

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

Relatório de Estágio

**Intervenções do Enfermeiro Especialista em**  
**Enfermagem de Reabilitação (EEER), na capacitação**  
**da pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca**  
**(ATA)**

**Carla Sofia Cunha Fernandes**

**Lisboa**

**Janeiro 2017**



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

Relatório de Estágio

**Intervenções do Enfermeiro Especialista em**  
**Enfermagem de Reabilitação (EEER), na capacitação**  
**da pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca**  
**(ATA)**

**Carla Sofia Cunha Fernandes**

Orientador: Joaquim Paulo Oliveira

**Lisboa**

**Janeiro 2017**



“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino”.

(Leonardo da Vinci)

## AGRADECIMENTOS

Ao dar início à apresentação deste relatório de estágio, não poderia deixar de aqui dedicar, algumas palavras de apreço e profunda gratidão, a todos aqueles com quem de várias formas, tive o privilégio de me relacionar e receber suas manifestações de apoio e incentivo indispensáveis à concretização deste trabalho. Assim, expresso aqui os meus agradecimentos sinceros às muitas pessoas que direta e indiretamente colaboraram na sua elaboração.

O principal incentivo veio da minha necessidade de aprendizagem e desenvolvimento de conhecimentos, para a prestação de cuidados, no âmbito do doente cirúrgico, nomeadamente submetido a cirurgia ortopédica.

Agradeço de modo especial ao meu orientador do relatório, Sr Professor Joaquim Paulo, pela disponibilidade, entusiasmo, estímulo e orientação, pelos comentários sábios e sugestões com que orientou, pelo que, sem o seu rigor não seria possível a realização deste trabalho.

Agradeço às minhas orientadoras de estágio, Sra Enfermeira Ana Sofia Sales e Sra Enfermeira Sílvia Fernandes, por aceitarem colaborar na orientação deste projeto, pela partilha de saberes diferenciados na temática em estudo, os quais me proporcionaram momentos de aprendizagem gratificantes e que contribuíram para o meu desenvolvimento e enriquecimento pessoal.

Aos meus familiares que me acompanharam nesta caminhada. Foi com muito esforço, amor, dedicação e confiança que foi possível coadunar a materialização deste sonho, tendo inúmeras vezes ficado em falta para convosco e, por me incentivarem a continuar neste percurso de novos desafios.

Agradeço aos meus colegas de curso pelos momentos inesquecíveis, pelas conquistas alcançadas e pelos momentos que partilhamos.

Finalmente, mas não menos importante, aos meus colegas de trabalho, pela paciência, nos momentos mais stressantes, pela compreensão, incentivo e pelo apoio.

A todos o meu muito obrigada!

## LISTA DE ABREVIATURAS

ATA	Artroplastia Total da Anca
ATJ	Artroplastia Total do Joelho
ER	Enfermeiro de Reabilitação
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
HFAR	Hospital das Forças Armadas
IMC	Índice de Massa Corporal
MAR	Modelo de Adaptação de Roy
MIF	Escala de Medida de Independência Funcional
PTA	Prótese Total da Anca
PTJ	Prótese Total do Joelho
OA	Osteoartrite
OE	Ordem dos Enfermeiros
SNS	Sistema Nacional de Saúde / Serviço Nacional de Saúde
UCC	Unidade de Cuidados Continuados
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados

## RESUMO

Este Relatório permitiu fazer a análise e reflexão das experiências de aprendizagem desenvolvidas, em função das Competências Gerais do Enfermeiro Especialista (EE) e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), através da reflexão crítica dos objetivos gerais e específicos traçados em projeto de estágio; além de que deu visibilidade às atividades desenvolvidas, relatando as situações / problemas encontrados e as estratégias sugeridas para a sua resolução.

O Estágio foi dividido em dois períodos (Comunidade e Hospitalar) de 9 semanas cada.

O 1º período foi realizado numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Cidade de Lisboa. Este permitiu-me refletir sobre os conhecimentos teóricos adquiridos em sala de aula e aplicá-los na prática, permitindo-me mobilizar / adquirir conhecimentos e competências nas áreas: da reabilitação respiratória (técnicas respiratórias), da reabilitação motora (técnica de exercício muscular e articular ativa, passiva e ativa assistida, ativa resistida) e outras necessidades identificadas no âmbito dos cuidados de enfermagem.

O Estágio correspondente ao 2º período decorreu num Hospital do Distrito de Lisboa, no âmbito da reabilitação osteoarticular e motora, permitindo-me aprofundar / melhorar conhecimentos e competências na área dos cuidados de enfermagem de reabilitação em ortopedia e ortotraumatologia.

A metodologia escolhida para a realização deste trabalho baseou-se no método descritivo e analítico.

O Relatório pressupõe a descrição das atividades desenvolvidas em Estágio, segundo os objetivos definidos em projeto, para dar resposta às Competências Gerais do Enfermeiro Especialista e as Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, enunciadas pela Ordem dos Enfermeiros e a análise crítica reflexiva das experiências de aprendizagem.

Com este trabalho pretendi demonstrar de uma forma global as competências adquiridas, sua importância e relevância para o cabal desempenho da função de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Palavras-chave: enfermagem; "Cuidados de enfermagem"; Reabilitação; "Cuidados peri operatórios"; "Cuidados pré-operatórios"; "A educação pré-operatória"; "Substituição da anca"

## **ABSTRACT**

This report allowed for the analysis of learning experiences developed in the light of General Competencies of Nurse Specialist (EE) and Skills Specific the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing (EEER) through the critical reflection of the general and specific objectives outlined in project Internship; plus it gave visibility to the activities, reporting situations / problems encountered and suggested strategies for their resolution.

The stage was divided into two moments (Community and Hospital).

The first moment was conducted in a Continuous Care at Lisbon. This allowed me to reflect on the theoretical knowledge acquired in the classroom and apply them in practice, allowing me to mobilize / acquire knowledge and skills in the areas of respiratory rehabilitation (breathing techniques), motor rehabilitation (muscle exercise technique and articulate active, passive and active assisted, resisted active) and other needs identified in the context of nursing care.

Second moment of stage took place in a specialized orthopedic located at Lisbon, under the osteoarticular rehabilitation, allowing me to improve knowledge and skills in the field of rehabilitation nursing care in orthopedics and orthotraumatology

The methodology chosen for this work is based on descriptive and analytical method.

The report assumes a description of activities on stage, according to the goals defined in the project, to address the General Nurses Skills Specialist and Specific Nurses Rehabilitation Nursing Specialist, set out by the Order of Nurses and the reflexive critical analysis of experiences of learning.

With this work I intend to demonstrate in a comprehensive way the acquired skills, their importance and relevance for the proper performance of the nurse role Rehabilitation Nursing Specialist.

Keywords: Nursing; "Nursing care"; Rehabilitation; "Perioperative care"; "Preoperative care"; "Preoperative education"; "Hip replacement"

## INDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>1. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM FUNÇÃO DOS OBJETIVOS E DAS COMPETÊNCIAS DO E.E.E.R.</b> .....	<b>16</b>
1.1. Descrição das Atividades segundo os Objetivos definidos para a Comunidade (Unidade de Cuidados Continuados Integrados - UCCI) e para o Internamento Hospitalar.....	17
1.2. Análise crítica e reflexiva das experiências de aprendizagem .....	23
1.2.1. Período I – UCCI.....	26
1.2.2. Período II – Hospital.....	36
<b>2. AVALIAÇÃO</b> .....	<b>43</b>
2.1. Aspetos positivos e negativos.....	43
2.2. Contributos para a prática de enfermagem .....	45
2.3. Considerações Finais e Futuras.....	48

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### ANEXOS

#### Anexo A

Competências Comuns do EE e Especificas do EEER enunciadas pela OE

#### Anexo B

Competências Comuns do EE e Especificas do EEER desenvolvidas nos objetivos definidos

### APÊNDICES

#### Apêndice I

Projeto de Estágio

#### Apêndice II

Cronograma do projeto

#### Apêndice III

Objetivos e Atividades

#### Apêndice IV

Formação em Estágio - 1as Jorndas Multidisciplinares do ACES

#### Apêndice V

Guia de orientação no ambito dos cuidados à pessoa submetida a ATA

#### Apêndice VI

Processo Enfermagem UCCI

#### Apêndice VII

Processo Enfermagem Hospital



## **INTRODUÇÃO**

A realização deste Relatório insere-se no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Decorreu no segundo e terceiro semestres do curso acima referido, constituindo um documento ilustrativo da aprendizagem adquirida durante o Estágio.

O Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Enfermagem de Reabilitação visa especificamente o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, a pessoas com problemas de incapacidade, limitação da atividade ou restrição de participação, nos diferentes contextos de cuidados tendo em vista a sua reabilitação e reintegração social (OE, 2011).

Para desenvolver estas competências foi necessário adquirir saberes, fazer a ligação entre a teoria e a prática, desenvolver um espírito crítico-reflexivo para me ajudar a mobilizar, aprofundar e adquirir conhecimentos para a adaptação a novas situações e consequente resposta aos constantes desafios de Enfermagem.

A sua elaboração e apresentação destinam-se à obtenção do grau de Especialista em Enfermagem de Reabilitação. A sua defesa pública destina-se à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

O Estágio referente ao 1º Período foi realizado numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados, em Lisboa, entre 28 de Setembro a 28 Novembro de 2015. A opção desde campo de estágio residiu em fatores, tais como: maior proximidade de casa e do meu local de trabalho; uma população demograficamente envelhecida, o que pressupõe necessidades especiais no cuidar, facto que permitiram dar resposta à grande generalidade das Competências do Enfermeiro Especialista (EE) e do Enfermeiro Especialista Enfermeiro de Reabilitação (EEER).

O Estágio correspondente ao 2º Período decorreu num Hospital, fora da área de Lisboa, entre o dia 30 de novembro e 12 de fevereiro 2016. A excelência deste campo de estágio veio dar uma resposta mais objetiva à pergunta da temática do

Projeto (ver apêndice I): “Quais as Competências a desenvolver pelo EEER, no cuidado à pessoa submetida a ATA”, na medida em que fui capaz de: integrar, desenvolver e por em prática todos os objetivos definidos em projeto (ver parágrafo 3.4.2. do apêndice I – projeto de estágio), os quais me propus desenvolver em estágio (ver apêndice III do relatório de estágio), alicerçando no global, as Competências do EE e do EEER (ver anexo A).

Este Relatório surge assim, com o intuito: de realçar o que foi realizado durante o Estágio, através de uma reflexão sobre as atividades desenvolvidas em estágio, face os objetivos gerais e específicos (ver apêndice III do relatório); relatar as situações / problemas encontrados; analisar as estratégias sugeridas e respetiva implementação para a sua resolução; assim como, refletir sobre as competências adquiridas, à luz do respeito pelos princípios Éticos e Deontológicos descritos no Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 1996).

No Capítulo I, mais concretamente no subcapítulo 1.1., foi realizada a descrição das atividades, segundo os objetivos definidos para o estágio da comunidade e do internamento hospitalar, em simultâneo, de forma a evitar repetições das atividades desenvolvidas. Não obstante a reflexão crítica sobre os mesmos foi separadamente discutida em subcapítulos (ver subcapítulo 1.2), por haver especificidades inerentes a cada Período.

Ao longo do ano letivo foram abordados vários conteúdos teóricos no âmbito da reabilitação cardio-respiratória e motora. O estágio surge como meio de integração dos conhecimentos adquiridos nas diversas unidades curriculares. Aliando a teoria à prática e as minhas necessidades no âmbito pessoal e profissional surgiu a necessidade de desenvolver competências essencialmente no âmbito da reabilitação motora. Contudo, o campo de intervenção do EEER abrange a pessoa ao longo de todo o seu ciclo vital com necessidades especiais, na medida em que concebe e implementa intervenções, procurando otimizar e/ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade (OE, 2011).

Assim este relatório de estágio foi construído à luz do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista (CCEE) e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Reabilitação (EEER), na comunidade e no âmbito hospitalar.

Compete assim ao EEER a criação e a implementação de um programa de treino de Atividades de Vida Diária (AVD), visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia no exercício dos autocuidados, além da implementação de programas de treino motor e cardiorrespiratório essenciais à aquisição da sua independência e autonomia (OE, 2011).

Trabalho num Serviço de Cirurgia de Especialidades, contemplando a neurocirurgia, cirurgia vascular, cirurgia plástica, oftalmologia, entre outras, com predominância a especialidade de ortopedia.

A média de idade das pessoas submetidas a cirurgia ortopédica é de extremos, desde a faixa dos 20-30 anos aos 70-80 anos; sendo que nos jovens prevalecem as artroscopias, enquanto que nos idosos as próteses da anca e do joelho. As intervenções cirúrgicas mais comuns, no foro ortopédico são: artroscopias do ombro; artroscopias, ligamentoplastias e menissectomias do joelho; próteses da anca e do joelho; as menos comuns são as tenorrafias do tendão de aquiles; colocação e remoção de material de osteossíntese<sup>1</sup>.

No âmbito dos cuidados de enfermagem, no domínio da cirurgia ortopédica, a pessoa submetida a prótese da anca (resultante não só da coxartrose, mas também das fraturas trocantéricas e sub-trocantéricas) é aquela que mais dúvidas suscita, quer aos prestadores de cuidados, quer aos Utentes. Estas dúvidas dizem respeito aos cuidados a ter no pós-operatório, essencialmente em termos de mobilizações permitidas e nas técnicas exequíveis para o levante. As dúvidas inerentes à falta de ensino / formação conduzem a um aumento do tempo de internamento, já que estas pessoas revelam falta de confiança para terem uma alta precoce; para não falar das

---

<sup>1</sup> Dados obtidos na base de dados do hospital onde exerço funções

questões sociais, porque não têm ninguém que os ajude em casa, ou porque até moram num piso alto sem elevador ou inexistência de condições habitacionais.

Esta foi sem dúvida, uma das minhas grandes motivações para estar presentemente a frequentar este Mestrado e em particular a Especialidade de Reabilitação. E daí surgir a minha pergunta, que se prende com o objetivo deste estudo, que é apresentar o estado da arte sobre os cuidados de enfermagem à pessoa submetida, ou a submeter-se, a ATA e quais as competências a desenvolver enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação.

Depreendo que uma boa prática de cuidados passa não só pelas competências adquiridas e desenvolvidas pelo profissional de saúde, como também pela pessoa recetora de cuidados. Esta deverá estar devidamente informada e esclarecida, para tomar decisões em plena consciência e aceitar a sua nova condição de vida. O êxito da intervenção cirúrgica depende não só dos profissionais de saúde, da pessoa intervencionada, assim como do envolvimento familiar em todo o processo de reabilitação.

Tendo em conta que no meu hospital não existe uma consulta de enfermagem pré-operatória de ortopedia, e face as limitações identificadas considero que seria de grande utilidade a existência da referida consulta, para fazer um levantamento e acompanhamento adequado das necessidades destas pessoas. Alicerçando o meu pensamento com base nas competências do Enfermeiro Especialista de Reabilitação, considero que este deve reconhecer os benefícios do ensino precoce, de forma a proporcionar uma preparação funcional física e a educar a pessoa relativamente a um conjunto de atividades fulcrais para a sua autonomia e recuperação mais ativa, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde, através da redução do tempo de internamento, da capacitação da pessoa no autocuidado, autonomia e independência funcional e na adaptação ao seu novo estilo de vida com prótese.

Como objetivos gerais deste relatório pretendo: identificar e analisar problemas; desenvolver estratégias, implementar soluções; demonstrar a capacidade de refletir sobre as ações realizadas e as suas implicações éticas e sociais e revelar, ainda, capacidade de descrever adequadamente as conclusões alcançadas para a

obtenção do grau de mestre, após aprovação positiva na dissertação pública de natureza científica.

Como objetivos específicos, pretendo:

- ✓ Contextualizar a temática do Relatório de Estágio, articulando-a com as competências gerais do Enfermeiro Especialista (EE) e com as competências específicas do EEER;
- ✓ Enquadrar as Competências do EE e do EEER face os objetivos e as atividades desenvolvidas nos campos de estágio;
- ✓ Enquadrar a filosofia de Cuidados que sustentou o Projeto e o Relatório, fundamentando a minha questão norteadora à luz da teórica Callista Roy (Modelo de Adaptação de Roy);
- ✓ Conhecer o papel do EEER no cuidado à pessoa submetida a ATA (Compreender de que forma a implementação de um programa estruturado de ensino, pré-operatório, tem influência no tempo de internamento, na adaptação e na capacitação da pessoa, submetida a ATA).

A metodologia escolhida para a realização deste trabalho baseia-se no método descritivo e analítico através da reflexão e exposição das diferentes atividades realizadas durante os vários Períodos, confrontando-as com as atividades propostas no Projeto de Estágio, que procuram dar resposta aos diferentes objetivos a que me propus, assim como, através de uma análise crítica de possíveis situações / problemas detetados, sugerindo estratégias e respetiva implementação, e a identificação das respetivas competências adquiridas ou desenvolvidas durante o Estágio nos 2 Períodos.

O presente relatório encontra-se dividido em 2 pontos essenciais: a descrição crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas, na comunidade e no hospital, em função dos objetivos e das competências do EE e do EEER e a avaliação destas experiências, esclarecendo os aspetos positivos e negativos, os contributos para a prática de enfermagem e focando algumas considerações finais e futuras.

Para a elaboração deste trabalho, optei pela Norma da American Psychological Association (APA). (APA, 2001). No enquadramento teórico usei como Pradigma da Enfermagem o Modelo de Adaptação de Roy (Roy & Andrews, 2001).

## **1. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM FUNÇÃO DOS OBJETIVOS E DAS COMPETÊNCIAS DO E.E.E.R**

No âmbito da minha atuação no Estágio da Comunidade e Hospitalar, enquanto aluna da Especialidade de Reabilitação e segundo os objetivos delineados no meu Projeto de Estágio, bem como os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (CEEEER), pude intervir e atuar ao nível dos vários campos de intervenção.

No desenrolar destas experiências clínicas adquiri e desenvolvi conhecimentos, capacidades e habilidades que me permitiram atuar no contexto da prática clínica; refleti sobre as necessidades de saúde do público-alvo e atuei no contexto de vida destas pessoas, no intra-hospitalar (nas várias fases do Pré, Intra e Pós-Operatório) e na comunidade. Colaborei na gestão e na promoção da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados. Cuidados esses que assentam numa prática diferenciada de qualidade, centrada nas necessidades da pessoa/família.

Os objetivos enunciados e as atividades a desenvolver no projeto de estágio (ver apêndice III) serviram apenas de guia orientador para o desenvolvimento do estágio e do relatório. Com o desenrolar do estágio houve a necessidade de implementar mais atividades, para dar resposta aos objetivos propostos, que por sua vez potenciaram o desenvolvimento das competências; além de que as especificidades existentes nos locais de estágio fizeram com que eu tivesse necessidade de adquirir novos saberes teóricos para aplicar, desenvolver e fundamentar as práticas, os quais contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, enquanto futura enfermeira especialista.

Conforme exposto no cronograma do projeto (ver apêndice II), grande parte dos objetivos e das atividades a desenvolver nos estágios (ver apêndice III) interligavam-se, o que significa que foram traçados objetivos comuns para ambos os estágios. Para a descrição e análise crítica em Relatório dos mesmos, optei inicialmente pela divisão em dois períodos (períodos I e II), para ir ao encontro dos dois Campos de

Estágio, acontece que no seu desenvolvimento apercebi-me que as atividades a desenvolver se repetiam, tendo em conta que o objetivo final era o mesmo, o desenvolvimento das Competências. Assim, neste capítulo foram descritas as atividades desenvolvidas em ambos os campos de estágio (Período I: Comunidade; Período II: Hospital), em função dos objetivos geral e específicos delineados, de forma a dar resposta às Competências gerais EE e específicas do EEER.

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

### **1.1. Descrição das Atividades segundo os Objetivos definidos para a Comunidade (Unidade de Cuidados Continuados Integrados - UCCI) e para o Internamento Hospitalar**

#### **I. Integrar a equipa (OE1)**

Para responder a este objetivo foi necessário desenvolver algumas atividades já enunciadas em projeto (ver apêndice III) e acrescentar outras, nomeadamente, proceder à:

- ✓ Realização de uma entrevista informal com a Enfermeira Orientadora e interagir com a restante equipa, para recolher informação relacionada com a dinâmica do serviço e dos cuidados prestados;
- ✓ Consulta dos dossiers para conhecer as normas e rotinas do serviço;
  - ✓ Participação nas passagens de turno;
  - ✓ Interação multidisciplinar, com base num relacionamento terapêutico e empático com a equipa e com os doentes;
  - ✓ Intervenção na conceção, organização, planeamento, execução e da implementação de programas de: reeducação funcional cardio-respiratória; reeducação funcional motora, no âmbito da prevenção,

tratamento e reinserção social da pessoa e da família nos seus contextos de vida diária, através de uma atitude proativa e de empreendedorismo;

Na descrição das atividades desenvolvidas face o OE1 pode dar resposta, entre outras, às Competências A1, A2, Unidades de Competência A1.1., A2.1. e respetivos Critérios de Avaliação das CCEE (A1.1.1., A1.1.2., A1.1.3., A1.1.4., A1.1.5; A2.1.1., A2.1.2., A2.1.3., A2.1.4., A2.1.5., A2.1.6., A2.1.7., A2.1.8.), conforme pode ser consultado em Anexo (ver anexo B)

## II. Conhecer as intervenções do EEER (OE2)

Para responder a este objetivo foi necessário desenvolver algumas atividades já enunciadas em projeto (ver apêndice III) e acrescentar outras, nomeadamente, proceder à:

- ✓ Atuação com base num relacionamento terapêutico e de relação de ajuda, empático, com a pessoa, família e de integração na comunidade: na conceção, organização, planeamento, execução e da implementação de programas de: reeducação funcional cardio-respiratória; reeducação funcional motora, no âmbito da prevenção, tratamento e reinserção social da pessoa e da família nos seus contextos de vida diária;
- ✓ Participação na prestação de cuidados realizados pela Enfermeira Orientadora;
- ✓ Interpretação e análise dos exames auxiliares de diagnóstico, assim como na realização de pesquisas no âmbito teórico para fundamentar as práticas;
- ✓ Identificação das necessidades de intervenção, para otimizar e/ou reeducar a função nos vários níveis, nomeadamente:
  - ✓ Intervenção no âmbito respiratório:

- Execução de técnicas respiratórias - reeducação costal global, seletiva, diafragmática global, diafragmática seletiva; manobras acessórias – Vibração;
- Execução de técnicas de posicionamento – drenagem postural modificada; terapêutica de posição e correção postural;
- Instrução sobre técnicas respiratórias - controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração;
- Instrução e treino das técnicas respiratórias - Ciclo ativo das técnicas respiratórias; exercícios de expansão torácica;
- Treino da tosse para limpeza das vias aéreas;
- Exercícios de tonificação diafragmática e intercostal;
- Exercícios de abertura costal, recorrendo à própria bengala;
- Realização de percussões e vibrações torácicas;
  
- ✓ Atuação ao nível da pessoa com alterações neurológicas:
  - Avaliação funcional da pessoa, família e comunidade;
  - Realização do exame neurológico para identificar a origem das suas limitações, de forma a melhor programar os planos de reabilitação;
  - Realização de posicionamentos anti-espásticos dos membros afetados, de forma a evitar ou minimizar os riscos de maior espasticidade e deformidades articulares;
  - Execução de mobilizações articulares e exercícios terapêuticos no leito (ponte, auto-mobilizações, rotações; Treino de equilíbrio sentado e em pé estático e dinâmico);
  - Execução das técnicas de transferência da cama para a cadeira de rodas e desta para o sanitário;
  - Realização de exercícios em cadeiras de roda e treino de marcha com andarilho e canadianas;
  - Treino de vestir (lado afetado) e despir (lado são);
  - Treino intestinal e vesical;
  - Preparação da pessoa / família para a alta da UCCI / hospital.

- ✓ Atuação ao nível da pessoa com alterações músculo-esqueléticas e osteoarticulares:
  - Ensinos no pós-operatório específicos à reabilitação dos doentes, através da execução de exercícios isométricos e isotónicos dos segmentos musculo-articulares;
  - Posicionamentos terapêuticos;
  - Mobilização da pessoa no leito;
  - Exercícios de mobilização articular e fortalecimento muscular, recorrendo à pedaleira e ao treino de subir e descer escadas;
  - Levante e treino de equilíbrio estático e dinâmico, sentado e em pé;
  - Transferência da cama para a cadeira de rodas e desta para o sanitário;
  - Ensino e treino de marcha com andarilho e posteriormente com canadianas;
  - Preparação da pessoa / família para a alta da UCCI / hospital;
  - Elaboração de um plano de cuidados para o domicílio, no caso da alta hospitalar. Tive a necessidade de desenvolver um guia de orientação sobre os cuidados à pessoa submetida a ATA (ver apêndice V); para além de promover a minha auto aprendizagem, serviu-me de guia orientador aos ensinos realizados.

Na descrição das atividades desenvolvidas face o OE2 pude dar resposta, entre outras, às Competências B3, C1, Unidades de Competência B3.1., C1.1. e respetivos Critérios de Avaliação das CCEE (B3.1.1., B3.1.2., B3.1.3., B3.1.4., B3.1.5., B3.1.6., B3.1.7., B3.1.8.; C1.1.2., C1.1.3., C1.1.4.), para além das Competências J1, Unidades de Competência J1.1, J1.2., J1.3. e respetivos Critérios de Avaliação das CEEEER (J1.1.1., J1.1.2., J1.1.3., J1.1.4., J1.1.5., J1.1.6., J1.1.7.; J1.2.1., J1.2.2., J1.2.3., J1.2.4.; J1.3.1., J1.3.2., J1.3.3.), conforme descrito no anexo B.

- III. Planear, prestar e avaliar intervenções de enfermagem, relativas aos programas de reabilitação respiratória e motora, no domicílio, nomeadamente na pessoa submetida a ATA (OE3)

Para responder a este objetivo foi necessário desenvolver algumas atividades já enunciadas em projeto (ver apêndice III) e acrescentar outras, nomeadamente, proceder à:

- ✓ Participação na conceção, organização, planeamento, execução e implementação de programas de reeducação funcional cardio-respiratória e reeducação funcional motora e osteoarticular (conforme descrito no OE2);
- ✓ Participação nas formações pertinentes a decorrer no serviço, para melhor adequar a minha prestação de cuidados à prática clínica e melhor responder aos objetivos enunciados em projeto e fundamentar o desenvolvimento das competências:
  - Participação na Formação sobre os “Cuidados a prestar na demência, uma abordagem prática e integrada” (não me foi fornecido documento comprovativo da mesma). Esta formação veio complementar o estágio na UCCI, em virtude de me deparar com uma população muito idosa e com comorbilidades acrescidas, nomeadamente a demência, contribuindo para melhor compreender esta patologia e melhor adequar os cuidados à minha prática;
  - Participação nas Primeiras Jornadas Multidisciplinares do ACES Lisboa Ocidental e do Oeiras e Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (ver apêndice IV), onde falaram da saúde em geral e da atualidade dos cuidados da saúde da população dos bairros de Lisboa, o que veio enquadrar teoricamente a realidade encontrada;
- ✓ Capacitação, Instrução e treino cuidador, na realização de algumas técnicas respiratórias e musculo-articulares, conforme descritas no OE2, nomeadamente o incentivo da tosse, consciencialização dos tempos

respiratórios com abertura costal, exercícios isométricos e isotónicos de todos os segmentos articulares.

Na descrição das atividades desenvolvidas face o OE3 pode dar resposta, entre outras, à Competência J1, Unidades de Competência J1.4. e respetivos Critérios de Avaliação das CEEEER (J1.4.1., J1.4.2.), conforme descrito em anexo B

- IV. Capacitar a pessoa intervencionada e a sua família, de forma a reconhecer possíveis sinais de complicações pós-operatórios e a minimizar riscos (OE4)

Este objetivo é maioritariamente dirigido aos cuidados inerentes ao hospital, no entanto também é aplicável nos cuidados continuados na UCCI. Assim, para responder a este objetivo foi necessário desenvolver algumas atividades já enunciadas em projeto (ver apêndice III) e acrescentar outras, nomeadamente, proceder à:

- ✓ Capacitação, Instrução e treino da pessoa intervencionada e seu cuidador na avaliação dos sinais vitais (temperatura), na identificação de alterações no padrão respiratório (tosse, farfalheira, respiração ruidosa), alterações na marcha e diminuição da força muscular e articular;
- ✓ Capacitação, Instrução e treino da pessoa e seu cuidador para a utilização de acessórios para promover a drenagem e eliminação de secreções (incentivo da tosse, espirómetro de incentivo, aerossoloterapia);
- ✓ Capacitação, Instrução e treino da pessoa e seu cuidador para a utilização de materiais e equipamentos de apoio e auxílio da marcha (andarilho, tripé, canadianas, bengala, corrimões).

Na descrição das atividades desenvolvidas face o OE4 pode dar resposta, entre outras, às Competências J2, J3, Unidades de Competência J2.1., J3.1 e respetivos Critérios de Avaliação das CEEEER (J2.1.1., J2.1.2., J2.1.3.; J3.1.1, J3.1.2., J3.1.3.), conforme descrito em anexo B.

- V. Promover uma adequada preparação e planeamento da alta, incluindo o assegurar dos conhecimentos da pessoa e/ou familiares de referência, indispensável aos cuidados de saúde após alta (OE5)

Para responder a este objetivo foi necessário desenvolver algumas atividades já enunciadas em projeto (ver apêndice III) e acrescentar outras, nomeadamente, proceder à:

- ✓ Realização e fornecimento de um Guia de orientação aos Utentes e seus familiares para a realização dos exercícios a nível motor e respiratório, nomeadamente, no âmbito dos Cuidados à Pessoa submetida a ATA (ver apêndice V);
- ✓ Capacitação, Instrução, treino e avaliação da Pessoa submetida a ATA e seu cuidador de referência, na realização das técnicas, no âmbito dos programas definidos: respiratório e motor;
- ✓ Capacitação, Instrução e treino da pessoa e seu cuidador na eliminação de barreiras arquitetónicas de risco (tapetes e outros equipamentos não fixos), no domicílio e a implementação de produtos de apoio para a realização das AVD's (corrimões; suportes de apoio de banheira, banco de apoio na mesma; calçadeiras; pinças para ajudar a calçar meias, entre outros).

Na descrição das atividades desenvolvidas face o OE5 pode dar resposta, entre outras, às Competências J2, J3, Unidades de Competência J2.1., J2.2., J3.2. e respetivos Critérios de Avaliação das CEEEER (J2.1.1., J2.1.2., J2.1.3., J2.2.2., J2.2.3., J2.2.4., J3.2.1., J3.2.2), conforme descrito em anexo B.

## **1.2. Análise crítica e reflexiva das experiências de aprendizagem**

Neste capítulo foi realizada uma abordagem crítica e reflexiva dos objetivos e das atividades descritas no subcapítulo 1.1, em função das competências gerais do EE e específicas do EEER, salientando a sua relevância e adequação.

A análise e reflexão face os campos de estágio foi dividida, pelo facto de haver peculiaridades inerentes a cada período, que apesar de ambos se concentrarem na

aquisição e no desenvolvimento das competências do EE e do EEER, as experiências vivenciadas assumem elevada importância para a aquisição de Saberes. São os diferentes Saberes, o saber fazer, saber agir e o saber reagir que sustentam a tomada de decisão em enfermagem. Esses Saberes, baseados na evidência científica, contribuem para uma deteção precoce dos problemas e capacitam o enfermeiro a intervir atempadamente na solução dos mesmos ou a encontrar as soluções necessárias para formar um juízo crítico, no sentido de criar a melhor estratégia de intervenção (OE, Dezembro, 2009).

Esta análise crítica teve na sua base alguns trabalhos de reflexão e jornais de aprendizagem realizados durante o estágio.

Assim no âmbito da minha atuação no Estágio da Comunidade (UCCI) e no hospital, enquanto aluna da Especialidade de Reabilitação e segundo os meus objetivos delineados em Projeto de Estágio e os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (CEEEER), pude intervir e atuar ao nível dos vários campos de intervenção e dar resposta às competências comuns do EE e específicas do EEER:

- No desenvolvimento de uma prática profissional, na tomada de decisão ética e deontológica, tendo por base os princípios éticos, segundo o código deontológico (CCEE: A1 e A2 do anexo A).
- No relacionamento terapêutico, empático, com base numa relação de ajuda e em prol da defesa e proteção dos direitos humanos (CCEE: A2 do anexo A);
- Na promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção da pessoa / família (CCEE: B3 do anexo A);
- Na gestão dos cuidados e na interação com a equipa multidisciplinar (CCEE: C1 do anexo A);

- No desenvolvimento e assertividade do meu conhecimento / capacidades e no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais (CCEE: D1 do anexo A);
- Na tomada de decisão ética e na intervenção com base em padrões de conhecimento atuais e pertinentes, na pesquisa e investigação para dar resposta as necessidades encontradas e facilitar os processos de auto aprendizagem e de ensino à pessoa necessitada de cuidados e seu cuidador (CCEE: D2 do anexo A);
- No Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (CEEEER: J1, do anexo A);
- Na capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (CEEEER: J2, do anexo A);
- Na conceção, organização, gestão e planeamento, execução e da implementação de programas de: reeducação funcional cardio-respiratória; reeducação funcional motora, no âmbito da prevenção, tratamento e reinserção social da pessoa e da família nos seus contextos de vida diária, ao longo de todo o ciclo vital, seja às crianças da ajuda de Berço da UCCI, seja à população em abrangente da UCCI e no contexto hospitalar (CCEE: C1; CEEER: J1, J2, J3) do anexo A.

Considero que as reflexões críticas e construtivas resultantes das práticas clínicas e das atividades desenvolvidas em estágio, levaram ao desenvolvimento de aprendizagens, o que me permitiram ter alcançado / desenvolvido na generalidade, os domínios de competências comuns do EE (responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais) e as competências específicas do EEER, nomeadamente: Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades

da pessoa. Não obstante, a competência B1 e B2 do Domínio da qualidade das CCEE (ver anexo A), não foi de todo alcançada pelo facto, de que não tive a oportunidade de participar em projetos na área da melhoria da qualidade, no entanto foram consultados projetos e trabalhos neste sentido.

Segue-se então uma reflexão crítica, sobre os períodos de estágio, do modo como atingi o desenvolvimento das competências previstas pela OE.

