cotovelo	Flexão/Extensão	0/0	0/0
Antebraço	Pronação/Supinação	0/0	0/0
Punho	Desvio Radial/cubital	0/0	0/0
	Flexão/Extensão	0/0	0/0
	Circundação	0/0	0/0
Dedos da Mão	Flexão/Extensão	0/0	0/0
	Oponência	0/0	0/0
	Abdução/Adução	0/0	0/0
	Circundação	0/0	0/0
Membros Inferiores	Movimento	**Direito** 10/11/21	**Esquerdo** 10/11/21
Coxofemoral	Abdução/Adução	0/0	0/0
	Flexão/extensão	0/0	0/0
	Rotação Interna/Externa	0/0	0/0
Joelho	Flexão/Extensão	1+/1	1+/1
Tibiotársica	Dorsiflexão/Flexão Plantar	0/0	0/0
	Inversão/Eversão	0/0	0/0
Dedos do Pé	Flexão/Extensão	0/0	0/0

- Sensibilidade táctil, dolorosa e térmica (testadas respetivamente com algodão, ponta de caneta e invólucro com gelo e com água quente):

  - mantida bilateralmente na face interna do braço, região palmar e dedos das mãos (refere, contudo, hipoestesia ao nível da mão direita)

  - a nível do tronco verifica-se ausência total abaixo do nível das costelas e dos MI.

- Sensibilidade propriocetiva:

  -vibratória (não foi testada);

  -postural: identifica bilateralmente a posição da mão com os olhos fechados. Não identifica a posição dos pés;

  -discriminatória: com os olhos fechados consegue identificar objetos (caneta, bolinha) dados para a mão (esquerda e direita);

- Equilíbrio: Assume a posição de sentado com ajuda, com equilíbrio estático. Equilíbrio dinâmico não eficaz.
- Coordenação: prova dedo-nariz e prova dedo-orelha sem alterações bilateralmente; prova dedo-dedo sem alterações com ambas as mãos. Teste de Romberg não aplicável.

Apresenta duas úlceras de pressão de pressão de grau III nos calcâneos, ambas com tecido de granulação, sem presença de odor, exsudado seroso em pouca quantidade, bordos bem definidos e pele seca em redor. Dimensões: Esquerdo – (comprimento x largura x profundidade) 3x3x0,5cm; Direito – 3x2x0,5cm. Tratamento programado para realização de 3/3dias com limpeza de SF, hidratação co creme da pele em redor, aplicação de carbometilcelulose sódica e aplicação de espuma de poliuretano como penso secundário para almofadamento.

Sem presença de outras feridas.

- Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão (Escala de Braden)

10/11	Pontuação 11: Alto risco de úlcera de pressão

Nota: Na admissão descritas duas úlceras de pressão grau III nos calcâneos

Encontra-se com algaliação permanente com drenagem livre para saco coletor de urina, em circuito fechado e com fralda. Realiza treino intestinal com supositório de bisacodilo em dias pares, embora apresente perdas fecais de fezes castanhas pastosas diariamente (1 a 2x dia).

- Avaliação do Grau de Dependência na realização de AVD (Escala de Barthel)

Escala de Barthel	19/10/2021
1-Alimentação	10
2- Transferências	0
3- Toalete	0
4- Utilização do WC	0
5- Banho	0
6- Mobilidade	0
7- Subir e descer escadas	0
8- Vestir	0
9- Controlo Intestinal	0
10- Controlo Urinário	0
Pontuação	10 – Incapacidade Funcional Elevada

- Avaliação do Risco de Ansiedade/Depressão (Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)	
10/11	Pontuação itens da Ansiedade – 5 = Improvável Pontuação itens da Depressão – 10 = Possível Nota: Interpretação *HADS*: Sem ansiedade/depressão (0-7 pontos) Possível (questionável/duvidosa) (8-11 pontos) Provável (12-21 pontos)

Após avaliação e com o objetivo de manter a mobilidade articular, prevenir contraturas e deformidades musculo-articulares, estimular a circulação e a sensibilidade, promover o conforto e o bem-estar, manter a integridade cutânea e prevenir/diminuir a espasticidade explicámos o procedimento ao utente e a sua importância para a prevenção de complicações e preservação da função existente, pedindo a sua atenção e

colaboração. Realizámos diferentes tipos de mobilizações articulares do distal para o proximal (1 série de 10 repetições) de acordo com a avaliação por segmentos efetuada anteriormente:

- Posicionado em D.D. em padrão antispástico (almofada na cabeça, MS em posição confortável e ao nível dos MI: coxofemoral em rotação interna e ligeira flexão, flexão dos joelhos, região aquiliana apoiada e região plantar livre);

-Mobilizações ativas-assistidas da cabeça e pescoço (sem almofada): flexão/extensão, lateralização bilateral e rotação;

-Mobilizações ativas-assistidas dos segmentos do MS direito: dedos da mão (flexão/extensão, abdução/adução 1 a 1 com os dedos em extensão, oponência interfalângica e circundação), punho (desvio radial/cubital, flexão/extensão e circundação), antebraço (pronação/supinação), cotovelo (flexão/extensão) e da articulação escapulo-umeral (abdução/adução, elevação/depressão, flexão/extensão, rotação interna/externa);

-Mobilizações ativas-resistidas ao nível de todos os segmentos do MS esquerdo;

-Incentivado à realização de exercícios de fortalecimento muscular com halter e com o uso do triângulo da cama ao nível dos MS e do tronco e da atividade virar-se na cama;

-Mobilizações passivas nos segmentos dos MI: dedos do pé (flexão/extensão), articulação tibiotársica (dorsiflexão/flexão plantar com ênfase na dorsiflexão, inversão/eversão com ênfase na eversão); Joelho (flexão/extensão, insistindo na flexão); coxofemoral (abdução/adução, flexão/extensão e rotação interna/externa insistindo na rotação interna).

Após o almoço foram repetidas as mobilizações passivas a nível de todos os segmentos dos MI. A nível da RFR efetuámos instrução e treino de dissociação dos tempos respiratórios, respiração diafragmática e exercícios de aumento da expansão torácica (1 série de 5 repetições). Incentivámos ainda a sua realização cerca de 5x dia sem presença do enfermeiro. Utente mostrou-se colaborante e participativo nas intervenções de reeducação funcional efetuadas ao nível sensório/motor e respiratório.

No dia 12/11/2021 realizámos o mesmo treino de mobilizações que no dia 10/11 antes dos cuidados de higiene. Durante os cuidados de higiene no leito promovemos a

autonomia no autocuidado ao colocar o utente na posição de fowler e ao solicitar que se lavasse ao nível da cabeça e pescoço, MS, região anterior do tronco e região genital. Ajudámos a vestir o casaco de pijama e pedimos que abotoasse os botões. Vestiu um pijama hospitalar, no entanto sugerimos a possibilidade de optar pelo seu vestuário, caso o familiar que possa trazer, optando por vestuário largo, com botões grandes ou velcro anterior e tecido idealmente elástico ou escorregadio. Após a higiene corporal foi promovida a independência na higiene oral. Efetuou período de repouso no leito em DLD com MI posicionados em padrão antispástico. Perto da hora de almoço e por ser da sua vontade foi sugerido a realização de levante para cadeirão. Assim, foi efetuada contenção elástica com ligaduras nos MI para prevenção de hipotensão ortostática, colocámos um colar cervical mole para maior conforto e estabilidade cervical e procedemos ao treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado na cama com os pés apoiados no chão (provocámos ligeiros desequilíbrios, empurrando ligeiramente ao nível do esterno e lateralmente ao nível dos ombros, pedindo para compensar com as mãos apoiadas na cama). Embora tenha apresentado episódio de sudorese inicial, tolerou o treino de equilíbrio e podemos verificar a estabilidade dos sinais vitais por duas vezes durante o período em que esteve sentado na cama. Refira-se que nos dias anteriores foram promovidos posicionamentos de fowler no leito, verificando-se ausência de sinais de intolerância. Decidimos avançar para a transferência para cadeirão, garantindo o apoio da cabeça, ligeiramente reclinado para evitar quedas e apoio da região plantar. Utente motivado e muito participativo no programa de reeducação funcional. Verificámos que o levante para cadeirão lhe proporcionou sensação de enorme bem-estar.

No dia 15/11/2021 demos continuidade ao programa de reeducação funcional sensório-motor e respiratório instituído anteriormente com levante para cadeirão para o almoço que tolera cerca de 1h30.

No dia seguinte o Sr. J.S. foi transferido para outra instituição com acordo com a seguradora do seguro de acidentes de trabalho.

APÊNDICE 7 - Nota de campo do Sr. F.R.

Nota de Campo do Sr. F.R.

O Sr. F.R. tem 69 anos, autónomo nas AVD e reside em casa própria com a esposa. Deambula com apoio de canadianas.

Tem como antecedentes pessoais de saúde: poliomielite em criança com sequelas no MI esquerdo (atrofia muscular e paralisia flácida), utilizando uma canadiana para apoio na marcha; HTA, DM tipo2, hérnia umbilical, depressão, AVC há 20 anos com discreta parésia facial esquerda (ramo motor do VII par craniano alterado) como sequela, obesidade com IMC estimado de 39, acuidade auditiva muito diminuída, compensada parcialmente com aparelho auditivo à esquerda. Encontra-se medicado para compensação das doenças crónicas referidas.

Em novembro teve internamento de 13 dias num serviço de pneumologia por dispneia a pequenos esforços com agravamento progressivo. Diagnosticada Insuficiência Respiratória Global Crónica (possível SAOS) e Insuficiência Cardíaca descompensada por Edema agudo do pulmão hipertensivo. Foi submetido a VNI e ajustada terapêutica diurética e broncodilatadora.