#### 1.2.1. Período I – UCCI

O envelhecimento da população é um tema recorrente na literatura sobre cuidados de saúde e, no que concerne aos cuidados de reabilitação na comunidade, esta é uma realidade presente. A crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, consequência do envelhecimento progressivo demográfico transversal nas sociedades desenvolvidas, em consequência do aumento dos níveis de esperança média de vida, do declínio da natalidade e das alterações do padrão epidemiológico, social e familiar, que se tem vindo a verificar em Portugal nos últimos anos, os quais têm demonstrado algumas carências em termos de cuidados de saúde e no apoio social. As doenças crónicas e o declínio das capacidades cognitivas estão no centro das atenções geradoras de incapacidade e dependência nas atividades de vida diária (AVD) (Apóstolo, J., 2012). Tais necessidades são um desafio permanente para o EEER.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) está implementada ao longo de todo o território de Portugal Continental através das Unidades de Internamento e Equipas domiciliárias (ACSS, 2015).

As Unidades de Internamento subdividem-se em:

- Unidade de Convalescença
- Unidade de Cuidados Paliativos
- Unidade de Longa Duração e Manutenção
- Unidade de Media Duração e Reabilitação.

As Equipas Domiciliárias dividem-se em:

- Equipa de Cuidados Continuados Integrados
- Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

A referenciação à Rede pode ser realizada de duas formas:

- Através da Equipa de Gestão de Altas, do Hospital pertencente ao Serviço Nacional de Saúde,
- Através do Centro de Saúde, referenciados pelo seu Médico de família, Enfermeiro, ou Assistente social.

A RNCCI é então constituída por Unidades e Equipas de Cuidados Continuados de Saúde e ou apoio Social, ações paliativas com origem nos serviços comunitários, abrangendo os Hospitais, Centros de Saúde, Serviços Distritais e Locais da Segurança Social, Rede Solidária e as Autarquias locais (DR, 2006). Tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade se encontrem em situação de dependência. Estes cuidados são centrados na recuperação global da pessoa, com vista à promoção da sua autonomia e funcionalidade, face a situação de dependência em que se encontra (ACSS, 2015).

A Equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) tem como missão a responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, onde prestam os serviços domiciliários, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se do domicílio (DR, 2006; ACSS, 2015).

Deste modo, os Cuidados Continuados Integrados (CCI) assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, atuando ao nível da reabilitação, readaptação e a reintegração social, para a promoção e manutenção do conforto e qualidade de vida da pessoa, mesmo em situações irrecuperáveis.

A equipa da UCCI, onde integrei o primeiro estágio era composta por 3 Enfermeiros Especialistas, cada um com um rácio de 5 a 6 utentes. A Enfermeira Chefe, também Especialista em Reabilitação, além das funções de gestora e coordenadora, também assumia 1 a 2 Utentes diariamente, no seu plano de reabilitação, pelo facto de se tratar de Utentes com Doença Crónica e com necessidades permanentes. Face este rácio diário de Utentes e as suas necessidades de cuidados, era fundamental haver uma gestão articulada entre horários de visita aos Utentes e com o transporte (Táxi contratado pela UCCI para fazer os serviços de deslocação), daí a importância de trabalhar em equipa e em sintonia na prestação de cuidados de reabilitação (CCEE: A1; A2 do anexo A).

A lista de espera quando os Utentes saem do hospital para entrar na UCCI, por vezes alonga-se em meses, falo de 2, 3 ou mais meses. Das várias vezes que assisti aos telefonemas na tentativa de estabelecer contacto com o novo Utente e seus familiares ouvi dizer “já não é preciso, obrigada, demoraram muito tempo”, outras vezes escutavam-se palavras mais cruéis à essência humana “agora já não preciso de vocês, porque o meu pai já morreu”.

Ao longo deste percurso na UCCI deparei-me com várias situações em que a pessoa idosa está inserida. Situações essas que estão na génese do desenvolvimento de um conjunto de emoções, ao que Damásio (2003, p. 71) designa como “...um meio natural de avaliar o ambiente que nos rodeia e reagir de forma adaptativa”.

Neste sentido foram criadas estratégias, de forma a lidar e a gerir as situações encontradas, facilitando a nossa presença, o apoio psicológico, a interação com a equipa multidisciplinar (médico, psicólogo, assistente social), estabelecendo um relacionamento terapêutico, empático, com base numa relação de ajuda e promovendo um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção da pessoa e da família (CCEE: A2; B; C1 do anexo A).

As limitações sócio-económicas foram as principais barreiras identificadas que interferiram nos objetivos e resultados de saúde pretendidos e alcançados. A pobreza e a solidão que estas pessoas vivenciam interferem com os resultados de

saúde em reabilitação pretendidos, na medida em que muitas vezes não tem um cuidador capaz de dar continuidade aos cuidados de reabilitação executados, tornando-se difícil o nosso desvinculo.

Neste contexto percebi que os cuidados inerentes a estas pessoas, no âmbito das técnicas de reabilitação, tinham uma evolução favorável, nomeadamente quando se tratava de pessoas com capacidades cognitivas adequadas, independentemente do cuidador colaborar ou não na sua reabilitação; enquanto que aquelas pessoas que estavam acamadas, com limitações cognitivas, não se obtiveram resultados tão eficazes, mesmo que o cuidador fosse ativo no seu processo de reabilitação.

Existiram outras situações associadas à falta de cuidados de higiene, habitacionais e de alimentação, a que estes utentes mais idosos estavam sujeitos, nomeadamente a falta de apoio familiar, tornando-se difícil desvincular a razão da emoção, ou seja, reabilitar sem sentir, sem ver a pessoa como um todo, integrada num espaço físico degradado e desumano.

Entre as várias situações que presenciei, onde a manutenção dos cuidados de reabilitação se prendiam por várias necessidades, mas de uma forma continuada, por vezes tornava-se difícil encontrar o momento exato para planear uma alta adequada, assistida e acompanhada por um cuidador competente, preocupado e capaz de dar continuidade os cuidados de reabilitação.

Neste seguimento e não por falta de carinho, atenção e preocupação do cuidador, mas antes por doença degenerativa neurológica, a Enfermeira Chefe da UCCI assistia regularmente esta pessoa no levante do leito para a cadeira e vice-versa. Colaborei nas transferências algumas vezes, no entanto esta situação fez-se sentir particularmente constrangida na minha atuação, aquando a abordagem do doente. Deparei-me com um Ser Humano totalmente imóvel, que apenas movia os olhos e expressava-se sobre a forma de gemidos. O olhar dele perseguia o meu e, este era seguido de um gemido que eu não conseguia perceber, eventualmente medo de uma pessoa desconhecida, que lhe traria alguma situação de desconforto. Mesmo na presença da mãe, com os seus gestos de afeto para o tranquilizar, a sua agitação e tensão faziam-me sentir insegura na minha abordagem. Na primeira abordagem

não consegui estabelecer uma relação terapêutica, no entanto procurei aproximar-me de forma calma, de modo a que ele me pudesse ver, segurei-lhe na mão, para que ele pudesse sentir, na presença da mãe e da enfermeira, de modo a que ele conseguisse sentir proximidade física, conforto e tranquilidade.

Esta experiência veio-me permitir desenvolver algumas competências, no âmbito das CCEE (ver anexo A), nomeadamente A2.2., na medida em que colaborei na prática de cuidados, com base numa conduta preventiva, no zelo pela segurança e pela dignidade do doente; a competência B3, na promoção de um ambiente terapêutico, centrado na pessoa, fomentando a envolvência familiar e profissional adequada, geradora de bem-estar e segurança, adotando medidas e técnicas com base nos princípios da ergonomia e tecnológicos, de forma a evitar danos físicos, a nós profissionais e ao utente, para além de instruir e capacitar os familiares; a competência D1, em virtude de esta experiência me permitir desenvolver o auto-conhecimento, na identificação de fatores que pudessem interferir no relacionamento com a pessoa, em reconhecer os meus limites pessoais e profissionais, em gerir os meus sentimentos e emoções, de modo a atuar e intervir eficazmente. Permitiu-me também desenvolver competências no âmbito do EEER, nomeadamente J1 (ver anexo A), no que concerne ao cuidar da pessoa com necessidades especiais, em resultado da sua condição de saúde, de natureza permanente (totalmente dependente nas atividades de vida diárias).

É no auge da complexidade das situações que presenciamos, que surge a dúvida, a incerteza, o medo, mas é também daí que urge a necessidade de desenvolver capacidades e conhecimentos que nos permitam saber agir com a serenidade indispensável, de modo a transmitir segurança e conforto à pessoa e seu cuidador.

De fato, só quem lida dia a dia com a população é que se apercebe da grandeza da necessidade de cuidados de reabilitação, onde as necessidades são transcendentais à população em geral.

O primeiro dia de contacto com a população tratou-se de um misto de emoções, entre a expectativa do que iria encontrar e a reação dos utentes em me receber. Tomando como exemplo: uma utente idosa que residia com uma filha (de 3 filhos),

solteira e como principal cuidadora. Recordo que antes de eu iniciar o estágio e, segundo a enfermeira orientadora, foi-lhe pedida autorização para que eu a pudesse acompanhar, pois tratava-se de uma senhora com alzheimer (fase inicial), onde alguns sinais eram evidentes, nomeadamente: perda de memória recente, confusão e desorientação; ansiedade, desconfiança; alteração da personalidade e do senso crítico; dificuldades com as atividades da vida diária (Sayeg, Norton. 2004/2011). A confiança foi sem dúvida o ponto que teve de ser mais trabalhado. Inicialmente senti algum receio, pois era eu a invadir o espaço da Pessoa, a sua casa, a sua intimidade. Aí começou o meu primeiro desafio, o de ser capaz de estabelecer uma relação empática, saber ouvir, estar, criar os laços de confiança que me permitiram posteriormente atuar e de estabelecer uma relação terapêutica. Relação esta pautada por princípios, ao que o Código Deontológico defende, entre outros, o zelo pela proteção da pessoa humana e pela defesa da sua dignidade, zelando pela confidencialidade e pelo respeito da sua privacidade (OE, Código Deontológico, 2009), o que vai ao encontro da Competência A2 do EE (ver anexo A).

A comunicação é por excelência o elo fundamental para que se estabeleça um vínculo terapêutico entre a pessoa doente e a equipa multidisciplinar, permitindo *“...reduzir a incerteza, melhorar os relacionamentos, indicar ao doente e a sua família uma direcção.”* (Twycross. 2003, p. 37).

Ramos (Ramos, et al., 2009) afirma que é necessário estabelecer-se uma relação de confiança, compreensão, que passa por gestos, atitudes e palavras, exigindo o conhecimento, não só da cultura, mas também todo um conjunto de fatores relacionados com a empatia, disponibilidade, sensibilidade, em relação ao indivíduo e ao seu contexto económico-socio-cultural, na sua singularidade e especificidade.

A receção nos domicílios foi de facto muito amistosa e afável, num envolvimento de interação e interajuda, desde o estabelecer de uma relação terapêutica e de empatia, essenciais à construção dos pilares da confiança, ao atuar ao nível das necessidades das pessoas, seja no âmbito da reabilitação respiratória (técnicas respiratórias), seja no âmbito da reabilitação motora (técnica de exercício muscular e articular ativa, passiva e ativa assistida, ativa resistida), ou de outras necessidades identificadas no âmbito dos cuidados de enfermagem, potenciando a sua

participação ativa na tomada de decisão, no desenvolvimento de estratégias de intervenção e de resolução de problemas. Este enquadramento permitiu desenvolver uma prática profissional e ética e dar resposta à competência A1 e B3 do EE (ver anexo A), no âmbito da manutenção e da criação de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança, envolvendo a pessoa, o cuidador e a família, através dos ensinamentos realizados das técnicas de reabilitação, posicionamentos, mobilizações e cuidados gerais à saúde e bem-estar da pessoa, essenciais ao desenvolvimento das competências J2 e J3 do EEER (mesmo anexo). Além de que, no estabelecimento desta relação terapêutica enfermeira / pessoa / cuidadora, fui capaz de colaborar com a equipa na gestão dos cuidados de enfermagem sensíveis ao EEER, o que vai ao encontro da competência C1 do EE (mesmo anexo), na medida em que a gestão dos cuidados passa por uma parceria de negociação entre a equipa multidisciplinar em colaboração com a pessoa e seu cuidador. Sempre que surgia um novo caso era feita uma avaliação inicial por telefone para avaliar as necessidades do utente e seu cuidador. Posteriormente a equipa multidisciplinar (enfermeira, assistente social, psicóloga) deslocava-se ao domicílio, de forma individual, para certificar as mesmas ou outras potencialmente geradoras da necessidade de encaminhamento para outras entidades, nomeadamente as unidades de internamento.

No entanto, para além de assistir na gestão dos casos que chegavam até à UCCI, era também necessário gerir os já existentes, definindo periodicidade nas visitas, tempo de atuação e estratégias de intervenção para alcançar o objetivo pretendido, o da reabilitação.

Além de que, por mais que existisse um programa de reabilitação delineado para cada situação, as decisões de intervenção eram na sua maioria negociadas no momento, face a situação clínica presente.

De entre os Utentes a reabilitar, a nossa intervenção incidiu essencialmente no âmbito das técnicas de reabilitação respiratória e motora, por se tratar de pessoas com grandes limitações e tendencialmente dependentes nas atividades de vida diária. As técnicas de reabilitação musculoesquelética e osteo-articular incidiram essencialmente nas pessoas acamadas, ou com limitações físicas, em resultado de

uma doença incapacitante (Aneurisma Vascular Cerebral) ou Status pós cirúrgico (cirurgia à coluna, prótese da anca), ou simplesmente por inatividade, resultado da imobilidade, o que leva à diminuição da força muscular e, conseqüentemente da resistência. Isto implica uma redução da massa e tónus muscular, que por sua vez, incorre em atrofia e diminuição do tamanho muscular (Potter & Perry, 2006).

Esta imobilidade prolongada tem implicações respiratórias, na medida em que há uma diminuição da força dos músculos respiratórios (abdominais, intercostais e diafragmáticos), com conseqüente diminuição da capacidade de expansão pulmonar e, por sua vez, conduz à dificuldade em eliminar as secreções, causando a estase destas (Potter & Perry, 2006).

Hoeman (2011) afirma que os problemas mais comuns da função respiratória estão relacionados com a limpeza ineficaz das vias aéreas, ventilação ineficaz ou alteração do padrão ventilatório que se traduz em dificuldade respiratória, tosse produtiva, intolerância ao exercício e às atividades de vida diária (AVD).

Segundo (Hoeman, 2011, p.211) “ o sistema músculo-esquelético é o responsável pela força muscular, limite do movimento, estabilidade articular, alinhamento e controlo postural, e posicionamento”, sendo afetado pela “nutrição, sono, stress e o estado geral de saúde”. Logo a atuação do EEER na comunidade não se focar essencialmente para o objetivo Reabilitar, mas também para o Cuidar, Instruir e Capacitar a pessoa doente, Cuidador, Família e Comunidade em que se insere, através do ensino, educação e da promoção de estilos de vida, fomentando um “envelhecer” saudável.

Os programas de reabilitação cardio-respiratória e motor foram realizados inicialmente pela Enfermeira Orientadora. Estes tiveram como intuito ensinar, demonstrar e treinar as técnicas com vista à promoção do auto-cuidado e da continuidade de cuidados. Assim, tomando como ponto de partida a observação da prática assente na teoria, atuei na execução das técnicas de reabilitação, transmitindo estas mesmas à pessoa e seu cuidador, com vista à sua capacitação, autonomia e independência (ver Processo de Enfermagem em Apêndice VI).

Para além dos cuidados específicos e inerentes à população idosa, também tive o privilégio de prestar cuidados de reabilitação às crianças da ajuda de berço.

As crianças da ajuda de berço faziam parte de um programa ainda em construção que a UCCI decidiu abraçar, mas que ainda não fazia parte do programa de reabilitação delegado pelo Ministério da Saúde. No entanto a UCCI preocupava-se com os cuidados de reabilitação ao longo de todo o ciclo vital, tal como enunciam as competências do EEER, daí a pertinência deste projeto.

Tratou-se de duas meninas gémeas com doença neurológica, decorrente de prematuridade, onde para além de afetar a capacidade cognitiva, também tinham défices motores, nomeadamente: afasia, afagia, sialorreia, ataxia, apraxia e hipotonia muscular. Como tal para além de não se alimentar oralmente, por ausência de reflexo de deglutição (gastrostomia endoscópica percutânea - PEG), tinham frequentemente muitas secreções que não conseguiam expelir, por ausência do reflexo de tosse e por usarem dispositivo *Bilevel Positive Pressure Airway* (Bipap). Daí a necessidade de intervenção do EEER, essencialmente no âmbito da reabilitação respiratória.

A nossa intervenção passou essencialmente pela cinesioterapia respiratória e aspiração de secreções, já que estas bebés estavam conectadas a BIPAP para dormir. O objetivo da assistência passava pela atuação ao nível respiratório, de forma a reduzir as idas à urgência do hospital e consequentes internamentos hospitalares.

Constou-se clinicamente registado, que desde a assistência dada pela UCCI as meninas tinham recorrido menos vezes à urgência pediátrica, por causa da necessidade de aspiração constante, o que contribuiu em ganhos na saúde e qualidade de vida (menos idas à urgência, menos risco de complicações respiratórias).

O fato de ser uma Instituição que acolhe crianças desprotegidas e / ou desfavorecidas, onde quase todos os dias se via entrar mais um bebé com poucos dias de vida, uns por abandono, outros por falta de condições económicas dos pais,

tocou-me e, não podia deixar de me emocionar cada vez que via um sorriso, um gesto destas crianças em especial.

No enquadramento desta reflexão e segundo as Competências do EEER pude por em prática cuidados especializados, no domínio da enfermagem de reabilitação, a crianças, num ciclo de vida diferente da realidade estudada (idade adulta e geriátrica), o que vem contribuir para o desenvolvimento e aquisição de competências ao longo de todo o ciclo vital em todos os contextos da prática de cuidados. Assim, esta experiência veio contribuir ativamente para a aquisição das competências B3 do EE e da J1 do EEER (do anexo A), na medida em que foi necessário criar condições de empatia, confiança, conforto, de modo a criar um ambiente terapêutico, gerador de proximidade, segurança e proteção, de modo a poder intervir junto destas crianças, através da execução de algumas atividades básicas, nomeadamente reabilitação respiratória, em resultado da sua condição de saúde.

Conquistar a confiança destas meninas foi uma proeza, mas o sorriso uma supremacia raras vezes alcançado, através do simples gesto, do “adeus”.

Os cuidados às meninas eram realizados por dois enfermeiros, um que segurava ao colo e o outro que executa as técnicas (sendo este o meu papel).

As técnicas passaram pela limpeza das vias aéreas através da auscultação, de cinesioterapia respiratória, percussão, vibração; aspiração das secreções e da vigilância das características das mesmas; entre outros pequenos gestos que permitiam o envolvimento e a distração das meninas, como o recorrer ao telemóvel usando a aplicação *youtube* para por as músicas preferidas delas e usando uma “joaninha” que provocava vibração no auxílio da técnica de cinesioterapia, o que vai ao encontro da competência J3 do EEER (anexo A), na medida em que criei condições e atividades distrativas, para interagir com estas crianças, que me permitiram maximizar as suas capacidades funcionais e, assim obter um melhor desempenho motor e cardiorrespiratório, potenciando o rendimento e o seu desenvolvimento pessoal.

A reabilitação no âmbito da saúde infantil tornou-se numa oportunidade única, cuja realidade apela à nossa sensibilidade e ao desenvolvimento de conhecimentos e de competências, ao longo de todo o ciclo vital.

Assim, neste estágio da comunidade integrei o papel do EEER, no âmbito da prestação de cuidados especializados, sendo o foco da sua intervenção, centrada na avaliação da funcionalidade, no diagnóstico de alterações, na conceção, implementação / execução de planos de intervenção, na promoção e inclusão da pessoa na comunidade e do Cuidador, sempre que possível no seu plano de reabilitação, na sua capacitação e gestão do seu autocuidado.

#### 1.2.2. Período II – Hospital

A experiência clínica no hospital “S” decorreu no período entre 27 Novembro 2015 e 12 Fevereiro 2016, num total de aproximadamente 225 horas práticas.

O internamento do hospital “S” recebe doentes do foro osteo-traumatológico, provenientes da consulta e da urgência de um outro hospital, visto que este não tem urgências. Os procedimentos osteo-articulares mais comumente realizados foram a ATA, ATJ e as cirurgias da coluna. Todos estes procedimentos eram realizados por ortopedistas.

Numa fase inicial tive a oportunidade de consultar os dossiers, para conhecer as normas e rotinas do serviço. Após a realização do acolhimento e observação dos exames auxiliares de diagnóstico eram avaliadas as necessidades em termos de reabilitação ensinos pré e pós operatórios.

Para além de consultar os protocolos existentes, foram sempre tidos em conta a avaliação prévia de todos os exames dos doentes, os registos médicos, para posteriormente melhor intervir na sua reabilitação durante o internamento, sempre com um olhar e preocupação atentos para a continuidade dos cuidados pós alta. O momento da alta era articulado com a assistente administrativa, que deixava agendada a consulta médica pós alta, além de ser também a ponte para o acompanhamento da assistente social.

No pós alta, entre as 24-72h a enfermeira responsável pelo doente realizava o *follow-up*, através do contacto telefónico, para identificar eventuais limitações ou necessidades ocorridas e encaminhar face as necessidades encontradas. Com este follow-up, percebi que se os doentes e seus familiares não fossem devidamente informados ou esclarecidos, face a importância da manutenção dos exercícios adquiridos e aprendidos aquando o internamento, iam perdendo na sua génese, as habilidades que adquiriram no internamento, logo a recuperação tornar-se-ia mais lenta ou inatingível, face o espectável. Dai a importância do envolvimento da família / cuidador, ser sempre uma mais-valia, para assistir, vigiar, manter e potenciar a sua recuperação.

Este continuum de cuidados no pós alta e esta monitorização dos mesmos, em parceria com a família, proporcionaram-me os alicerces para o desenvolvimento da competência J1 e unidade de competência J1.4. do EEER (anexo A).

Para além das competências enunciadas no Módulo I, as quais foram maioritariamente alcançadas no estágio da UCCI, existiram peculiaridades que só no campo hospitalar foram atingidas, tendo em conta que se tratou de um estágio com especificidades no âmbito da reabilitação ortopédica. Como tal apenas foram evidenciados alguns aspetos mais notórios neste capítulo, para que não houvesse duplicação da informação.

Ao longo deste estágio tenho a perceção que fui ao encontro da generalidade das Competências Comuns do EE e das Específicas do EEER, na medida em que demonstrei sempre interesse em aprender, mas uma aprendizagem construída com base no saber teórico-prático e na evidência científica, baseados no desenvolvimento de uma prática profissional e ética que respeita os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, com vista a manutenção de um ambiente terapêutico e seguro.

Este desafio na área do conhecimento, potenciou o meu saber ser, estar e fazer, porque ser bom não chega e é, precisamente na humildade que percebemos o erro e que o saber é um bem adquirido que nos acompanha pessoalmente e profissionalmente. Ao que Benner (2001) vem apelar aos nossos sentidos, na

medida em que devemos “*Compreender o cuidar como uma prática, em vez de ser apenas um puro sentimento ou um conjunto de atitudes que estão para além da prática...*”, pois esta atitude “*...revela o conhecimento e a competência que o cuidar excelente requer.*” (p.16).

Na execução das técnicas de reabilitação, procurei sempre perceber a razão do porque, não porque está escrito, ou porque a enfermeira orientadora me incentivava a refletir sobre tal, mas porque era importante conjugar o saber teórico, com os benefícios da prática, adaptados à realidade individual de cada pessoa, tendo como principal objetivo a segurança na execução das técnicas, prevenindo os comportamentos potencialmente luxantes.

Senti que, apesar de eu trabalhar em ortopedia, a fundamentação do porquê estava em falta e, neste estágio, pude aliar a teoria à prática fundamentada, com base na transmissão do conhecimento e da experiência. Isto pra dizer que na literatura o deitar e o levantar do doente submetido a ATA, deve ser realizado pelo lado são (Maxey, L. & Magnusson, J. 2003). No entanto, na prática efetiva e, face a destreza, autonomia e independência do doente, o levantar e o deitar verificou-se sendo mais eficaz e com menos risco de luxação da prótese, pelo lado operado. Ora, ao sair da cama pelo lado operado, os doentes em geral apresentavam ter maior destreza em se aproximarem da extremidade do leito da cama; com apoio do membro são e do joelho em flexão, mantendo o ângulo de abdução e do apoio de braços sobre a cama, arrastavam com maior segurança e autonomia o seu corpo, na posição de sentado, até à berma da cama. Ao invés, se se levantassem pelo lado são, em termos práticos demonstrados, não revelavam tanta agilidade na mobilização, na transferência do corpo até à berma da cama, porque o membro operado ficava “esquecido” para traz, provocando um movimento de rotação interna da coxa fémural, com adução da mesma, já que, se tratava de uma abordagem posterior, onde os músculos seccionados englobavam o tensor da faixa lata, que permitia fazer flexão, adução e rotação interna. Ora se estes movimentos estão comprometidos na abordagem antero-posterior, logo são comportamentos a ter em consideração para minimizar o risco de luxação. Contudo o ensino do levantar deve ser instruído e adaptado ao habitual de casa.

Nas Intervenções da ATA e ATJ, em cirurgias programadas era realizado o ensino pré operatório, quer em consulta de enfermagem, quer no internamento, nomeadamente os exercícios a realizar no pós-operatório: Exercícios isométricos e isotónicos para fortalecer as estruturas musculares e ligamentares danificadas com a intervenção cirúrgica; o treino de marcha com canadianas, subir e descer escadas; o levantar e o deitar na cama, conforme os seus hábitos de casa. Em suma, era fazer um “refresh” sobre todos os ensinamentos e cuidados a ter no pós-operatório (Maxey, I. & Magnusson, J. (2003); Cunha, e. L. (2008); Cruz, A., Oliveira, I., & Conceição, V. (2009); Violante, A. (2014).

Este campo de estágio, veio dar a resposta eletiva ao meu tema de relatório, no entanto senti necessidade de compilar a informação, os conhecimentos adquiridos nas aulas, a literatura pesquisada nos estágios, de modo a promover e a desenvolver não só o meu autoconhecimento (competência D1, do EE, do anexo A), mas também a fomentar ensino nas minhas práticas, baseado em sólidos conhecimentos e com base na evidência científica. Dai surgiu a necessidade de elaborar um guia orientador (ver apêndice V), o qual me permitiu sintetizar e organizar a informação pertinente, no âmbito do ensino dos cuidados à pessoa, submetida a ATA. Este guia, para além de estruturar o meu conhecimento, serviu-me também de método de ensino às pessoas a quem eu prestei cuidados em estágio, para além da aplicabilidade teórica e prática no meu local de trabalho e na construção da norma que estará em vigor no meu serviço de cirurgia ortopédica brevemente.

Estes ensinamentos foram ao encontro das competências J1 do EEER (anexo A), os quais se fizeram sentir precocemente, de forma a avaliar a funcionalidade e a identificar as limitações e, desta forma conceber planos de intervenção, de modo a promover capacidades adaptativas, e a capacitar a pessoa a atingir o seu grau máximo de independência, para se sentir minimamente capaz e autónoma e dar continuidade aos exercícios e programas de reeducação funcional motora e respiratória, no pós alta. Vão também ao encontro da competência J2 e J3, na medida em que foram elaborados e implementados programa de treino de AVD's, instruindo a pessoa e envolvendo o seu cuidador na realização das técnicas de reabilitação motora e

respiratória, visando a adaptação às limitações da mobilidade, à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

Assim, no âmbito dos Domínios (A, C, D), das Competências Comuns do EE (anexo A), fui capaz de adquirir, desenvolver aprendizagens e utilizar conhecimentos científicos baseados na literatura pesquisada e outros saberes adquiridos em estágio, no sentido do auto-conhecimento; prestar cuidados no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, gerindo os mesmos para intervir em conjunto com equipas multidisciplinares no planeamento e ensino de programas de treino e implementação das técnicas de reabilitação respiratórias e motoras e na preparação para a alta. No domínio B, apenas foi alcançada a competência B3, na medida em que fui capaz de prestar cuidados especializados e intervir na criação e na gestão de um ambiente terapêutico e seguro junto da pessoa com necessidades especiais e seus familiares / cuidador.

Nos Domínios (J1, J2, J3), das Competências Específicas do EEER (anexo A), demonstrei cuidar de pessoas com necessidades especiais, nomeadamente do foro ortopédico, em contexto cirúrgico; Intervi na capacitação da pessoa com limitação da atividade e / ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; Atuei na Maximização da funcionalidade e do desenvolvendo das capacidades da pessoa, na medida em que fui capaz de:

- ✓ Avaliar a sua funcionalidade e diagnosticar alterações que determinem limitações ao nível respiratório e motor;
- ✓ Criar planos de intervenção a fim de promover capacidades adaptativas, com vista à sua autonomia e independência;
- ✓ Capacitar a pessoa com limitação da mobilidade para o desempenho das AVD e para a reinserção e exercício na cidadania;
- ✓ Maximizar as potencialidades da pessoa, capacitando-a na gestão do seu autocuidado;

- ✓ Atuar ao nível do ensino pré e pós-operatório, da Reabilitação cardiorrespiratória e motora, onde executei:
  - Exercícios de Reeducação ventilatória, com dissociação dos tempos ventilatórios; Realização de percussões e vibrações torácicas; Treino da tosse para limpeza das vias aéreas; Exercícios de abertura costal; Exercícios de correção postural; Exercícios de tonificação diafragmática e intercostal;
  - Exercícios de mobilização articular e fortalecimento muscular; Exercícios terapêuticos no leito (ponte, Auto mobilizações, rotações); Treino de equilíbrio sentado e em pé; Transferências; Exercícios em cadeiras de roda e treino de marcha; Treino de vestir e despir; Treino intestinal e vesical; Preparação da pessoa / família para a alta;
  - Ensino sobre o pré e o pós-operatório da ATA, de forma a evitar complicações de infeção e/ou luxação, adotando os procedimentos corretos.

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

Presenciei no bloco operatório duas cirurgias: a prótese bipolar da anca (por fratura subcapital) a uma senhora com 92 anos e uma prótese total do joelho (por artrose) a uma senhora com 74 anos. Experiências sem dúvida enriquecedoras, para a minha aquisição de conhecimentos, as quais me permitiram fazer a ligação da teoria (fisiologia e anatomia) à prática (reabilitar).

Neste sentido, torna-se imprescindível o desenvolvimento profissional de enfermeiros especialistas, de modo a que a pessoa seja cuidada por profissionais

competentes, reconhecidos pelo seu elevado nível de cuidados especializados, prestados segundo as necessidades da pessoa, da família, da comunidade (OE, Dezembro de 2009. p. 5), tendo em consideração a sua valorização, enquanto ser singular na forma de pensar, agir e sentir.

Sem dúvida que o EEER traz contributos para a melhoria dos cuidados, na conceptualização de novas abordagens de prestação de cuidados de enfermagem, na aplicação de conhecimentos e técnicas adequadas às situações, na promoção da reflexão sobre as práticas e na elaboração de projetos de promoção da saúde, prevenção da doença e métodos e técnicas de reabilitação motora e cardio-respiratória. Assim, surge a necessidade de uma prática de enfermagem desenvolvida de forma fundamentada, crítica e refletida, tendo subjacente uma prática de cuidados integrais, incluindo a promoção, prevenção e reabilitação.

## 2. AVALIAÇÃO

### 2.1. Aspetos positivos e negativos

A reflexão contínua sobre estas experiências clínicas permitiram-me atuar com “*um pensamento sistemático e cuidadoso de forma a alcançar resultados bem-sucedidos* (Abreu, 1998, cit. Abreu, 2007, p.163); consolidar os conhecimentos teóricos adquiridos e transporta-los para um processo de integração e articulação entre a teoria e a prática, os quais se vieram consagrar na realização deste relatório de estágio.

Constanei em estágio que a intervenção do EEER contribui para a obtenção de ganhos em saúde, relacionados com: a satisfação da pessoa; promoção do bem-estar; autonomia; autocuidado; prevenção de complicações respiratórias; reeducação e readaptação funcional da pessoa. Esta intervenção foi de fato notória e percebida pelos pares e pela comunidade em especial, como fundamental numa UCCI, o que se traduziu na diminuição de internamentos hospitalares e do recurso às urgências, nomeadamente ao nível da reeducação funcional respiratória, na medida em que esta terapia atua sobre os fenómenos mecânicos da respiração, permitindo melhorar a ventilação alveolar e por conseguinte na otimização da relação ventilação perfusão e da redução de infeções respiratórias (OE, 2013).

A intervenção do EEER na UCCI contribuiu efetivamente, para a diminuição do número de altas hospitalares tardias; na redução do reinternamento hospitalar ou internamento de convalescença; no aumento da capacidade da intervenção dos serviços de saúde e do apoio social ao nível da reabilitação e promoção da autonomia; na disponibilização de apoio contínuo à pessoa em situação de fragilidade ou doença crónica; na recuperação da funcionalidade e na continuidade de cuidados pós internamento hospitalar, quer das meninas da ajuda de berço, quer dos utentes da comunidade em geral. Apesar de que é notório, o elevado grau de dependência, de solidão e de falta de apoio da população mais idosa, o que gerou muitas vezes grandes limitações ao desvinculo dos cuidados especializados do EEER.

Os cuidados de reabilitação respiratória na UCCI às meninas foram sem dúvida uma mais valia, pela sua singularidade, envolvimento emocional e pela experiência engrandecedora de aprendizagem que me permitiram abraçar o desenvolvimento de competências específicas de um cuidar transversal e muito peculiar, não só, mas também por toda a carga emocional envolvida. Tal como refere Abreu (2007, p. 149) ao dizer que o conhecimento advém pela transmissão que é feita pelo docente, pelo tutor ou pelos pares, mas também através de um trabalho intelectual, físico, ou através da experiência e das emoções .

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

Enquanto que no estágio da comunidade fui beber os conhecimentos no âmbito da reabilitação respiratória; o estágio hospitalar facultou-me sobretudo a experiência no âmbito da reabilitação motora, nomeadamente na cirurgia ortopédica e a pôr em prática os meus objetivos delineados em pré-projeto, para ir ao encontro do meu Tema de projeto de estágio. De facto, o estágio da comunidade trouxe-me mais aprendizagens práticas, reflexivas e emocionais, visto se tratar de um ambiente desconhecido para mim, por não estar consciente da realidade que encontrei, e se tratar não só, de mais um doente para reabilitar, mas sim de integrar toda a sua vivência e realidade física, espiritual e emocional, que abrange o seu todo, desencadeando laços e comportamentos afetivos que me fez viver a sua dor e a sua preocupação. A experiência hospitalar tratou-se de uma realidade familiar, visto que trabalho num serviço de cirurgia ortopédica, no entanto faltavam-me todo o saber teórico-prático do cuidar especializado, inerente ao EEER.

Assim, defino este campo de estágio, em contexto hospitalar, como um local de excelência para a aquisição de competências, no âmbito da reabilitação osteoarticular e motora. Os profissionais de saúde envolvidos no cuidar destes Utentes são enfermeiros generalistas e especialistas em reabilitação e

fisioterapeutas, onde os seus saberes e as suas práticas se complementam no sentido de um melhor cuidar e reabilitar. Complementam-se, não se fundem. Apesar da relação pessoal ser afetuosa, a relação profissional (EEER / Fisioterapeuta) é de pouca ou nenhuma interação, já que os profissionais trabalham de forma individual para a capacitação funcional e motora do doente, ao invés de trabalharem em equipa para um objetivo comum. No entanto, no período da manhã a reabilitação motora é privilegiada pela intervenção dos fisioterapeutas. Os enfermeiros generalistas e especialistas concorrem para a mesma escala na prestação de cuidados gerais, o que também os limita em termos de planeamento e execução de planos de reabilitação. Neste sentido a intervenção do EEER está tendencialmente e esporadicamente mais ativa nos turnos da tarde e aos fins-de-semana.

De fato este percurso académico permitiu-me integrar o papel do EEER, no âmbito da prestação de cuidados especializados, sendo o foco da sua intervenção, centrada na avaliação da funcionalidade, no diagnóstico de alterações, na conceção, implementação / execução de planos de intervenção, na promoção e inclusão da pessoa na comunidade e seu Cuidador, sempre que possível no seu plano de reabilitação, na sua capacitação e gestão do seu autocuidado.

Neste sentido, torna-se fundamental a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação de forma a prevenir, recuperar e habilitar, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que provoquem défice funcional ao nível cognitivo, sensorial, motor, cardiorrespiratório, da alimentação e da sexualidade, promovendo a maximização das capacidades funcionais da pessoa, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal (OE, Outubro 2011).

## **2.2. Contributos para a prática de enfermagem**

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

indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, integrados em programas de melhoria contínua da qualidade.

No âmbito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados assisti a uma formação numa Instituição Hospitalar de Lisboa, nos dias 19 e 20 de Novembro, sobre os Padrões de Qualidade dos Cuidados, dos Enunciados Descritivos, da ordem dos Enfermeiros (OE, Divulgar, 2002; OE, CIPE, 2011), intitulada com o tema : “padrões de qualidade – Um Instrumento para a melhoria contínua da Qualidade”, que me veio trazer contributos para compreender a linguagem utilizada nos registos da UCCI e desta forma ajudar na realização do processo de enfermagem realizado no âmbito do estágio da comunidade.

No processo de enfermagem realizado no estágio da comunidade (ver apêndice VI) optei pela linguagem para a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), para além de utilizar uma linguagem comum, introduzir uma nova filosofia relativamente aos cuidados de enfermagem, permite identificar as necessidades de saúde dos utentes, na forma de focos de atenção, estruturando os diagnósticos de enfermagem, a ordem como são realizados e fornece indicadores que permitam avaliar os resultados dessas mesmas intervenções (OE, CIPE, 2011) de uma forma simplificada.

No entanto no Hospital não utilizavam uma uniformização de linguagem, os registos eram realizados em papel manuscrito, segundo uma orientação do modelo de enfermagem Virginia Anderson.

Para a realização do processo de enfermagem no 2º estágio (ver apêndice VII), optei não só mas também, por sugestão do Professor orientador, utilizar outra linguagem norteadora do pensamento, os Diagnósticos de Enfermagem NANDA, o qual utiliza uma linguagem de enfermagem reconhecida que atende aos critérios estabelecidos pelo Committee for Nursing Practice Information Infrastructure of the American Nurses Association (ANA). Os seus benefícios indicam que o sistema de classificação é aceite como uma prática de apoio à enfermagem, porque proporciona terminologia de utilidade clínica (NANDA 2013; NANDA 2016).

No entanto senti maior facilidade e simplicidade utilizando a linguagem CIPE, para além de que o padrão documental CIPE® está sustentado nos padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (CEER) e nas Competências Específicas do EEER (OE, 2015). Mas também é considerado uma referência terminológica eficiente por colaborar com o registo e análise dos cuidados em enfermagem (Tannurel M.C., Salgadoll, P.O., Chiancal T.C.M., 2014).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, definidos desde 2001, regulamentados em 2015, constituem um instrumento essencial para a promoção da melhoria contínua destes cuidados e são na sua essência, um referencial para a reflexão, sobre a prática especializada de enfermagem de reabilitação. Para além de que constituem o alicerce para a explicitação de indicadores e para a avaliação sistemática da qualidade e eficácia dos resultados dos cuidados prestados. Sendo que a análise dos resultados obtidos permitem identificar as melhorias alcançadas e influenciar a introdução de novas políticas e estratégias de mudança em Saúde. (OE, 2015).

Assente no conceito de cuidar e valorizando a funcionalidade, foi sendo reconhecida a especificidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação e a sua influência na melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem, bem como na promoção de uma sociedade interativa, onde as pessoas com deficiência ou incapacidades são consideradas cidadãos de pleno direito (OE, 2015).

Pretendeu-se com este estágio analisar as necessidades no âmbito da reabilitação cardio-respiratória e motora e avaliar os resultados das intervenções do EEER na comunidade, no domicílio e no internamento. Tais intervenções revelam ganhos em saúde, nomeadamente no que diz respeito em restabelecer ou melhorar o estado de saúde da população alvo, restaurar o funcionamento individual ao nível respiratório e motor e adaptar a pessoa a uma nova situação de vida.

Assim, ao longo deste meu percurso fui capaz de adquirir e desenvolver as competências gerais do EE e específicas do EEER, junto das pessoas com necessidades especiais e o seu papel de empreendedorismo, na medida em que concebi e implementei intervenções, procurando otimizar e/ou reeducar as funções

ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, além de colaborar na criação e na implementação de programas de treino de AVD's (Atividades de Vida Diária), visando a adaptação às limitações da mobilidade e a maximização da autonomia no exercício dos autocuidados, além da implementação de programas de treino motor e cardiorrespiratório, na comunidade e no internamento hospitalar, essenciais à aquisição da sua independência e autonomia (OE, 2011).

Este contato permanente que tive com a prática permitiu-me aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do ano letivo e, desta forma, desenvolver, reestruturar, completar os objetivos delineados no meu projeto. Trata-se de uma prática de enfermagem que assentou no julgamento profissional, na relação de ajuda, na comunicação terapêutica, na reflexão crítica, no “*empowerment*” e no trabalho em equipa (Abreu, 2007. p.12). Por sua vez assentou nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, na gestão dos mesmos e no desenvolvimento das atividades profissionais (OE, Maio 2010) que me permitiram desenvolver competências no âmbito do EE e do EEER.

### **2.3. Considerações Finais e Futuras**

Todos os Enfermeiros essencialmente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, enquanto profissional de saúde e de educação deve ser dotado de formação científica e técnicas adequadas e atualizadas, aliadas a elevados valores humanos, para que possa estar ao nível das expectativas de quem em nós confia.

Transformar o projeto em ação e este em relatório foi para mim um grande desafio, na medida em que me permitiu refletir sobre a minha própria ação, ao que Alarcão & Roldão (2008. p.30) considera como “*promotora do conhecimento profissional*”, uma vez que investi numa interrogação permanente sobre mim mesma e sobre as minhas práticas, onde o conceito da reflexão vai surgindo como instrumento de auto-avaliação regulador do desempenho e gerador de novas questões.

Reconheço que as reflexões sobre as experiências clínicas, reestruturaram a minha ação, permitindo-me atuar com “*um pensamento sistemático e cuidadoso de forma a*

*alcançar resultados bem sucedidos”* (Abreu, 1998, cit. Abreu, 2007. p.163), permitiram-me consolidar conhecimentos teórico-práticos adquiridos e a desenvolver competências na área do domínio das competências gerais do EE e do EEER.

Analisando retrospectivamente, as reflexões que realizei no primeiro estágio evidenciaram pontos fulcrais para “refletir sobre a situação”, nas quais foram enumeradas diversas atividades desenvolvidas em estágio, segundo as competências do EEER, as quais me serviram de ponte para desenvolver o relatório de estágio.

Enquanto que a experiência na comunidade, proporcionou-me o desenvolvimento e a aquisição de aprendizagens e conhecimentos, no âmbito da reabilitação respiratória e motora; o estágio hospitalar permitiu-me uma maior oportunidade para desenvolver habilidades no âmbito da reabilitação motora, nomeadamente na cirurgia ortopédica e a por em prática os objetivos definidos em projeto de estágio, os quais me permitiram alcançar e desenvolver as competências gerais do EE e específicas do EEER.

Pretendo com a construção e desenvolvimento deste relatório e, inerentemente enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação levar a minha ambição a bom porto, no sentido de criar estratégias e fundamentar a necessidade de implementar no meu Hospital uma consulta de Enfermagem, de cirurgia ortopédica pré e pós-operatório, de forma a contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, através da redução do tempo de internamento, da capacitação da pessoa e seu cuidador no autocuidado, autonomia e independência funcional e na adaptação, ao seu novo estilo de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W.C. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinios clínicos*: Que parcerias para a excelência em saúde? Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. C. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico*. Coimbra: Formasau.
- Administração central do Sistema de Saúde (ACSS), Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), Ministério da Saúde, 2015. Acedido 10 Novembro. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7RecursosSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/OndeEstamos/tabid/1152/language/pt-PT/Default.aspx>
- American Psychological Association (APA). (2001). *Publication Manual of the American Psychological Association* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (A.C.S.S). (6 de Fevereiro de 2010). *Portal de Codificação e dos GDH*. Obtido em 20 de Julho de 2011, de Decreto-Lei n.º 45683: [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Decreto-Lei\\_n.%C2%BA\\_45683](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Decreto-Lei_n.%C2%BA_45683)
- Alarcão, I.; Tavares, J. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. 2ªed. Coimbra: Edições Almedina. pp. 166.
- Alarcão, I., & Roldão, M. D. (2008). *Supervisão - Um contexto de desenvolvimento profissional dos professores*. Mangualde: Edições Pedagogo. pp. 30-34
- Apóstolo, J., 2012. Instrumentos para avaliação em Geriatria. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em 18 Novembro 2015. Disponível em: [www.esenfc.pt/v02/include/download.php?id\\_ficheiro=20538&codigo](http://www.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo)
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito* (Vol. 2ª edição). Coimbra: Quarteto Editora.

- Collière, M. (1999). *Promover a Vida – Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa. Lidel, Edições Técnicas.
- Corhay J, Nguyen D, Louis R, et al. (2012). "Should we exclude elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease from a long-time ambulatory pulmonary rehabilitation programme?". *Journal Of Rehabilitation Medicine: Official Journal Of The UEMS European Board Of Physical And Rehabilitation Medicine*. May; 44 (5):466-472.
- Cunha, E. L. (2008). *Enfermagem em Ortopedia*. Lousã: LIDEL - Edições Técnicas, Lda.
- Cruz, A., Oliveira, L., & Conceição, V. (2009). *Enfermagem em Ortotraumatologia (2ª ed.)*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde Lda
- Damásio, A. (2003). *Ao Encontro de Espinosa: As Emoções Sociais e a Neurologia do Sentir*. (T. L. Castro, Ed.) Mem Martins: Publicações Europa-América. pp. 71
- Damásio, A. (2010). *O livro da consciência: A construção do cérebro consciente*. Maia: Circulo Leitores.
- Damásio, A. (2000). *O Sentimento de Si: O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência (11ª edição ed.)*. (T. L. Castro, Ed.) Mem Martins: Publicações Europa-América. pp. 79
- Diário da Republica (DR), 1ª Série A - Nº 109 - 6 Junho 2006, Decreto-lei nº 101/2006*. Acedido em 10 Novembro 2015. Disponível em: [https://www.adse.pt/document/Decreto\\_Lei\\_101\\_2006.pdf](https://www.adse.pt/document/Decreto_Lei_101_2006.pdf)
- Diário da Republica (DR). (16 de Setembro de 2009). 1.ª série, N.º 180, Artigo 7º. Obtido em 18 de Julho de 2011, pp. 6529. De Alteração do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei\\_111-09\\_16\\_\\_Setembro\\_EstatutoOE.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16__Setembro_EstatutoOE.pdf)
- Diário da Republica. (DR) (Fevereiro 2011). RCCEEER: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de

Reabilitação. Lisboa. [Consultado a 10 de Maio de 2015]. Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf)

Diário da República. (DR). (Fevereiro 2011). RCEEEER: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa. [Consultado a 10 de Maio de 2015]. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125\\_2011\\_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf)

Diário da República (DR), 2ª Série – Nº118 – 19 Junho de 2015. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Acedido 18 Novembro 2015. Disponível:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica\\_DRJun2015.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf)

Ferrito, C., Gato, A. P., Costa, F., Martins, L., & Pereira, M. (Janeiro-Março de 2010). Percursos. *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas*. (A. Freitas, Ed.) Ficha Técnica.

Godinho, N. (2010). Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, bibliografias e citações. *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa: Centro de documentação e informação*.

Hesbeen, W. (2001). Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência. pp. 7-15

Hoeman, S. et al. (2011). Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados esperados (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice – Foundations in Nursing and Health Care*. Obtido em 9 de 5 de 2011, de Gibbs Reflective Cicle. [http://www2.hud.ac.uk/hhs/staffsupport/lqsu\\_files/Gibbs\\_Reflective\\_Cycle.pdf](http://www2.hud.ac.uk/hhs/staffsupport/lqsu_files/Gibbs_Reflective_Cycle.pdf)

Kérouac, S., Pepin J., Ducharme F., Duquette A., & Major F. *La Pensée Infirmière. Conceptions et stratégies*. [Laval (Québec)]: Édition Études Vivantes & Édition Maloine, 1994.

Malta, I. (Agosto de 2009). *Emoções e Sentimentos segundo António Damásio*. Obtido em 15 de Julho de 2011, de <http://pt.scribd.com/doc/53310467/Emocoes-e-Sentimentos-segundo-Antonio-Damasio>

Maxey, L. & Magnusson, J. (2003). *Reabilitação pós-cirúrgica para o paciente ortopédico*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p. 167. ISBN 85-277-0791-8.

Nicolau, P. F. (Dezembro de 2004). *Entrevista António Damásio*. Obtido em 17 de Julho de 2011, de *Psiquiatria Geral*: [http://www.psiquiatriageral.com.br/cerebro/entrevista\\_antonio\\_damasio.htm](http://www.psiquiatriageral.com.br/cerebro/entrevista_antonio_damasio.htm)

Ordem Enfermeiros (OE). (21 de Agosto de 1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros: REPE*. pp. 3. Obtido em 23 de Maio de 2011, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*.

Ordem Enfermeiros, (OE). (16 de Setembro de 2009). *Código Deontológico*. Obtido em 20 de Dezembro de 2015, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem Enfermeiros, (OE). (16 de Setembro de 2009). *Código Deontológico*. Obtido em 18 de Dezembro de 2015, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (OE) (Dezembro de 2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em*

Enfermagem. pp. 1-20. Obtido em 10 Maio 2016. De Caderno Temático:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/cadernostematicos2.pdf>

Ordem Enfermeiros. (OE). (11 de Março de 2010). *Atribuição do Título de Enfermeiro Especialista, no momento actual: Parecer nº267/2010*. Obtido em 27 de Julho de 2010, de Conselho de Enfermagem:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer%20CE\\_267\\_2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer%20CE_267_2010.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (OE) (Maio de 2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamentos das Competências Específicas das Especialidades em Enfermagem*. p. 1-10. Obtido em 12 de Julho de 2011, de  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (OE) (29 de Maio de 2010). *Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica*. p.1-14. Obtido em 20 de Julho de 2011, de Enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_IdoneidadeFormativa\\_AG29Maio2010\\_VCorrecta\\_25Jun2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_IdoneidadeFormativa_AG29Maio2010_VCorrecta_25Jun2010.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2010). Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro. In: *Ordem do Enfermeiros*. Acedido em 20 de Maio de 2012 em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE) (Outubro 2011). Proposta dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. [Consultado a 10 de Maio de 2015]. Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) Versão 2.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2013). Guia Orientador de Boas práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade-Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (OE). 2015. Regulamento 350 / 2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Diário da Republica, 2ª Série - Nº 119 - 22 junho 2015. Acedido em 10 Novembro 2015. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao\\_DRJun2015.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf)

Pessini, Leo; Barchifontaine, Christian de Paul. 2002. Problemas atuais de Bioética. 6ª Edição. São Paulo: Edições Loyla, 2002. ISBN: 85-15-00321-X.

Philips, Kenneth D. Irmã Callista Roy (2004) Modelo de Adaptação. Em *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem*, 301 - 333, Loures: Lusociência - Edições Técnica e Científicas, Lda.

Phipps, Long, Woods, & Cassmeyer. (1995). *Enfermagem Médico-Cirúrgica - Conceitos e Prática Clínica* (Vols. Volume I- Tomo I - 2ª edição ).pp. 33-34 Lisboa: Lusodidata.

Potter, P., Perry, A. (2006). Fundamentos De Enfermagem - Conceitos e Procedimentos. (5ª edição). Loures: Lusociência.

Ramos, N, et al. 2009. *Multiculturalidade, Perspectivas da Enfermagem, Contributos para Melhor Cuidar*. Lisboa : Lusociência, 2009. ISBN 978-972-8930-45-5

Roy, Callista, & Andrews, Heather A. (2001). *Teoria da Enfermagem – O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.

Sá-Chaves, I., Araújo E Sá, H. M., & Moreira, A. (2006). *Isabel Alarcão percursos e pensamento*. Aveiro: Gráfica Maiadouro. pp. 102

Sayeg, Norton (2004/2011). *Alzheimer Med, informação & solidariedade*. Acedido 11 Maio 2016. Disponível: <http://www.alzheimermed.com.br/perguntas-e-respostas/existem-fases-ou-estagios-na-doenca-de-alzheimer>

Thompson, Ian E.; Melia, Kath M.; Boyd, Kenneth M.. *Ética em Enfermagem*. 4ª Ed. Loures. Lusociência - Edições Técnica e Científicas, Lda, 2004. ISBN: 972-8383-67-3

Twycross, Robert. (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa : Climepsi, 2003. ISBN 972-7996-093-6

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI). (2011). *Manual do prestador: Recomendações para a Melhoria Continua*. (1ª Edição). Lisboa: UMCCI. Consultado 10 Novembro 2015. Disponível em: [http://www.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Man\\_Prestador\\_UMCCI-RNCCI](http://www.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI)

Violante, A. (2014). *Efetividade de Ensino Pré Operatório em Doentes Submetidos a Artroplastia Total da Anca*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

## **ANEXO A**

### **COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

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

# COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

## A1. DESENVOLVE UMA PRÁTICA PROFISSIONAL E ÉTICA NO SEU CAMPO DE INTERVENÇÃO.

Descritivo:

Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica.

A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Unidades de competência E Critérios de avaliação:

A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Unidades de competência e Critérios de avaliação:

### A2.1. Promove a protecção dos direitos humanos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A2.2.3. Tem uma conduta preventiva, antecipatória.

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

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

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

## B - DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE

### B1. DESEMPENHA UM PAPEL DINAMIZADOR NO DESENVOLVIMENTO E SUPORTE DAS INICIATIVAS ESTRATÉGICAS INSTITUCIONAIS NA ÁREA DA GOVERNAÇÃO CLÍNICA.

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

Unidades de competência e Critérios de avaliação

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## B2. CONCEBE, GERE E COLABORA EM PROGRAMAS DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.

Descritivo:

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

Unidades de competência e Critérios de avaliação

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

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

B2.1.2. Define indicadores para medição válida da qualidade, em função das necessidades.

B2.1.3. Utiliza indicadores de avaliação da estrutura ao nível da organização, recursos humanos e materiais.

B2.1.4. Realiza auditorias clínicas.

B2.1.5. Aplica instrumentos de avaliação de resultado.

B2.2. Planeia programas de melhoria contínua

B2.2.1. Identifica oportunidades de melhoria.

B2.2.2. Estabelece prioridades de melhoria.

B2.2.3. Selecciona estratégias de melhoria.

B2.2.4. Elabora guias orientadores de boa prática.

### B2.3. Lidera programas de melhoria

B2.3.1. Supervisiona, permanentemente, os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade.

B2.3.2. Normaliza e actualiza as soluções eficazes e eficientes.

## B3. CRIA E MANTÉM UM AMBIENTE TERAPÊUTICO E SEGURO.

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

Unidades de competência Critérios de avaliação

B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos / grupo

B3.1.1. Promove a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das percepções de segurança de um indivíduo / grupo.

B3.1.2. Promove a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do indivíduo / grupo.

B3.1.3. Envolve a família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas.

B3.1.4. Demonstra conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes (de acordo com a idade).

B3.1.5. Promove a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares.

B3.1.6. Promove a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes.

B3.1.7. Promove a adesão à saúde e segurança ocupacional.

B3.1.8. Desenvolve medidas para a segurança dos dados e registos.

## B3.2. Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais

B3.2.1. Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros.

B3.2.2. Envolve os colaboradores na gestão do risco.

B3.2.3. Previne os riscos ambientais.

B3.2.4. Desenvolve mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa.

B3.2.5. Desenvolve os sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.

B3.2.6. Cria mecanismos formais que permitam avaliar a efectividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco.

B3.2.7. Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos.

B3.2.8. Coordena a implementação e manutenção de medidas standard de prevenção e controlo da infecção.

B3.2.9. Colabora na elaboração de planos de emergência.

## C - DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

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

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

Unidades de competência e Critérios de avaliação

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

C1.1.1. Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e equipa.

C1.1.2. Colabora nas decisões da equipa multiprofissional.

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

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

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

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

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

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

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

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

**J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.**

Descritivo Identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar actividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da actividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

J1.3.2 — Implementa programas de: reeducação funcional cardio - respiratória; reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva; optimização e ou reeducação da sexualidade; reeducação da função de alimentação e de eliminação (vesical e intestinal).

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

J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas.

J1.4.1 — Monitoriza a implementação e os resultados dos programas de: redução do risco; optimização da função; reeducação funcional; treino. J1.4.2 — Usa indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida).

## **J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**

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

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

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

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

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

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

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

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

J2.2.3 — Identifica barreiras arquitectónicas.

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

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

### **J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.**

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

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

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

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

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

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

J3.2.1 — Monitoriza a implementação dos programas concebidos.

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

## **ANEXO B**

### **COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

**COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA  
EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO, FACE OS OBJETIVOS  
ENUNCIADOS EM PROJETO**

## **COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEER DO OE1**

### **A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.**

A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada

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

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

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

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

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

### **A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.**

A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos

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

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

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

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

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

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

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

A2.1.8. Mantem um processo efetivo de cuidado, quando confrontado com valores diferentes.

## **COMPETÊNCIAS COMUNS DO EE DO OE2**

### **B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.**

B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo

B3.1.1. Promove a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das percepções de segurança de um indivíduo / grupo.

B3.1.2. Promove a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do indivíduo / grupo.

B3.1.3. Envolve a família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas.

B3.1.4. Demonstra conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes (de acordo com a idade).

B3.1.5. Promove a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares.

B3.1.6. Promove a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes.

B3.1.7. Promove a adesão à saúde e segurança ocupacional.

B3.1.8. Desenvolve medidas para a segurança dos dados e registos.

### **C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.**

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

C1.1.2. Colabora nas decisões da equipa multiprofissional.

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

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

## **COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEER DO OE2**

### **J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.**

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

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

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

J1.1.3 — Avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar as 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 — Faz o diagnóstico das respostas humanas desadequadas a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.

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

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

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

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

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

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

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

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

J1.3.2 — Implementa programas de: reeducação funcional cardio-respiratória; reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva; otimização e ou reeducação da sexualidade; reeducação da função de alimentação e de eliminação (vesical e intestinal).

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

## **COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEER DO OE3**

**J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.**

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 — 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).

## **COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DO EEER DO OE4**

### **J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**

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

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

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

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

### **J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.**

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

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

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

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

## **COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEER DO OE5**

### **J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**

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

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

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

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

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

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

J2.2.3 — Identifica barreiras arquitetónicas.

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

### **J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.**

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

J3.2.1 — Monitoriza a implementação dos programas concebidos.

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

## **APÊNDICE I**

# PROJETO DE ESTÁGIO

## Abreviaturas

ATA	Artroplastia Total da Anca
ATJ	Artroplastia Total do Joelho
ER	Enfermeiro de Reabilitação
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
HFAR	
IMC	Índice de Massa Corporal
MAR	Modelo de Adaptação de Roy
MIF	Escala de Medida de Independência Funcional
PTA	Prótese Total da Anca
PTJ	Prótese Total do Joelho
OA	Osteoartrite
OE	Ordem dos Enfermeiros
SNS	Sistema Nacional de Saúde / Serviço Nacional de Saúde
UCC	Unidade de Cuidados Continuados
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados

## ÍNDICE

Abreviaturas .....	2
Índice.....	3
Índice quadros.....	4
<b>1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO .....</b>	<b>5</b>
1.1. Título .....	5
1.2. Palavras-Chave .....	5
1.3. Data de Inicio .....	5
1.4. Duração.....	5
<b>2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS .....</b>	<b>6</b>
<b>3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA .....</b>	<b>7</b>
3.1. Sumário.....	7
3.2. Justificação da escolha do tema .....	9
3.2.1. O impacto do tratamento da ATA na pessoa, família e sociedade.....	9
3.2.2. A importância da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação .....	13
3.3. Enquadramento Concetual.....	14
3.3.1. Fisiopatologia e tratamento da Coxartrose.....	14
3.3.2. Modelo de Enfermagem de Callista Roy (Teoria da Adaptação) .....	16
3.4. Plano de Trabalho e Métodos .....	21
3.4.1. Problema Geral e Problemas Parcelares.....	21
3.4.2. Objetivo Geral e objetivos Específicos .....	22
3.4.3. Fundamentação da escolha e dos locais de Estágio .....	23
3.4.4. Descrição das Atividades e Resultados esperados .....	24
3.4.5. Cronograma .....	24
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>25</b>
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>26</b>
Apêndice I	
<b>Descrição das Atividades e Resultados</b>	
Apêndice II	
<b>Cronograma de Atividades</b>	
Apêndice III	
<b>Guião de Entrevista da UCC</b> [REDACTED]	
Apêndice IV	
<b>Guião de Entrevista do</b> [REDACTED]	
Anexo I	
<b>Índice de Barthel / Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)</b>	
Anexo II	
<b>Pedido de autorização à Direção do Hospital das Forças Armadas</b>	

## **Índice quadros**

- Quadro 1      Problema Geral e Problemas Parcelares**
- Quadro 2      Objetivo Geral e Objetivos Específicos**
- Quadro 3      1º Objetivo**
- Quadro 4      2º Objetivo**
- Quadro 5      3º Objetivo**
- Quadro 6      4º Objetivo**
- Quadro 7      5º Objetivo**
- Quadro 8      6º Objetivo**
- Quadro 9      Cronograma de Atividades**
- Quadro 10    Guião de entrevista direcionado para o/a enfermeiro/a chefe da  
Unidade de Cuidados Continuados de [REDACTED]**
- Quadro 11    Guião de entrevista direcionado para o/a enfermeiro/a chefe do  
[REDACTED]**

# 1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

## 1.1. Título

“Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), na capacitação da pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca (ATA)”

## 1.2. Palavras-Chave

*Nursing; “Nursing care”; Rehabilitation; “Perioperative care”; “Preoperative care”; “Preoperative education”; “Hip replacement”*

## 1.3. Data de Início

- Unidade de Cuidados Continuados de [REDACTED] de 28 de setembro a 27 de novembro 2015;
- Hospital [REDACTED] de 30 de novembro de 2015 a 12 fevereiro de 2016

## 1.4. Duração

18 semanas

## 2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

- Unidade de Cuidados Continuados de [REDACTED];
- Hospital de [REDACTED].

### **3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA**

#### **3.1. Sumário**

No âmbito da Unidade Curricular de Opção II, do 6º curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa foi-me proposta a realização de um Projeto de Estágio com intuito de descrever, analisar e problematizar uma área de estudo a desenvolver no 3º semestre “Estágio com Relatório”, integrando as competências a desenvolver no âmbito do perfil de Especialista em Enfermagem de Reabilitação, em articulação com as competências do grau de Mestre.

Trabalho num Serviço de Cirurgia de Especialidades, contemplando a neurocirurgia, cirurgia vascular, cirurgia plástica, oftalmologia, entre outras, com predominância a especialidade de ortopedia.

A média de idade das cirurgias ortopédicas é de extremos, desde a faixa dos 20-30 anos aos 70-80 anos; sendo que nos jovens prevalecem as artroscopias, enquanto que nos idosos as próteses da anca e do joelho. As intervenções cirúrgicas mais comuns, no foro ortopédico são: artroscopias do ombro; artroscopias, ligamentoplastias e meniscectomias do joelho; próteses da anca e do joelho; as menos comuns são as tenorrafias do tendão de aquiles; colocação e remoção de material de osteossíntese<sup>1</sup>.

No âmbito dos cuidados de enfermagem, no domínio da cirurgia ortopédica, a prótese da anca, resultante não só da coxartrose, mas também das fraturas trocantéricas e sub-trocantéricas são aquelas que mais dúvidas suscitam, quer aos prestadores de cuidados, quer aos recetores. Estas dúvidas dizem respeito aos cuidados a ter no pós-operatório, essencialmente em termos de mobilizações permitidas e nas técnicas exequíveis para o levante. As dúvidas inerentes à falta de ensino / formação conduzem a um aumento do tempo de internamento, já que estas pessoas revelam falta de confiança para terem uma alta precoce; já para não falar das questões sociais, porque não têm ninguém que os ajude em casa, ou porque até moram num piso alto sem elevador ou inexistência de condições habitacionais.

Esta foi sem dúvida, uma das minhas grandes motivações para estar presentemente a frequentar este Mestrado e em particular a Especialidade de

---

<sup>1</sup> Dados obtidos na base de dados do hospital onde exerço [REDACTED]

Reabilitação. E daí surgir a minha pergunta, que se prende com o objetivo deste estudo, que é apresentar o estado da arte sobre os cuidados de enfermagem à pessoa submetida, ou a submeter-se, a ATA e quais as competências a desenvolver enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação.

Depreendo que uma boa prática de cuidados passa não só pelas competências adquiridas e desenvolvidas pelo profissional de saúde, como também pela pessoa recetora de cuidados. Esta deverá estar devidamente informada e esclarecida, para tomar decisões em plena consciência e aceitar a sua nova condição de vida. O êxito da intervenção cirúrgica depende não só dos profissionais de saúde, da pessoa intervencionada, assim como do envolvimento familiar em todo o processo de reabilitação.

Tendo em conta que no meu hospital não existe uma consulta de enfermagem pré-operatória de ortopedia, e face as limitações identificadas, considero que seria de grande utilidade a existência da referida consulta, para fazer um levantamento e acompanhamento adequado das necessidades destas pessoas. Alicerçando o meu pensamento com base nas competências do Enfermeiro Especialista de Reabilitação, considero que este deve reconhecer os benefícios do ensino precoce, de forma a proporcionar uma preparação funcional física e a educar a pessoa relativamente a um conjunto de atividades fulcrais para a sua autonomia e recuperação mais ativa.

Pretendo com a construção deste projeto levar a minha ambição a bom porto, no sentido de criar estratégias e fundamentar a necessidade de implementar no meu Hospital uma consulta de Enfermagem de cirurgia ortopédica, de forma a contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, através da redução do tempo de internamento, da capacitação da pessoa no autocuidado, autonomia e independência funcional e na adaptação ao seu novo estilo de vida com prótese.

Assim o projeto tem como objetivo geral:

- ✓ Servir de guia orientador para a prática clínica, na aquisição de competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados, segundo as competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER);

Como objetivos específicos, pretendo:

- ✓ Contextualizar a temática do projeto, articulando-a com as competências gerais do Enfermeiro Especialista (EE) e com as competências específicas do EEER;
- ✓ Problematizar e fundamentar a minha questão norteadora do projeto à luz de uma teórica (Modelo de Adaptação de Roy);
- ✓ Planear objetivos e atividades a desenvolver nos campos de estágio;
- ✓ Conhecer o papel do EEER no cuidado à pessoa submetida a ATA;
- ✓ Compreender de que forma a implementação de um programa estruturado de ensino, em consulta de enfermagem pré-operatória, tem influência no tempo de internamento, na adaptação e na capacitação da pessoa, submetida a ATA.

O presente projeto de Estágio encontra-se dividido em 2 Capítulos inter-relacionados entre si.

No primeiro capítulo será feita a justificação da pertinência do tema numa abrangência transdisciplinar, além do enquadramento conceptual definindo o quadro de referencial teórico (Modelo Teórico da autora Callista Roy).

O segundo capítulo descreve o plano de trabalho e os métodos, onde serão identificados os objetivos e as atividades a desenvolver, tendo por base o desenvolvimento das competências do EEER, e a fundamentação dos locais de estágio.

Em Anexo constam o desenvolvimento do planeamento das atividades, os objetivos definidos para este projeto e o Cronograma das Atividades.

### **3.2. Justificação da escolha do tema**

#### **3.2.1. O impacto do tratamento da ATA na pessoa, família e sociedade**

Com o aumento da esperança de vida, fruto da melhoria das condições de vida e dos progressos da medicina, a fase da vida a partir dos 65 anos tem ganho protagonismo crescente em termos de expressão demográfica e social. O aumento da esperança de vida eleva a percentagem de doenças crónicas (cardiovasculares, oncológicas, respiratórias, diabetes) e de comorbilidades. São também frequentes as patologias e as disfunções do foro da saúde mental, como a depressão e a doença de Alzheimer, assim como as quedas e os acidentes, relacionados com

problemas osteoarticulares (artrite e a osteoporose), que reduzem a mobilidade e a independência; além dos demais problemas relacionados com a incontinência urinária, alterações da memória, da visão e da audição, entre outros. Todos estes fatores refletem-se numa maior procura de cuidados de saúde e no aumento da incapacidade e dependência, com carga variável para a família e para o sistema de saúde (Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016).