Teve alta no dia 30/11/2021 com indicação para manter ventilação não invasiva durante o período noturno (IPAP 22, EPAP 8, FR 16ciclos/min com O2 a 4L/m). Foi referenciado para ECCI para reeducação funcional respiratória. Admitido em ECCI no dia 13/12/2021 com 2 visitas domiciliárias programadas por semana.

Tive oportunidade de realizar até agora 4 visitas domiciliária: 28 de dezembro; 4, 7 e 11 de Janeiro 2022.

A referir que a habitação apresenta limitações arquitetónicas como degraus e tapetes soltos, que embora não constituam barreiras para o utente foi alertado para o perigo de quedas. Moradia arejada, com presença de humidades.

Relativamente à obesidade foi averiguado o tipo de alimentação com o utente e a esposa. Parece apresentar uma alimentação adequada tanto na escolha dos alimentos como das quantidades. Tem os valores de glicémia capilar controlados. Estilo de vida sedentário por limitação na mobilidade.

Segue abaixo o plano de cuidados de enfermagem de reabilitação (em linguagem CIPE.

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO SR. F.R.

Diagnóstico	Plano	Intervenções	Avaliação
Ventilação ineficaz	**Objetivos:** Otimizar a ventilação **Sistema de Enfermagem:** Parcialmente compensatório e Apoio-educação	- Observar coloração da pele e mucosas; - Observar o tórax; - Auscultar o tórax; - Monitorizar FR e SpO2; - Vigiar a respiração; - Vigiar a ventilação; - Avaliar o conhecimento sobre autocontrolo do padrão respiratório; - Avaliar o conhecimento sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação; - Avaliar a capacidade sobre autocontrolo do padrão respiratório; - Avaliar a capacidade sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação; - Ensinar sobre o autocontrolo do padrão respiratório; -Prescrever espirómetro de incentivo;	28/12/2021- Pele e mucosas coradas, sem cianose; observação do tórax na posição de sentado, sem assimetrias ou abaulamentos; Murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios nos 2 hemicampos pulmonares (1/3 inferior não audível. Rx toráx PA disponível em SClinico do momento da alta é possível verificar hemicúpulas diafragmáticas subidas, não existe horizontalização das costelas); FR 20 ciclos/min em repouso, SpO2 99%; sem esforço respiratório em repouso;

		-Instruir e treinar sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação na posição de deitado com almofada debaixo dos joelhos (2 séries de 10 repetições 2xdia): -dissociação dos tempos respiratórios (inspirar profundamente pelo nariz e deitar o ar fora pela boca lentamente com os lábios semi-cerrados) -respiração abdomino-diafragmática -técnica de relaxamento - Executar técnicas respiratórias a realizar 2 séries de 10 repetições: -abertura costal global com bastão (deitado em DD ou sentado na cadeira) -abertura costal seletiva à direita e à esquerda (*) -reeducação abdominodiafragmática posterior -reeducação da hemicúpula diafragmática direita e esquerda com resistência (iniciar com 1kg) na expiração e no 1º terço da inspiração(*) -reeducação costal média e inferior à direita e à esquerda (*)	ventilação torácica, ritmo regular, amplitude superficial, expansão torácica simétrica, tempo inspiratório e expiratório curtos; Utente recetivo e participativo nos exercícios instruídos, embora com alguma dificuldade na sua realização: dissociação dos tempos respiratórios e respiração abdomino-diafragmática. Verificada adaptação à VNI, bem adaptado, refere cumprir cerca de 10h. 4/01/2022 – Idem. Refere que tem cumprido a realização dos exercícios de dissociação dos tempos respiratórios e de respiração abdomino-diafragmática 2 séries

		(* exercícios realizados com o utente em decúbito lateral com o MI que fica por baixo em semi-flexão e o MI que fica por cima em extensão, MS que fica por cima apoiado numa almofada fletido a 90º com o tronco) -Instruir e treinar exercícios de aumento da mobilidade torácica: 1-Na posição de sentado, colocar em flexão bilateral a articulação escapulo-umeral (90º) com flexão dos cotovelos (90º); Inspirar pelo nariz enquanto realiza abdução horizontal da articulação escapulo-umeral; Expirar lentamente pela boca enquanto realiza adução horizontal da articulação escapulo-umeral - 2 séries de 8 repetições (2xdia); 2- Na posição de sentado, colocar em flexão bilateral a articulação escapulo-umeral (90º) com extensão dos cotovelos; Inspirar pelo nariz enquanto realiza abdução horizontal da articulação escapulo-umeral; Expirar lentamente pela boca enquanto realiza adução horizontal da articulação escapulo-umeral - 2 séries de 8 repetições (2xdia);	de 10 repetições 2xdia. Corrigida a técnica e introduzidos os exercícios de técnicas respiratórias. Verifica-se pouca mobilidade das costelas. 7/01/2022 – Características da ventilação/respiração/auscultação iguais. Utente participativo no programa de reeducação funcional respiratória, com notória aprendizagem das técnicas respiratórias. Foi ainda instruído quanto aos exercícios de mobilidade torácica. Entregue suporte de informação escrita/ilustrativa de apoio às orientações dadas (anexo). 11/01/2022 - Características da ventilação/respiração/auscultação

		3-Na posição sentado (não consegue realizar de pé sem apoio de canadianas), e mãos apoiadas na cintura inspirar pelo nariz enquanto inclina o tronco para um dos lados; expirar lentamente pela boca enquanto regressa à posição inicial – 2 séries de 4 repetições para cada lado; - Providenciar material educativo; - Envolver familiar de referência (esposa) - Verificar adaptação/cumprimento da VNI noturna;	iguais. Utente participativo no programa de reeducação funcional respiratória, referiu ter cumprido a realização dos exercícios de mobilidade torácica sugeridos na última sessão. Nesta sessão foram trabalhados estes exercícios na posição de sentado com introdução de resistência (alteres de 0,5kg em ambos os MI) conseguindo cumprir.
Intolerância à atividade	**Objetivo:** Aumentar a tolerância à atividade **Sistema de Enfermagem:** Apoio-educação	- Avaliar intolerância à atividade através da escala modificada de Borg; - Monitorizar TA, FC, FR, SpO2 e Dor; - Ensinar sobre hábitos de exercício; - Prescrever sessões de treino físico 3xsemana de 30min cada (5min aquecimento + 20 min condicionamento + 5min arrefecimento) com intensidade moderada (FC max para a idade= 220-idade =151 bpm; FC em repouso 77 bpm; FC de reserva = 151 – 77= 74bpm; Intensidade do exercício=	28/12/2021 – TA 145/84mmHg; FC 77bpm, pulso regular e cheio; FR 20 ciclos/min; SpO2- 99%, sem dor; Pontuação 7/10 na escala de perceção subjetiva ao esforço de *Borg* modificada após realização dos exercícios respiratórios;

		74bpmx (60% e 90%) + 77bpm= FC máxima permitida (121 a 144bpm); - Planear atividade física (pedaleira 3x semana); - Providenciar equipamento (alteres e pedaleira); - Introduzir resistência (iniciar com 0,5kg em cada MS) aos exercícios anteriormente descritos de aumento da mobilidade torácica; -Supervisionar resposta ao exercício; -Vigiar aparecimento de sinais de fadiga: desconforto, cãibras, dor, tremor muscular em contração, uso de movimentos compensatórios; -Integrar treino de flexibilidade em cada sessão de treino com alongamentos estáticos passivos e ativos (10 a 30 segundos cada); - Avaliar o perímetro abdominal/peso corporal;	4/01/2022- TA 140/85mmHg; FC 77bpm; FR 20 ciclos/min; SpO2- 99%,sem dor; Pontuação 7/10 na escala de perceção subjetiva ao esforço de *Borg* modificada após realização dos exercícios respiratórios; 7/01/2022- TA 135/85mmHg; FC 76bpm; FR 19 ciclos/min; SpO2- 99%,sem dor; Pontuação 5/10 na escala de perceção subjetiva ao esforço de *Borg* modificada após realização dos exercícios respiratórios; 11/01/2022 – TA 133/84mmHg; FC 78bpm; FR 19 ciclos/min; SpO2- 99%, sem dor;

			Pontuação 5/10 na escala de perceção subjetiva ao esforço de *Borg* modificada após realização dos exercícios respiratórios; Efetuada tentativa de introdução de pedaleira sem sucesso devido à atrofia muscular e paralisia flácida no MI esquerdo; Perímetro abdominal 139cm

ANEXO à nota de Campo do Sr. F.R.

TREINO DE MOBILIDADE TORÁCICA

Exercício 1

- Coloque os braços à altura dos ombros, com os cotovelos dobrados;
- Inspire pelo nariz enquanto leva os cotovelos para trás;
- Expire pela boca e regresse à posição inicial.

Séries: 2

Repetições: 8

Exercício 2

- Coloque os braços à altura dos ombros e as palmas das mãos juntas no centro;
- Inspire pelo nariz e afaste os braços;
- Expire pela boca e regresse à posição inicial.

Séries: 2

Repetições: 8

Exercício 3

- Coloque as pernas ligeiramente afastadas com os pés paralelos e as mãos apoiadas na anca;
- Inspire pelo nariz ao mesmo tempo que inclina o tronco para um dos lados;
- Expire pela boca e regresse à posição inicial.