Assim segundo o PNS (2011-2016) as doenças osteoarticulares, nomeadamente as artroses e a osteoporose, exigem elevada atenção por parte do sistema de saúde, devido ao aumento da sua prevalência e pelas incapacidades que geram. O aumento da esperança média de vida, do ponto de vista ortopédico, acarreta maior incidência de doenças degenerativas, nomeadamente a artrose.

Ao nível osteoarticular, a osteoartrite (OA) é a perturbação articular mais comum nos Estados Unidos. O número de pessoas afetadas com OA sintomática é suscetível de aumentar devido ao envelhecimento da população e da epidemia de obesidade. Esta tem uma etiologia multifatorial e pode ser considerada o produto de uma interação entre fatores sistêmicos e locais, como a idade avançada, sexo feminino, sobrepeso e obesidade, o uso repetitivo das articulações, a densidade óssea, fraqueza muscular e frouxidão ligamentar. Todos estes fatores desempenham papéis no desenvolvimento de osteoartrite conjunta, particularmente nas articulações que suportam peso. Modificando estes fatores podem reduzir o risco de osteoartrite e prevenir a dor e incapacidade subsequente. A obesidade é destacada como um dos poucos fatores de risco modificáveis da OA, que também é um preditor potencialmente modificável de declínio funcional. Além de que a atividade física também parece ter um efeito protetor substancial no futuro incapacidade relacionada à OA (Zhang, Y. & Jordan, J. M., 2011; Suri. P., et al. 2012).

A sintomatologia inerente a esta, num grau avançado, exige cada vez mais, o recurso à cirurgia, podendo ser prótese total (Artroplastia Total da Anca) ou parcial da anca (Hemiarthroplastia). Segundo o Registo Português de Artroplastias (Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia (SPOT), 2010) a artrose primária foi a principal causa da realização da ATA entre 2010/2011, com 63%, em detrimento da fratura do colo do fémur, com 21% respetivamente.

Em 2010/2011 foram realizadas em Portugal 6271 próteses totais da anca, enquanto que no ano anterior 2009/2010 foram registadas 5964. Um aumento de

57% para 64%, respetivamente. No que diz respeito às próteses parciais regista-se um número bastante reduzido face a próteses totais, no entanto manifesta-se de igual modo num ligeiro aumento de 1092 para 1230. A revisão de substituição da anca revela valores inferiores e em queda de 1054 para 989, face aos respetivos anos (SPOT, 2010).

O género feminino predomina em relação ao género masculino, sendo de 55% e 45%, respetivamente. No entanto a ATA por artrose é a mais comum, em ambos os sexos, sendo mais concentrada no escalão etário dos 71 aos 80 anos; enquanto que a ATA por fratura do colo do fémur é mais comum entre os 81 e 90 anos de idade. Quanto à Lateralidade, o predomínio inclina-se ligeiramente para o lado direito (SPOT, 2010).

O estudo efetuado por Siggeirsdottir (Siggeirsdottir et al., 2005) comprova estes resultados, na medida em que também demonstrou que o género feminino predominava, em relação ao género masculino. Aparentemente os fatores que contribuem para a tendência do género e da idade, prendem-se com o facto de as artroses serem mais prevalentes nas mulheres que nos homens, a partir dos 45 anos de idade. Além de que o aumento progressivo das artroses e da sua gravidade também esta relacionado com o aumento da idade na população em geral.

Oliveira (Oliveira et al., 2007) refere que o êxito da intervenção cirúrgica também depende do envolvimento familiar, no processo de reabilitação da pessoa submetida a ATA. Pelo que, para dar continuidade aos cuidados, as equipas de saúde devem permitir que tanto as pessoas como os seus familiares desempenhem um papel predominantemente ativo, no que concerne ao seu processo de reabilitação (Martíns, M. M. & Fernandes, C. S. 2009).

Na perspetiva de Nogueira (Nogueira, M. A., 2003), citado por Martins & Fernandes (Martins, M. M. & Fernandes, C. S., 2009), a família é o recurso mais acessível à prestação de cuidados, tendo de facto, em muitas circunstâncias, de os prestar devido à escassez dos cuidados dos serviços organizados. Apesar de que o envolvimento familiar é fundamental ao processo de recuperação da pessoa, na medida em que a família representa o contexto fundamental para a promoção da saúde e prevenção da doença ao longo da vida. O ambiente familiar é, também, um elemento mediador do sentido de pertença e do desenvolvimento da autoestima, fundamental para uma boa saúde mental e de apoio à pessoa com doença, deficiência ou incapacidade (PNS 2011-2016).

Segundo Siggeirsdottir (Siggeirsdottir et al., 2005) a chave para o sucesso de uma alta precoce, para as pessoas submetidas a ATA, reside num adequado ensino pré-operatório, o qual foi demonstrado no seu estudo, uma redução de 11 para 5 dias de internamento, nas pessoas que recebiam ensino pré-operatório. Estas pessoas foram sujeitas no pré-operatório a um plano de treino de exercícios e à utilização das ajudas técnicas a aplicar no pós-operatório.

A aplicação de ensinamentos num programa estruturado de enfermagem de reabilitação à pessoa / família submetida a ATA, com início no pré-operatório, contribuem para uma maior adesão ao programa de reabilitação e uma melhor reintegração da pessoa no seio familiar e social (Jacinto, A. et al., 2014). Assim, as intervenções do EEER representam um grande contributo, ao longo de todo o programa de reabilitação, na maximização das capacidades funcionais da pessoa, contribuindo para potenciar ganhos em saúde.

Neste sentido Parente (Parente et al., 2009) acrescenta que os cuidados de reabilitação são primordiais no período pré-operatório, contribuindo para uma recuperação em tempo útil das funções da articulação afetada, bem como para a aquisição da independência para a realização das AVD<sup>2</sup>.

Pelo que Maxey & Magnusson (2003) reforçam que as equipas de saúde devem promover ações programadas de ensino, quer à pessoa quer aos familiares, com informação, demonstração e treino, o mais precocemente possível.

Yoon (Yoon et al., 2010) implementou um programa educacional no período pré-operatório, a um grupo de 168 pessoas submetidos a ATA ou ATJ, com o objetivo de analisar o efeito que esse programa tinha, relativamente à duração do internamento hospitalar. Este estudo aferiu que o ensino pré-operatório efetuado (seja presencialmente, seja telefonicamente) contribuiu, para a diminuição da duração do internamento hospitalar.

Os estudos desenvolvidos por Tsai (2000), citado por Yeh, (Yeh. L. M., et al., 2005) e por Gocen (2004), citado por Coudeyre (Coudeyre et al., 2007), demonstraram que as pessoas que receberam um ensino adequado, melhoraram as suas capacidades para realizar atividades de vida diárias: tomar banho; ir à casa de banho; alternar decúbitos; subir e descer escadas; deambular com canadianas e realizar transferências, no período pós-operatório.

---

<sup>2</sup> O Índice de Barthel (Anexo I) Avalia o nível de independência da pessoa na realização de dez AVDs (Mahoney e Barthel, 1965)

McDonald (McDonald S. et al., 2004) realizou um estudo com pessoas submetidas a ATA ou do joelho (ATJ), com o objetivo de determinar se a educação pré-operatória contribui para melhores resultados no pós-operatório (ansiedade, dor, mobilidade, duração do internamento e a incidência de trombose venosa profunda). No entanto concluiu que há pouca evidência para apoiar o uso da educação pré-operatória sobre o tratamento, com vista a melhorar os resultados pós-operatórios em pessoas submetidas a ATA ou do Joelho, especialmente em relação à dor e ao tempo de internamento hospitalar.

No entanto, para garantir a continuidade de cuidados e o bem-estar da pessoa submetida a ATA, o enfermeiro deve identificar, precocemente, as suas necessidades e desenvolver, em parceria com família e de todos os profissionais de saúde, um planeamento eficaz da alta (Martins, M. M. & Fernandes, C. S., 2009), de forma a minimizar o risco de readmissões ou complicações (Santos, J. M., 2002).

De salientar que o estado de saúde depende em grande parte da educação, do comportamento e dos estilos de vida, da gestão da doença crónica e da aliança terapêutica com os profissionais de saúde, sendo essencial o reforço do poder e da responsabilidade da participação ativa da pessoa, em contribuir para a sua saúde individual e coletiva (PNS, 2011-2016).

### 3.2.2. A importância da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

A Enfermagem de Reabilitação é uma área de intervenção da enfermagem que tem por objetivo prevenir, recuperar e habilitar de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que provoquem défice funcional ao nível cognitivo, sensorial, motor, cardiorrespiratório, da alimentação e da sexualidade, promovendo a maximização das capacidades funcionais da pessoa, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal (OE, Outubro 2011).

Pode-se dizer que a Enfermagem de Reabilitação tem três objetivos principais: maximizar a autodeterminação, restaurar a função e otimizar escolhas de estilos de vida dos doentes (Hoeman, S. et al., 2011).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEER (OE, Novembro 2010), a reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou em fase de sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e de independência. Os seus objetivos gerais

passam por melhorar a função, promover a independência, maximizar a satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a sua autoestima.

O EEER deve promover diagnósticos precoces e ações preventivas, com o objetivo de assegurar a manutenção das capacidades funcionais das pessoas, prevenir complicações e evitar incapacidades, bem como proporcionar intervenções terapêuticas, no sentido de melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, minimizar o impacto das incapacidades instaladas, quer por doença ou por acidente (OE, Novembro 2010).

Os resultados da reabilitação não dependem apenas de um conjunto de técnicas, mas da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho desenvolvido por toda a equipa, com o objetivo da resolução de problemas e da obtenção de ganhos em qualidade de vida e bem-estar (Menoita, E. C. & Cordeiro, M. C. O., 2012).

Assim este projeto pressupõe a implementação de estratégias e intervenções eficazes para a resolução dos problemas, bem como o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEER.

### **3.3. Enquadramento Concetual**

#### **3.3.1. Fisiopatologia e tratamento da Coxartrose**

A colocação de uma prótese da anca primária pode estar relacionada com vários fatores: artrose, displasia, fratura colo do fémur, necrose avascular, situação pós traumática, reumática, secundária a uma doença, ou outros (SPOT, 2010). No entanto a artrose primária é a principal causa das ATA, a qual tem tendência a ganhar maior expressão nos grupos de maior índice de massa corporal (IMC), sem que todavia se possa afirmar que a coxartrose esteja claramente relacionada com o peso. A fratura do colo aparece, pelo contrário, associada aos valores mais baixos do IMC, os mais expostos à osteoporose. (SPOT, 2010).

A osteoartrite / coxartrose é definida como sendo uma doença degenerativa das articulações, que afeta as articulações sinoviais, causando degeneração e destruição da cartilagem hialina. A etiologia da osteoartrite primária é desconhecida (idiopática), a sua incidência aumenta com a idade e o diagnóstico é baseado na evidência clínica e radiológica (Hoeman, S. et al. 2011, citando Osiri et al, 2005; Stacy & Basu, 2006). Ao passo que a osteoartrite secundária é induzida por agentes

stressores externos, induzidos ao longo do ciclo da vida (obesidade, atletismo, tarefas repetitivas, deformidades esqueléticas) ou doenças crônicas (infecção, doenças endócrinas, doenças neurológicas, hemofilia) (Hoeman, S. et al., 2011).

A osteoartrite é um processo anabólico e catabólico ativo, cujas alterações patológicas se caracterizam pela erosão da cartilagem articular, o engrossar do osso subcondral subjacente e a formação de osteófitos. Estas alterações manifestam-se na forma de crepitação, ruído à palpação, edema, deformidade, mobilidade limitada, instabilidade na articulação, dor e incapacidade (Hoeman, S. et al., 2011).

A ATA pode apresentar-se como correção da coxartrose. Podendo estar indicada para outras situações, destacando-se as deformidades resultantes da osteoartrite; a artrite reumatóide; necrose avascular da cabeça femoral; epifisiólise da cabeça do fêmur; doença de Legg-Perthes-Calvé e a doença de Paget; displasia congênita; espondilite anquilosante; fraturas, entre outras (Vital IC & Cameron LE., 2009; Parente et al., 2009).

Esta intervenção cirúrgica implica que a pessoa precise de 4 a 6 meses para se reabilitar e voltar à sua vida. No entanto o tempo requerido para uma reparação óssea pode levar até 4 anos numa fratura (Hoeman, S. et al., 2011).

O internamento poderá decorrer de 8 a 10 dias, o que implica que no momento da alta ainda apresente um grande nível de dependência. Tal como aferiu Leal, estas pessoas *“passam de auto-suficientes, no pré-operatório, para completamente dependentes no intra-operatório e posteriormente, voltam a recuperar gradualmente a autonomia, à medida que progride no pós-operatório”* (Leal, 2006, p. 31). O que vem comprovar a extrema importância do ensino no pré-operatório, o que a mesma autora acrescenta que muitas vezes é dada pouca relevância à prática educativa na intervenção de enfermagem pré-operatória.

Neste sentido Parente (Parente et al., 2009) reforça a ideia de que, o êxito da cirurgia da anca depende em grande parte do conhecimento e do ensino proporcionado à pessoa, além de que os exercícios realizados no pré-operatório constituem um fator determinante nos resultados após a colocação de uma ATA.

A ATA é uma cirurgia de reconstituição da articulação da anca pela utilização de prótese, total ou parcial, cujos objetivos a longo prazo são: o alívio da dor, a restauração e a melhoria da função articular, proporcionar estabilidade e durabilidade. A curto prazo, no entanto, tornaram-se o alvo de programas peri-operatórios que visam acelerar a recuperação, reduzir a morbidade e complicações,

criar um programa de eficiência, mantendo o mais alto nível de atendimento ao paciente. Assim o objetivo de um programa peri-operatório traduz-se numa rápida recuperação e na diminuição significativa do tempo de permanência hospitalar e em taxas de readmissão hospitalar, significativamente mais baixas (Berend KR. et al., 2005; Vital IC & Cameron LE., 2009).

Não existem atualmente dúvidas, que as artroplastias da anca têm, proporcionado uma melhoria significativa da qualidade de vida de muitas pessoas. No entanto, estas não estão isentas de riscos, podendo surgir complicações: infecção, podendo levar à remoção da prótese; ossificação peri-articular; fraturas peri-prótésicas; luxação ou sub-luxação da mesma, com mais frequência no primeiro mês pós-operatório, desencadeada pelos movimentos ou posicionamentos para além dos limites da mobilidade da articulação. Deve-se evitar flexão da anca para além dos 60°, nos primeiros 10 dias; acima do 90°, antes dos 2 / 3 meses; rotação interna e adução para além da linha média do corpo. Observa-se um período de 2 a 3 meses, de carga parcial, na parte do corpo afetada, com ajuda de bengala ou canadiana (Phipps, Long, Woods, Cassmeyer, 1995; Proença, A., 2008; Parente et al., 2009).

### 3.3.2. Modelo de Enfermagem de Callista Roy (Teoria da Adaptação)

Para enquadrar o Metaparadigma de Enfermagem no âmbito do meu projeto, optei pelo Modelo de Adaptação da Autora Callista Roy (MAR), pelo facto da minha problemática em estudo englobar a pessoa (submetida a ATA) e o seu ambiente (hospital), como foco dos cuidados de enfermagem com o objetivo de capacitá-la no sentido da sua autonomia e independência, contribuindo para a sua adaptação a um novo estilo de vida, no âmbito da promoção da saúde e na adoção de técnicas e métodos que contribuam para ganhos em saúde (redução do tempo de internamento e melhoria da qualidade de vida).

No sentido de ir ao encontro da autora Callista Roy serão usados os conceitos de *pessoa, ambiente, enfermagem e saúde* por si definidos, sendo estes entendidos como as principais áreas de envolvimento em enfermagem, as quais atravessam todos os esquemas de classificação dos doentes, bem como todos os ambientes de cuidados (Phipps et. al., 1995).

Assim, a aplicabilidade teórica do presente projeto prende-se com o conceito da “Adaptação”, que será usado ao longo do mesmo, definido pela autora Callista Roy como “*um ponto de mudança que representa a capacidade da pessoa*”

*responder positivamente numa dada situação*” (Roy, C., & Andrews, H. A. 2001, p. 16).

A Saúde é definida como um *“estado e um processo de ser e tornar-se uma pessoa total e integrada. Constitui um reflexo da adaptação, isto é, a interacção da pessoa com o ambiente”*. Por sua vez o Ambiente é entendido como o *“mundo interior ou exterior da pessoa”*. É este ambiente em mudança que *“estimula a pessoa para criar respostas adaptáveis”*. Assim o ato de Enfermagem tem como objetivo *“promover esta adaptação”* (Roy, C., & Andrews, H. A. 2001. pp. 31, 35).

Segundo Hoeman (Hoeman, S. et al., 2011) este Modelo considera os Seres Humanos como *“sistemas adaptativos”*. Por sua vez a adaptação ocorre no seio de quatro modos: fisiológico, autoconceito, interdependência e papel desempenhado. O que significa que quando a necessidade de adaptação excede a capacidade habitual da pessoa para se adaptar torna-se necessária a intervenção do EEER, trabalhando os modos adaptativos da pessoa, ou mudando os estímulos ambientais, com vista a diminuir as exigências.

Assim a autora define a Pessoa como *“um sistema adaptável (...) descrito como um todo que compreende as partes que funciona segundo uma unidade para o mesmo objectivo.”* Assim *“o indivíduo como um sistema tem a capacidade de se adaptar e criar mudanças no meio ambiente”* (Roy, C., & Andrews, H. A. 2001. pp. 17, 18).

Neste sentido a pessoa submetida a ATA vivencia um conjunto de mudanças físicas e psicológicas durante todo o processo cirúrgico perioperatório<sup>3</sup>. É este ambiente em mudança que exonera a pessoa a criar um conjunto de respostas adaptáveis, já que esta é definida como um sistema adaptável, com capacidade de se adaptar a cada situação e a criar mudanças no seu meio ambiente interior e exterior.

Para garantir a continuidade de cuidados e o bem-estar da pessoa, o enfermeiro deve identificar, precocemente, as suas necessidades, envolvendo a participação ativa da família no planeamento da alta, desde a admissão.

Ao longo de todo este processo, a pessoa a ser submetida a ATA pode apresentar elevados níveis de stress e desenvolver sentimentos que podem interferir

---

<sup>3</sup> Período que compreende as fases pré-operatória mediata e imediata, transoperatória, recuperação anestésica e pós operatória (Christóforo, B., E. & Carvalho, D., 2009).

negativamente no seu estado emocional, tornando-a vulnerável e dependente. Os cuidados de enfermagem devem incidir não só nos ensinamentos de reabilitação, mas também toda a orientação e preparação física e emocional, avaliação e encaminhamento, com a finalidade de diminuir o risco cirúrgico, promover a recuperação e evitar complicações no pós-operatório (Christóforo, B., E. & Carvalho, D., 2009).

A continuidade de cuidados deve ser o produto final desejável de todo o processo, que habilitará a pessoa a maximizar o seu máximo potencial de bem-estar e capacidade de adaptação (objetivo da enfermagem) à sua nova vida. (Roy, C., & Andrews, H. A. 2001).

O EEER trabalha em conjunto com a pessoa para atingir o nível máximo de independência funcional na realização das atividades de vida diária, promovendo o autocuidado e reforçando comportamentos de adaptação positiva (Hoeman, S. et al., 2011).

Neste contexto o enfermeiro assume um papel fundamental no processo de reabilitação da pessoa submetida a ATA e do seu prestador de cuidados, na identificação das necessidades, no estabelecimento e implementação do plano de intervenção, na avaliação dos resultados e na reformulação do plano, de modo a maximizar as capacidades funcionais. Ao prestar cuidados personalizados pretende-se otimizar as capacidades da pessoa / família e promover a readaptação funcional, através de um processo de aprendizagem individual, tendo em atenção os seus potenciais e limitações (Jacinto, A. et al., 2014).

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

Neste sentido, o enfermeiro deve ir ao encontro das necessidades da pessoa, da família e / ou prestador de cuidados. Porém, as necessidades identificadas pelos profissionais de saúde podem não ser as mesmas que as pessoas cuidadas sentem (Martins, M. M. & Fernandes, C. S., 2009). Tal como refere a autora Cunha, segundo a pessoa recetora de cuidados “ *o facto de ver os enfermeiros a prestar determinado cuidado e participar nesse cuidado, familiariza com esse procedimento facilitando o seu processo a casa* ” (Cunha, M. J., 2003, p. 140). Neste sentido a intervenção do

enfermeiro deve ser centrada na pessoa e nas suas necessidades e não nas necessidades / desejos / interesses dos profissionais (Santos, J. M., 2002).

O enfermeiro especialista tem de conhecer e respeitar o projeto de vida da pessoa, sendo o processo de cuidados guiado pelo mesmo, “*que não se confunda o desejo de quem recebe cuidados e o desejo de quem os presta*” (Hesbeen, W., 2003, p.127).

A pessoa decide no que se refere ao seu processo de saúde doença, tomando o enfermeiro de reabilitação o papel de agente facilitador neste processo, permitindo-lhe encontrar novos caminhos compatíveis com a sua situação de dependência, incrementando o seu bem-estar e qualidade de vida (Hesbeen W., 2003).

No entanto o enfermeiro deve reconhecer o direito da pessoa, em participar no processo de tomada de decisão, ou seja, qualquer que seja o ato prestado, a pessoa tem direito de ser um participante ativo no seu processo de cuidados (Cabete, D., 2001, citando McCormack, 1993).

O EEER toma assim como alvo de cuidados a pessoa com diferentes níveis de (in) capacidade / (in) dependência<sup>4</sup> e nos diferentes contextos: pessoal, cultural e ambiental (Hesbeen, W., 2001; SPMFR, 2009). Como tal, os cuidados prestados têm como principal objetivo reduzir a incapacidade provocada pela doença, tanto quando possível, de forma a prevenir as suas complicações, bem como, a melhorar a funcionalidade e atividade da pessoa.

Como resultado do processo de cuidados implementado pelo enfermeiro de reabilitação, este deve permitir remover ou reduzir as barreiras à participação nos ambientes escolhidos pelo cliente; e suportar a sua reintegração na sociedade (SPMRF, 2009). Como tal, sendo este um processo centrado na pessoa com necessidades particulares, este deve capacitá-la para a reinserção e exercício da cidadania, maximizando a sua funcionalidade.

Recuperar a função motora é o elemento chave da reabilitação, sendo que o seu objetivo é permitir que a pessoa recupere o máximo de função, coordenação, força, resistência e conforto (Hoeman, W., 2001).

A intervenção do enfermeiro de reabilitação passa por uma abordagem que inclui a família e a comunidade, articulando as relações entre os contextos sociais,

---

<sup>4</sup> Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) (Anexo II)

culturais, políticos e económicos, além dos fatores individuais, dando ênfase efetivo ao potencial da pessoa, e não à doença e incapacidade da mesma (Menoita, E. C.; Cordeiro & M. C. O., 2012).

Torna-se fundamental que o enfermeiro envolva a família no processo de cuidados. No entanto esta realidade ainda apresenta alguns obstáculos por parte de alguns profissionais, na medida em que, segundo a autora Cunha a presença dos familiares junto da pessoa doente pode induzir constrangimento, na medida em que *“o trabalho está a ser observado e avaliado, sentindo-se por isso ameaçados”* (Cunha, 2003, p. 62).

A família é tida como alvo de cuidados, trabalhando em cooperação estreita com o enfermeiro de reabilitação, partilhando responsabilidades com o mesmo, na promoção da capacitação da pessoa submetida a ATA e dela mesma. A relação terapêutica estabelecida influenciará a recuperação da pessoa e a sua adaptação à situação de dependência / incapacidade, sendo vital na promoção da sua saúde.

O enfermeiro como elemento capacitador contribui para o *“Empowerment”* de estilos de vida saudáveis, através da criação de meios e oportunidades, que visem o restabelecimento das suas capacidades funcionais, para que a pessoa se sinta mais autoconfiante e independente face às limitações (Silva, J. M., 2011).

A preparação da alta deve ser um processo continuo a ser iniciado logo na admissão, ou anteriormente se possível, através da promoção de ações programadas de ensino quer à pessoa, quer aos familiares (informação, demonstração e treino), informarmando-os e orientando-os sobre os recursos disponíveis na comunidade (Santos, J. M., 2002).

O ensino pré-operatório deve incidir sobre as mobilizações que irão ser efetuadas no pós-operatório, para que a pessoa possa contribuir de uma forma mais ativa no seu processo de reabilitação. Deste programa deve constar as mobilizações articulares; o treino de marcha com apoio de canadianas, para que a pessoa interiorize o novo padrão de marcha; os posicionamentos permitidos, tanto no leito como na cadeira; o treino de levantar/deitar no leito e sentar/levantar da cadeira; o treino de subir/descer escadas; os comportamentos de risco luxantes; a forma como deve entrar e sair do carro; entre outros (Phipps, Long, Woods, Cassmeyer, 1995; Parente et al., 2009).

Assim, o sucesso da alta vai depender dos profissionais envolvidos e em considerar os familiares e a pessoa submetida a ATA, como aliados no seu processo

de recuperação, investindo na participação dos mesmos, reforçando as suas capacidades e auto-estima, e responsabilizando-os pelo sucesso da recuperação (Nogueira, M. A., 2003).

### 3.4. Plano de Trabalho e Métodos

De modo a pesquisar literatura científica relevante para a temática fiz uma Revisão de Literatura nas seguintes bases de dados de artigos científicos:

- Google Académico (artigos com evidência científica; estudos de caso, teses);
- EBSCO HOST (*CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, NHS Economic Evaluation Database, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Health Technology Assessments, Psychology and Behavioral Sciences Collection, SPORTDiscus with Full Text, MedicLatina, Academic Search Complete, Library, Information Science & Technology Abstracts, ERIC, Business Source Complete, Regional Business News*); Biblioteca do conhecimento online;
- Manuais de Enfermagem

As palavras chave utilizadas foram: *Nursing*; *“Nursing care”*; *Rehabilitation*; *“Perioperative care”*; *“Preoperative care”*; *“Preoperative education”*; *“Hip replacement”*.

Foram seleccionados, após leitura dos títulos e resumos, 27 artigos. No entanto foi também considerada nesta seleção a bibliografia dos artigos originais, por se considerar de interesse para o desenvolvimento actual e de futuro do atual projeto.

#### 3.4.1. Problema Geral e Problemas Parcelares

Na realização deste projeto de estágio a pertinência do meu tema pauta-se pelos seguintes problemas:

Problema Geral	Défice de conhecimentos científicos dos profissionais de saúde, no âmbito dos cuidados no pós-operatório à pessoa submetida a ATA.
Problemas	Necessidade de melhorar os conhecimentos e as

Parcelares	<p>competências, em relação à reabilitação física, de modo a que a pessoa submetida a ATA demonstre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor dependência nas AVD;</li> <li>• Redução do tempo de internamento;</li> <li>• Maior confiança na recuperação;</li> <li>• Maior autonomia e independência na realização das AVD.</li> </ul>
------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quadro 1

### 3.4.2. Objetivo Geral e objetivos Específicos

Face o diagnóstico dos problemas, proponho-me à sua consecução, tendo por missão os seguintes objetivos:

Objetivo Geral	Desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados, segundo as competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação
Objetivos Específicos	<p>Integrar a equipa;</p> <p>Conhecer as intervenções do EEER, nomeadamente no âmbito dos cuidados à pessoa submetida a ATA;</p> <p>Planear, prestar e avaliar intervenções de enfermagem, relativas aos programas de reabilitação respiratória e motora, quer em estágio hospitalar, como no domicílio, nomeadamente na pessoa submetida a ATA;</p> <p>Capacitar a pessoa intervencionada e a sua família, de forma a reconhecer possíveis sinais de complicações pós-operatórias e a minimizar riscos;</p> <p>Promover uma adequada preparação e planeamento da alta, incluindo o assegurar dos conhecimentos da pessoa e/ou familiares de referência, indispensável aos cuidados de saúde após alta.</p>

Quadro 2

### **3.4.3. Fundamentação da escolha e dos locais de Estágio**

Dentro do leque dos campos de estágio apresentados pela escola, a Unidade de Cuidados Continuados (UCC) de [REDACTED] pareceu-me ser representativa em termos da possibilidade de integrar as competências do EEER, no âmbito de Cuidar das pessoas com necessidades especiais e criar planos de intervenção que as capacitem a promover capacidades adaptativas e à reinserção e exercício da cidadania. Já visitei este campo de estágio, o qual veio comprovar com a realização da entrevista (Apêndice III), que se trata de um local de excelência no que diz respeito à prestação de cuidados de Enfermagem do EEER, no seguimento e no acompanhamento destas pessoas após a alta hospitalar, com necessidades especiais.

Os campos de estágio hospitalar propostos pela escola, nenhum era dirigido ao âmbito da reabilitação motora em ortopedia. A proposta ao Hospital de [REDACTED] surgiu no seguimento de uma das aulas ministradas por uma preletora externa (Enfermeira [REDACTED]) que trabalha no referido Hospital e, que em conversa informal com Ela percebi que poderia ser um campo de estágio de excelência. Foi feita proposta ao professor orientador, sem qualquer inconveniente exposto.

Na entrevista à Senhora Enfermeira Acessora da Diretora do hospital de [REDACTED] (Apêndice IV) e na visita às Instalações e Serviços de Internamento foi-me informado que se trata de um Hospital aberto ao público, com a exceção dos doentes provenientes da urgência do Hospital [REDACTED]. As intervenções do EEER estão bem delineadas, programadas e organizadas. Depreendo que será um campo de estágio de excelência, já que vai ao encontro dos meus objectivos pessoais, profissionais e do âmbito académico.

Assim sendo ficou definido nas reuniões de turma, a distribuição pelos campos de estágio. Neste pressuposto preconiza-se que em primeiro lugar irei para a UCC (28 de setembro a 27 de novembro 2015) e posteriormente para o Hospital (30 de novembro 2015 a 12 fevereiro 2016), num total de 18 semanas, conforme pode ser analisado no cronograma, no Apêndice II.

#### **3.4.4. Descrição das Atividades e Resultados esperados**

As atividades a que me proponho decorrem dos objetivos, referidos no ponto anterior e têm como fio condutor o desenvolvimento das competências Gerais do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do EEER, conforme preconizado pela OE (DR, Fev., 2011).

A análise das atividades propostas pode ser consultada no Apêndice I.

#### **3.4.5. Cronograma**

O cronograma de Atividades pode ser consultado no Apêndice II.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

A elaboração do presente Projeto de Estágio é sem dúvida um processo agradável e gratificante que me está a proporcionar crescimento e desenvolvimento tanto ao nível pessoal, como profissionalmente.

Reconheço que me permite a construção de uma introspeção individual, através de uma reflexão constante, baseada na auto-análise, autocrítica e auto-avaliação do meu desempenho profissional, o que se congratula com uma aquisição de conhecimentos e me proporciona os alicerces para a construção e desenvolvimento dos pilares, enquanto futura EEER.

Em síntese, o ensino contribui para a mudança de padrões de comportamentos da pessoa e dos seus cuidadores; para a redução do período de internamento hospitalar de uma forma segura e eficaz; para a diminuição da ansiedade da pessoa e para o aumento da sua autoconfiança. Pelo que, as equipas de saúde devem promover ações programadas de ensino, quer à pessoa quer aos familiares, com informação, demonstração e treino.

Ao longo deste projeto várias evidências foram apresentadas para demonstrar que a educação em saúde pode, contribuir efetivamente para ganhos em saúde, através da redução dos dias de internamento, redução do risco de complicações pós-operatórias e, acima de tudo contribuir para a reabilitação da pessoa, facilitar a atividade funcional, reinserção e exercício na cidadania.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAUJO, F. et al. (2007). *Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Qualidade de Vida.* 25:2. Consultado 14 Junho 2015. Disponível em: <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-2/05.pdf>.
- BENNER, P. (2001). *De iniciado a perito; excelência e poder na prática clínica de enfermagem.* Coimbra: Quarteto.
- BEREND KR. et al. (2004) *Rapid recovery protocol for peri-operative care of total hip and total knee arthroplasty patients.* [Consultado a 15 de Maio de 2015]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15744696/>
- CABETE, D. (2001) *O impacto do internamento hospitalar no estado funcional das pessoas idosas [The impact of hospitalization on functional status of older people - MPhil thesis].* Health Psychology. Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada. [Consultado a 18 de Maio 2015]. Disponível em <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/372>
- CHRISTÓFORO, B., E. & CARVALHO, D. (2009). Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Rev. Esc. Enfermagem USP* 43 (1): 14-22. [Consultado a 15 de Maio de 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/02.pdf>
- COUDEYRE, E. et al. (Fevereiro 2007) *Could Preoperative Rehabilitation Modify Outcomes After Total Hip and Knee Arthroplasty? Elaboration of French Clinical Practice Guidelines. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique.* [S.1], Vol. 50, p. 189-197. [Consultado a 18 de Maio 2015]. Disponível em [http://www.sofmer.com/download/sofmer/AMPR50\\_2007\\_189-197.pdf](http://www.sofmer.com/download/sofmer/AMPR50_2007_189-197.pdf)
- CUNHA, M. J. (2003). *O papel do acompanhante do adulto internado.* Porto: ICBAS. Tese de mestrado.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA. (Fevereiro 2011). RCCEEER: *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.* Lisboa. [Consultado a 10 de Maio de 2015]. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf)

DIÁRIO DA REPÚBLICA. (Fevereiro 2011). RCEEEER: *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa. [Consultado a 10 de Maio de 2015]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125\\_2011\\_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf)

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS), Norma. (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Escala de Barthel; Escala de Medida de independência Funcional (MIF). [Consultado a 10 de Maio de 2015]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>.

FERNANDES, Sílvia. (2011). *O ensino pré-operatório na pessoa submetida a artroplastia total da anca*. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. (Tese de Mestrado). [Consultado a 15 de Maio de 2015]. Disponível em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2203>

HESBEEN, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

HESBEEN, W. (2003). *A Reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.

HOEMAN, S. et al. (2011). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.