Séries: 2

Repetições: 4x/lado

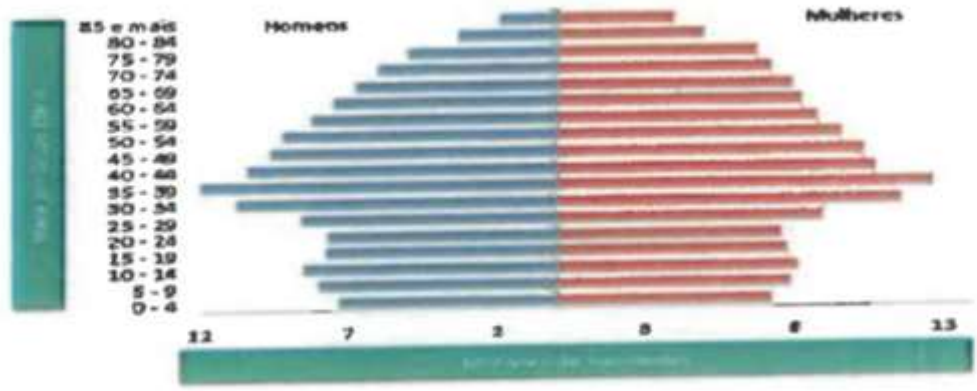
APÊNDICE 8 - Nota de campo: Caracterização do Serviço de Ortopedia

Notas de Campo

Caracterização do Serviço de Ortopedia [redacted]:

O [redacted] é responsável pela prestação de cuidados de saúde diferenciados a uma população aproximada de 292.000 pessoas em 9 concelhos [redacted].

GRÁFICO 1 - Pirâmide Etária da População dos Concelhos da Área de Influência



Fonte: ACES/ARSLVT

Como é possível verificar (dados extraídos do Relatório e Contas do [redacted] 2020), serve uma população envelhecida, com prevalência do género feminino.

Uma outra característica da região é a presença de várias instituições residenciais fundamentalmente dedicadas a idosos e com estatutos diversos. Estão implantadas desde casas de acolhimento não legalizadas a estruturas de grandes dimensões integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados.

O Serviço de Ortopedia [redacted] é responsável pela avaliação, orientação e tratamento das situações clínicas ortotraumatológicas nesta área geográfica. Dispõe de 39 camas, sendo a maioria dos doentes (cerca 2/3) proveniente do Serviço de Urgência, conforme se pode apreciar observando a figura seguinte, gentilmente cedida pelo Gabinete de Informação para a Gestão do Centro Hospitalar.

	2019	2020
Doentes Saidos	1 658	1 348
Dias de Internamento	11 846	9 915
% Ocupação	77,6%	71,3%
Demora Média	7,1	7,4
Proveniencia:	1 658	1 348
Programada	561	409
Urgente	1097	939

Fonte: SONHO 8/11/2021

Registou-se em 2020 uma assinalável redução da taxa de ocupação (em 6,3 p.p.), para além de um pequeno aumento da demora média (em 0,3 dias). Deverá ter-se em conta, no entanto, o impacto da pandemia da Covid no acesso. Com efeito, a suspensão por quase 3 meses da atividade programada do bloco operatório, aliada à redução das admissões através do Serviço de Urgência, embora com situações potencialmente mais graves (conjetura empírica), poderão concorrer para este resultado.

Periodo de 01/01/2019 a 31/12/2019

Grupo Etario	MASC.	FEM.	TOTAL
<1	0	0	0
[1-5[	0	0	0
[5-10[	0	0	0
[10-15[	1	0	1
[15-25[	22	11	33
[25-35[	44	21	65
[35-45[	78	35	113
[45-75[	281	401	682
>=75	151	433	584
TOTAL	577	901	1478

Periodo de 01/01/2020 a 31/12/2020

Grupo Etario	MASC.	FEM.	TOTAL
<1	0	0	0
[1 - 4[	0	0	0
[5 - 9[	0	0	0
[10 - 14[	1	0	1
[15 - 24[	32	8	40
[25 - 44[	102	47	149
[45 - 64[	148	177	325
[65 - 74[	84	152	236
[75 - 84[	76	204	280
>=85	44	162	206
TOTAL	487	750	1237

Parte significativa dos utentes é idosa, com predominância do género feminino. Não foi possível obter dados relativos aos diagnósticos da população internada. No entanto, através de entrevista informal à Sra. Enf.ª Chefe é referida primeiramente a patologia traumática (nomeadamente fraturas localizadas a nível do fémur) e seguidamente a patologia músculo-esquelética (designadamente: coxartrose, gonartrose, osteoartrose, osteomielite).

A equipa multidisciplinar é constituída por 10 médicos especialistas, 36 enfermeiros (6 dos quais EEER, 1 especialista em Enfermagem Comunitária e a Enf.ª Chefe), 1 assistente social, 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta.

A perda de independência para o autocuidado, associada frequentemente a patologias do foro ortotraumatológico, determina uma grande necessidade de cuidados de ER. Infelizmente, o défice de enfermeiros no serviço leva a que os EEER sejam distribuídos na prestação de cuidados gerais, não desempenhando cuidados especializados a tempo inteiro. É privilegiado o método individual de trabalho.

Relativamente à filosofia de cuidados, existe elevada preocupação em prestar cuidados de qualidade, individualizados, abrangentes que respondam às necessidades do utente e família/cuidador. A envolvência do cuidador nos cuidados de enfermagem era, anteriormente à pandemia Covid, presença assídua no serviço. Neste momento, atendendo às limitações impostas pela instituição no acesso dos familiares ao serviço esse contato é apenas efetuado via telefónica e presencialmente no momento da Alta. Os EEER são distribuídos essencialmente no turno da Manhã, havendo um esforço individual na garantia da prestação de cuidados de ER especializados aos utentes a si distribuídos. Estes cuidados especializados estão focados na: recuperação e promoção da independência funcional e do autocuidado; capacitação e a promoção do retorno seguro e progressivo às suas AVD e reintegração e a participação social do utente e família/cuidador. O processo de Enfermagem encontra-se informatizado em SClínico, havendo uma preocupação com o planeamento e a promoção da continuidade dos cuidados através do registo dos resultados das intervenções planeadas. Tendo em mente a objetividade e a monitorização dos resultados são utilizadas habitualmente escalas e instrumentos de medida (Índice de Barthel, Escala de Morse, Escala de Braden e a Goniometria).

Neste momento não existem programas de Reabilitação instituídos no serviço. No passado o serviço teve em funcionamento o projeto de consulta e reunião pré operatória intitulada "*Rapid Recovery*" que foi suspensa por falta de recursos humanos.

No que se refere a programas de melhoria continua da qualidade dos cuidados, existem alguns grupos de trabalho dentro da equipa de enfermagem. Estes grupos elaboraram um Manual da Qualidade onde se destacam as áreas prioritárias referentes à prevenção e tratamento de úlceras de pressão, controlo de infeção hospitalar e a prevenção e monitorização de quedas.

Diariamente existe uma reunião a seguir à passagem de turno da manhã entre a equipa médica e um EEER que discutem a situação de cada utente internado. Existe apoio diário da assistente social, da nutricionista e da fisioterapeuta (apenas 3h diárias) e pontualmente outros profissionais.

O planeamento da Alta é na maioria das vezes iniciado após o utente ser operado. A continuidade dos cuidados do programa de reabilitação é uma preocupação, sendo sempre elaborada a nota de alta/transferência de enfermagem. Muitos utentes são referenciados para a ECCI da área de residência (se valência disponível), dando assim continuidade ao programa de reeducação funcional iniciado no internamento hospitalar. Existe ainda o seguimento após alta hospitalar em consulta de enfermagem (enquanto presença de material de sutura), e em consulta médica de ortopedia e fisiatria (quando aplicável).

APÊNDICE 9 - Nota de campo: Caracterização da UCC

Nota de Campo

Caracterização da UCC de [redacted] – ECCI [redacted] (ACES [redacted])

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de [redacted] está integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) [redacted], sendo responsável pela prestação de cuidados em toda a área geográfica do concelho de [redacted] (405km^2).

As UCC têm como objetivo prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, no contexto domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos vulneráveis e em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeiram acompanhamento próximo. Atuam ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (DR, 2.ª série — N.º 74 —de abril 2009, pp15438-15440).

A admissão dos utentes na UCC faz-se através da referenciação na plataforma informática da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) pelos hospitais, enfermeiro e médico de família, ou por transferência de outras unidades da RNCCI, de acordo com critérios específicos para este tipo de cuidados. A equipa multidisciplinar é composta por enfermeiros, médicos de família, psicólogos, terapeuta ocupacional e assistentes sociais. Relativamente à equipa de enfermagem é composta por 8 enfermeiros especialistas: 4 EEER, 1 de Saúde Materna e Obstétrica, 1 de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 1 de Enfermagem de Saúde Comunitária e 1 de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Dentro da UCC de [redacted] temos a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que nesta UCC se divide em 2 polos: [redacted] (3 EEER) e [redacted] (1 EEER).

Esta é, portanto, uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários. A sua atividade emerge da avaliação integral de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social ou outros, dirigidas a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.

Os utentes referenciados têm idades compreendidas entre os 30 e os 85 anos, estando a maioria na faixa etária dos 70-85 anos. Têm habitualmente graus de dependência moderado a elevado. Entre os diagnósticos e problemas mais frequentes encontram-se as FEPF, síndromes de imobilidade e má gestão do regime terapêutico.

A ECCI tem neste momento 20 vagas. A permanência dos utentes neste programa pode ir até 12 meses. Muitos dos utentes com permanência superior a 3 meses são utentes crónicos com patologia respiratória, mais especificamente com DPOC que requerem planos

de reabilitação longos. São utentes com recaídas e agravamentos do seu estado geral, requerendo um maior envolvimento e apoio por parte da equipa.

Os EEER desempenham maioritariamente cuidados especializados, embora também possam dar resposta a situações do âmbito dos cuidados gerais, tais como realização de pensos se de frequência diária. Nesta fase contam ainda com alguns dias de trabalho destacados para o centro de vacinação covid.

Relativamente aos cuidados especializados implementam treino de AVD, reeducação funcional respiratória, motora e neurológica de acordo com as necessidades encontradas nas visitas domiciliárias. É elaborado e implementado um plano de intervenção individual de acordo com as necessidades identificadas envolvendo sempre o cuidador informal/familiar que acompanha o utente durante todo o processo. O sucesso da reabilitação é condicionado pela competência familiar para participar na gestão do processo de saúde/doença da pessoa com dependência funcional ou cognitiva. A intervenção é também dirigida à família através de sessões de ensino que permitiram proporcionar uma transição para uma competência mais elevada.