JACINTO, A. et al. (Maio 2014). *Intervenções do Enfermeiro Especialista de Reabilitação à pessoa submetida a Artroplastia da Anca: Ganhos em Saúde*. Revista de Enfermagem “Cuid´arte”, Enfermagem de Reabilitação, Centro Hospitalar de Setúbal, Ano 7, nº 11. [Consultado 15 de Maio 2015]. Disponível em <http://pt.slideshare.net/csafiaestevao/revista-cuidarte-n11-2014>

LEAL, M. T. (2006). *A CIPE e a invisibilidade da enfermagem: mitos e realidades*. Loures: Lusociência. ISBN: 9789728930202

- LIMA, A. B. (2010). *Condições de vida de pacientes com artroplastia total primária do quadril (ATPQ): sentimentos e alterações vivenciadas*. (Dissertação de Pós Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração Saúde Pública). Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. [Consultado a 2 de Junho de 2015]. Disponível em: [http://base.repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/98385/lima\\_ab\\_me\\_botfm.pdf?sequence=1](http://base.repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/98385/lima_ab_me_botfm.pdf?sequence=1)
- MAHONEY, F. & BARTHEL, D. (1965). *Functional Evaluation: The Barthel Index*. *Maryland State Medical Journal*. 14, 56-61
- MARTÍNS, M. M. & FERNANDES, C. S. (2009). *Percurso das necessidades em Cuidados de Enfermagem nos Clientes submetidos a Artroplastia da Anca*. (Artigo de Investigação). Escola Superior de Enfermagem do Porto. [Consultado a 2 de Junho de 2015]. Disponível em [https://www.esenfc.pt/pa3/ui/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2155&id\\_revista=4&id\\_edicao=31](https://www.esenfc.pt/pa3/ui/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2155&id_revista=4&id_edicao=31)
- MARX, F., OLIVEIRA, L., BELLINI, C., & RIBEIRO, M. (2006). *Tradução e Validação Cultural do Questionário Algo funcional de Lequesne para Osteoartrite de Joelhos e Quadril para a Língua Portuguesa*. *Revista Brasileira Reumatologia*, 46, 4, 253-260. [Consultado a 2 de Junho de 2015]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0482-50042006000400004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0482-50042006000400004&script=sci_arttext)
- MAXEY, L. & MAGNUSSON, J. (2003). *Reabilitação pós-cirúrgica para o paciente ortopédico*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p. 366. ISBN 85-277-0791-8.
- MCDONALD S. et al. (2004). *Pre-operative education for hip or knee replacement*. *Cochrane Database Syst Rev*. (1): CD003526. [Consultado a 15 de Maio de 2015]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14974019>
- MEEKER, M. H. & ROTHROCK, J. C. A. (2008). *Cuidados de Enfermagem Ao Paciente Cirúrgico* – 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara

- MENOITA, E. C.; CORDEIRO, M. C. O. (2012). *Manual de boas Práticas na Reabilitação Respiratória*. Conceitos, princípios e técnicas. Editor: Lusociência. ISBN: 9789728930868
- NOGUEIRA, M. A. (2003). *Necessidades da família no cuidar: papel do enfermeiro*. Porto: ICBAS. Tese de mestrado. [Consultado a 9 de Junho de 2015]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/10572>
- NUTRICES. (2011). *Enfermagem de Reabilitação*. [Consultado a 9 de Junho de 2015]. Disponível em <http://www.trabalhosdeenfermagem.com/>
- OLIVEIRA; M. L. P.; JANSEN, M. M.; ALMEIDA, M. A. (2007). *Visita domiciliar pré-operatória no programa de cuidados de enfermagem em artroplastia total de quadril*. Rev HCPA, Vol. 27, n.º 2, p. 74-76. [Consultado a 10 de Maio de 2015]. Disponível em [http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/28895?locale=pt\\_BR](http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/28895?locale=pt_BR)
- ORDEM ENFERMEIROS (OE). (21 de Agosto de 1996). *REPE: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. [Consultado a 10 de Maio de 2015]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (OE) (Dezembro 2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Pp. 1-20. [Consultado a 10 de Maio de 2015]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/cadernostematicos2.pdf>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) (Maio 2010). RCCEE: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. [Consultado a 10 de Maio de 2015]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislaaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislaaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) (Novembro 2010). RCEEEER: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. [Consultado a 10 de Maio de 2015]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislaaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislaaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) (Outubro 2011). *Proposta dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*. [Consultado a 10 de Maio de 2015]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- PARENTE et al. (2009). *Artroplastia da Anca in Enfermagem em ortotraumatologia*, 2ª ed. Coimbra: Formasau. p. 326. ISBN 978-989-8269-01-0.
- PETRONILHO, F. A. S. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau. ISBN 978-972-8485-91-7.
- PLANO NACIONAL DE SAÚDE (PNS) 2011-2016. *Estratégias Saúde*. Vol. 1. Portal da Saúde. [Consultado a 10 de Maio de 2015]. Disponível em: [http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4DDFFD8C-EB94-4CAE-BCE4-D95DE95EA944/0/PNS\\_Vol1\\_Estrategias\\_saude.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4DDFFD8C-EB94-4CAE-BCE4-D95DE95EA944/0/PNS_Vol1_Estrategias_saude.pdf)
- PHIPPS, LONG, WOODS, CASSMEYER. (1995). *Enfermagem Médico-cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica* (3ª edição. Capítulo 15). Lisboa: Lusodidata.
- PHIPPS, LONG, WOODS, CASSMEYER. (1995). *Enfermagem Médico-cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica* (Vols. Volume II - Tomo II – 2ª edição. Capítulos 68 e 69). Lisboa: Lusodidata.
- PHILIPS, Kenneth D. (2004) *Modelo de Adaptação. Em Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem*. Pp. 301 – 333. Loures: Lusociência – Edições Técnica e Científicas, Lda.
- PROENÇA, Adrião. (2008). *Ortopedia traumatologia: Noções essenciais*. Coimbra: Imprensa da Universidade. ISBN 978-989-8074-25-6.
- ROY, C., & ANDREWS, H. A. (2001). *Teoria da Enfermagem – O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.
- ROTHROCK, J. C. (2008). *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico* (13ª Edição. Capítulo 22). ISBN: 978-989-8075-07-9.
- SANTOS, J. M. (2002). *Parceiros nos cuidados – uma metodologia centrada no doente*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

SIGGEIRSDOTTIR, K, et al. (2005) *Short hospital stay augmented with education and home-based rehabilitation improves function and quality of life after hip replacement: randomized study of 50 patients with 6 months of follow-up*. Acta Orthopédica. Taylor & Francis, Sweden. ISSN 1745-3674. Vol. 76, n.º 4, p. 555-562. [Consultado 15 de Maio 2015]. Disponível em <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/17453670510041565>

SILVA, J.M. (2011). *Necessidades de informação do doente submetido a Artroplastia Total da Anca: Contributo do Enfermeiro*. (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. [Consultado 2 de Junho 2015]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71917/2/92693.pdf>

SOCIEDADE PORTUGUESA MEDICINA FÍSICA DE REABILITAÇÃO (SPMFR) (2009) - *Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação na Europa*. [Consultado 2 de Junho 2015]. Disponível em: <http://www.spmfr.org/textos/?imr=18&p=2.35>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (SPOT). (2010). *Relatório Anual do Registo Português de Artroplastias*. 2º Relatório Anual 2010-2011. [Consultado a 2 de Junho de 2015]. Disponível em <http://www.rpa.spot.pt/Main-Sections/Statistics.aspx>

SURI, P., MORGENROTH D. C. & HUNTER D. J. (2012). *Epidemiology of osteoarthritis and associated comorbidities*. US National Library of Medicine - National Institutes of health. PMID: 22632687 [PubMed - indexed for MEDLINE]. [Consultado a 3 de Julho de 2015]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22632687>

Unidade Curricular de Fundamentos de Reabilitação (Apontamentos, slides das aulas). ESEL, 2015

VITAL IC & CAMERON LE. (2009). *Assistência ao paciente submetido à Artroplastia Total de Quadril: O Saber da Enfermagem Traumato-Ortopédica*. Revista de enfermagem UFPE on line; 3(4): 1134-41. ISSN 1981-8963

- YEH, L. M.; CHEN, H. H. & LIU, P.H. (2005). *Effects of multimedia with printed nursing guide in education on self- efficacy and functional activity and hospitalization in patients with hip replacement. Patient Education and Counseling*. Ireland, Vol. 57, p. 217-224. [Consultado a 15 de Maio de 2015]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15911196>
- YOON, R. S., et al. (2010). *Patient education before hip or knee arthroplasty lowers length of stay. The Journal of Arthroplasty*. New York, Vol. 25, n.º4, p. 547-551. [Consultado a 15 de Maio de 2015]. Disponível em [http://www.researchgate.net/publication/24412839\\_Patient\\_Education\\_Before\\_Hip\\_or\\_Knee\\_Arthroplasty\\_Lowers\\_Length\\_of\\_Stay](http://www.researchgate.net/publication/24412839_Patient_Education_Before_Hip_or_Knee_Arthroplasty_Lowers_Length_of_Stay)
- ZHANG, Y. & JORDAN, J. M. (2011). *Epidemiology of Osteoarthritis*. US National Library of Medicine-National Institutes of health–Clinic Geriatric Medic. [26\(3\): 355–369](#). [Consultado a 3 de Julho de 2015]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920533/>

## **APÊNDICES II E III**

## Objetivos e Cronograma de Estágio

1º Objetivo Especifico: Integrar a equipa

Domínios e Competências Comuns do EE	Objetivos Específicos	Atividades	Local	Indicadores de Avaliação	Duração
<p>A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal</p> <p>A1 — Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>C — Domínio da gestão dos cuidados</p> <p>C1 — Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</p> <p>D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>D1 — Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.</p>	Integrar a equipa	<p>Consultar dossiers para conhecer as normas e rotinas do serviço;</p> <p>Assistir às passagens de turno;</p> <p>Utilizar conhecimento científico e outros saberes adquiridos para intervir em conjunto com equipas multidisciplinares no planeamento e implementação dos cuidados especializados.</p>	H/ UCC	<p>Que eu seja capaz de: Conhecer a dinâmica e as rotinas do serviço e agir em conformidade;</p> <p>Demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades na tomada de decisão ética e deontológica;</p> <p>Gerir os cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas; Desenvolver o auto-conhecimento e a assertividade através da capacidade de interferir no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais.</p>	28/09/2015 a 12/10/2015 e 30/11/2015 a 14/12/2015

Recursos Humanos e Materiais	Professor orientador da ESEL e Enfermeiros Orientadores do Ensino Clínico, Equipa Multidisciplinar, Pessoa / Família / Cuidadores; normas e protocolos dos serviços, bases de dados eletrónicas e científicas, apontamentos das unidades curriculares.
Critérios de Avaliação	<p>Reflete nas atividades e nas estratégias utilizadas, assim como na sua importância para atingir os objetivos;</p> <p>De que modo é que as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas são suficientes para desenvolver uma prática profissional ética e legal no campo de intervenção da enfermagem de Reabilitação. Prática esta que reflete o respeito pelas preferências da pessoa / família / cuidador e cria um ambiente terapêutico e seguro, na prestação quotidiana de cuidados.</p>

Quadro 3

**2º Objetivo Específico: Conhecer as intervenções do EEER, nomeadamente no âmbito dos cuidados à pessoa submetida a ATA**

Domínios e Competências Específicas EEER	Objetivos Específicos	Atividades	Local	Indicadores de Avaliação	Duração
<p>J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades</p> <p>J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto -cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade</p> <p>J1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio- -respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas</p> <p>J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a</p>	<p>Conhecer as intervenções do EEER, nomeadamente no âmbito dos cuidados à pessoa submetida a ATA</p>	<p>Identificação das necessidades de intervenção, para otimizar e/ou reeducar a função nos vários níveis respiratório e motor, trabalhando com a pessoa e com o seu cuidador; Interpretação dos Exames Auxiliares de Diagnóstico.</p>	<p>H / UCC</p>	<p>Que eu seja capaz de: Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinem limitações ao nível respiratório e motor; Criar planos de intervenção a fim de promover capacidades adaptativas, com vista à sua autonomia e independência; Capacitar a pessoa com limitação da mobilidade para o desempenho das AVD e para a reinserção e exercício na cidadania; Maximizar as potencialidades da pessoa, capacitando-a na gestão do seu auto-cuidado.</p>	<p>28/09/2015 a 12/02/2016</p>

<p>reinserção e exercício da cidadania</p> <p>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</p> <p>J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social</p> <p>J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p> <p>J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório</p> <p>J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados</p>					
<p>Recursos Humanos e Materiais</p>	<p>Professor orientador da ESEL e Enfermeiros Orientadores do Ensino Clínico, Equipa Multidisciplinar, Pessoa / Família / Cuidadores; normas e protocolos dos serviços, bases de dados eletrónicas e científicas, apontamentos das unidades curriculares.</p>				
<p>Critérios de Avaliação</p>	<p>Reflete nas atividades e nas estratégias utilizadas, assim como na sua importância para atingir os objetivos;</p> <p>De que modo é que as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas são suficientes para desenvolver uma prática profissional ética e legal no campo de intervenção da enfermagem de Reabilitação. Prática esta que reflete o respeito pelas preferências da pessoa / família / cuidador e cria um ambiente terapêutico e seguro, na prestação quotidiana de cuidados.</p>				

**3º Objetivo Específico: Planear, prestar e avaliar intervenções de enfermagem, relativas aos programas de reabilitação respiratória e motora, quer em estágio hospitalar, como no domicílio, nomeadamente na pessoa submetida a ATA**

Domínios e Competências Específicas EEER	Objetivos Específicos	Atividades	Local	Indicadores de Avaliação	Duração
<p>J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades</p> <p>J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto -cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade</p> <p>J1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio- -respiratório, da</p>	<p>Planear, prestar e avaliar intervenções de enfermagem, relativas aos programas de reabilitação respiratória e motora, quer em estágio hospitalar, como no domicílio, nomeadamente na pessoa submetida a ATA;</p>	<p>Colaboração na conceção, organização, planeamento, execução e da implementação de programas de: reeducação funcional cardio -respiratória; reeducação funcional motora, no âmbito da prevenção, tratamento e reinserção social da pessoa nos seus contextos de vida;</p> <p>- No âmbito neurológico: Avaliação funcional da pessoa, família e comunidade; Exame neurológico; Posicionamentos anti-espásticos;</p> <p>Mobilizações articulares e exercícios terapêuticos no leito (ponte, auto-mobilizações, rotações); Treino de equilíbrio sentado e em pé;</p> <p>Transferências; Exercícios em cadeiras de roda e treino de marcha; Treino de vestir e despir; Treino intestinal e vesical; Preparação da pessoa / família para a alta; Elaboração de planos continuados para o domicílio.</p>	<p>H / UCC</p>	<p>Que eu seja capaz de: Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinem limitações ao nível neurológico, respiratório e motor;</p> <p>Criar planos de intervenção a fim de promover capacidades adaptativas, com vista à sua autonomia e independência;</p> <p>Capacitar a pessoa com limitação da mobilidade para o desempenho</p>	<p>28/09/2015 a 12/02/2016</p>

<p>alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas</p> <p>J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p> <p>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</p> <p>J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social</p> <p>J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p> <p>J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório</p> <p>J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados</p>		<p>- No âmbito do foro respiratório: Reeducação ventilatória, com dissociação dos tempos ventilatórios; Treino da tosse para limpeza das vias aéreas; Exercícios de correção postural; Exercícios de tonificação diafragmática e intercostal; Realização de drenagens posturais;</p> <p>Exercícios de abertura costal; Intervenção nas terapias com aerossol; Realização de percussões e vibrações torácicas; Correções posturais.</p> <p>- No âmbito do foro ortopédico: Ensinos pré-operatórios específicos à reabilitação dos doentes; Intervenções de enfermagem no pós-operatório; Posicionamentos terapêuticos;</p> <p>Mobilização da pessoa no leito; Exercícios de mobilização articular e fortalecimento muscular;</p> <p>Levante e treino de equilíbrio; Transferências;</p> <p>Ensino e treino de marcha; Preparação da pessoa / família para a alta; Elaboração de planos de cuidados para o domicílio.</p> <p>Estes programas têm como objetivo ensinar, demonstrar e treinar técnicas com vista à promoção do auto-cuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos</p>	<p>das AVD e para a reinserção e exercício na cidadania;</p> <p>Maximizar as potencialidades da pessoa, capacitando-a na gestão do seu auto-cuidado</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

		(internamento/domicílio/comunidade).			
Recursos Humanos e Materiais	Professor orientador da ESEL e Enfermeiros Orientadores do Ensino Clínico, Equipa Multidisciplinar, Pessoa / Família / Cuidadores; normas e protocolos dos serviços, bases de dados eletrónicas e científicas, apontamentos das unidades curriculares.				
Critérios de Avaliação	<p>Reflete nas atividades e nas estratégias utilizadas, assim como na sua importância para atingir os objetivos;</p> <p>De que modo é que as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas são suficientes para desenvolver uma prática profissional ética e legal no campo de intervenção da enfermagem de Reabilitação. Prática esta que reflete o respeito pelas preferências da pessoa / família / cuidador e cria um ambiente terapêutico e seguro, na prestação quotidiana de cuidados.</p>				

Quadro 5

**4º Objetivo Específico: Capacitar a pessoa intervencionada e a sua família, de forma a reconhecer possíveis sinais de complicações pós-operatórios e a minimizar riscos**

Domínios e Competências Específicas EEER	Objetivos Específicos	Atividades	Local	Indicadores de Avaliação	Duração
<p>J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades</p> <p>J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto -cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.</p>	<p>Capacitar a pessoa intervencionada a ATA e a sua família, de forma a reconhecer possíveis sinais de complicações pós-operatórios e a minimizar riscos.</p>	<p>Promoção de ensino sobre o pré e o pós-operatório da ATA, de forma a evitar complicações de:</p> <p>Infeção (podendo levar à remoção da prótese);</p> <p>Luxação ou sub-luxação da mesma, (flexão acima dos 90º, rotação interna e adução para além da linha média do corpo);</p> <p>Ossificação peri-articular; fraturas peri-protésicas.</p>	<p>H</p>	<p>Que eu seja capaz de:</p> <p>Discutir as práticas de risco com a pessoa e a sua família / cuidador, de forma a conceber planos e a realizar intervenções, que contribuam para a redução do risco de complicações relacionados com a ATA, com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação.</p>	<p>30/11/2015 a 12/02/2016</p>
<p>Recursos Humanos e Materiais</p>	<p>Professor orientador da ESEL e Enfermeiros Orientadores do Ensino Clínico, Equipa Multidisciplinar, Pessoa / Família / Cuidadores; normas e protocolos dos serviços, bases de dados eletrónicas e científicas, apontamentos das unidades curriculares.</p>				

Critérios de Avaliação	<p>Reflete nas atividades e nas estratégias utilizadas, assim como na sua importância para atingir os objetivos;</p> <p>De que modo é que as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas são suficientes para desenvolver uma prática profissional ética e legal no campo de intervenção da enfermagem de Reabilitação. Prática esta que reflete o respeito pelas preferências da pessoa / família / cuidador e cria um ambiente terapêutico e seguro, na prestação quotidiana de cuidados.</p>
------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quadro 6

**5º Objetivo Específico: Promover uma adequada preparação e planeamento da alta, incluindo o assegurar dos conhecimentos da pessoa e/ou familiares de referência, indispensável aos cuidados de saúde após alta**

Domínios e Competências Específicas EEER	Objetivos Específicos	Atividades	Local	Indicadores de Avaliação	Duração
<p>J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.3.3 — Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do auto -cuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade)</p> <p>J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p>	<p>Promover uma adequada preparação e planeamento da alta, incluindo o assegurar dos conhecimentos da pessoa e/ou familiares de referência, indispensáveis aos cuidados de saúde após alta.</p>	<p>Promoção de ensino desde a admissão até á alta, à pessoa com necessidades especiais, do foro respiratório ou osteoarticular, nomeadamente à pessoa submetida a ATA e aos seus familiares / cuidadores, através do treino das técnicas no âmbito dos programas definidos;</p> <p>Fornecimento de um Guia de orientação para a realização dos exercícios a nível motor e respiratório.</p>	<p>H / UCC</p>	<p>Que eu seja capaz de:</p> <p>Obter resultados positivos no momento da alta, na avaliação da capacitação e da funcionalidade da pessoa, para realizar as AVD de forma independente.</p>	<p>28/09/2015 a 12/02/2016</p>
<p>Recursos Humanos e Materiais</p>	<p>Professor orientador da ESEL e Enfermeiros Orientadores do Ensino Clínico, Equipa Multidisciplinar, Pessoa / Família / Cuidadores; normas e protocolos dos serviços, bases de dados eletrónicas e científicas, apontamentos das unidades curriculares.</p>				

Critérios de Avaliação	<p>Reflete nas atividades e nas estratégias utilizadas, assim como na sua importância para atingir os objetivos;</p> <p>De que modo é que as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas são suficientes para desenvolver uma prática profissional ética e legal no campo de intervenção da enfermagem de Reabilitação. Prática esta que reflete o respeito pelas preferências da pessoa / família / cuidador e cria um ambiente terapêutico e seguro, na prestação quotidiana de cuidados.</p>
------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quadro 7

**6º Objetivo Específico: Desenvolver uma atitude de questionamento e de reflexão sobre as práticas promovendo a atualização científica, técnica, no seio das equipas de enfermagem**

Domínios e Competências do Gerais do EE	Objetivos Específicos	Atividades	Local	Indicadores de Avaliação	Duração
<p>A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal</p> <p>A1 — Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>A1.1 — Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada.</p> <p>A1.2 — Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas</p> <p>A1.3 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade.</p> <p>B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p>B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua.</p> <p>D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>D1 — Desenvolve o auto -conhecimento e a</p>	<p>Desenvolver uma atitude de questionamento e de reflexão sobre as práticas promovendo a atualização científica e técnica, no seio das equipas de enfermagem.</p>	<p>Desenvolver a capacidade de autoaprendizagem, através da realização de jornais de aprendizagem;</p> <p>Atuar cientificamente e desenvolver iniciativas ou práticas de investigação;</p> <p>Elaboração de guias orientadores de boas práticas, para as pessoas com</p>	<p>H/ UCC</p>	<p>Que eu seja capaz de refletir sobre a prática clínica, em forma de observação direta, sobre os jornais de aprendizagem e formações, os quais me permitam desenvolver sólidos e válidos padrões de conhecimento,</p>	<p>28/09/2015 a 12/02/2016</p>

<p>assertividade.  D1.1 — Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.  D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento  D2.1 — Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.</p>		<p>necessidades especiais;  Identificar necessidades formativas, seja às pessoas com necessidades especiais, seja aos profissionais de saúde e avaliar o impacto da formação.</p>		<p>para adquirir e desenvolver competências do EEER</p>	
<p>Recursos Humanos e Materiais</p>	<p>Professor orientador da ESEL e Enfermeiros Orientadores do Ensino Clínico, Equipa Multidisciplinar, Pessoa / Família / Cuidadores; normas e protocolos dos serviços, bases de dados eletrónicas e científicas, apontamentos das unidades curriculares.</p>				
<p>Critérios de Avaliação</p>	<p>Reflete nas atividades e nas estratégias utilizadas, assim como na sua importância para atingir os objetivos;  De que modo é que as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas são suficientes para desenvolver uma prática profissional ética e legal no campo de intervenção da enfermagem de Reabilitação. Prática esta que reflete o respeito pelas preferências da pessoa / família / cuidador e cria um ambiente terapêutico e seguro, na prestação quotidiana de cuidados.</p>				

Quadro 8

## Cronograma de Atividades

Ano 2015-2016									
Atividades / Objetivos	maio	junho	Julho	setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro
Preparação e Realização do Projeto de Estágio	[Amarelo]								
Tema	[Amarelo]								
Revisão Literatura	[Amarelo]								
Visita aos Campos de estágio		UCC/Hospital							
Entrega do Projeto de Estágio			24						
Estágio UCC Alcântara				28 setembro a 27 novembro					
Estágio Hospital Sant'Ana						30 novembro a 12 fevereiro			
1º Objetivo Especifico: Integrar a equipa				28 outubro	set.a 12	30 dezembro	nov.a 14		
2º Objetivo Especifico: Conhecer as intervenções do EEER, nomeadamente no âmbito dos cuidados à pessoa submetida a ATA						30 novembro a 12 fevereiro			
3º Objetivo Especifico: Planear, prestar e avaliar intervenções de enfermagem, relativas				[Amarelo]					

<p>aos programas de reabilitação respiratória e motora, quer em estágio hospitalar, quer no domicílio, nomeadamente na pessoa submetida a ATA</p>				<p>28 setembro a 12 fevereiro</p>		
<p>4º Objetivo Específico: Capacitar a pessoa intervencionada e a sua família, de forma a reconhecer possíveis sinais de complicações pós-operatórios e a minimizar riscos</p>						<p>30 novembro a 12 fevereiro</p>
<p>5º Objetivo Específico: Promover uma adequada preparação e planeamento da alta, incluindo o assegurar dos conhecimentos da pessoa e/ou familiares de referência, indispensável aos cuidados de saúde após alta</p>				<p>28 setembro a 12 fevereiro</p>		
<p>6º Objetivo Específico: Desenvolver uma atitude de questionamento e de reflexão sobre as práticas promovendo a atualização científica, técnica, no seio das equipas de enfermagem</p>				<p>28 setembro a 12 fevereiro</p>		

Quadro 9

## Guião de Entrevista da UCC [REDACTED]

### GUIÃO DE ENTREVISTA DIRECCIONADO PARA O/A ENFERMEIRO/A CHEFE DA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (UCCI) – CONSIGO - [REDACTED]

Objetivo: Conhecer a Unidade de modo a recolher dados para o desenvolvimento do Projeto de Estágio

Estruturação / Missão da Unidade

Fazem parte da UCC [REDACTED] a UCC [REDACTED] e a UCC de [REDACTED].

A Unidade de Cuidados Continuados engloba 5 freguesias [REDACTED]

A Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) [REDACTED] apoia não só os doentes no âmbito da reabilitação (Equipa de Cuidados Continuados Integrados); como também da saúde infantil e a saúde materna. A UCCI tem como missão dar assistência de enfermagem no âmbito das várias necessidades da reabilitação; ajudar a cumprir o plano terapêutico; executar técnicas de enfermagem (algaliação, entubação nasogastrica, pensos, entre outras) e em todas as necessidades de cuidados de enfermagem identificadas.

Proveniência dos doentes / dinâmica da Unidade

Todos os Hospitais do SNS articulam-se pela Rede para manter a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.

Aquando a alta, a assistente social do hospital faz uma proposta à rede nacional de cuidados continuados (RNCC) para avaliar as condições da pessoa, para ver se tem critérios para entrar numa UCC ou tem que ir para uma UCCI. Ambas requerem que a pessoa seja dependente, caso contrário, se se desloca pode ir à fisioterapia, deixando de precisar dos cuidados da UCC.

Do Hospital vem para a rede de cuidados. Se necessitarem de internamento vão para uma das várias unidades de internamento (UCCI), que são unidades de curta, media e longa duração. Se não necessitar de internamento e se tiver um cuidador vai para o domicílio, sendo acompanhado por uma das ECCI (Equipa de cuidados que faz parte de uma Unidade de cuidados na comunidade); no entanto mantem o seu centro de saúde da área da residência.

Deixa de estar sobre a alçada da UCCI quando são atingidos os objetivos preconizados pela Unidade e é transmitido ao cuidador todo o ensino para garantir a continuidade e a manutenção dos cuidados inerentes às necessidades daquela pessoa, passando posteriormente a referencia-los de volta aos cuidados do seu centro de saúde a que pertence.

Patologias mais frequentes e grupo etário	População muito idosa com patologias essencialmente do foro respiratório e osteo-articular
Articulação com outros serviços	Plataforma da rede (registos online) – SAP, onde se regista constantemente: - Avaliação das feridas - Avaliação da dor - Avaliação das quedas - Avaliação cognitiva - Avaliação ou risco diabetes - Avaliação do grau de dependência - Avaliação da escala de Edmundo (cuidados paliativos)
Constituição da equipa multidisciplinar (quantos Enfermeiros Especialistas, quantos de Enfermagem de Reabilitação)	3 Enfermeiras especialistas; 1 médico (médico assistente do SNS), 1 psicólogo, 1 assistente social
Quais as funções de cada Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação, e quais os tipos de horário	Rácio: 3 enfermeira para cada 5 doentes. Horário das 8h as 17h. No período da manhã prestam os cuidados de enfermagem no domicílio, inerentes às necessidades identificadas. Na parte da tarde executam-se os registos na plataforma.
Método de trabalho da equipa de enfermagem	Por gestão de caso
Necessidade de formação e implementação de novos projetos / obstáculos à realização dos mesmos	Rácio de profissionais muito deficitários, face à população necessitada. Listas de espera muito grandes para entrar nesta rede ECCI (3 meses). Até la estão na rede nacional de cuidados, com apoio do centro de saúde, até que possam entrar para uma UCC ou UCCI, “se bem que muitas vezes quando chegam até nos já estão numa fase muito difícil de reabilitar” (SIC)

Quadro 10

Informação recolhida em papel manuscrito, com autorização prévia da Enfermeira Coordenadora da UCCI.

Guião de Entrevista do Hospital [REDACTED]

GUIÃO DE ENTREVISTA DIRECCIONADO PARA A ENFERMEIRA CHEFE (ACESSORA DA DIRETORA DO HOSPITAL ██████████)

Objetivo: Conhecer a Unidade de modo a recolher dados para o desenvolvimento do Projeto de Estágio

Missão do serviço	Prestar Cuidados de Enfermagem Gerais e Especializados a doentes do foro ortopédico.
Lotação do serviço	O hospital compreende 3 serviços de internamento. Cada serviço tem uma média de 20 a 25 camas. O rácio compreende 13 / 15 enfermeiros por serviço (entre Enfermeiros de Cuidados Gerais e EEER).
Proveniência dos doentes	Os doentes provêm da consulta aberta ██████████ e da Urgência do Hospital ██████████ com acordo do Sistema Nacional de Saúde (SNS).
Patologias mais frequentes e grupo etário	Além de estarem implicados os doentes do foro ortopédico, também estão envolvidos os doentes intervencionados à coluna. Se bem que as cirurgias mais comuns são a ATA, ATJ e a fratura colo fémur.
Constituição da equipa multidisciplinar (quantos Enfermeiros Especialistas, quantos de Enfermagem de Reabilitação)	Numa equipa estão habitualmente 4 enfermeiros especialistas.
Quais as funções de cada Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação, e quais os tipos de horário	O EEER desempenha mais as suas funções no horário da tarde. Já que de manhã a reabilitação física é feita pelos fisioterapeutas. As funções desempenhadas pelo EEER incidem no ensino pré-operatório, onde são feitos os ensinamentos e o treino do subir e descer escadas, marcha com canadianas; familiarização com os conceitos dos exercícios isométricos e isotónicos, etc. No pós-operatório são postos em prática todos os ensinamentos instituídos no pré-operatório.
Método de trabalho da equipa de enfermagem	Método responsável. Prescrição e cardex electrónico. No entanto os registos são em papel manuscrito, num total de 10 impressos, onde inclui para além dos registos de enfermagem, o sistema de classificação dos doentes, a avaliação das escalas, etc.
Modelo teórico utilizado, qual a estrutura dos planos de cuidados (qual o sistema informático usado)	Modelo Teórico anteriormente seguido: Virginia Anderson. A CIPE ainda está numa fase de implementação.

Projetos existentes no serviço, quais são os que têm intervenção dos EEER	Actualmente não existe nenhum projeto em vigor.
Necessidade de formação e implementação de novos projetos	Para já não foi identificada nenhuma necessidade nesse âmbito.

Quadro 11

Informação recolhida em papel manuscrito, com autorização prévia da Senhora Enfermeira Chefe e Acessora da Diretora do Hospital [REDACTED]

## **APÊNDICE IV**

Primeiras Jornadas Multidisciplinares do ACES Lisboa Ocidental e do Oeiras e Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental



## **APÊNDICE V**



# **6º Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Unidade Curricular: OPÇÃO II

## **Área de Especialização**

### **Enfermagem de Reabilitação**

#### **GUIA**

#### **“Artroplastia Total da Anca”**

**Elaborado por:**

Carla Sofia Fernandes

**Enfermeira Orientadora:**

[REDACTED]

**Professor Coordenador:**

Joaquim Paulo Oliveira

**Hospital [REDACTED]**

Dezembro 2015 a Fevereiro 2016

Carla Sofia Fernandes, 3868

**NOME: Artroplastia Total da Anca (ATA)**

**ÂMBITO:** Definição de procedimentos a adotar na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa submetida a artroplastia total da anca (ATA)

**DESTINATÁRIOS:** Todos os enfermeiros, Pessoa submetida a ATA e seu Cuidador

**RESPONSABILIDADES:**

Enfermeiro integrador: Responsável pela formação dos enfermeiros

Enfermeiros: Pela execução e ensino dos procedimentos

**OBJETIVOS:**

Protocolar e uniformizar os procedimentos a adotar à pessoa submetida a ATA

Melhorar a autonomia da pessoa, capacitando-a na gestão do seu autocuidado e sua independência

Promover a segurança e confiança da pessoa

**CONCEITOS:** Segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS) (PNS, 2011-2016) as doenças osteoarticulares, nomeadamente as artroses e a osteoporose, exigem elevada atenção por parte do sistema de saúde, devido ao aumento da sua prevalência e pelas incapacidades que geram. O aumento da esperança média de vida, do ponto de vista ortopédico, acarreta maior incidência de doenças degenerativas, nomeadamente a artrose. A sintomatologia inerente a esta, num grau avançado, exige cada vez mais, o recurso à cirurgia, podendo ser prótese total (ATA) ou parcial da anca (Hemiartropla) (Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia (SPOT) (SPOT, 2010)

A ATA consiste na substituição da parte danificada ou artrósica da articulação

coxofemoral (Cunha, 2008). As suas causas mais comuns são as fraturas e o desgaste articular por osteoartrose (Cruz, Oliveira & Conceição, 2009; Sousa, 2014).

O objetivo da ATA é promover a qualidade de vida através do alívio da dor, restauração, melhoria da função e estabilidade no sentido de promover uma capacidade funcional satisfatória (SPOT, 2010).