Os registos são efetuados através da plataforma informática SClínico, utilizando várias escalas e instrumentos de medida para monitorização e avaliação da eficácia dos cuidados prestados. Algumas dessas escalas são: avaliação do autocuidado (índice de Barthel), avaliação do risco de queda (Escala de Morse), avaliação do risco de úlcera de pressão (Escala de Braden), escalas de avaliação da Dor, avaliação da sobrecarga do cuidador (Escala de Zarit), avaliação subjetiva da tolerância ao esforço (Escala de Borg modificada), avaliação da força muscular (Escala MRC).

A alta é dada quando o utente atinge o seu potencial máximo de recuperação ou em situações, que após avaliação, não evoluem mais ou foram transferidos para outras Unidades da rede. De acordo com o relatório de atividades da UCC de 2019 (disponibilizado para consulta pela enfermeira orientadora) 69,3% dos utentes que nesse ano tiveram alta atingiram os objetivos propostos e 73,5% diminuíram a dependência no autocuidado (de acordo com o índice de Barthel).

A UCC dispõe ainda de programas na área da reabilitação que devido ao contexto pandémico Covid-19 foram suspensos ou aguardam condições para iniciar. Um dos programas já existente, e agora suspenso, é a "Academia da Mobilidade [redacted] Saudável" que visa: fomentar a prática regular de exercício físico, promover o envelhecimento ativo, promover hábitos de vida saudáveis, promover a autonomia, a participação social e a qualidade de vida das pessoas. Este programa destinado a pessoas com mais de 65 anos ou com doenças crónicas era composto por 3 sessões de exercício físico semanal e 1 sessão semanal de educação para a saúde. A equipa era composta por professores de educação física e por EEER. O grupo acompanhado por um EEER era composto habitualmente por 10

utentes com diminuição da mobilidade por síndrome de imobilidade. O programa global incluía treino de equilíbrio, treino de reabilitação musculo-articular, treino de fortalecimento muscular e treino global de atividade física.

Encontram-se a ser desenvolvidos mais dois programas, um no âmbito da prevenção de quedas no domicílio e outro vocacionado para os utentes com patologia respiratória na comunidade.

APÊNDICE 10 – Folheto "Prevenção de Quedas – Casa Segura"

A diminuição da força muscular, do equilíbrio, do tempo de reação, da visão e da audição, **leva ao aumento do risco de queda**.

As quedas podem ter consequências graves, tais como fraturas e traumatismos que diminuem a capacidade da pessoa se movimentar e de realizar as suas atividades no dia-a-dia, tornando-as mais dependentes.

Garantir um ambiente seguro e adotar

estilos de vida saudáveis é fundamental para prevenir a Queda!

Ambiente Seguro

- **Mantenha o piso livre de objetos**
- Os móveis não devem impedir a circulação e devem estar fixos
- **Retire tapetes soltos**

- Se optar por não retirar os tapetes garanta que as pontas ficam bem aderentes ao chão (colocando fita adesiva) de forma a não tropeçar
- **Garanta que os espaços são bem iluminados** (preferir cortinas transparentes, aumentar a potência das lâmpadas)
- Os fios elétricos devem estar presos à parede e os interruptores de fácil alcance à pessoa.

- Evitar vapores na casa de banho e na cozinha para manter o piso seco
- As cadeiras/cadeirão devem ter

apoio de braços e a altura do assento deve permitir à pessoa quando está sentada ficar com os dois pés apoiados no chão e os joelhos dobrados a 90º (se assento baixo colocar uma almofada a compensar)

- As escadas devem, idealmente, ter corrimão bilateral, colocado a 75cm acima dos degraus

- Coloque fica adesiva antiderrapante colorida na beira de cada degrau
- Na casa de banho, se possível, opte por um poliban e coloque barras de apoio na parede junto ao poliban, sanita e lavatório

⚠ Coloque um banco e tapete antiderrapante no poliban/banheira para maior segurança no banho

⚠ Se a sanita for baixa, se possível, coloque um alteador de sanita

⚠ Não ande descalço ou de meias, prefira sapatos confortáveis fechados, sem atacadores, e com sola antiderrapante

⚠ Verifique regularmente o estado das borrachas antiderrapantes das canadianas/andarilho/bengala

⚠ Não suba bancos/cadeiras para alcançar objetos (uma pinça alcançadora poderá ajudar)

⚠ Tenha atenção aos animais de estimação.

⚠ O ambiente deve estar adaptado às suas necessidades de forma a promover a sua autonomia.

⚠ A segurança é mais importante do que a estética!

Realizado por: Telma Antunes em contexto de ensino clínico do CMEEER
Enfermeiras Orientadoras: [redacted]
Professora Orientadora: Maria do Céu Sá

Bibliografia Consultada:
-Diogo, A. R., & Moura, M. (2006). *Manual Do Cuidador - Prevenção de Quedas em idosos no domicílio*. 206. Acedido 07-11-2021. Disponível em: https://www.biblioteca.sns.gov .pt /wp-content/ uploads/2017/ 06/ Envelh_ativo_manual-cuidador -prevenção-quedas.pdf
-Ministério da Saúde (2017). *Tropeções, quedas e trambolhões*. Lisboa. Ministério da Saúde.
-Rodriguez Perracini, M., & Ramos, L. R. (2002). Fall-related factors in a cohort of elderly community residents. *Revista de Saude Publica*, *36*(6), 709–716. https://doi.org/10.1590/s0034-89102002000700008
-http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/184queda_idosos.html. Acedido 07-11-2021.

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Prevenção de Quedas

Casa Segura

APÊNDICE 11 - Folheto "Exercícios de treino de Equilíbrio e de Força Muscular"

A capacidade de andar é afetada pela falta de força muscular e de equilíbrio. Um treino regular com exercícios adequados contribui para recuperar e/ou manter esta capacidade.

Neste folheto encontra alguns exercícios que poderá fazer em casa para além dos realizados nas sessões com o enfermeiro de reabilitação.

Orientações:

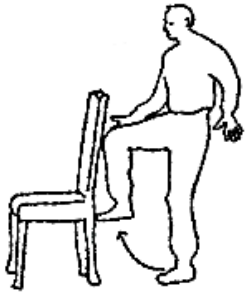
Poderá realizar os exercícios apoiando-se com uma mão nas costas de uma cadeira, tentando progredir para a sua realização sem apoio.

Realizar 2 séries de 10 repetições de cada exercício uma vez por dia. Poderá aumentar a frequência consoante tolerância.

Quando os exercícios forem fáceis de realizar poderá realizar os mesmos exercícios com caneleiras ou fitas elásticas (iniciar com peso/resistência baixa).

-Elevar lentamente os calcanhares até ficar em pontas dos dedos. Manter a posição durante 5 segundos e descer lentamente até apoiar totalmente os pés no chão.

-Dobrar o joelho direito até ao máximo que consiga. Manter a posição durante 5 segundos e descer lentamente até tocar com o pé no chão.
-Repetir a série com o joelho esquerdo.



-Elevar a coxa direita até ao máximo que consiga, sem dobrar o tronco para a frente. Manter a posição durante 5 segundos e descer lentamente até tocar com o pé no chão.
-Repetir a série com a coxa esquerda.

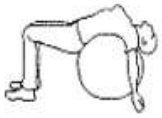
- Inclinar o corpo para a frente e esticar o membro inferior esquerdo para trás até ao máximo que consiga. Manter a posição durante 5 segundos e descer lentamente até tocar com o pé no chão.
-Repetir a série com a perna direita.

-Elevar lateralmente o membro inferior direito. Manter a posição durante 5 segundos e descer lentamente até tocar com o pé no chão.
-Repetir a série com a perna esquerda.

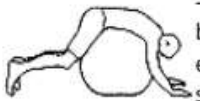
-Sentar-se e levantar-se de forma lenta. Tentar manter a contração de 5 segundos durante a descida para a cadeira.

A bola suíça é um bom complemento para exercícios de equilíbrio, força muscular, consciência corporal, coordenação motora e flexibilidade. Por segurança deverá realizá-los com apoio do seu familiar, evitando situações de desequilíbrio/queda.

-Sentar-se na bola e movimentar a bacia mantendo o equilíbrio.



-Deitar-se de costas sobre a bola com os pés apoiados no chão. Elevar os braços ao longo da bola até à altura da cabeça.



-Deitar-se de barriga para baixo sobre a bola. Com os pés e mãos apoiados no chão simular o movimento de gatinhar.

-Deitar-se de costas no chão e apoiar as pernas sobre a bola. Com os pés empurrar e puxar a bola sem a perder. Poderá ainda afastar e aproximar as pernas, mantendo a bola no meio.

Garanta a Segurança!

-Verifique que o espaço onde vai realizar o exercício tem a área adequada para os movimentos e que não existem objetos soltos espalhados pelo chão.

-Comece devagar! Com a continuação conseguirá tolerar melhor o esforço.

-Não sustenha a respiração enquanto realiza o exercício.

-No final dos exercícios não se esqueça de fazer os alongamentos e de beber água.

Bom Treino!

Realizado por: Telma Antunes em contexto de ensino clínico do CMEEER

Enfermeira Orientadora: [redacted]

Professora Orientadora: Maria do Céu Sá

Bibliografia Consultada:

-Coelho, C., Barros, H., Sousa, L. (2017). Reeducação da Função Sensoriomotora. In C. M. Vieira, L. Sousa, (1ª Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.227-251). Loures: Lusodidacta

-Liguori, G. (2021). *ACSM's Guidelines for Exercise testing and Prescription* (11th Edition). Wolters Kluwer

-Oliveira, M. et al. (2020). Recomendações da spp sobre treino de equilíbrio durante a pandemia covid-19. *Sociedade Portuguesa de Pneumologia*. Acedido 18-01-2022 em https://www.sppneumologia.pt/covid-19/recomendacoes-da-spp

-Ministério da Saúde (2017). Tropeções, quedas e trambolhões. Lisboa. Ministério da Saúde.

ESEL

Exercícios de treino de Equilíbrio e de Força Muscular

APÊNDICE 12 – POSTER* "A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção do declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur"

*Apresentado no Webinar: "Projetos, Percursos e Desafios para a Enfermagem de Reabilitação"

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção do declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur

Telma Filipa Anunciação Antunes [1]; Maria do Céu Sá [2]
[1] Mestranda em Enfermagem de Reabilitação; Enfermeira no Centro Hospitalar do Oeste – Torres Vedras, antunestelma@campus.esel.pt
[2] Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, UI&DE, ceu.sa@esel.pt

INTRODUÇÃO

Em Portugal, entre 2005 a 2013, verificou-se uma tendência crescente do número de fraturas da extremidade proximal do fémur (FEPF) em pessoas com idade ≥ 65 anos. Foram admitidos nos hospitais públicos 101 436 utentes com FEPF, verificando-se um aumento progressivo do número de internamentos por ano. A idade média na admissão foi de 79,32 anos e 74,5% dos utentes eram do sexo feminino. A incidência de FEPF aumentou de 508,49 em 2005 para 628,39 por 100 mil pessoas/ano em 2013 [10].

Após um ano da FEPF 50-60% das pessoas apresentam algum tipo de perda funcional e/ou motora, e só 30-40% atingem uma recuperação funcional para níveis pré-fratura [7].

A incapacidade ou dificuldade em andar condiciona o autocuidado, diminui a qualidade de vida, exacerba o isolamento social, aumenta o risco de novas quedas e agrava os custos em saúde [2,11].

OBJETIVO

Identificar na literatura as intervenções do EEER que previnem o declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur.

METODOLOGIA

Revisão Narrativa da Literatura (2010-2020), usando a mnemónica PICo, para definir a questão de investigação: "Que intervenções do EEER previnem o declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur?".

Termos da pesquisa: "Hip Fracture", "Femoral Neck Fracture", "Aged", "Older Adults", "Frail Elderly", "Rehabilitation", "Rehabilitation Nursing","Nurs*".

Figura 1: Metodologia da revisão narrativa da literatura

RESULTADOS

- ✓ **Avaliação multidimensional da pessoa e família;** [6,8]
- ✓ **Avaliação funcional (escalas e instrumentos de medida);** [2,6,11,12]
- ✓ **Programas de reeducação funcional motora e respiratória no pré e pós-operatório que incluam:**
  - **-Levante e treino de marcha precoce;** [2,4,6,8,11,12]
  - **-Treino de AVD;** [2,3,8]
  - **-Envolvimento da pessoa e da família/cuidador;** [1,5,8,11]
- ✓ **Assegurar a continuidade do programa de reeducação funcional na transição para a comunidade;** [1,6,11]
- ✓ **Intervir na Fragilidade através de programas de reabilitação que incluam treino aeróbio, treino de força muscular e de equilíbrio estático e dinâmico.** [8,11,12]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O compromisso da mobilidade compromete o autocuidado e restringe a participação na sociedade.

A intervenção do EEER junto da pessoa que sofreu uma FEPF contribui para um processo de recuperação continuado, prevenindo o declínio funcional, promovendo o desenvolvimento máximo do seu potencial e incitando o retorno ao nível funcional e independência pré FEPF [3,11,12]. Estes resultados são sensíveis aos indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem ao nível da prevenção de complicações, do bem-estar e autocuidado, da readaptação e reeducação funcional, e da inclusão social, conduzindo à melhoria da qualidade de vida e da satisfação da pessoa [9].

Fonte: http://www.ubivitalbas.com.br/

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SCAN ME

APÊNDICE 13 – POSTER* "Pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur - Qual a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção do declínio funcional?"

*Apresentado no e-Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2021

Pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur

Qual a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção do declínio funcional?

Telma Filipa Anunciação Antunes [1]; Maria do Céu Sá [2]
[1] Mestranda em Enfermagem de Reabilitação; Enfermeira no Centro Hospitalar do Oeste – Torres Vedras, antunestelma@campus.esel.pt
[2] Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, UI&DE, ceu.sa@esel.pt

INTRODUÇÃO

Em Portugal, entre 2005 a 2013, verificou-se uma tendência crescente do número de fraturas da extremidade proximal do fémur (FEPF) em pessoas com idade ≥ 65 anos. Foram admitidos nos hospitais públicos 101 436 utentes com FEPF, verificando-se um aumento progressivo do número de internamentos por ano. A idade média na admissão foi de 79,32 anos e 74,5% dos utentes eram do sexo feminino. A incidência de FEPF aumentou de 508,49 em 2005 para 628,39 por 100 mil pessoas/ano em 2013 [10].

Após um ano da FEPF 50-60% das pessoas apresentam algum tipo de perda funcional e/ou motora, e só 30-40% atingem uma recuperação funcional para níveis pré-fratura [7].

A incapacidade ou dificuldade em andar condiciona o autocuidado, diminui a qualidade de vida, exacerba o isolamento social, aumenta o risco de novas quedas e agrava os custos em saúde [2,11].

OBJETIVO

Identificar as intervenções do EEER que previnem o declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur.

METODOLOGIA

Revisão Narrativa da Literatura (2010-2020), usando a mnemónica PICo, para definir a questão de investigação: "Que intervenções do EEER previnem o declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur?".

Termos da pesquisa: "Hip Fracture", "Femoral Neck Fracture", "Aged", "Older Adults", "Frail Elderly", "Rehabilitation", "Rehabilitation Nursing","Nurs*".

Figura 1: Metodologia da revisão narrativa da literatura

RESULTADOS

- ✓ **Avaliação multidimensional da pessoa e família;** [6,8]
- ✓ **Avaliação funcional (escalas e instrumentos de medida);** [2,6,11,12]
- ✓ **Programas de reeducação funcional motora e respiratória no pré e pós-operatório que incluam:**
  - **-Levante e treino de marcha precoce;** [2,4,6,8,11,12]
  - **-Treino de AVD;** [2,3,8]
  - **-Envolvimento da pessoa e da família/cuidador;** [1,5,8,11]
- ✓ **Assegurar a continuidade do programa de reeducação funcional na transição para a comunidade;** [1,6,11]
- ✓ **Intervir na Fragilidade através de programas de reabilitação que incluam treino aeróbio, treino de força muscular e de equilíbrio estático e dinâmico.** [8,11,12]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O compromisso da mobilidade compromete o autocuidado e restringe a participação na sociedade.

A intervenção do EEER junto da pessoa que sofreu uma FEPF contribui para um processo de recuperação continuado, prevenindo o declínio funcional, promovendo o desenvolvimento máximo do seu potencial e incitando o retorno ao nível funcional e independência pré FEPF [3,11,12]. Estes resultados são sensíveis aos indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem ao nível da prevenção de complicações, do bem-estar e autocuidado, da readaptação e reeducação funcional, e da inclusão social, conduzindo à melhoria da qualidade de vida e da satisfação da pessoa [9].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SCAN ME

ANEXOS

ANEXO 1 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 392/2019)

Unidades de competência	Critérios de avaliação
6.3 — Providencia cuidados à mulher com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação.	6.3.1 — Informa e orienta a mulher em tratamento de afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama. 6.3.2 — Concebe, planeia implementa e avalia intervenções à mulher em tratamento de afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama. 6.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento de afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama, incluindo os conviventes significativos. 6.3.4 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-cirúrgicas de afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama. 6.3.5 — Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama.

7 — Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

Descritivo

Cuida o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população:

Unidades de competência	Critérios de avaliação
7.1 — Promove a saúde do grupo alvo	7.1.1 — Identifica infraestruturas de saúde da comunidade e as condições de acesso. 7.1.2 — Gere os recursos disponíveis na comunidade para dar resposta em situação de urgência/emergência e de transporte. 7.1.3 — Diagnostica e monitoriza o estado de saúde das mulheres em idade fértil. 7.1.4 — Identifica necessidades em cuidados de enfermagem relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva. 7.1.5 — Identifica as causas diretas e indiretas da morbi-mortalidade materna e neonatal utilizando o conhecimento epidemiológico. 7.1.6 — Desenvolve estratégias para promover cuidados seguros em diferentes ambientes de nascimento. 7.1.7 — Advoga e promove estratégias de "empowerment" para as mulheres em idade fértil. 7.1.8 — Advoga o cumprimento da legislação em vigor relacionada com a saúde reprodutiva e maternidade/paternidade.
7.2 — Diagnostica precocemente e intervêm no grupo alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva.	7.2.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções no sentido de responder às necessidades de saúde sexual e reprodutiva. 7.2.2 — Valoriza as práticas de saúde tradicionais e contemporâneas, gerindo os seus riscos e benefícios para a saúde das mulheres em idade fértil. 7.2.3 — Gere os benefícios e riscos dos locais de nascimento disponíveis. 7.2.4 — Avalia e dá parecer sobre condições apropriadas à prática clínica. 7.2.5 — Aplica o programa nacional de vacinação e informa sobre as condições de acesso aos serviços de imunização.
7.3 — Intervém na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal.	7.3.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções no sentido de minimizar as causas diretas e indiretas de morbi-mortalidade materno-fetal. 7.3.2 — Coopera com outros profissionais em programas, projetos e intervenções para melhorar a qualidade global dos serviços no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

12 de maio de 2018. — A Bastonária, *Ana Rita Pedroso Cavaco*.

312232282

Regulamento n.º 392/2019

Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação

Preâmbulo

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.

A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. Para tal, utiliza técnicas e tecnologias específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.

O avanço no conhecimento requer que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização.