Segundo o Registo Português de Artroplastias foram realizadas em Portugal 6000 ATA no ano de 2010 e 6092 em 2011, sendo a ATA uma das reconstruções cirúrgicas mais comuns no nosso país (Cunha, 2008; Gomes, 2013)

Existem atualmente, uma panóplia de endopróteses articulares nomeadamente os implantes cimentados, não cimentados, híbridos e de revestimento (Morais, 2010):

- **PRÓTESE CIMENTADA** – é fixada ao osso do utente através do cimento acrílico. Este penetra na porosidade do osso, sendo a fixação do implante imediata. Está indicada para utentes cujo osso tem pouca capacidade de crescimento e remodelação. Neste tipo de próteses pode-se exercer o levante com carga de imediato (Maxey, L. & Magnusson, J., 2003; Violante, 2014)
- **PRÓTESE NÃO CIMENTADA** – é ajustada ao osso, e a sua fixação é feita pelo próprio organismo por bioactividade ou através do crescimento do osso para dentro da superfície porosa da prótese. Está indicada para utentes cuja qualidade do osso seja capaz de suportar as pressões durante o ajuste e a estabilização primária da prótese e que tenha a capacidade de promover fixação secundária do implante, através do crescimento e remodelação do tecido ósseo, tal como ocorre na cura das fraturas. Neste tipo de prótese não é recomendada exercer carga total, antes de 6 semanas, aproximadamente (Maxey, L. & Magnusson, J., 2003; Violante, 2014)
- **PRÓTESE HÍBRIDA** - consiste numa combinação entre uma haste

femoral cimentada e um componente acetabular não cimentado (Violante, 2014)

- **PRÓTESE DE REVESTIMENTO OU RESURFACING** - é um tipo de artroplastia conservadora de osso em que a cabeça femoral é preservada sendo recoberta por uma superfície metálica que articula com um componente acetabular (Violante, 2014)

A escolha pelo método de fixação terá em conta fatores do doente (idade, armazenamento de osso) (Cunha, 2008)

O tempo de vida projetado atualmente para uma prótese é de cerca de 20 anos, pelo que os principais candidatos à ATA devem ser utentes com mais de 60 anos de idade. Esta cirurgia só deve ser feita em doentes mais novos quando o estado funcional está severamente comprometido e a dor é intolerável (Maxey, L. & Magnusson, J., 2003; Cruz, Oliveira, & Conceição, 2009; Sousa, 2014; Bettencourt, Afonso, & Gonçalves, 2014)

Esta intervenção cirúrgica implica que a pessoa precise de 4 a 6 meses para se reabilitar e voltar à sua vida. No entanto o tempo requerido para uma reparação óssea pode levar até 4 anos numa fratura (Hoeman, S. et al., 2011).

#### **VIA DE ACESSO**

- **VIA ANTERIOR** - é realizada uma incisão na face latero-anterior proximal da coxa. Aqui há comprometimento dos músculos adutores (pectíneo, pequeno adutor, médio adutor, grande adutor, reto interno, psoas iliaco) que permitem fazer flexão, adução e rotação externa da anca; Há comprometimento dos rotadores internos (tensor da fáscia lata, reto anterior, pequeno e médio glúteo), pelo que estão contra-indicados os movimentos de rotação externa, extensão e abdução (Maxey L., Magnusson, J., 2003; Violante, 2014)
- **VIA POSTERO-LATERAL** - é realizada uma incisão na face lateral-externa proximal, há comprometimento dos músculos abdutores (pequeno e médio glúteo, tensor da fáscia lata, costureiro, piriforme, obturador interno e externo) e rotadores externos (piriforme, obturador

interno e externo, quadrado femoral, costureiro, bicípite femoral, pectíneo, reto interno), pelo que serão contra-indicados os movimentos de rotação interna, flexão acima de 90° e adução da anca além da linha média. A abordagem posterior preserva o glúteo médio e o mínimo, bem como o vasto interno, o que facilita a recuperação funcional (Maxey L., Magnusson, J., 2003; Violante, 2014).

A sustentação adequada para a articulação coxofemoral depende dos rotadores externos e dos rotadores internos

Independentemente da abordagem - manter o triângulo de abdução entre as pernas, para evitar a adução para além da linha média do corpo; não se sentar em cadeiras ou sanitas baixas; no treino de marcha, não fazer movimentos de rotação sobre a perna operada (Cunha, 2008; Cruz, Oliveira & Conceição, 2009)

**INDICAÇÕES PARA ATA** (Vital IC & Cameron LE., 2009; Parente et al., 2009; Cruz, Oliveira & Conceição, 2009; DGS, 2013)

A ATA está indicada em Utentes que apresentem limitação dos movimentos articulares e dor devido a:

- Deformidades causadas por osteoartrite
- Artrite reumatóide
- Necrose avascular da cabeça do fémur
- Outras patologias da cabeça do fémur
- Outras artrites
- Epifisiólise da cabeça do fémur
- Doença de Legg-Perthes-Calvé
- Doença de Paget

- Fraturas graves do acetábulo e com grandes roturas na região trocantérica
- Tumores da região proximal do fémur
- Displasia congénita
- Espondilose anquilosante
- Osteoartrose primária ou secundária
- Fractura do colo do fémur

**CONTRA-INDICAÇÕES PARA ATA ATA** (Cruz, Oliveira & Conceição, 2009; DGS, 2013)

- **Absolutas:**
  - Infeção ativa (local ou sistémica)
  - Imaturidade esquelética
  - Paraplegia ou tetraplegia
  - Massa óssea inadequada
  - Suporte peri articular inadequado
  - Falta de motivação, de conhecimento e colaboração do doente
  - Défices acentuados da força muscular dos membros inferiores
  - Parésia dos músculos da anca como consequência de uma patologia neurológica antiga
  - Idade jovem do utente
- **Relativas:**

- Obesidade mórbida
- Artropatia de Charcot
- Doença neurológica ou neuromuscular incapacitante e/ou progressiva

**POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DA ATA** (Phipps, Long, Woods, Cassmeyer, 1995; Proença, 2008; Cruz, Oliveira & Conceição, 2009; DGS, 2013)

- Infecção, podendo levar à remoção da prótese
- Luxação e subluxação da Prótese
- Lesões neurológicas:
  - Lesão do nervo ciático
  - Lesão do nervo obturador
  - Lesão do nervo femoral
- Lesões vasculares
  - Trombose venosa profunda
  - Tromboembolia pulmonar
- Ossificações peri-articulares
- Fraturas peri-protésicas
- Hipotensão relacionada com o cimento
- Osteólise e desgaste
- Falência do implante

- Dismetria
- Ossificação heterotópica
- Anemia

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM** (Phipps, Long, Woods, Cassmeyer, 1995; Proença, A., 2008; Cunha, 2008; Cruz, Oliveira & Conceição, 2009; Parente et al., 2009; Gomes, 2013; Aido, Sousa, Pereira, & Ramos, 2013; Violante, 2014)

Os cuidados de enfermagem ao Utente submetido a ATA têm como finalidade reduzir a dor e melhorar, restaurar ou manter a função articular, prevenindo complicações.

Deve-se evitar flexão da anca para além dos 60º, nos primeiros 10 dias; acima do 90º, antes dos 2 / 3 meses; rotação interna e adução para além da linha média do corpo. Observa-se um período de 2 a 3 meses, de carga parcial, na parte do corpo afetada, com ajuda de bengala ou canadiana.

#### PRÉ-OPERATÓRIO

- 1º dia
  - Apresentar o serviço e a equipa de saúde ao utente e à família
  - Entregar o guia de acolhimento
  - Preencher a folha de colheita de dados
  - Solicitar ao utente exames auxiliares de diagnóstico (análises: bioquímica, hemograma e provas de coagulação; electrocardiografia; RX tórax e RX anca) e medicação do domicílio
  - Efetuar ensino ao utente sobre procedimentos a efetuar no pré-operatório e pós-operatório imediato (presença de drenagem vesical, cateter epidural/endovenoso, soroterapia, penso

operatório, sistema drenagem por vácuo)

- Fazer ensinios (ver anexos):
  - Exercícios de reeducação funcional respiratória
  - Exercícios isométricos e isotônicos
  - Prevenir a Luxação
  - Posicionamento no leito
  - Mobilizações (Deitar, Levantar, Sentar)
  - Treino de marcha (Subir e descer escadas, Usar andarilho, Usar canadianas)
  - Transferências (cama / cadeira / sanitário /carro)
  - Vestir e despir
  - Sexualidade
- Colheita de sangue para tipagem (provas de Histocompatibilidade e classificação do grupo sanguíneo)
- Avaliar sinais vitais
- Preparação intestinal
- Efetuar tricotomia na região coxofemoral
- Remover adornos/acessórios (brincos, fios, anéis, relógios, próteses, piercing) colocando-os em local seguro, preferencialmente devem ser entregues à família
- Garantir jantar ligeiro
- Garantir um jejum de 6 a 8 horas antes da hora marcada para a cirurgia

- Garantir higiene do doente com solução à base de clorexidina 2%, caso este não a consiga garantir
- Fornecer vestuário adequado (bata e meias anti-trombóticas)
- Administrar a medicação pré-operatória conforme prescrição do médico anestesista
- 2º dia
  - Vigiar ou auxiliar nos cuidados de higiene com Clorexidina 2%
  - Vigiar o uso adequado da roupa cirúrgica (Bata e meias anti-trombóticas no membro contra lateral, ao que vai ser intervencionado)
  - Retirar adornos e próteses
  - Avaliar e registar sinais vitais
  - Incentivar a eliminação vesical e intestinal antes da ida para o bloco operatório
  - Administrar a medicação pré-operatória conforme prescrição do médico anestesista
  - Se for diabético colocar soro dextrosado (conforme protocolo da Diabetes)

## PÓS-OPERATÓRIO

- 1º dia
  - Vigiar estado de consciencia
  - Monitorizar os sinais vitais
  - Vigiar a permeabilidade da via periférica/cateter epidural
  - Vigiar a permeabilidade dos sistemas de drenagem e as

características do conteúdo drenado

- Vigiar o penso operatório
- Vigiar sinais e sintomas de compromisso neuro circulatório e sensitivo-motor a nível do membro intervencionado
- Zelar pela manutenção da integridade cutânea
- Atuar na manutenção do posicionamento correto do membro operado
- Zelar pela segurança higiene e conforto do utente
- Vigiar sinais sugestivos de complicações pós-operatórias (neurológicas, cardiovasculares, respiratórias, metabólicas, urológicas, gastrointestinais, reações pós-transfusionais, híper ou hipotermia, lesão do nervo ciático e luxação da prótese
- Aplicar crioterapia
- Promover uma ingestão alimentar e hídrica adequada, de acordo com a tolerância do utente
- Dar especial atenção à mobilização precoce do membro operado e evitar posicionamentos/mobilizações incorretas, devido ao elevado risco de luxação
- Avaliar e controlar a dor
- Avaliar possíveis sinais de infeção
- Remover a drenagem vesical e o cateter venoso periférico, o mais precocemente possível
- Incentivar o uso de meias anti-trombóticas antes do primeiro levante
- Incentivar a realização de exercícios de reeducação funcional

respiratória e exercícios isotónicos (ver anexos)

- Reforçar outros ensinamentos (ver anexos):
  - Exercícios isométricos
  - Prevenir a Luxação
  - Posicionamento no leito
  - Mobilizações (Deitar, Levantar, Sentar)
  - Treino de marcha (Subir e descer escadas, Usar andarilho, Usar canadianas)
  - Transferências (cama / cadeira / sanitário /carro)
  - Vestir e despir
  - Sexualidade
- Incentivar o doente a reforçar a ingestão de líquidos
- Nos dois primeiros dias o penso operatório não deve ser trocado, caso necessário pode ser reforçado. Geralmente a substituição o primeiro penso operatório para observação a ferida cirurgica e da sutura ocorre entre o segundo e o quarto dia (pós operatório)
- 2º dia (48 horas)
  - Por vezes no bloco operatório são colocados drenos de vacuo de baixa pressão com objetivo de drenar possíveis hemorragias, evitando desta forma a formação de coágulos, diminuindo o risco de infecção e melhorando o processo de cicatrização. Deve-se então retirar o dreno, uma vez que após este período o organismo reconhece o dreno como um corpo estranho e inicia um processo de rejeição

- Realizar o primeiro penso pós-operatório
- Retirar o cateter epidural (a administração da heparina deve respeitar o seguinte intervalo de tempo: 12 horas antes da remoção do catéter epidural e 6 horas após)
- Caso esteja algaliado, desalgaliar 6 horas após a remoção do catéter epidural
- Realizar o primeiro levante com auxílio do andarilho para a cadeira de rodas (avaliar os sinais vitais antes, durante e após), com o objetivo de treinar o equilíbrio, preparar o treino de marcha, prevenir as complicações da imobilidade, fortalecer a massa muscular e promover a estabilidade articular
- Realizar exercícios isométricos e isotônicos no leito
- 3º dia (72 horas)
  - Reforçar os ensinamentos de Preparação para alta
  - Realizar exercícios isométricos no leito
  - Realizar treino do levantar e deitar na cama, do sentar e levantar da cadeira
  - Treino de marcha (Subir e descer escadas, Usar andarilho, Usar canadianas)
  - Treino da transferência da cama para a cadeira e para o sanitário

Os pontos de sutura são por norma retirados entre o décimo segundo e o décimo quinto dia, uma vez que este período é considerado o tempo médio para existir uma cicatrização muscular suficiente para suportar movimentos de mobilização.

Após este período o enfermeiro depois de verificar a cicatrização da sutura, decide se retira metade ou a totalidades dos pontos de sutura.

## **TRANSIÇÃO MEIO HOSPITALAR / DOMICILIO**

Os enfermeiros desenvolvem um conjunto de intervenções ao utente, cuidador e respetiva família de modo a proporcionar ao utente e família, uma adequada transição de cuidados do meio hospitalar para o domicílio, ajudando-os a desenvolver e aprimorar novas competências na prestação de cuidados (Silva, 2011)

A preparação da alta deve ser um processo continuo a ser iniciado logo na admissão, ou anteriormente se possível, através da promoção de ações programadas de ensino quer à pessoa, quer aos familiares (informação, demonstração e treino), informando-os e orientando-os sobre os recursos disponíveis na comunidade (Santos, J. M., 2002).

O objetivo da enfermagem passa por capacitar o utente no sentido da sua autonomia e independência, contribuindo para a sua adaptação a um novo estilo de vida, no âmbito da promoção da saúde e na adoção de técnicas e métodos que contribuam para ganhos em saúde (redução do tempo de internamento e melhoria da qualidade de vida) (Hoeman, S. et al., 2011).

Os cuidados de enfermagem devem incidir não só nos ensinamentos de reabilitação, mas também toda a orientação e preparação física e emocional, avaliação e encaminhamento, com a finalidade de diminuir o risco cirúrgico, promover a recuperação e evitar complicações no pós-operatório (Christóforo, B., E. & Carvalho, D., 2009).

O enfermeiro assume um papel fundamental no processo de reabilitação da pessoa submetida a ATA e do seu prestador de cuidados, na identificação das necessidades, no estabelecimento e implementação do plano de intervenção, na avaliação dos resultados e na reformulação do plano, de modo a maximizar as capacidades funcionais. Ao prestar cuidados personalizados pretende-se otimizar as capacidades da pessoa / família e promover a readaptação funcional, através de um processo de aprendizagem individual, tendo em atenção os seus potenciais e limitações (Jacinto, A. et al., 2014).

A intervenção do enfermeiro passa por uma abordagem que inclui a família e a comunidade, no processo de cuidados, articulando as relações entre os contextos sociais, culturais, políticos e económicos, além dos fatores individuais, dando ênfase efetivo ao potencial da pessoa, e não à doença e incapacidade da mesma (Menoita, E. C.; Cordeiro & M. C. O., 2012).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro é responsável pelo:

*“Planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde de acordo com as necessidades dos clientes; os recursos da comunidade; o máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade; a optimização das capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito e o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.” (OE, Dezembro de 2001)*

#### **ANEXOS:**

**ENSINOS** (Cunha, 2008; Cruz, Oliveira & Conceição, 2009; Morais, 2010; Silva 2011; Menoita & Cordeiro, 2012; Gomes, 2013; Bettencourt, Afonso e Gonçalves, 2014; Jacinto, 2014)

- O que deve fazer:
  - Fazer marcha com canadeanas durante 3 meses
  - Iniciar carga progressiva a partir do 1 mês (10% do peso corporal por semana)
  - A partir do 3º mês deve fazer marcha sem canadianas
  - Dormir com uma almofada entre as pernas durante pelo menos 10 meses
  - Evitar pisos acidentados
  - Evitar andar de bicicleta
  - Tomar banho de duche em substituição da banheira

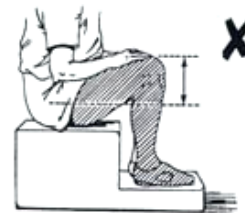
- Todos os exercícios ensinados e treinados durante o internamento devem continuar pelo menos até ao 6º mês

- O que não deve fazer:

- Não deve cruzar as pernas
- Não deve fazer carga sobre o membro operado durante o 1º mês



- Não deve carregar pesos
- Não deve fazer mais de 90º de flexão no membro na anca operada



- Não deve sentar-se em cadeiras ou sanitas baixas
- Não deve dobrar o corpo sobre as pernas a partir da posição de sentado
- Não deve fazer rotações bruscas
- Não deve aumentar de peso
- Inclinarse em demasia para a frente para se calçar, deve pedir ajudar ou adquirir produtos que permitem realizar esta operação sem risco
- Não dobrar o membro operado a mais de 90º
- Não apanhar objetos do chão, inclinándose para a frente



- Não permanecer longos períodos de pé

- Evitar principalmente nas primeiras 6 semanas tarefas para as quais o utente tem de ser vergar

- **EXERCÍCIOS DE REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA**

- Instruir e treinar sobre técnicas respiratórias: controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração
- Exercícios abdomino-diafragmáticos
- Incentivar e treinar a tosse

- **EXERCÍCIOS ISOMÉTRICOS**

- Contrações isométricas abdominais
- Contrações isométricas dos glúteos
- Contrações isométricas do quadríceps e isquiotibiais

- **EXERCÍCIOS ISOTÓNICOS**

- Incentivar o utente a realizar mobilizações passivas / ativas / ativas assistidas / ativas resistidas (3 séries de exercícios / 10 repetições 1 a 2 vezes por dia (conforme tolerância do utente), de forma a evitar / diminuir o risco de edemas e trombozes venosas profundas e a ativar a força muscular, a sensibilidade distal e o retorno venoso:
- Dorsiflexão / flexão plantar da tibio-társica
- Flexão / extensão da coxo-femural com e sem flexão do joelho, mas não ultrapassando os 90°
- Mobilizações ativas livres / resistidas do membro sã
- Abdução / adução do membro operado até a linha média e voltar à posição inicial
- Extensão lombo-pélvica

- o Fortalecimento do quadríceps com rolo

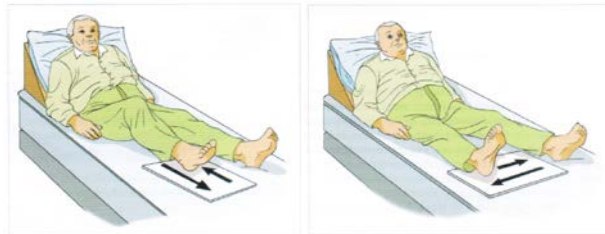


Fig 3 – Flexão do joelho

Fig 4 – adução e abdução do membro operado

- **POSICIONAMENTO NO LEITO**

- o Posicionar o utente em decúbito dorsal com uma almofada triangular entre as pernas, de forma a prevenir a rotação interna e a adução

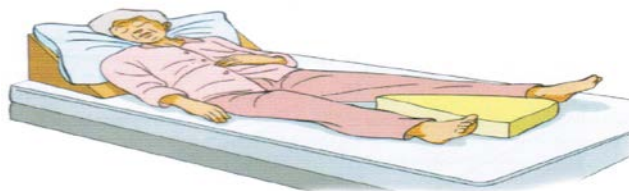


Fig.1 – Utente corretamente posicionado em Decúbito Dorsal

- o Posicionar o utente em decúbito semi-dorsal lado sã, com uma almofada entre as pernas, para apoiar o membro operado, de forma a prevenir a rotação interna e a adução

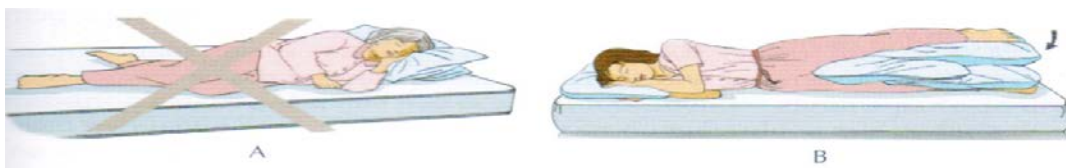


Fig. 2 - A)utente incorretamente posicionado em Decúbito Lateral; B) Utente corretamente posicionado em Decúbito Lateral

- o Promover ensino ao utente sobre a mobilização no leito, utilizando o suporte existente por cima da cama e o apoio do calcanhar da perna sã, para alívio da pressão da região sagrada, de forma a evitar úlceras de pressão

- **MOBILIZAÇÕES (LEVANTAR, DEITAR, SENTAR)**

- Levantar
  - 1º Levante

Sempre que possível o levante deve ser realizado pelo lado oposto ao membro operado, uma vez que permite que a maior parte da força seja efectuada pelo membro não operado (rodar e levantar ligeiramente as nádegas)

1. Avaliação de sinais vitais de antes do levante e na posição de sentado e após levante
2. Assumir uma posição de sentado na cama a 45º (mantendo sempre o membro operado em extensão, mantendo um ângulo superior a 90º)
3. Rodar na cama de forma a colocar os pés no chão, mantendo o alinhamento dos membros e abdução dos mesmos
4. Colocar as mãos na cama, e com a força dos membros superiores mais o membro inferior não operado pôr-se de pé
5. Já em pé e em equilíbrio deve apoiar-se no seu auxiliar de marcha

Nota: o primeiro levante deve ser progressivo e devemos ter em conta os valores tensionais do doente.

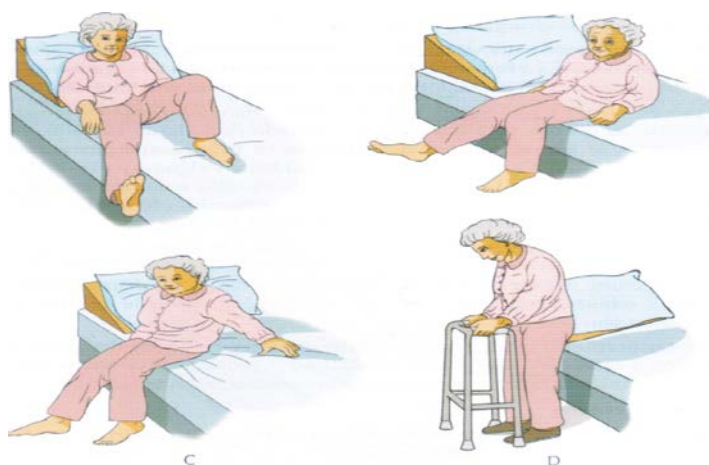


Fig 5 – Levante

- Deitar
  - Movimento de deitar

Correspondem aos movimentos inversos relativamente ao levantar

- Sentar

- Sentar

1. Colocar-se em frente da cadeira de forma a que a região popliteia fique encostada à borda dianteira do acento da cadeira
2. Agarrar os braços da cadeira (um de cada vez)
3. Deslizar o membro operado para a frente de forma a fazer uma ligeira extensão
4. Baixar-se até ficar sentada, apoiando os antebraços na cadeira
5. Deslizar para trás até ficar confortável

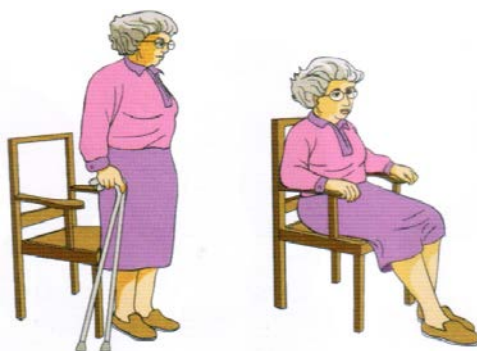


Fig 8 – Sentar-se em cadeira com braços

- **SUBIR E DESCER ESCADAS**

Os auxiliares de marcha (usar andarilho e posteriormente canadianas) devem estar bem ajustados às características do doente. Pois evita que o doente ande demasiado vergado ou excessivamente direito o que dificultaria a marcha

- Subir escadas

1. O membro não operado é o primeiro a avançar
2. Em seguida avança o membro operado

3. E por fim avançam as canadianas (se houver corrimão, deve sempre que possível apoiar-se nele)

o Descer escadas

1. As canadianas são as primeiras a avançar

2. Em seguida a o membro operado

3. E por fim avança o membro não operado

4. Rodar sobre o membro são

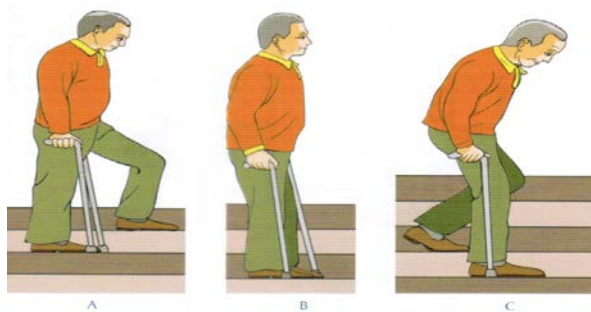


Fig 7 - A, B) Subir escadas; C) descer escadas



Fig. 6 –Marcha com canadianas

• **TRANSFERÊNCIAS (CAMA / CADEIRA / SANITÁRIO / CARRO)**

o Uso da sanita

Esta não pode ser baixa, se for tem de se recorrer a um alteador, ou seja, depois de sentado os angulos entre o tronco e as coxas e entre as coxas e as pernas nunca deverá ser inferior a 90º) deverá adoptar um procedimento semelhante ao sentar-se na cadeira. Deverá haver dispositivos fixos ou móveis onde o doente se possa agarrar e/ou apoiar-se de forma evitar quedas e

facilitando os movimentos de sentar e levantar.



Fig 9 – uso correto da sanita

- **CUIDADOS DE HIGIENE**

O Utente deverá sempre que possível escolher o duche. Não deve sentar-se, tendo de se sentar optar por um banco alto

Se optar por tomar banho numa banheira, não deve tentar entrar na banheira sem utilizar uma tabua de banheira e um assento. Estes procedimentos devem manter-se pelo menos até 12 semanas após a cirurgia.

1. Sentar-se na tabua de banheira previamente fixa
2. Levantar as pernas e passa-las (uma de cada vez) para dentro da banheira. Tentando que o membro operado permaneça em ligeira extensão
3. Apoiar as mão na banheira e em seguida baixar-se até ao assento colocado no interior da banheira

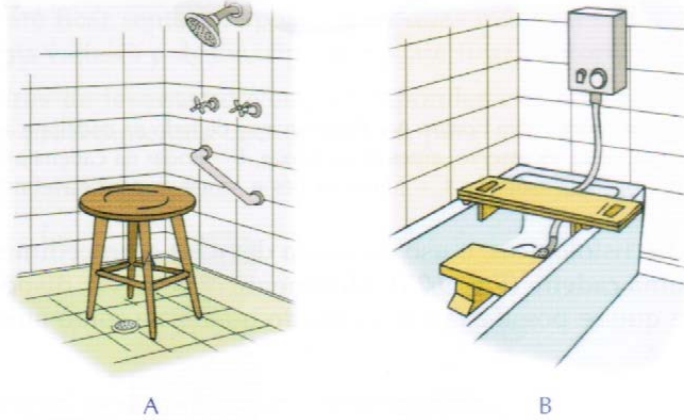


Fig 10 – A) Banho Duche; B) Banho Banheira

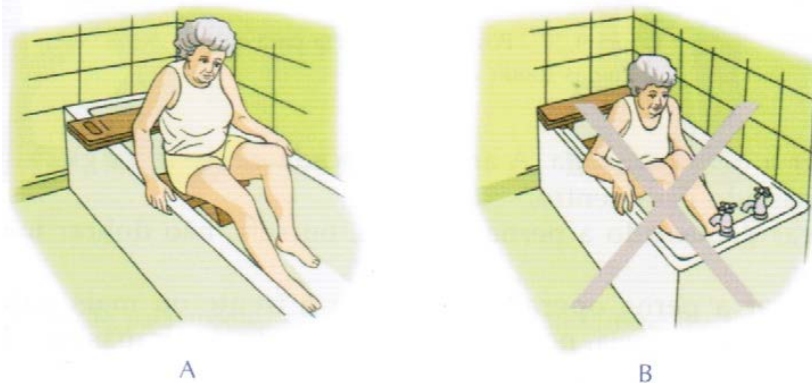


Fig 11 – A) uso correto do apoio da banheira; B) uso incorreto do apoio da banheira

Nota: tanto no caso do duche em poliban como no caso do banho na banheira devem existir dispositivos fixos ou móveis onde o doente se possa agarrar/apoiar de forma a prevenir as quedas.

- **ENTRAR E SAIR DO CARRO**

A condução pode ser retomada a partir da 8ª semana após a cirurgia, tendo o cuidado de elevar o banco com almofadas, devendo evitar fazer viagens longas.

- Para entrar no carro

1. De costas para o carro apoiar a região popliteia na ladeira da porta do carro
2. Apoiar as mãos no assento
3. Sentar-se mantendo o membro operado com o joelho em extensão

4. Utilizar a força das mãos e do membro não operado para se chegar para trás em sentido do banco contrario (sempre com o membro operado em extensão)
5. Rodar sobre o assento e colocar as pernas para o interior do carro (é importante o membro operado manter a extensão)
6. Ajustar a posição de forma a ficar confortável, respeitando sempre a regras dos 90° (o ângulo entre o tronco e a coxa não deve ser inferior a 90°)



Fig 12 – Posição correta para entrar no carro

Para sair do carro deve seguir os passos acima descritos mas em ordem inversa



Fig 13- Posição correta para sair do carro

- **VESTIR E DESPIR**

Para se vestir, a melhor estratégia é a utilização de pinças de cabo longo ou suspensórios, fixados ao vestuário, pois permitem deslizar os membros inferiores com o mínimo de flexão.

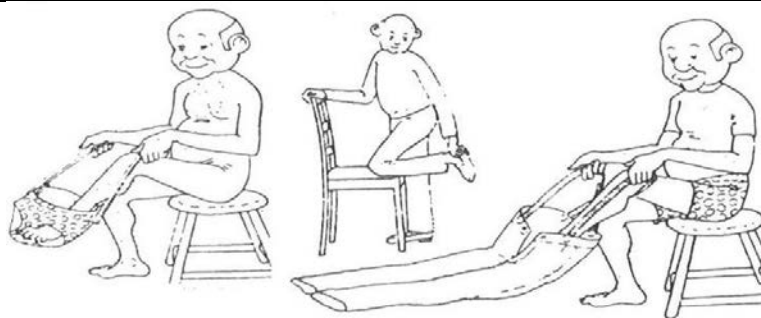


Fig 14 – forma correta de vestir e calçar

Para se calçar, a melhor forma é arranjar uma calçadeira de cabo longo ou utilizar uma cadeira:



Fig 15 – Forma incorreta de calçar

- **SEXUALIDADE**

Está aconselhada o retorno à atividade sexual 1 mês após a cirúrgica (salvo contra-indicação médica).

As posições recomendadas são aquelas que evitam os movimentos luxantes

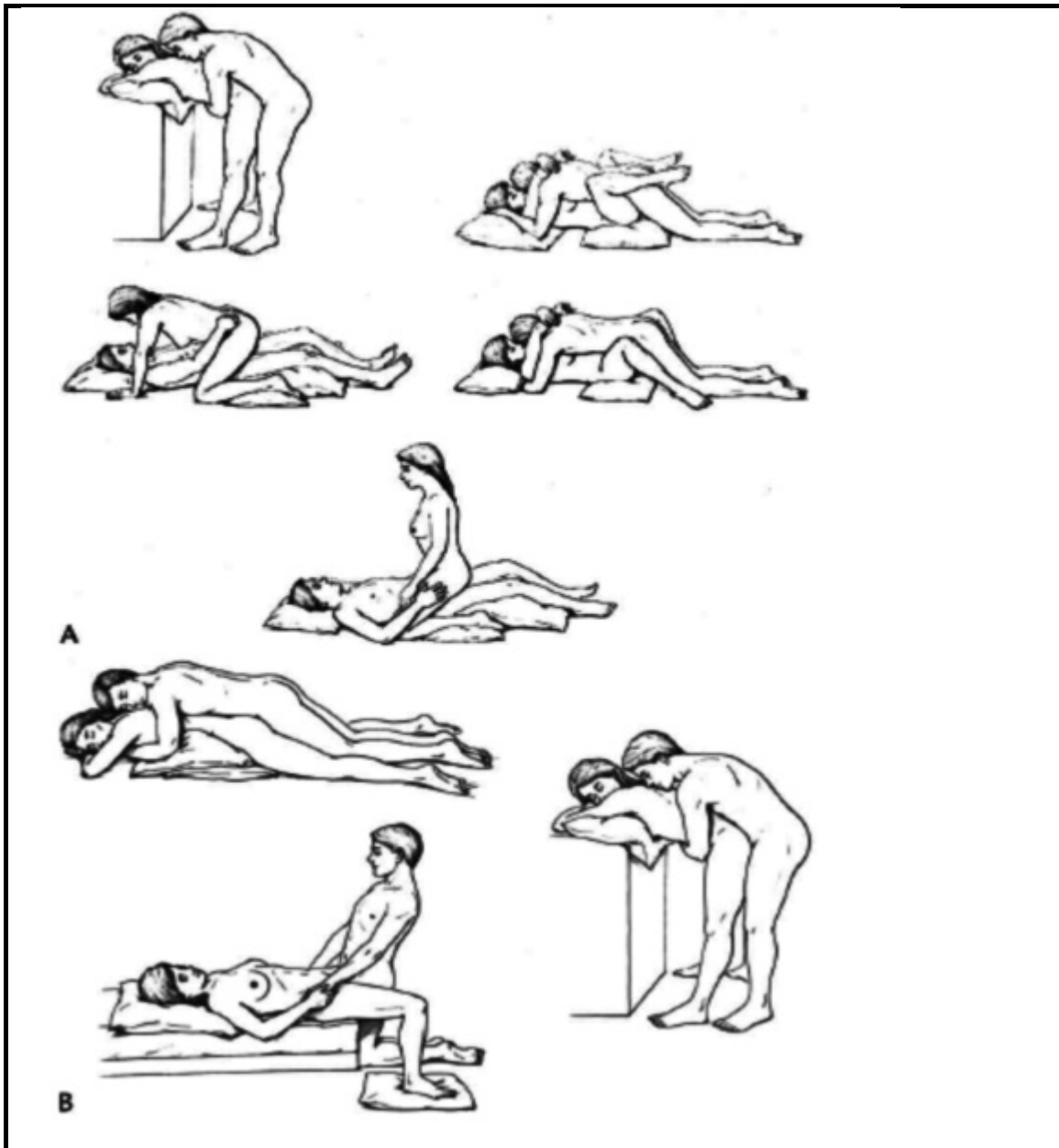


Fig 16

A) Posições sexuais aconselháveis para homens submetidos a ATA

B) Posições sexuais aconselháveis a mulheres submetidas a ATA

**REFERÊNCIAS:**

AIDO, R., SOUSA, M., PEREIRA, A., & RAMOS, J. (30 de Setembro de 2013). **A influência da osteoartrose e da artroplastia da anca sobre a actividade laboral em doentes em idade activa.** REVISTA PORTUGUESA DE

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, p. 371.

BETTENCOURT, M., AFONSO, C., & GONÇALVES, L. (2014). **Condução Automóvel, Actividade Sexual e Desporto após a Artroplastia Total da Anca – Como e quando iniciar?** Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação, 26, pp. 41-46.

CHRISTÓFORO, B., E. & CARVALHO, D. (2009). **Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório.** Rev. Esc. Enfermagem USP 43 (1): 14-22. [Consultado a 15 de Maio de 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/02.pdf>

CRUZ, A., OLIVEIRA, L., & CONCEIÇÃO, V. (2009). **Enfermagem em Ortotraumatologia (2ª ed.).** Coimbra: Formasau - Formação e Saúde Lda.

CUNHA, E. L. (2008). **Enfermagem em Ortopedia.** Lousã: LIDEL - Edições Técnicas, Lda.

DGS. (23 de Setembro de 2013). **Artroplastia Total da Anca.** Direção-Geral da Saúde - Norma 014/13.

GOMES, J. (2013). **A Pessoa com Artroplastia Total da Anca – Atividades de Vida Diária e Qualidade de Vida.** Viana do Castelo: Instituto Politecnico de Viana do Castelo.

HOEMAN, S. et al. (2011). **Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados esperados (4ª ed.).** Loures: Lusodidacta.

JACINTO, A. et al. (Maio 2014). **Intervenções do Enfermeiro Especialista de Reabilitação à pessoa submetida a Artroplastia da Anca: Ganhos em Saúde.** Revista de Enfermagem “Cuid´arte”, Enfermagem de Reabilitação, Centro Hospitalar de Setubal, Ano 7, nº 11. [Consultado 15 de Maio 2015]. Disponível em <http://pt.slideshare.net/csofiaestevao/revista-cuidarte-n11-2014>

MAXEY, L. & MAGNUSSON, J. (2003). **Reabilitação pós-cirúrgica para o paciente ortopédico.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p. 366. ISBN 85-277-0791-8.

MENOITA, E. C.; CORDEIRO, M. C. O. (2012). **Manual de boas Práticas na Reabilitação Respiratória. Conceitos, princípios e técnicas.** Editor:

Lusociência. ISBN: 9789728930868

MORAIS, J. (2010). **Preparação do Regresso a Casa: do Hospital ao Contexto Familiar**. Porto: Universidade Católica Portuguesa - instituto de Ciências da Saúde.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). (Dezembro de 2001). **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos**. Divulgar.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). (2013). **Guia Orientador de Boas práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade-Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). 2015. Regulamento 350 / 2015. **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação**. Diário da Republica, 2ª Série - Nº 119 - 22 junho 2015. Acedido em 10 Novembro 2015. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPa dQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao\\_DRJun2015.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPa dQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf)

PARENTE et al. (2009). **Artroplastia da Anca in Enfermagem em ortotraumatologia**, 2ª ed. Coimbra: Formasau. p. 326. ISBN 978-989-8269-01-0.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE (PNS) 2011-2016. **Estratégias Saúde. Vol. 1. Portal da Saúde**. [Consultado a 10 de Maio de 2015]. Disponível em: [http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4DDFFD8C-EB94-4CAE-BCE4-D95DE95EA944/0/PNS\\_Vol1\\_Estrategias\\_saude.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4DDFFD8C-EB94-4CAE-BCE4-D95DE95EA944/0/PNS_Vol1_Estrategias_saude.pdf)

PHIPPS, LONG, WOODS, CASSMEYER. (1995). **Enfermagem Médico-cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica** (3ª edição. Capítulo 15). Lisboa: Lusodidata.

PROENÇA, Adrião. (2008). **Ortopedia traumatologia: Noções essenciais**. Coimbra: Imprensa da Universidade. ISBN 978-989-8074-25-6.

SANTOS, J. M. (2002). **Parceiros nos cuidados – uma metodologia centrada no doente**. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

SILVA, J. (2011). **Necessidades de Informação do Doente Submetido a**

**Artroplastia Total da Anca: Contributo do Enfermeiro.** Porto: Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (SPOT). (2010). **Relatório Anual do Registo Português de Artroplastias. 2º Relatório Anual 2010-2011.** [Consultado a 2 de Junho de 2015]. Disponível em <http://www.rpa.spot.pt/Main-Sections/Statistics.aspx>

SOUSA, M. J. (2014). **Caracterização da prática da Fisioterapia em indivíduos submetidos a Artroplastia Total da Anca e resultados obtidos ao nível da Dor, Funcionalidade e Qualidade de vida.** Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

VITAL IC & CAMERON LE. (2009). **Assistência ao paciente submetido à Artroplastia Total de Quadril: O Saber da Enfermagem Traumatológica.** *Revista de enfermagem UFPE on line*; 3(4): 1134-41. ISSN 1981-8963

VIOLANTE, A. (2014). **Efetividade de Ensino Pré Operatório em Doentes Submetidos a Artroplastia Total da Anca.** Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

## **APÊNDICE VI**



# **6º Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Unidade Curricular: OPÇÃO II

## **Área de Especialização**

### **Enfermagem de Reabilitação**

#### **Processo de Enfermagem UUCI**

**Elaborado por:**

Carla Sofia Fernandes

**Enfermeira Orientadora:**

████████████████████

**Professor Coordenador:**

Joaquim Paulo Oliveira

Setembro a Novembro

2015

## ABREVIATURAS

AINES	Anti-inflamatórios não esteróides
AVD	Atividades de Vida Diária
CEER	Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação
CID	Classificação Internacional das Doenças
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
GCE	Escala De Coma De Glasgow
HBP	Hipertrofia Benigna da Próstata
MCEER	Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação
MIF	Medida de Independência Funcional
MMSE	Escala Mini-Mental State Examination
SIE	Sistemas de Informação em Enfermagem
OE	Ordem dos Enfermeiros
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados Consigo
UP	Úlcera de pressão

# INDICE

ABREVIATURAS .....	86
INDICE .....	87
0. INTRODUÇÃO .....	88
1. AVALIAÇÃO DO UTENTE .....	90
2. EXAME NEUROLÓGICO .....	95
3. PLANOS DE CUIDADOS .....	97
5. REFLEXÃO .....	107
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	109
ANEXO A – AVALIAÇÃO DOS PARES CRANIANOS.....	110
ANEXO B – ESCALA DE COMA DE GLASGOW .....	112
ANEXO C- INDICE DE BARTHEL.....	113
ANEXO D – MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL.....	116
ANEXO E – ESCALA VISUAL ANALÓGICA - DOR .....	119
ANEXO F - MINI-MENTALSTATEEXAMINATION – MMSE .....	120
ANEXO G – ESCALA BLESSED.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
ANEXO H - ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG .....	125
ANEXO I - ESCALA DE LOWER (1-5).....	130
ANEXO J – ESCALA DE ASHWORTH (1-4).....	131
ANEXO K – ESCALA DE MORSE.....	132
ANEXO L – ESCALA DE BRADEN .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
APÊNDICE I – LINGUAGEM CIPE.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
APÊNDICE II - CICLO REFLEXIVO DE GIBS .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>

## 0. INTRODUÇÃO

No âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, foi proposta a realização em cada local de estágio um conjunto de registos de diversa natureza:

- Plano de cuidados dos utentes a quem preste cuidados;
- Notas de campo / jornais de aprendizagem;
- Relatório / reflexão sobre a aprendizagem efetuada de acordo com os objetivos do estágio definidos.

O documento orientador da Escola preconiza que o estudante desenvolva competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, a pessoas com problemas de incapacidade, limitação da atividade ou restrição de participação, nos diferentes contextos de cuidados tendo em vista a sua reabilitação e reintegração social.

Este trabalho é constituído por 3 partes essenciais:

- A avaliação geral do utente;
- A avaliação do seu exame neurológico;
- O plano de cuidados elaborado em função dos focos identificados, face a linguagem CIPE (APENDICE I).

A conclusão é uma reflexão mais direcionada para o Utente em causa neste Plano de Cuidados, tendo por base o ciclo de Gibbs (APENDICE II), sobre as dificuldades encontradas, as experiências adquiridas e a emotividade envolvida. Sendo que a reflexão sobre a acção, permite-me olhar sobre o seu agir, repensar e reconfigurar as minhas práticas de cuidados, à luz das diferentes dimensões que incorporam o cuidado de enfermagem.

Assim, o utente “escolhido” integra-se nas necessidades teórico – práticas das técnicas de reabilitação cardio - respiratória e motora. Desta forma será desenvolvido um plano de reabilitação com diagnósticos de enfermagem

(designação atribuída à decisão sobre um fenómeno que representa o foco de intervenção) que integre as suas necessidades, com vista à aquisição de autonomia e independência, integrando o cuidador.

Embora o enfermeiro de reabilitação olhe para o utente no seu todo, existem no entanto, focos de atenção com especial interesse pois permitem, para além de intervenções gerais de enfermagem, enquadrar intervenções diferenciadas de reabilitação.

## 1. AVALIAÇÃO DO UTENTE

A informação clínica do utente foi colhida com autorização prévia da UCCI [REDACTED], mantendo a confidencialidade dos dados recolhidos.

- ☞ DATA DE ADMISSÃO: Agosto 2015
- ☞ NOME: “A.S.”
- ☞ IDADE: 90
- ☞ ESTADO CIVIL: casado
- ☞ PROFISSÃO/OCUPAÇÃO: pensionista da PSP
- ☞ SITUAÇÃO SOCIAL: Reside com a esposa I.S. de 89 anos em vivenda, pensionista nunca trabalhou fora de casa. A esposa do utente sofre de doença de alzheimer há cerca de 12 anos. Até Março do ano transato era o utente que tratava da mesma e organizava toda a vida do casal, com o apoio dos filhos;

No que respeita ao suporte familiar, este casal tem duas empregadas domésticas diariamente (diurna e noturna) que lhes promove ajuda total em todas as AVD; além de contar com o apoio a organização dos filhos: I.S. de 57 anos de idade trabalha como empregada de escritório; O.S. de 63 anos de idade, técnica de análises reformada por invalidez; J.S. de 61 anos de idade, reformado da PSP.

- ☞ *ANTECEDENTES PESSOAIS:*
  - Doença cérebro vascular com acidente vascular isquémico com hemiparésia esquerda sequelar em 2008;
  - Hipertensão arterial controlada com a medicação;
  - Úlcera de pressão (UP) na região sagrada em 2014, cicatrizada;
  - Fractura colo do fémur à esquerda, com colocação de prótese em 2014;
  - Glaucoma que progrediu para amaurose;
  - Hipoacusia bilateral moderada, sem necessidade de recorrer a prótese auditiva;
  - Rinite alérgica assintomática;

- Asma brônquica;
- Herniorrafia inguinal, com colocação de prótese em 2007;
- Hipertrofia Benigna da Próstata (HBP) controlada com medicação;
- Colecistectomia laparoscópica em 2005.

Em Março 2014 o Sr. A.S. sofreu queda na via pública, onde resultou fratura do colo do fêmur à esquerda, sendo submetido a Hemiartroplastia não cimentada de Moore. Após a cirurgia ortopédica, ficou totalmente dependente nas actividades da vida diária, acamado, sem capacidade de levantar ou marcha.

Durante o internamento destaca-se como intercorrência pneumonia adquirida na comunidade sem agente isolado (quadro terá sido iniciado ainda em ambulatório), tendo cumprido ciclo de antibioterapia com boa resposta clínica e laboratorial.

Em Maio 2015 por quadro de tosse produtiva difícil de expelir, dispneia e pieira com 1 mês de evolução recorreu ao serviço de urgência. Foi medicado com broncodilatadores e antibiótico, que cumpriu durante 7 dias; colheu expectoração nesse dia para exame microbiológico que isolou um *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*, ambos sensíveis à antibioterapia instituída; Antigenúria para *Pneumococcus* e *Legionella* negativos. Teve alta no próprio dia.

Em Junho 2015 foi internado com o diagnóstico de pneumonia bacteriana (Pneumonia da comunidade na base esquerda, hipoxemiante). No seguimento desse internamento desenvolveu uma Úlcera de Pressão (UP) GIII na região sagrada; a sua capacidade cognitiva regrediu, decorrente da doença de Alzheimer.

#### ↳ MEDICAÇÃO

- Medicado em ambulatório com Aprovel (irbesartan), 150 mg, 1 cp por dia;

- Clopidogrel 75 mg, 1 cp por dia;
- Sinvastatina 20 mg, 1 cp por dia;
- Vastarel (trimetazidina) 35 mg, 1 cp por dia;
- Proscar (finasterida) 5 mg, 1 cp por dia;
- Betaserc (betahistina) 16 mg, 1 cp por dia.
- Alergia a Anti-inflamatórios não esteróides (AINES).

↳ À ENTRADA NA UCCI, FACE AS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD):  
Em Agosto do presente ano foi referenciado para a Unidade de Cuidados Continuados Integrados Consigo (UCCI), tendo sido admitido em Setembro.

- Segundo a ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCE) apresenta score 14 (ANEXO B), Vigil, pouco colaborante, orientado na pessoa, mas desorientado no tempo e espaço, discurso pouco fluente, pele e mucosas pálidas e desidratadas;
- Segundo o Índice de BARTHEL (ANEXO C) encontrava-se acamado e totalmente dependente de terceiros para todas as AVD (0/100 pontos);
- Segundo a Medida de Independência Funcional (MIF) (ANEXO D) necessita de ajuda total (individuo <25%) nas AVD;
- Segundo a ESCALA VISUAL ANALÓGICA (ANEXO E) da dor, apresenta dor 0, excepto quando são realizados os exercícios muculo-articulares, apresentando dor 8;
- Tensão Arterial: 140/60mmHg;
- Frequência Cardíaca: 80 batimentos por minuto;
- Temperatura Timpânica 37°C;
- Eupneico em repouso (a saturação periférica da hemoglobina em oxigénio (SpO2) foi medida pela oximetria de pulso, na ordem dos 96% em ar ambiente), respiração de média amplitude e predominantemente toracoabdominal; simetria entre os movimentos dos lados direito e esquerdo do tórax e abdómen; Tosse eficaz com incentivo, secreções espessas amarelas;

- À auscultação Pulmonar: murmúrio vesicular mantido bilateralmente, sem ruídos adventícios;
- À auscultação Cardíaca: sons cardíacos rítmicos, sem sopros;
- Abdómen: ruídos hidroaéreos presentes. Mole, depressível, indolor à palpação. Murphy renal ausente;
- Eletrocardiograma: ritmo sinusal. Bloqueio auriculo-ventricular de primeiro grau. Sem outras alterações;
- Radiografia de tórax: com discreta Hipo transparência heterogénea bilateral nas bases;
- Segundo a Escala Mini-Mental State Examination (MMSE) (ANEXO F) para avaliar o estado mental, apresenta um défice na avaliação cognitiva (2/30). A Escala de BLESSED (ANEXO G) avalia a capacidade, face à sua doença de Alzheimer, em grau elevado (16,5 / 17). De acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID-10), demência é uma síndrome decorrente de lesão cerebral tardia, usualmente de natureza crónica ou progressiva, na qual há perturbações de múltiplas funções cognitivas superiores, com prejuízo do funcionamento social e ocupacional, em relação ao nível individual de funcionamento prévio, não explicável por alterações da consciência, sensoriais ou na mobilidade e sua manifestação depende do meio social e cultural do indivíduo.
- Segundo a avaliação da Escala de BERG (ANEXO H) não apresenta equilíbrio corporal sentado nem estático, nem dinâmico, tendo necessidade de assistência máxima). O equilíbrio é um processo complexo que depende da integração da visão, da sensação vestibular e periférica, dos comandos centrais e respostas neuromusculares e, particularmente, da força muscular e do tempo de reação (Silva, A., et al., 2007)
- Na avaliação da escala de LOWER (ANEXO I) apresenta diminuição generalizada da força, membros superiores (direito 3/5; esquerdo 2/5) e membros inferiores (direito 3/5; esquerdo 2/5);

- Na avaliação da escala de ASHWORTH (ANEXO J) apresenta espasticidade generalizada em grau elevado de todos os segmentos articulares (3/4);
- Na avaliação da escala de MORSE (ANEXO K), apresenta um risco baixo de queda - 30 (25-50);
- Na avaliação da escala de BRADEN (ANEXO L) apresenta risco moderado (14/24) para desenvolver úlceras de pressão (UP).

↵ PERCEPÇÃO DA SITUAÇÃO PELO UTENTE: A sua situação de demência não lhe permite enquadrar-se no tempo, espaço e pessoa (GCE, MMSE, Blessed), o que apresenta elevado défice cognitivo.

↵ ACONTECIMENTOS DE VIDA RECENTES SIGNIFICATIVOS:

- Internamento em 2014 por pneumonia. Foi referenciado do hospital para a Unidade de Cuidados Continuados Integrados Consigo (UCCI) em Agosto 2015 cujo objetivo era manter o programa de reabilitação:
  - Otimizar a força muscular,
  - Manter a amplitude articular,
  - Prevenir a anquilose;
  - Atuar na prevenção de infeção respiratória.

## 2. EXAME NEUROLÓGICO

Para a realização do exame neurológico, foram tidos em conta vários aspetos:

1. A avaliação dos Pares Cranianos (ANEXO A) foi o fio condutor para a realização do Exame Neurológico e para a consecução do Plano de Cuidados.
2. Realizada avaliação do estado de consciência e cognição, através da Escala de Coma de Glasgow (14/15), através da escala Mini-Mental State Examination (MMSE) (2/27) e da Escala Blessed (16,5/17), o que apresenta elevado défice cognitivo.
  - Apresenta Confusão - respostas inapropriadas; diminuição da atenção e memória;
  - As capacidades cognitivas estão todas ausentes, sendo elas: Orientação Tempo e Espaço, Analogias, Pensamento abstrato, Cálculos aritméticos, Capacidade de escrita, Capacidade motora (praxis), Reconhecimento de objetos (gnosia), Memória, Atenção, Juízo crítico, Distorções de perceção;
  - Ausência de Aparência e comportamento: Asseio e cuidado com aparência, Estado emocional, Linguagem corporal;
  - Na avaliação do Discurso e da linguagem, a qualidade da voz é firme, no entanto responde de forma coerente a perguntas simples e por curtas palavras, sem identificar a capacidade de articulação das mesmas. O pouco que fala é compreensível, tipo “de onde é? – guarda”
3. Exame físico:
  - À Inspeção apresenta rigidez musculo-articular, mais acentuada no hemi-corpo esquerdo e essencialmente no membro inferior esquerdo, ao nível da articulação coxo-femural, em resultado da Artroplastia da Anca;

- À palpação não se sentem alterações cutâneas;
  - À percussão não se presenciam sons adventícios;
  - À auscultação ouvem-se discretos roncosp das vias aéreas superiores.
4. Avaliação dos pares cranianos através de vários dispositivos (Foco luminoso, Espátula, Agulhas, Diapasão, Objetos familiares, Martelo de reflexos, Monofilamento, Algodão em rama, Substâncias aromáticas, Tubos com água quente e fria, Soluções com paladares específicos - café e canela), onde são identificadas alterações aos vários níveis, conforme ANEXO A.

### 3. PLANOS DE CUIDADOS

Após a avaliação dos pares cranianos foram identificados os problemas reais e potenciais, adequando a linguagem CIPE surgiu a necessidade de criar o seguinte plano de cuidados (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) Beta 2, 2015)

DATA INICIAL	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJETIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	DATA AVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO
7/10/2015	Risco de Deglutição comprometida, por reflexo do vômito e controlo postural ausente.	Promover uma ingestão de líquidos adequada;  Avaliar a autonomia do utente;  Avaliar os conhecimentos da cuidadora.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a capacidade de deglutição, através de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alterações qualidade da voz,</li> <li>○ Articulação das palavras,</li> <li>○ Deglutição de alimentos de consistência pastosa,</li> <li>○ Deglutição de alimentos sólidos,</li> <li>○ Deglutição da própria saliva,</li> <li>○ Deglutição de líquidos,</li> <li>○ Movimento da língua e dos lábios,</li> <li>○ Controlo postural da cabeça,</li> <li>○ Reflexo de vômito,</li> <li>○ Reflexo de deglutição,</li> <li>○ Sensibilidade da mucosa oral,</li> <li>○ Simetria facial</li> </ul> </li> <li>• Monitorizar a deglutição</li> <li>• Executar técnica de deglutição</li> <li>• Supervisionar a deglutição</li> </ul>	20/10/2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem alterações na voz</li> <li>• Deglute a própria saliva</li> <li>• Reflexo de vômito, com auxílio da espátula ausente</li> <li>• Deglutição de líquidos ineficaz:</li> </ul> <p>Para a Avaliação o utente foi colocado numa posição de sentado com as costas apoiadas e o tronco ereto; Efetuada tentativa de administração de 10 ml de água utilizando uma seringa. Como o utente não tolerou mais do que 5 ml, engasgando-se, foi suspensa a sua administração</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posição de sentado na cama ineficaz:</li> </ul> <p>Ausência de controlo postural; não tem equilíbrio sentado estático; hiper tonicidade dos músculos do pescoço.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir a dieta</li> <li>• Posicionar a pessoa</li> <li>• Providenciar inicialmente uma dieta pastosa progredindo para mole; evitar a administração de líquidos puros privilegiando utilização de espessante.</li> <li>• Avaliar, instruir e ensinar a cuidadora sobre técnicas de deglutição eficazes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Técnica de consistência adaptada e de elevação da cabeça, em posição de sentado, visto que o utente não é capaz de colaborar nas outras técnicas por espasticidade (Técnica postural com flexão anterior do pescoço ineficaz)</li> </ul> </li> </ul>		<p>Na avaliação da prestadora de cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A prestadora tem conhecimentos sobre as técnicas de deglutição: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consistência adaptada</li> <li>○ Técnica sensorial (estímulo verbal) compensatória da deglutição</li> <li>○ Elevação da cabeça</li> </ul> </li> </ul>
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DATA INICIAL	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJETIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	DATA AVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO
7/10/2015	Autocuidado Beber - Risco de aspiração de líquidos	Avaliação dos conhecimentos da cuidadora.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o conhecimento da prestadora de cuidados sobre a importância da ingestão de líquidos;</li> <li>• Avaliar o conhecimento da prestadora de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: beber;</li> </ul>	20/10/2015	<p>O cuidador apresenta conhecimentos para promover a ingestão de líquidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copo com bico</li> <li>• Espessante para solidificar os líquidos</li> <li>• Gelatinas</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir e treinar a prestadora de cuidados sobre a importância da administração de líquidos e quais as formas</li> <li>• Avaliar o conhecimento da prestadora de cuidados sobre dispositivos para auxiliar a ingestão líquidos.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comotas / purés</li> </ul>
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------

DATA INICIAL	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJETIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	DATA AVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO
7/10/2015	Comunicação comprometida, associada à doença de alzheimer em grau elevado (MMSE e Escala de Demência BLESSED)	<p>Avaliar o seu Grau de demência;</p> <p>Estimular o Utente a falar e a pensar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o estado de consciência através da Escala de Coma de Glasgow (GCE);</li> <li>• Avaliar a capacidade cognitiva através da MMSE;</li> <li>• Avaliar o nível de Demência segundo a escala de BLESSED;</li> <li>• Avaliar a capacidade de comunicar através da avaliação do padrão da voz</li> <li>• Incentivar a pessoa a comunicar, através da expressão verbal</li> </ul>	<p>20/10/2015</p> <p>2ª, 4ª, 6ª</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GCE 14/15</li> <li>• MMSE apresenta défice cognitivo (2/27)</li> <li>• BLESSED – Nivel16,5 numa avaliação máxima de 17 valores;</li> <li>• Não existem alterações ao nível d/o padrão de voz (regular, boa entoação);</li> <li>• Aquando a visita (3 vezes/semana) na interação com o utente – “Bom dia”, este responde sempre com energia e tom vigoroso. Na realização dos exercícios é sempre solicitada a sua intervenção para contar as repetições dos mesmos.</li> <li>• Consegue responder a questões diretas simples, com conteúdo pouco estruturado, esquecendo-se facilmente da pergunta, apelando mais facilmente à memória remota.</li> </ul>

DATA INICIAL	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJETIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	DATA AVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO
7/10/2015	Défice sensorial por amaurose bilateral e sensibilidade tátil alterada	Promover e estimular o contacto físico e a estimulação verbal;  Estimular o Utente a pegar em objetos pequenos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a pessoa com o toque físico;</li> <li>• Avaliar sensibilidade tátil grossa, fornecendo a seringa de água espessada para a mão</li> <li>• Avaliar sensibilidade tátil fina, fornecendo um pente para a mão</li> <li>• Avaliar sensibilidade tátil térmica através da aplicação de água quente e fria</li> <li>• Avaliar sensibilidade tátil dolorosa, com um alfinete d'ama</li> <li>• Avaliar sensibilidade de pressão, através da aplicação de força no peito</li> <li>• Avaliar sensibilidade vibratória através da aplicação de um aparelho próprio nas extremidades dos dedos das mãos ou dos pés</li> <li>• Avaliar sensibilidade postural através do algodão nas costas</li> </ul>	20/10/2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amaurose bilateral;</li> <li>• Sensibilidades presentes, à exceção da sensibilidade tátil fina</li> </ul>

DATA INICIAL	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJETIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	DATA AVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO
7/10/2015	Equilíbrio corporal comprometido (Escala BERG)	Estimular a posição ortostática.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o equilíbrio corporal: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ equilíbrio dinâmico sentado</li> <li>○ equilíbrio estático sentado</li> <li>○ equilíbrio dinâmico em pé</li> <li>○ equilíbrio estático em pé</li> </ul> </li> </ul>	20/10/2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Na avaliação de todos os itens das intervenções de enfermagem, não é presenciado nenhum dos parâmetros;</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>○ adota posições viciosas</li> <li>○ apresenta deformidades da coluna</li> <li>○ apresenta dismetria dedo / nariz</li> <li>○ apresenta dismetria calcanhar / joelho</li> <li>○ suporta o próprio peso em diferentes posições</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foi realizada a avaliação do equilíbrio segundo a escala de BERG e não consegue ter equilíbrio sentado, nem estático, nem dinâmico.</li> </ul>
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DATA INICIAL	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJETIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	DATA AVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO
7/10/2015	Movimento muscular comprometido por espasticidade em grau elevado (Escala ASHWORTH)	<p>Minimizar o risco de anquilose;</p> <p>Estimular a força muscular dos membros superiores e inferiores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar movimento articular, segundo Escala ASHWORTH,</li> <li>• Avaliar o utente se apresenta contraturas que impossibilitam a realização de AVD</li> <li>• Avaliar o utente se apresenta aumento do tónus muscular</li> <li>• Avaliar o utente se apresenta rigidez articular e movimentos descoordenados</li> <li>• Avaliar o utente se existe espasticidade</li> </ul>	20/10/2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O movimento articular foi testado com base na escala de ASWORTH, relativo à espasticidade; No entanto apesar da mobilização da anca operada poder ser realizada sem restrições, na grande maioria das intervenções cirúrgicas, tem de se respeitar a tolerância do utente. As exceções são as fraturas submetidas a artroplastia parcial ou total. Nestes casos, devem ser tomadas precauções no sentido de prevenir a luxação da prótese, durante 8 –10 semanas pós-operatório. As limitações serão diferentes, consoante a via de abordagem cirúrgica utilizada. Neste caso em particular trata-se da via de abordagem antero-externa, onde não se deve efectuar flexão acima do 70-90°, rotação externa ou adução (para além da linha média) e, sobretudo, não efectuar estes movimentos em</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar, instruir e treinar a capacidade do prestador de cuidados para posicionamentos em padrão inibitório de espasticidade;</li> <li>• Avaliar a força muscular através da escala de LOWER.</li> <li>• São realizados 3 vezes / semana exercícios ativos assistidos e passivos dos membros superiores e inferiores.</li> </ul>	<p>combinação e não efectuar a hiperextensão da anca.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizados testes de avaliação segundo a escala de ASWORTH, a qual determina a avaliação 3 (na escala 0 – 4), o que significa que o utente apresenta “um considerável aumento do tônus muscular, mas a movimentação passiva é efetuada com dificuldade” na maior parte das articulações de todos os segmentos corporais;</li> <li>• O prestador de cuidados tem conhecimentos acerca dos posicionamentos a adotar para minimizar o risco de anquilose;</li> <li>• O prestador de cuidados tem conhecimentos e utiliza a técnica na realização de exercícios ativos assistidos e passivos dos segmentos articulares;</li> <li>• Apresenta força muscular de grau 3 (1-5) a nível dos membros superiores e 2 (1-5) dos membros inferiores.</li> </ul>
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DATA INICIAL	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJETIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	DATA AVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO
--------------	---------------------------	----------	----------------------------	----------------	-----------

7/10/2015	Risco de pé equino associado à falta de mobilidade e força muscular	Minimizar o risco de pé equino.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção do pé equino;</li> <li>Aliviar a roupa da cama através de dispositivo (almofada);</li> <li>Aplicar calor;</li> <li>Massajar o pé.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Executar técnica de exercício muscular e articular ativo assistido e passivo.</li> </ul>	20/10/2015  2ª, 4ª, 6ª	<ul style="list-style-type: none"> <li>O prestador de cuidados tem conhecimentos básicos da posição anatômica do corpo, incluído o apoio do pé, recorrendo ao uso de almofadas e apoio do lençol e colcha para fora da cama, bem como promover o seu conforto;</li> <li>São realizados exercícios muscularto-articulares passivos, pois o utente não é capaz de realizar os mesmos ativamente</li> </ul>
-----------	---------------------------------------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DATA INICIAL	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJETIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	DATA AVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO
7/10/2015	Risco de Úlcera de Pressão por incapacidade de auto-posicionamento  (Escala de BRADEN)	Avaliar, Instruir e Treinar o Cuidador a adotar estratégias para prevenir o desenvolvimento de úlcera de pressão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>Posicionamentos frequentes em alternância de decúbitos, para prevenção de úlcera de pressão;</li> <li>Avaliar tecido cutâneo e mucosas;</li> <li>Avaliar a capacidade de executar técnica de massagem;</li> <li>Avaliar a capacidade de executar técnica de exercício muscular e articular ativo assistido e passivo.</li> </ul> </li> </ul>	20/10/2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pele íntegra e bem hidratada, no entanto na avaliação da escala de BRADEN apresenta risco moderado para desenvolver UP (14/24);</li> <li>Mucosas rosadas e hidratadas;</li> <li>O prestador de cuidados apresenta conhecimentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Acerca da prevenção das UP, recorrendo ao colchão insuflável por pressões alternadas e às almofadas;</li> <li>Revela conhecimentos ao nível do posicionamento anatómico Céfalocaudal;</li> <li>Apresenta conhecimentos sobre técnicas de exercício</li> </ul> </li> </ul>

					<p>muscular e articular, além das técnicas de massagem e hidratação corporal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Segundo a escala de BRADEN tem risco moderado de desenvolver UP (14/24).</li> </ul>
--	--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>DATA INICIAL</b>	<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	<b>DATA AVALIAÇÃO</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>
7/10/2015	Rigidez articular de todos os segmentos corporais	Minimizar risco anquilose e formação deformidades osteo-articulares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o movimento articular: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diminuição do movimento muscular e articular</li> <li>○ Dor ao movimento articular</li> </ul> </li> <li>• Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de rigidez articular;</li> <li>• Instruir e treinar sobre técnicas de exercício muscular e articular - rodar e oscilação pélvica;</li> <li>• Instruir sobre técnica de transferência - Virar de lado, colocar pernas fora da cama, levantar do tronco com o apoio do cotovelo.</li> <li>• Treinar o uso da técnica transferência - Virar de lado, colocar pernas fora da cama, levantar do tronco com o apoio do cotovelo</li> </ul>	20/10/2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O utente não é capaz de realizar autonomamente exercícios ativos;</li> <li>• A mobilização articular para além do seu grau de abertura em exercício ativo assistido, apresenta dor;</li> <li>• O prestador de cuidados executa eficazmente algumas das técnicas de exercitação muscular e articular ao nível da flexão e extensão das articulações do cotovelo e joelho; Executa a técnica do rolamento aquando a higiene e nos posicionamentos em decúbitos laterais e semi-laterais;</li> <li>• A técnica de transferência é ineficaz devido ao seu grau elevado de espasticidade, o utente não é capaz de estar na posição de sentado.</li> </ul>

DATA INICIAL	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJETIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	DATA AVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO
7/10/2015	<p>Ventilação comprometida por expetorar ineficaz em grau moderado</p> <p>(Entende-se por grau moderado: a pessoa que necessita de incentivo e ajuda para tossir)</p>	<p>Que o Utente ventile de forma eficaz;</p> <p>Que o Cuidador tenha conhecimento sobre técnicas de melhoramento da ventilação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar respiração através da observação da expansão da caixa torácica;</li> <li>• Monitorizar ventilação através da auscultação pulmonar, recorrendo ao estetoscópio, à monitorização da saturação periférica de oxigénio e aos exames complementares de diagnóstico;</li> <li>• Vigiar e avaliar o reflexo da tosse;</li> <li>• Incentivar a tossir;</li> <li>• Executar técnicas respiratórias – exercícios de expansão torácica;</li> <li>• Instruir, assistir e treinar a técnica da tosse – dirigida e assistida;</li> <li>• Vigiar expetoração;</li> <li>• Avaliar a capacidade de o prestador de cuidados para assistir no expetorar;</li> <li>• Instruir e treinar o prestador de cuidados para assistir no expetorar;</li> <li>• Executar técnicas respiratórias - reeducação costal global, seletiva, diafragmática global, diafragmática seletiva;</li> <li>• Executar técnicas respiratórias - manobras acessórias – Vibração;</li> <li>• Executar Técnicas de posicionamento – drenagem postural modificada;</li> <li>• Instruir sobre técnicas respiratórias -</li> </ul>	2ª, 4ª 6ª	<ul style="list-style-type: none"> <li>• À avaliação física presencia-se um padrão respiratório superficial, recorrendo aos músculos acessórios (diafragma);</li> <li>• À Auscultação ouvem-se discretos roncós nas vias aéreas superiores;</li> <li>• Tem acessos de tosse esporádicos, mais eficazes aquando o seu incentivo e/ ou após as técnicas de cinesioterapia;</li> <li>• AS secreções são frequentemente mucopurulentas em abundante quantidade;</li> <li>• As saturações periféricas oscilam entre os 92 e os 96%;</li> <li>• O Prestador de cuidados tem conhecimentos para assistir o expetorar (incentivo da tosse, elevar a cabeceira, os exercícios de abertura costal), no entanto não tem conhecimentos de SBV, nem tem equipamento para aspiração de secreções;</li> <li>• A drenagem postural é ineficaz, uma vez que a cama não dá para fazer a posição de Trendelenburg;</li> </ul>

			<p>controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar técnicas respiratórias - controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração;</li> <li>• Instruir e treinar técnicas respiratórias - Ciclo ativo das técnicas respiratórias;</li> <li>• Aspirar secreções da cavidade nasal;</li> <li>• Otimizar ingestão de líquidos;</li> <li>• Assistir técnicas respiratórias – exercícios de expansão torácica;</li> <li>• Instruir sobre técnicas de posicionamento – terapêutica de posição e correção postural;</li> <li>• Instruir, treinar e assistir à utilização de equipamento adaptativo - Inspirómetro de incentivo;</li> <li>• Elogiar aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados e do utente.</li> </ul>	2ª, 4ª 6ª	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O utente não é capaz de ter controlo respiratório, com consciencialização dos tempos respiratórios; O prestador de cuidados está sensibilizado para a necessidade e importância da ingestão de líquidos. O utente Inger líquidos com espessante sem dificuldade;</li> <li>• Os exercícios de expansão torácica são realizados com apoio de uma bengala, que o utente segura com as suas mãos e posteriormente colaboramos de forma ativa assistida;</li> <li>• Não foi necessário recorrer a equipamentos adaptativos, tipo espirómetro de incentivo, visto que o utente é capaz de tossir e expelir as secreções aquando a realização das técnicas de cinesioterapia e através do incentivo da tosse.</li> </ul>
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 5. REFLEXÃO

O envelhecimento da população é um tema recorrente na literatura sobre cuidados de saúde e, no que concerne aos cuidados de reabilitação na comunidade, esta é uma realidade presente.