Com a entrada em vigor das alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros introduzidas pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, identificam-se os títulos profissionais de Enfermeiro Especialista passíveis de serem atribuídos, estabelecendo no seu artigo 40.º que a Ordem atribui os títulos de: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

No caso da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, considerando a vasta abrangência da mesma, bem como, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, desenvolvimento do conhecimento, relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o alvo e contexto de intervenção, identifica-se a necessidade de incorporar continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialidade em enfermagem.

Para além disso, e ainda por força destas alterações, torna-se necessário definir um regime de compatibilização dos títulos de enfermeiros especialistas até aqui atribuídos pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente quando perante a necessidade de revalidação do título.

Nesta conformidade, nos termos conjugados da alínea *c*) do n.º 1 do artigo 42.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, após aprovação em Assembleia de Colégio, em 26 de janeiro de 2018, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação apresentou ao Conselho Diretivo, a sua proposta de Regulamento, tendo o mesmo sido aprovado na reunião de 18 de abril de 2018.

Foi ouvido o Conselho de Enfermagem, nos termos e para os efeitos do disposto na alínea *a*) do artigo 37.º, emitido Parecer pelo Conselho Jurisdicional, em observância dos termos conjugados da alínea *h*), do n.º 1 do artigo 27.º e da alínea *h*), do n.º 1 do artigo 32.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, tendo a proposta de Regulamento sido submetida a consulta pública dos membros do respetivo Colégio da Especialidade, nos termos do disposto no artigo 101.º do Código de Procedimento Administrativo.

Assim,

A Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, reunida em sessão ordinária no dia 12 de maio de 2018, ao abrigo do disposto nas alíneas *i*) e *o*) do artigo 19.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovou o presente Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, tendo-se verificado, em fevereiro de 2019, no dia seguinte ao fim do prazo, a concessão tácita da homologação pelo Ministério da Saúde, nos termos da alínea *c*) do n.º 1 do artigo 42.º, alínea *h*) do n.º 1 do artigo 27.º, alínea *i*) do artigo 19.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e no n.º 3 do artigo 17.º da Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, pelo que se procede à respetiva publicação:

Artigo 1.º

Objeto

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Artigo 2.º

Âmbito e Finalidade

O perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visam ser o enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

Artigo 3.º

Conceitos

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

Artigo 4.º

Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

1 — As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação são as seguintes:

a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;

b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;

c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Artigo 5.º

Norma revogatória

Com a publicação deste documento é revogado o Regulamento n.º 125/2011, aprovado pela Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, publicado na 2.ª série do *Diário da República* de 18 de fevereiro.

Artigo 6.º

Entrada em vigor

O presente regulamento entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação no *Diário da República*.

ANEXO I

Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação

Competência

J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

Descritivo:

Identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.	J1.1.1 — Avalia o risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco e respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade. J1.1.2 — Recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardíaca; respiratória; motora, sensorial e cognitiva; alimentação; eliminação vesical e intestinal; sexualidade. J1.1.3 — Avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar as Atividades de Vida Diárias (AVD's) de forma independente. J1.1.4 — Identifica fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD's de forma independente no contexto de vida da pessoa. J1.1.5 — Avalia os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade. J1.1.6 — Avalia o impacto que a alteração da capacidade funcional tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa em todas as fases do ciclo vital, com ênfase na funcionalidade e autonomia. J1.1.7 — Diagnostica precocemente as respostas humanas desadequadas a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's. J1.1.8 — Identifica as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
	J1.1.9 — Utiliza informação recolhida para definir e hierarquizar as principais prioridades de saúde com vista a consecução do projeto de saúde da pessoa.
J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.	J1.2.1 — Discute as práticas de risco com a pessoa, concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. J1.2.2 — Discute as alterações da função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade com a pessoa/cuidador e define com ela quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida. J1.2.3 — Concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional: motora; sensorial; cognitiva; cardíaco; respiratório; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade com vista à consecução de projeto de saúde. J1.2.4 — Seleciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação). J1.2.5 — Identifica e gere os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos processos terapêuticos complexos facilitadoras para a transição saúde/doença e ou incapacidade. J1.2.6 — Promove e dinamiza planos que favorecem os processos de transição/adaptação situacional (saúde/doença e ou incapacidade). J1.2.7 — Mobiliza conhecimentos no domínio de novas técnicas e tecnologias para a gestão, intervenção e avaliação dos processos terapêuticos complexos. J1.2.8 — Desenvolve intervenções técnicas e tecnológicas de alta complexidade em resposta às necessidades identificadas, decorrentes de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade.
J1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade.	J1.3.1 — Implementa planos de intervenção para a redução do risco de alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. J1.3.2 — Implementa programas de: reeducação funcional cardíaca; reeducação funcional respiratória; reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva; otimização e/ou reeducação da sexualidade; reeducação da função de alimentação e de eliminação (vesical e intestinal). J1.3.3 — Utiliza abordagens ativas na definição de estratégias para implementação de planos de intervenção para a redução do risco de alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. J1.3.4 — Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade). J1.3.5 — Garante a segurança dos programas e planos de reabilitação implementados.
J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas.	J1.4.1 — Monitoriza a implementação e os resultados dos programas de: redução do risco; otimização da função; reeducação funcional; treino. J1.4.2 — Reformula os objetivos, estratégias, programas e projetos com base na variação atingida. J1.4.3 — Introduz elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização dos programas de: redução do risco; otimização da função; reeducação funcional; treino da funcionalidade. J1.4.4 — Usa indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida).

Competência

J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

Descritivo:

Analisa a problemática da deficiência, limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade atual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de ações autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.	J2.1.1 — Ensina a pessoa e/ou cuidador técnicas e tecnologias específicas de autocuidado. J2.1.2 — Realiza treinos específicos de AVD's, nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), assim como os treinos inerentes à atividade e exercício físico. J2.1.3 — Ensina e supervisa a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa. J2.1.4 — Promove ambientes seguros incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade.
J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.	J2.2.1 — Demonstra conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica. J2.2.2 — Sensibiliza a comunidade para a importância de adoção de práticas inclusivas. J2.2.3 — Apoia a inclusão de pessoas com necessidades de saúde e educativas especiais. J2.2.4 — Identifica barreiras arquitetónicas. J2.2.5 — Orienta para a eliminação das barreiras arquitetónicas no contexto de vida da pessoa e respeito pelas questões ergonómicas. J2.2.6 — Gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório e de alimentação. J2.2.7 — Colabora na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes organizações. J2.2.8 — Emite pareceres técnico-científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade.

Competência

J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Descritivo:

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

Unidades de competência	Critérios de avaliação
J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório.	J3.1.1 — Demonstra conhecimento com base na melhor evidência científica acerca das funções cardíaca, respiratória e motora. J3.1.2 — Na concretização dos programas e planos de reabilitação funções cardíaca, respiratória e motora é tido em conta situações de imprevisibilidade, complexidade e vulnerabilidade. J3.1.3 — Ensina, instrui e treina sobre técnicas e tecnologias (incluindo a atividade e o exercício físico) a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor, cardíaco e respiratório, tendo em conta os objetivos individuais da pessoa e o seu projeto de saúde. J3.1.4 — Concebe sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões, à sua reabilitação, capacitação e à autogestão.
J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.	J3.2.1 — Monitoriza a implementação dos programas concebidos. J3.2.2 — Monitoriza os resultados obtidos em função dos objetivos definidos com a pessoa. J3.2.3 — Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação quando implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório.

12 de maio de 2018. — A Bastonária, *Ana Rita Pedroso Cavaco.*

312232411

UNIVERSIDADE DOS AÇORES

Reitoria

Despacho n.º 4545/2019

Renovação da comissão de serviço da licenciada Maria Beatriz Cogumbreiro Estrela Rego no cargo de Diretora do Serviço da Reitoria

Nos termos do disposto no artigo 23.º da Lei n.º 2/2004, de 15 de janeiro, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs 51/2005, de 30 de agosto, 64-A/2008, de 31 de dezembro, 3-B/2010, de 28 de abril, 64/2011, de 22 de dezembro, 68/2013, de 29 de agosto e 128/2015, de 3 de setembro, é renovada a comissão de serviço, pelo período de três anos, da licenciada Maria Beatriz Cogumbreiro Estrela Rego, no cargo de Diretora do Serviço da Reitoria da Universidade dos Açores, lugar criado pelo Despacho n.º 11786/2014, de 15 de setembro de 2014, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 182, de 22 de setembro de 2014.

O presente despacho produz efeitos a partir de 21 de junho de 2019, inclusive.

8 de abril de 2019. — O Reitor, *Prof. Doutor João Luís Roque Baptista Gaspar.*

312218123

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Contrato (extrato) n.º 217/2019

Por despacho 11 de fevereiro de 2019 do Reitor da Universidade do Algarve, foi autorizado o contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo certo com o Doutor João Pedro Valadas da Silva Monteiro, na categoria de professor auxiliar convidado, em regime de acumulação a 35 %, para a Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, no período de 11 de fevereiro de 2019 a 10 de fevereiro de 2020, auferindo o vencimento correspondente ao escalão 1, índice 195 da tabela remuneratória dos docentes do ensino superior universitário.

21 de março de 2019. — O Administrador, *António Cabecinha.*

312224774

Contrato (extrato) n.º 218/2019

Por despacho 09 de setembro de 2018 do Reitor da Universidade do Algarve, foi autorizado o contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo certo com o Mestre Juan Pablo Rodrigues Correia, na categoria de assistente convidado, em regime de tempo parcial a 27,5 %, para a Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, no período de 11 de setembro de 2018 a 10 de setembro de 2019, auferindo o vencimento correspondente ao escalão 1, índice 140 da tabela remuneratória dos docentes do ensino superior universitário.

29 de março de 2019. — O Administrador, *António Cabecinha.*

312227203

Contrato (extrato) n.º 219/2019

Por despacho 12 de setembro de 2018 do Reitor da Universidade do Algarve, foi autorizado o contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo certo com a Mestre Vanessa Sofia Duarte Alcântara de Sousa, na categoria de assistente convidada, em regime de tempo parcial a 45 %, para a Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, no período de 01 de setembro de 2018 a 31 de agosto de 2019, auferindo o vencimento correspondente ao escalão 1, índice 140 da tabela remuneratória dos docentes do ensino superior universitário.

8 de abril de 2019. — O Administrador, *António Cabecinha.*

312225527

Contrato (extrato) n.º 220/2019

Por despacho do Reitor da Universidade do Algarve de 11 de julho de 2018, no âmbito do Programa Horizonte 2020, foi autorizado o contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo certo com Sunil Poudel, como estagiário de investigação convidado, em regime de exclusividade, no Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina (DCBM) da Universidade do Algarve, no período de 15 de janeiro de 2019 a 14 de julho de 2020, auferindo o vencimento correspondente ao escalão 1, índice 100 da tabela remuneratória aplicável ao pessoal da carreira de investigação.

11 de abril de 2019. — O Administrador, *António Cabecinha.*

312225981

Contrato (extrato) n.º 221/2019

Por despacho de 19 de fevereiro de 2019 do Reitor da Universidade do Algarve, foi autorizado o contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo certo com a Doutora Silvia Coelho Ribeiro Fernandes Luís Alves, na categoria de professora auxiliar convidada, em regime de tempo parcial a 25 %, para a Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, no período de 19 de fevereiro de 2019 a 18 de agosto de 2019, auferindo o vencimento correspondente ao escalão 1, índice 195 da tabela remuneratória dos docentes do ensino superior universitário.

12 de abril de 2019. — O Administrador, *António Cabecinha.*

312227277

Declaração de Retificação n.º 391/2019

Por ter saído com inexatidão o Contrato (extrato) n.º 175/2019, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 62, de 28 de março de 2019, retifica-se que onde se lê «para a Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade do Algarve» deve ler-se «para a Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve».

3 de abril de 2019. — O Administrador, *António Cabecinha.*

312224911

Edital n.º 550/2019

Por ter saído com inexatidão a publicação do Edital n.º 435/2019, no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 61, de 27 de março de 2019, referente à abertura de candidatura do Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, 2.ª Edição, da Escola Superior de

ANEXO 2 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019)

4 — Os requerentes relativamente aos quais subsistam dúvidas fundamentadas nos termos do previsto n.º 4 do artigo 6.º, serão submetidos a uma prova oral e escrita, pessoal e presencial nos termos previstos no presente Regulamento.

Artigo 9.º

Organização

1 — A organização e coordenação da prova de procedimento de controlo linguístico compete ao Conselho de Enfermagem, o qual pode, sempre que se justifique, ser coadjuvado pelos Colégios das Especialidades em Enfermagem.

2 — Nos termos do número anterior, compete ao Conselho de Enfermagem estabelecer as normas orientadoras, matrizes, conteúdos programáticos e critérios de avaliação no âmbito da atribuição do título de Enfermeiro de Cuidados Gerais.

3 — Quando esteja em causa a realização de procedimento de controlo linguístico para atribuição do título de Enfermeiro Especialista, compete ao Conselho de Enfermagem, em colaboração com os Colégios das Especialidades, estabelecer as normas orientadoras, matrizes, conteúdo programático e critérios de avaliação da prova.

4 — A prova será realizada por júri composto por três membros efetivos e três suplentes, indicados pelo Conselho de Enfermagem de entre os seus membros e, ou peritos e nomeados pelo Conselho Diretivo, que designa o presidente.

Artigo 10.º

Natureza

1 — A prova é obrigatoriamente constituída por uma componente escrita e uma componente oral, as quais têm natureza técnico-científica, incidindo sobre áreas do conhecimento relevantes para o acesso e exercício da profissão de Enfermeiro em Portugal.

2 — A classificação é de "Apto" e "Não apto", sendo a decisão tomada por maioria.

3 — Serão considerados aptos os requerentes que obtenham aprovação na componente escrita e na componente oral.

4 — Os requerentes que vierem a obter classificação de "não apto", poderão repetir a prova seis meses depois.

Artigo 11.º

Realização da Prova

1 — As provas que integram o procedimento de controlo linguístico terão lugar em data e local a indicar pelo Conselho de Enfermagem através da página oficial da Ordem dos Enfermeiros.

2 — As normas orientadoras, matrizes, conteúdo programático e critérios de avaliação da prova a realizar serão disponibilizados na página oficial da Ordem dos Enfermeiros.

CAPÍTULO IV

Disposições Finais

Artigo 12.º

Casos omissos

As dúvidas e omissões suscitadas pelo presente Regulamento serão apreciadas e decididas pelo Conselho Diretivo, ouvida a Comissão de Atribuição de Títulos e o Conselho de Enfermagem, quando necessário, tendo por base o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, a Diretiva 2005/36/CE, a Lei n.º 9/2009, nas suas redações atuais, o Código do Procedimento Administrativo e a demais legislação aplicável.

Artigo 13.º

Norma revogatória

Com a entrada em vigor do presente Regulamento é revogado o Regulamento da Prova de Comunicação Linguística, publicado pelo Regulamento n.º 339/2017, em *Diário da República*, 2.ª série, n.º 120, de 23 de junho de 2017.

Artigo 14.º

Entrada em vigor

O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte à sua publicação no *Diário da República*.

18 de janeiro de 2019. — A Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, *Ana Rita Pedroso Cavaco*.

311997376

Regulamento n.º 140/2019

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Preâmbulo

A entrada em vigor da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro veio introduzir alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que aprovou o regime jurídico da criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais.

A mencionada alteração originou um desfasamento entre o Estatuto agora em vigor e regulamentos previamente existentes, em particular quanto à atribuição de títulos bem como aos critérios desenvolvidos para a atribuição de título de enfermeiro especialista.

A necessidade de conformar o atual Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros em vigor, e ainda com a realidade da prestação de cuidados de enfermagem, justificam a alteração agora proposta, através da qual se pretende consolidar e uniformizar procedimentos em vigor, conferindo maior objetividade e transparência aos processos subjacentes.

Os cuidados de saúde e, consequentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde.

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros acompanha esta exigência, através da atribuição de título de enfermeiro especialista, em seis especialidades: *a*) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; *b*) Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; *c*) Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; *d*) Enfermagem de Reabilitação; *e*) Enfermagem Médico-Cirúrgica, e *f*) Enfermagem Comunitária.

Neste sentido, enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea *i*) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, e que constituem o objeto do presente Regulamento.

As designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que aqui se regulam de acordo com as disposições do Estatuto agora em vigor, envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.

Considera-se o presente projeto de Regulamento dispensado de audiência dos interessados, nos termos do artigo 100.º do CPA, uma vez que as suas disposições não afetam, de modo direto e imediato, direitos ou interesses legalmente protegidos dos cidadãos, uma vez que não é provocada na ordem jurídica qualquer alteração significativa merecedora de tutela ou proteção jurídica.

Assim,

A Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, reunida em sessão extraordinária de 18 de janeiro de 2019 ao abrigo do disposto na alínea *i*) do artigo 19.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, deliberou aprovar o presente Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, apresentado e aprovado pelo Conselho Diretivo em reunião de 21 de novembro de 2018 sob proposta do Conselho de Enfermagem, nos termos do disposto nas alíneas *h*) e *o*) do n.º 1 do artigo 27.º, após parecer do Conselho Jurisdicional, em cumprimento do vertido na alínea *h*) do n.º 1 do artigo 32.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, com a seguinte redação:

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

SECÇÃO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objeto

O presente Regulamento define o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

Artigo 2.º

Âmbito e finalidade

1 — O conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade.

2 — O perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados.

3 — A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.

SECÇÃO II

Conceitos

Artigo 3.º

Conceitos

Para efeitos do presente Regulamento e dos demais Regulamentos que estabelecem as competências específicas dos enfermeiros para cada área de especialidade em enfermagem, entende-se por:

a) "Competências comuns": são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;

b) "Competências específicas": são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

c) "Competência Acrescida": os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que permitem o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro e ao desenvolvimento técnico-científico da profissão, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo.

d) "Certificação de competências": o ato formal que permite reconhecer, validar e certificar o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, nos diversos domínios de intervenção, direcionado a atestar a formação, experiência ou qualificação do enfermeiro numa área diferenciada, avançada e ou especializada, bem como a verificação de outras condições exigidas para o exercício da Enfermagem;

e) "Reconhecimento": o processo de avaliação e verificação de conformidade, de competências e aprendizagens demonstráveis, aos critérios estabelecidos na Matriz de Reconhecimento das áreas de competência acrescida, conforme anexo ao Regulamento n.º 556/2017, de 17 de outubro;

f) "Domínio de competência": uma esfera de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados.

g) "Descritivo de competência": a competência, em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho.

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

i) "Critérios de avaliação": compreendem a lista integrada dos elementos que devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício, expressando as características dos resultados e relacionando-se com o alcance descrito.

CAPÍTULO II

Das Competências

Artigo 4.º

Domínios das competências comuns

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, conforme os anexos I a IV ao presente Regulamento, e que dele fazem parte integrante, são as seguintes:

a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A);
b) Melhoria contínua da qualidade (B);
c) Gestão dos cuidados (C);
d) Desenvolvimento das aprendizagens profisssionais (D).

Artigo 5.º

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

1 — As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:

a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1);
b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Artigo 6.º

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

1 — As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1);
b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2);
c) Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo II).

Artigo 7.º

Competências do domínio da gestão dos cuidados

1 — As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:

a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);
b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo III).

Artigo 8.º

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

1 — As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profisssionais são as seguintes:

a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1);
b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo IV)

CAPÍTULO III

Da Atribuição do Título de Enfermeiro Especialista

Artigo 9.º

Atribuição do Título de Enfermeiro Especialista

A atribuição do título de enfermeiro especialista faz-se nos termos do Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, conjugado com as disposições

especificas dos Regulamentos em vigor para cada uma das Especialidades em Enfermagem, conforme previsto no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

CAPÍTULO IV

Disposições finais

Artigo 10.º

Revogação e entrada em vigor

1 — O presente Regulamento revoga o Regulamento n.º 122/2011, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35 de 18 de fevereiro, que definia o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e estabelecia o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências especificas para cada área de especialização em enfermagem.

2 — O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação no *Diário da República*.

ANEXO I

A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Competência

A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional

Descritivo

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

Unidades de competência	Critérios de avaliação
A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.	A1.1.1 — Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente. A1.1.2 — Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência. A1.1.3 — Participa na construção da tomada de decisão em equipa. A1.1.4 — Seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções. A1.1.5 — Orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional. A1.1.6 — Integra elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem. A1.1.7 — Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido.
A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.	A1.2.1 — Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade. A1.2.2 — Recolhe contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão. A1.2.3 — Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão. A1.2.4 — Reconhece a sua competência na área da sua especialidade.
A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	A1.3.1 — Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada. A1.3.2 — Fomenta a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão.

Competência

A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações especificas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos.	A2.1.1 — Assume a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional. A2.1.2 — Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação. A2.1.3 — Assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional. A2.1.4 — Fomenta o respeito pelo direito do cliente à privacidade. A2.1.5 — Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde. A2.1.6 — Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas especificas dos indivíduos e grupos.
A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.	A2.2.1 — Analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica. A2.2.2 — Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco. A2.2.3 — Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. A2.2.4 — Acompanha incidentes de prática insegura para prevenir recorrência.

ANEXO II

B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Competência

B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.	B1.1.1 — Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua. B1.1.2 — Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. B1.1.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.
B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade	B1.2.1 — Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. B1.2.2 — Agiliza a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. B1.2.3 — Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições. B1.2.4 — Coopera na comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.

Competência

B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas	B2.1.1 — Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade. B2.1.2 — Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas. B2.1.3 — Integra auditorias clínicas. B2.1.4 — Analisa os resultados da avaliação efetuada.
B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua	B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.2 — Estabelece prioridades de melhoria. B2.2.3 — Seleciona estratégias de melhoria. B2.2.4 — Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática. B2.2.5 — Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade.
B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua.	B2.3.1 — Supervisiona os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. B2.3.2 — Incrementa a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes.

Competência

B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.	B3.1.1 — Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
	B3.1.2 — Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais. B3.1.3 — Assegura a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares. B3.1.4 — Assegura a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes. B3.1.5 — Fomenta a adesão à saúde e segurança ocupacional. B3.1.6 — Incrementa a adoção de medidas para a segurança de dados e de registos.
B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.	B3.2.1 — Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros. B3.2.2 — Envolve os colaboradores na gestão do risco. B3.2.3 — Previne os riscos ambientais. B3.2.4 — Fomenta o recurso a mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa. B3.2.5 — Coopera na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano. B3.2.6 — Participa na criação de mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco. B3.2.7 — Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos. B3.2.8 — Coordena a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção. B3.2.9 — Colabora na elaboração de planos de emergência e de catástrofe.

ANEXO III

C — Domínio da gestão dos cuidados

Competência

C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	C1.1.1 — Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa. C1.1.2 — Colabora nas decisões da equipa de saúde. C1.1.3 — Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar. C1.1.4 — Reconhece quando deve "negociar com" ou "referenciar para" outros prestadores de cuidados de saúde.
C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	C1.2.1 — Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar. C1.2.2 — Cria guias orientadores das tarefas a delegar. C1.2.3 — Utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar. C1.2.4 — Avalia a execução das tarefas delegadas.

Competência

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	C2.1.1 — Aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados. C2.1.2 — Implementa métodos de organização do trabalho adequados. C2.1.3 — Coordena a equipa de prestação de cuidados. C2.1.4 — Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade. C2.1.5 — Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	C2.2.1 — Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. C2.2.2 — Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática. C2.2.3 — Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. C2.2.4 — Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências. C2.2.5 — Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

ANEXO IV

D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Competência

D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	D1.1.1 — Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar. D1.1.2 — Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda. D1.1.3 — Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais. D1.1.4 — Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.
D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	D1.2.1 — Otimiza a congruência entre auto e heteropercepção. D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3 — Atua eficazmente sob pressão. D1.2.4 — Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5 — Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

Competência

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

Descritivo

O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.	D2.1.1 — Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3 — Gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5 — Avalia o impacto da formação.
D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica.	D2.2.1 — Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.3 — Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5 — Discute as implicações da investigação. D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	D2.3.1 — Possui conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. D2.3.2 — Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas. D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. D2.3.5 — Assegura a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.

18 de janeiro de 2019. — A Bastonária, *Ana Rita Pedroso Cavaco*.

311997392

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Regulamento n.º 141/2019

No âmbito do Despacho RT.010/2019 de 21 de janeiro, publica-se o Regulamento da Comissão Ética da Universidade do Algarve.

21 de janeiro de 2019. — O Reitor, *Paulo Águas*.

Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve

Considerando que:

Na prossecução da sua missão, a Universidade do Algarve, enquanto centro de criação, transmissão e difusão da cultura e do conhecimento humanístico, artístico, científico e tecnológico, incumbe fomentar a investigação científica de alto nível e o desenvolvimento experimental;

Os membros da comunidade académica desta Universidade devem pautar a sua atividade em estrita observância de elevados padrões de integridade, de ética e de profissionalismo;

Aos membros da comunidade académica é exigida uma elevada responsabilidade profissional e social;

Com frequência, em determinadas candidaturas a projetos de I&D, carecem de ser validadas metodologias específicas por uma Comissão de Ética;

Em conformidade com o disposto no n.º 7 do artigo do artigo 9.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, as instituições de ensino superior podem definir códigos de boas práticas em matéria pedagógica e de boa governação e gestão.

Nos termos conjugados do disposto na alínea *o*) e *q*) do n.º 1 do artigo 92.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, da alínea *w*) do n.º 1 do artigo 33.º e ouvido o Senado Académico, nos termos do disposto na alínea *a*) do n.º 3 do artigo 38.º dos Estatutos da Universidade do Algarve, homologados pelo Despacho Normativo n.º 65/2008, publicados no *Diário da República* n.º 246 de 22 de setembro, aprovo o Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve.

Em cumprimento do disposto no n.º 3 do artigo 113.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, o projeto que esteve na génese do presente Regulamento foi objeto de discussão pública, tendo sido para o efeito amplamente divulgado através da sua publicação no *Diário da República* n.º 199 de 16 de outubro de 2018 e no sítio da Internet https://www.ualg.pt/content/documentos-ualg, durante o prazo de 30 (trinta) dias, e audição do Senado Académico, em conformidade com o disposto na alínea *a*) do n.º 3 do artigo 38.º dos Estatutos da Universidade do Algarve, homologados pelo Despacho Normativo n.º 65/2008, publicados no *Diário da República* n.º 246 de 22 de dezembro, findo os quais, foi em definitivo aprovado o Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve.

I — Disposições Gerais

Artigo 1.º

Objeto

O presente regulamento estabelece as regras de composição e funcionamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve, doravante designada por CE-UALG.

Artigo 2.º

Natureza e Atribuições

1 — A CE-UALG é um órgão colegial, multidisciplinar e independente, de natureza consultiva, que tem por missão promover a reflexão e contribuir para a definição de orientações, visando a consolidação de uma política de salvaguarda de princípios éticos, bioéticos e deontológicos nas áreas da investigação científica, do ensino, da interação com a sociedade e no funcionamento geral da Universidade.

2 — A CE-UALG zela pela observância e promoção de padrões de qualidade ética, nomeadamente de integridade e honestidade, bem como dos princípios deontológicos na atividade das unidades que integram a Universidade do Algarve e na conduta dos seus membros nas áreas referidas no número anterior.

II — Composição e Competências

Artigo 3.º

Composição

1 — A CE-UALG é constituída por 7 (sete) a 9 (nove) membros, designados e empossados pelo Reitor, ouvidos os Diretores das Unidades Orgânicas, devendo ser cumprido um critério de interdisciplinaridade.

2 — Dos membros a que se refere o número anterior, 2 (dois) a 3 (três) membros da CE-UALG são personalidades externas à Universidade, de forma a garantir os valores culturais e morais da comunidade, devendo o órgão funcionar com um número ímpar de membros.

3 — A designação de membros internos deve garantir um representante dos estudantes e um trabalhador não docente.

4 — A CE-UALG pode constituir comissões especializadas e solicitar a colaboração de outros técnicos ou peritos, sempre que o considere necessário.

5 — Os membros dos órgãos de direção ou gestão da Universidade não podem fazer parte da CE-UALG.

6 — O Presidente, o Vice-presidente e o Secretário da CE-UALG são eleitos de entre os seus membros.

7 — O Vice-presidente substitui o Presidente nas suas faltas e impedimentos.

Artigo 4.º

Mandato

1 — A duração do mandato dos membros da CE-UALG é de 4 (quatro) anos, a contar da data da sua nomeação, podendo ser renovado uma única vez, por idêntico período, devendo, para o efeito, ser obtida a anuência dos mesmos até 60 (sessenta) dias antes do respetivo termo.

2 — Qualquer membro poderá renunciar ao seu mandato desde que o declare por escrito ao Reitor da Universidade do Algarve, mantendo-se, porém, em funções até à designação do novo membro, mas nunca por período superior a 60 (sessenta) dias.

3 — A renúncia considera-se tácita quando o membro faltar injustificadamente mais do que três vezes consecutivas às reuniões da Comissão.

4 — Os membros da CE-UALG podem ser destituídos pelo Reitor, após audição da própria Comissão, verificando-se situação de justa causa, nomeadamente o incumprimento dos seus deveres.