Refletindo particularmente sobre o utente envolvido, a sua patologia, as suas necessidades, a sua família, a sua comunidade, o seu programa de reabilitação, posso dizer que na escolha esteve presente o fato de ser uma pessoa com necessidades transversais à enfermagem e em particular aos cuidados do EEER. Trata-se de ser uma pessoa totalmente dependente nas AVD, cuja principal causa é a doença de Alzheimer.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Diário da Republica (DR), 2015) têm como objetivo dar resposta às necessidades concretas da população e às novas exigências em cuidados, contribuindo fortemente para a obtenção de ganhos em saúde. A sua prioridade assenta na monitorização desses ganhos e na produção de indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, integrados em programas de melhoria contínua da qualidade.

Acontece que dia após dia comecei a perceber uma rotina das técnicas a executar. As práticas em termos de reabilitação respiratória e motora começavam a entrar numa sequência de procedimentos unânimes. Apesar do meu esforço em interagir verbalmente com o utente, sabia que o momento que era apenas importante para mim e que a minha atuação teria ganhos essencialmente no conforto que lhe poderia proporcionar no momento, nomeadamente em termos respiratórios, atuando ao nível da cinesioterapia respiratória, contribuindo desta forma para minimizar as complicações respiratórias e por sua vez as idas com mais frequência ao hospital.

Este utente apesar de necessitar dos cuidados especializados do EEER, com o intuito de restaurar o funcionamento individual ao nível respiratório e motor e adaptar a pessoa a uma nova situação de saúde (desejável), não se esperam resultados visíveis a médio e longo prazo, dadas as circunstâncias da evolução da sua doença. O que significa que as suas necessidades são permanentes e

não de forma temporal. No entanto e, nesta situação em particular percebi que a prestadora de cuidados é uma pessoa que tem muitos anos de experiência naquela casa, além de que na nossa interação ela revelou conhecimentos no âmbito das técnicas motoras e respiratórias, para proporcionar alívio, conforto e bem-estar ao utente, sua esposa e tranquilizar os seus familiares.

No entanto, por mais que tenhamos um plano estipulado a realizar a cada utente, nem sempre isso é possível realiza-lo de forma linear. Tratando-se de uma população idosa, com todas as suas limitações e comorbidades associadas, há dias em que a capacidade de resposta aos nossos estímulos não é tao eficaz, pois terá sempre de ser ajustada no momento da visita.

Esta experiência e este caso em particular fez-me compreender a importância do EEER na continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. Cuidados estes vitais não tanto na atuação direta com o utente, mas essencialmente na importância da intervenção sobre o prestador de cuidados na manutenção desses mesmos. Porque felizmente este é um caso de sucesso, face tantos outros que presenciei que além de não existir cuidador, outros mesmos tendo cuidador é como se não tivesse, pois são seres humanos muitas vezes “largados” ao abandono, aos maus tratos, à falta de carinho, de afeto e até de alimentação.

Com isto percebi que as questões financeiras muitas vezes são tão ou mais importantes, quanto ter uma família que valorize, que cuide de quem já cuidou de si.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diário da República (DR), 2.<sup>a</sup> série — N.º 119 — 22 de junho de 2015.

**Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação.**

Consultado 26 Outubro 2015. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao\\_DRJun2015.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf)

Ferreira, J., (2011). **Dissertação de Mestrado - Dispositivo mecatrónico para a quantificação da Espasticidade.** Repositório da Universidade do Minho. Consultado 20 Outubro 2015. Disponível em:

<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/20276/1/Jo%C3%A3o%20Fernandes%20Ferreira.pdf>

Jasper, M. (2012). **Beginning Reflective Practice – Foundations in Nursing and Health Care** . Obtido em 9 de Outubro de 2015. Disponível em:

<https://www.cengagebrain.co.uk/content/9781408058183.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE), 2015. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (ACEER) – **Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.** Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) Beta 2

Silva, A.; Almeida, G.; Casilhas, R.; Cohen, M.; Peccin, M.; Tufik, S.; Melo, M. (2007). **Equilíbrio, Coordenação e Agilidade de Idosos Submetidos à Prática de Exercícios Físicos Resistidos.** Centro de Estudos em Psicobiologia e Exercício (CEPE). Universidade São Marcos, Brasil. Consultado 20 Outubro 2015. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922008000200001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922008000200001&script=sci_arttext)

## ANEXO A

### AVALIAÇÃO DOS PARES CRANIANOS

ANEXO A – AVALIAÇÃO DOS PARES CRANIANOS		
PARES CRANIANOS		
M- mantido D- diminuído A - ausente NA- não avaliável		
<b>I – Olfativo</b>	Fechar os olhos Identificar odores	Sem alterações Apresenta Anosmia
<b>II – Óptico</b>	Para encerrar um dos olhos, avaliar campo visual (60° em relação à linha média e a 40° da linha nasal para dentro)	Apresenta amaurose
<b>III – Óculo-motor</b> <b>IV – Patético</b> <b>VI- Motor Ocular Externo</b>	Seguir o dedo do enfermeiro que irá desenhar um H Simetria dos movimentos oculares	Apresenta amaurose
<b>V – Trigêmeo</b>	Sensibilidade tátil, térmica e dolorosa Reflexo córneo-palpebral Encerrar e mover a mandíbula	Ausente apenas o reflexo córneo-palpebral

	bilateralmente	
<b>VII – Facial</b>	Sorrir e para franzir o sobrolho encerrando firmemente as pálpebras Apagamento do sulco nasogeniano	Sem alterações
<b>VIII – Acústico / vestibulococlear</b>	Acuidade auditiva de olhos fechados Equilíbrio estático e dinâmico Tonturas e ou vertigens Teste de Romberg - pé com os pés juntos e os membros superiores em extensão (anterior) e olhos fechados	Hipoacusia acentuada bilateral Na avaliação da escala de BERG não consegue ter equilíbrio sentado, nem estático, nem dinâmico. Não refere tonturas ou vertigens Teste de Romberg ineficaz devido à sua espasticidade (3/4 na escala de ashworth - considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil). Teste de Rinne com o diapasão ineficaz.
<b>IX – Glossofaríngeo</b>	Reconhecer sabores como o doce e salgado	Sem alterações
<b>X – Vago</b>	Reflexo do vômito Alterações do tom de voz ou presença de rouquidão	Reflexo do vômito ausente Não identificadas alterações do tom de voz.
<b>XI – Espinhal</b>	Força muscular dos ombros e da cabeça bilateralmente contra resistência	Ausente
<b>XII – Hipoglosso</b>	Diferentes movimentos da língua e com contra a resistência	Mantidos

## ANEXO B

### ESCALA DE COMA DE GLASGOW

	1	2	3	4	5	6
<b>Ocular</b>	Não abre os olhos	Abre os olhos em resposta a estímulo de dor	Abre os olhos em resposta a um chamado	<b>Abre os olhos espontaneamente</b>	N/A	N/A
<b>Verbal</b>	Emudecido	Emite sons incompreensíveis	Pronuncia palavras inapropriadas	<b>Confuso, desorientado</b>	Orientado, conversa normalmente	N/A
<b>Motor</b>	Não se movimenta	Extensão a estímulos dolorosos	Flexão anormal a estímulos dolorosos	Flexão / Reflexo de retirada a estímulos dolorosos	Localiza estímulos dolorosos	<b>Obedece a comandos</b>

- Pontuação total: de 3 a 15
  - 3 = Coma profundo; (85% de probabilidade de morte; estado vegetativo)
  - 4 = Coma profundo;
  - 7 = Coma intermediário;
  - 11 = Coma superficial;
  - 15 = Normalidade.
- Classificação do Trauma cranioencefálico (ATLS, 2005)
  - 3-8 = grave; (necessidade de intubação imediata)
  - 9-13 = moderado;
  - **14-15 = leve.**

# ANEXO C

## INDICE DE BARTHEL

### ANEXO C- INDICE DE BARTHEL

ACTIVIDADES	SCORE)
<b>CONTROLO DO INTESTINO</b>	
0 = Incontinente	0
5 = Ocasionalmente incontinente / necessita de ajuda para coloca supositório	
10 = Continente	
<b>CONTROLO DA BEXIGA</b>	
0 = Incontinente / Algaliado / Incapaz de urinar sem ajuda	0
5 = Ocasionalmente incontinente	
10 = Continente	
<b>HIGIENE PESSOAL</b>	
0 = Necessita de ajuda nos cuidados pessoais	0
5 = Independente para lavar a cara /barbear/ pentear/ lavar os dentes	
<b>USAR A SANITA</b>	
0 = Dependente	0
5 = Necessita de alguma ajuda, mas pode fazer alguma coisa sozinho	
10 = Independente (Vestir/Limpar)	

---

ALIMENTAR-SE

0 = Incapaz

0

5 = Necessita de ajuda para cortar alimentos, espalhar manteiga, etc., e necessita de adaptação da dieta.

10 = Independente

TRANSFERÊNCIA

0 = Incapaz de se manter sentado

5 = Necessita de ajuda (física) de 1 ou 2 pessoas; pode sentar-se

0

10 = Necessita de alguma ajuda (física ou verbal)

15 = Independente (em todas as fases)

CAMINHAR NUMA SUPERFÍCIE NIVELADA

0 = Imóvel ou mobiliza-se >

5 = Independente numa cadeira de rodas > 50 m

0

10 = Caminha com ajuda (verbal ou física) de uma pessoa > 50 m

15 = Independente (mas pode utilizar qualquer ajuda por ex.: bengala) > 50m

VESTIR-SE E DESPIR-SE

0 = Dependente

0

5 = Necessita de ajuda mas pode fazer metade das coisas sem ajuda

10 = Independente

SUBIR E DESCER ESCADAS

0 = Incapaz

0

5 = Necessita de ajuda (verbal/Física)

---

10 = Independente	
TOMAR BANHO	
0 = Dependente	0
5 = Independente (na banheira ou no chuveiro); não necessita de ajuda	
TOTAL	
INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	75 a 51 pontos - dependência
100 pontos – totalmente dependente	50 a 26 pontos – dependência severa
99 a 76 pontos – dependência leve	<b>25 e menos pontos – dependência total</b>

# ANEXO D

## MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

ANEXO D – MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Níveis	7 Independência completa	SEM AJUDA		
	6 Independência modificada (dispositivo)			
Níveis	<b>Dependência modificada</b>	AJUDA		
	5 Supervisão			
	4 Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%)			
	3 Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%)			
	<b>Dependência completa</b>			
	2 Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%)			
1 Ajuda total (indivíduo <25%)				
Avaliação / datas				
AUTOCUIDADO	A-Alimentação	1		
	B-Higiene Pessoal	1		
		1		

	C-Banho	1		
	D-Vestir a metade superior do corpo	1		
	E-Vestir a metade inferior do corpo	1		
	F-Utilização da sanita			
CONTROLO ESFICTERES	G-Controlo Vesical	1		
	H-Controlo Intestinal	1		
MOBILIDADE	<b>Transferência:</b>			
	I-Leito/Cadeira/Cadeira de rodas	1		
	J-Sanita	1		
	K-Banheira/Duche	1		
LOCOMOÇÃO	L-Marcha/Cadeira de rodas	M - C R 1	M C R	M C R
	M-Escadas	-		
COMUNIC AÇÃO	N-Compreensão	A 1 V i -	A V i	A V i



## ANEXO E

### ESCALA VISUAL ANALOGICA – DOR

#### ANEXO E – ESCALA VISUAL ANALÓGICA - DOR



# ANEXO F

## ESCALA MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

ANEXO F - MINI-MENTAL STATE EXAMINATION – MMSE

Nome: \_\_\_\_\_ A.S. \_\_\_\_\_ Data: \_\_20\_\_ / \_\_10\_\_ / \_\_2015\_\_

### 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos?

Em que mês estamos?

Em que dia do mês estamos?

Em que dia da semana estamos?

Em que estação do ano estamos?

Nota: \_\_\_\_\_

Em que país estamos?

Em que distrito vive? **1**

Em que terra vive? **1**

Em que casa estamos?

Em que andar estamos?

Nota: 2 \_\_\_\_\_

### 2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas. Procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra \_\_\_\_\_

Gato \_\_\_\_\_

Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

**3. Atenção e Cálculo** (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27\_ 24\_ 21 \_ 18\_ 15\_

Nota: \_\_\_\_\_

**4. Evocação** (1 ponto por cada resposta correta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra \_\_\_\_\_

Gato \_\_\_\_\_

Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

**5. Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta)

a. "Como se chama isto?" (mostrar os objectos):

Relógio

Lápis

Nota:\_\_\_\_\_

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota:\_\_\_\_\_

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a sobre a mesa" (dar a folha segurando com as duas mãos).

Pega com a mão direita

Dobra ao meio

Coloca onde deve

Nota:\_\_\_\_\_

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz" (mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase)

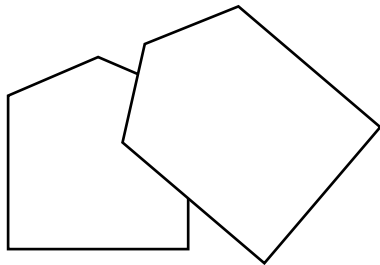
Nota:\_\_\_\_\_

e. "Escreva uma frase inteira aqui" (deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação).

Nota: \_\_\_\_\_

**6. Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais interseccionados. Não valorizar tremor ou rotação.



Nota: \_\_\_\_\_

**TOTAL** (Máximo 30 pontos): 2

Considera-se com défice cognitivo:

- analfabetos  $\leq 15$
- 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq 22$
- com escolaridade superior a 11 anos  $\leq 27$

# ANEXO G - ESCALA BLESSED

A

15

## ESCALA DE DEMENCIA DE BLESSED, TIMLISON Y ROTH (1968)

Paciente \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Sexo (V/M) \_\_\_\_\_ H.<sup>a</sup> Clínica núm. \_\_\_\_\_ Fecha de valoración \_\_\_\_\_

	Total	Parcial	Ninguna
<b>Cambios en la ejecución de las actividades diarias</b>			
1. Incapacidad para realizar tareas domésticas	1	1/2	0
2. Incapacidad para el uso de pequeñas cantidades de dinero	1	1/2	0
3. Incapacidad para recordar listas cortas de elementos (por ejemplo, compras)	1	1/2	0
4. Incapacidad para orientarse en casa	1	1/2	0
5. Incapacidad para orientarse en calles familiares	1	1/2	0
6. Incapacidad para valorar el entorno (por ejemplo, reconocer si está en casa o en el hospital, discriminar entre parientes, médicos y enfermeras, etc.)	1	1/2	0
7. Incapacidad para recordar hechos recientes (por ejemplo, visitas de parientes o amigos, etc.)	1	1/2	0
8. Tendencia a rememorar el pasado	1	1/2	0
<hr/>			
9. Comer:			
a) Limpiamente, con los cubiertos adecuados	0		
b) Desaliñadamente, sólo con la cuchara	2		
c) Sólidos simples (galletas)	2		
d) Ha de ser alimentado	3		
10. Vestir:			
a) Se viste sin ayuda	0		
b) Fallos ocasionales (en el abotonamiento)	2		
c) Errores y olvidos frecuentes en la secuencia de vestirse	2		
d) Incapaz de vestirse	3		
11. Control de esfínteres:			
a) Normal	0		
b) Incontinencia urinaria ocasional	2		
c) Incontinencia urinaria frecuente	2		
d) Doble incontinencia	3		

290

La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir

# ANEXO H

## ESCALA DE BERG

**INSTRUÇÕES GERAIS** (pontuação de 0 a 4)

### 1. SENTADO PARA EM PÉ

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé. Tente não usar suas mãos como suporte.

- **(4) Capaz de permanecer em pé sem o auxílio das mãos e estabilizar de maneira independente;**
- **(3) Capaz de permanecer em pé independentemente usando as mãos;**
- **(2) Capaz de permanecer em pé usando as mãos após várias tentativas;**
- **(1) Necessidade de ajuda mínima para ficar em pé ou estabilizar;**
- (0) Necessidade de moderada ou máxima assistência para permanecer em pé.

### 2. EM PÉ SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se segurar em nada.

- **(4) Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos;**
- **(3) Capaz de permanecer em pé durante 2 minutos com supervisão;**
- **(2) Capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem suporte;**
- **(1) Necessidade de várias tentativas para permanecer 30 segundos sem suporte;**
- (0) Incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem assistência.

Se o sujeito é capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, marque pontuação máxima na situação sentado sem suporte. Siga diretamente para o item 4.

### 3. SENTADO SEM SUPORTE PARA AS COSTAS MAS COM OS PÉS APOIADOS SOBRE O CHÃO OU SOBRE UM BANCO

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

- **(4) Capaz de sentar com segurança por 2 minutos;**
- **(3) Capaz de sentar com por 2 minutos sob supervisão;**
- **(2) Capaz de sentar durante 30 segundos;**
- **(1) Capaz de sentar durante 10 segundos;**
- (0) Incapaz de sentar sem suporte durante 10 segundos.

#### **4. EM PÉ PARA SENTADO**

INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

- **(4) Senta com segurança com o mínimo uso das mãos;**
- **(3) Controla descida utilizando as mãos;**
- **(2) Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida;**
- **(1) Senta independentemente mas apresenta descida descontrolada;**
- (0) Necessita de ajuda para sentar.

#### **5. TRANSFERÊNCIAS**

INSTRUÇÕES: Pedir ao sujeito para passar de uma cadeira com descanso de braços para outra sem descanso de braços (ou uma cama).

- **(4) Capaz de passar com segurança com o mínimo uso das mãos;**
- **(3) Capaz de passar com segurança com uso das mãos evidente;**
- **(2) Capaz de passar com pistas verbais e/ou supervisão;**
- **(1) Necessidade de assistência de uma pessoa;**
- (0) Necessidade de assistência de duas pessoas ou supervisão para segurança.

#### **6. EM PÉ SEM SUPORTE COM OLHOS FECHADOS**

INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e permaneça parado por 10 segundos

- **(4) Capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos;**
- **(3) Capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos com supervisão;**
- **(2) Capaz de permanecer em pé durante 3 segundos;**
- **(1) Incapaz de manter os olhos fechados por 3 segundos mas permanecer em pé;**
- (0) Necessidade de ajuda para evitar queda.

## **7. EM PÉ SEM SUPORTE COM OS PÉS JUNTOS**

INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se segurar

- **(4) Capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto;**
- **(3) Capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto, com supervisão;**
- **(2) Capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente e se manter por 30 segundos;**
- **(1) Necessidade de ajuda para manter a posição mas capaz de ficar em pé por 15 segundos com os pés juntos;**
- (0) Necessidade de ajuda para manter a posição mas incapaz de se manter por 15 segundos.

## **8. ALCANCE A FRENTE COM OS BRAÇOS EXTENDIDOS PERMANECENDO EM PÉ**

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

- **(4) Capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm (10 polegadas);**
- **(3) Capaz de alcançar acima de 12,5cm (5 polegadas);**
- **(2) Capaz de alcançar acima de 5cm (2 polegadas);**
- **(1) Capaz de alcançar mas com necessidade de supervisão;**
- (0) Perda de equilíbrio durante as tentativas / necessidade de suporte externo.

## **9. APANHAR UM OBJETO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO EM PÉ**

INSTRUÇÕES: Pegar um sapato/chinelo localizado a frente de seus pés

- **(4) Capaz de apanhar o chinelo facilmente e com segurança;**
- **(3) Capaz de apanhar o chinelo mas necessita supervisão;**
- **(2) Incapaz de apanhar o chinelo mas alcança 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e manter o equilíbrio de maneira independente;**
- **(1) Incapaz de apanhar e necessita supervisão enquanto tenta;**
- (0) Incapaz de tentar / necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda.

#### **10. EM PÉ, VIRAR E OLHAR PARA TRÁS SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO**

INSTRUÇÕES: Virar e olhar para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o direito. O examinador pode pegar um objeto para olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar o giro.

- **(4) Olha para trás por ambos os lados com mudança de peso adequada;**
- **(3) Olha para trás por ambos por apenas um dos lados, o outro lado mostra menor mudança de peso;**
- **(2) Apenas vira para os dois lados mas mantém o equilíbrio;**
- **(1) Necessita de supervisão ao virar;**
- (0) Necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda.

#### **11. VIRAR EM 360 GRAUS**

INSTRUÇÕES: Virar completamente fazendo um círculo completo. Pausa. Fazer o mesmo na outra direção

- **(4) Capaz de virar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos;**
- **(3) Capaz de virar 360 graus com segurança para apenas um lado em 4 segundos ou menos;**
- **(2) Capaz de virar 360 graus com segurança mas lentamente;**
- **(1) Necessita de supervisão ou orientação verbal;**
- (0) Necessita de assistência enquanto vira.

#### **12. COLOCAR PÉS ALTERNADOS SOBRE DEGRAU OU BANCO PERMANECENDO EM PÉ E SEM APOIO**

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

- **(4) Capaz de ficar em pé independentemente e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos;**

- **(3) Capaz de ficar em pé independentemente e completar 8 passos em mais de 20 segundos;**
- **(2) Capaz de completar 4 passos sem ajuda mas com supervisão;**
- **(1) Capaz de completar mais de 2 passos necessitando de mínima assistência;**
- (0) Necessita de assistência para prevenir queda / incapaz de tentar.

### **13. PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OUTRO PÉ A FRENTE**

INSTRUÇÕES: (DEMONSTRAR PARA O SUJEITO - Colocar um pé diretamente em frente do outro. Se você perceber que não pode colocar o pé diretamente na frente, tente dar um passo largo o suficiente para que o calcanhar de seu pé permaneça a frente do dedo de seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento do passo poderá exceder o comprimento do outro pé e a largura da base de apoio pode se aproximar da posição normal de passo do sujeito).

- **(4) Capaz de posicionar o pé independentemente e manter por 30 segundos;**
- **(3) Capaz de posicionar o pé para frente do outro independentemente e manter por 30 segundos;**
- **(2) Capaz de dar um pequeno passo independentemente e manter por 30 segundos;**
- **(1) Necessidade de ajuda para dar o passo mas pode manter por 15 segundos;**
- (0) Perda de equilíbrio enquanto dá o passo ou enquanto fica de pé.

### **14. PERMANECER EM PÉ APOIADO EM UMA PERNA**

INSTRUÇÕES: Permaneça apoiado em uma perna o quanto você puder sem se apoiar

- **(4) Capaz de levantar a perna independentemente e manter por mais de 10 segundos;**
- **(3) Capaz de levantar a perna independentemente e manter entre 5 e 10 segundos;**
- **(2) Capaz de levantar a perna independentemente e manter por 3 segundos ou mais;**
- **(1) Tenta levantar a perna e é incapaz de manter 3 segundos, mas permanece em pé independentemente;**
- (0) Incapaz de tentar ou precisa de assistência para evitar queda.

**PONTUAÇÃO TOTAL (máximo = 56)**

\_\_\_0\_\_\_ Data: \_\_\_20\_\_\_/\_\_\_10\_\_\_/\_\_\_2015\_\_\_

# ANEXO I

## ESCALA DE LOWER

### ANEXO I - ESCALA DE LOWER (1-5)

<b>MEMBROS SUPERIORES</b>	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL	3	3
COTOVELO	3	3
PUNHO	3	3
DEDOS	3	3
<b>MEMBROS INFERIORES</b>		
ARTICULAÇÃO COXO-FÉMURAL	2	2
JOELHO	2	2
ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA	2	2
DEDOS	2	2

# ANEXO J

## ESCALA DE ASHWORTH

ANEXO J – ESCALA DE ASHWORTH (1-4)

### **Escala de Ashworth Modificada\*\*\***

- Grau X Descrição:
  - 0 Tônus normal
  - 1 Leve aumento do tônus muscular com mínima resistência no fim do movimento
  - 1+ Leve aumento do tônus muscular com mínima resistência em menos da metade do movimento
  - 2 Aumento mais marcado do tônus muscular na maior parte do movimento, mas a mobilização passiva é efetuada com facilidade
  - 3 Considerável aumento do tônus muscular, mas a movimentação passiva é efetuada com dificuldade
  - 4 Segmento afetado rígido em flexão ou extensão

# ANEXO K

## ESCALA DE MORSE

### AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

1. HISTÓRIA DE QUEDAS NÃO - 0 SIM - 20
2. DIAGNÓSTICOS MÉDICOS (> 2 patologias) NÃO - 0 SIM - 15
3. AJUDA NA MARCHA
  - Nenhuma / Ajuda cuidador / acamado \_\_\_\_\_ 0
  - Bengala / canadiana / andarilho \_\_\_\_\_ 15
  - Apoio nos móveis \_\_\_\_\_ 20
4. TERAPÊUTICA I.V. ou CATETER PERMANENTE \_\_\_\_\_ 20
5. MARCHA
  - Normal / cadeira de rodas / acamado \_\_\_\_\_ 0
  - Com dificuldade, mas sem ajuda \_\_\_\_\_ 10
  - Incapaz, sem ajuda \_\_\_\_\_ 20

6. ESTADO MENTAL

Orientado \_\_\_\_\_ 0

Dificuldade de orientação \_\_\_\_\_ 15

Classificação do nível de risco

Recomendações

**0 – 24: sem risco**

**Nenhuma**

**25 – 50: baixo risco**

**Implementar precauções padronizadas contra quedas**

> 50: alto risco

Implementar intervenção para prevenção de alto risco de quedas

# ANEXO L

## ESCALA DE BRADEN

Nome do doente: \_\_\_\_\_

Enfermeiro avaliador: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--

<p><b>Percepção sensorial</b></p> <p>Capacidade de reacção significativa ao desconforto</p>	<p><b>1. Completamente limitada:</b></p> <p>Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação,</p> <p>OU</p> <p>capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b></p> <p>Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação,</p> <p>OU</p> <p>tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p><b>3. Ligeiramente limitada:</b></p> <p>Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição,</p> <p>OU</p> <p>tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b></p> <p>Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>	<p>3</p>			
<p><b>Humidade</b></p> <p>Nível de exposição da pele à humidade</p>	<p><b>1. Pele constantemente húmida:</b></p> <p>A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p><b>2. Pele muito húmida:</b></p> <p>A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p><b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b></p> <p>A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p><b>4. Pele raramente húmida:</b></p> <p>A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>	<p>4</p>			

<p><b>Actividade</b></p> <p>Nível de actividade física</p>	<p><b>1. Acamado:</b></p> <p>O doente está confinado à cama.</p>	<p><b>2. Sentado:</b></p> <p>Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>	<p><b>3. Anda ocasionalmente:</b></p> <p>Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p>	<p><b>4. Anda frequentemente:</b></p> <p>Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>	1			
<p><b>Mobilidade</b></p> <p>Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</p>	<p><b>1. Completamente imobilizado:</b></p> <p>Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b></p> <p>Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p><b>3. Ligeiramente limitado:</b></p> <p>Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b></p> <p>Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>	1			
<p><b>Nutrição</b></p> <p>Alimentação habitual</p>	<p><b>1. Muito pobre:</b></p> <p>Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios).</p> <p>Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido</p> <p>OU</p> <p>está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.</p>	<p><b>2. Provavelmente inadequada:</b></p> <p>Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético</p> <p>OU</p> <p>recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p><b>3. Adequada:</b></p> <p>Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido,</p> <p>OU</p> <p>é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p><b>4. Excelente:</b></p> <p>Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>	4			

<p><b>Fricção e forças de deslizamento</b></p>	<p><b>1. Problema:</b></p> <p>Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p>	<p><b>2. Problema potencial:</b></p> <p>Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.</p>	<p><b>3. Nenhum problema:</b></p> <p>Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição.</p> <p>Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.</p>	1			
	<p>Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.</p>				<p><b>Pontuação total</b></p>	14	

# APÊNDICE I

## LINGUAGEM CIPE

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

Em suma, o documento orientador das práticas de CEER tem como objetivos:  
Documentar os CEER;

Identificar o contributo dos CEER nos ganhos em saúde;

Monitorizar a qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação;

- Identificar a necessidade de formação para sustentar a tomada de decisão no processo de documentação clínica dos CEER;
- Disponibilizar o padrão documental aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER);
- Integrar o documento referencial referente aos CEER;
- Unificar a parametrização do sistema de informação;
- Divulgar a documentação em linguagem CIPE das práticas de CEER;

- Promover a melhoria contínua da qualidade dos CEER.

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

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

De forma a planear realizar registos sistemáticos e diferenciados de enfermagem de reabilitação surgiu então a necessidade de criar planos de reabilitação padrão, integrando a linguagem CIPE para cada foco de atenção alterado. Planos estes que, servem de guia condutor ao EEER no desempenho diário das intervenções implementadas. Estes planos e as suas intervenções estão registados no aplicativo informático SAPE, o que permite realizar os registos no processo clínico eletrónico e onde são evidenciadas as intervenções implementadas, a utilização de escalas de avaliação da função e da condição física ou cognitiva do utente. Estes registos permitem gerar a informação que possa ser utilizada como padrão de qualidade, e que de certa forma monitorizam toda a nossa prática.

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

## APENDICE II

### CICLO REFLEXIVO DE GIBBS

1º DESCRIÇÃO – O que aconteceu ?

2º SENTIMENTOS – O que estou a pensar e a sentir ?

3º AVALIAÇÃO – O que foi bom e mau na experiência ?

4º ANÁLISE – Que sentido podemos encontrar na situação ?

5º CONCLUSÃO – Que mais poderia ter feito ?

6º PLANEAR A ACÇÃO – Se isso resultou de novo, o que irá fazer ?

## **APÊNDICE VII**



# **6º Curso de Mestrado em Enfermagem**

## **Área de Especialização**

**Enfermagem de Reabilitação**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

- Hospital [REDACTED]

## **Processo de Enfermagem**

**Elaborado por:**

Carla Sofia Fernandes

**Enfermeira Orientadora:**

[REDACTED]

**Professor Coordenador:**

Joaquim Paulo Oliveira

**Hospital [REDACTED]**

Dezembro a Fevereiro

2015 / 2016

## ABREVIATURAS

ANA	American Nurses Association
ATA	Artroplastia Total da Anca
AVD	Atividades de Vida Diária
CEER	Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DE	Diagnósticos de Enfermagem
EE	Enfermeiro Especialista
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
GCE	Escala De Coma De Glasgow
HBP	Hipertrofia Benigna da Próstata
MCEER	Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação
MIF	Reabilitação
MMSE	Medida de Independência Funcional
MFP	Mobilidade Física Prejudicada
NOC	Nursing Outcomes Classification
NIC	Nursing Interventions Classification
SIE	Sistemas de Informação em Enfermagem
OE	Ordem dos Enfermeiros
PE	Processo de Enfermagem
RE	Resultados de Enfermagem
UP	Úlcera de pressão

## INDICE

### Conteúdo

0. INTRODUÇÃO .....	5
1. ANAMENÉSE / HISTÓRIA CLÍNICA.....	9
2. EXAME FÍSICO E NEUROLÓGICO .....	13
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES, NO PÓS-OPERATÓRIO, FACE A TAXONOMIA NANDA:.....	16
4. PLANOS DE CUIDADOS .....	19
5. REFLEXÃO.....	27
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	31
ANEXO A .....	36
AVALIAÇÃO DOS 12 PARES CRANIANOS.....	36
ANEXO B .....	40
ESCALA DE COMA DE GLASGOW .....	40
ANEXO C .....	41
INDICE DE BARTHEL.....	41
ANEXO D.....	44
MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL.....	44
ANEXO E .....	46
ESCALA VISUAL ANALOGICA – DOR.....	46
ANEXO F .....	47
AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL.....	47
ANEXO G.....	49
ESCALA DE BERG .....	49
ANEXO H.....	54

<b>ESCALA DE LOWER .....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXO I .....</b>	<b>55</b>
<b>ESCALA DE MORSE .....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXO J .....</b>	<b>56</b>
<b>ESCALA DE BRADEN.....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO K .....</b>	<b>60</b>
<b>RANGE OF JOINT MOTION EVALUATION CHART .....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO L.....</b>	<b>61</b>
<b>ENSINOS PRÉ E PÓS-OPERATÓRIOS ATA .....</b>	<b>61</b>
<b>APENDICE I.....</b>	<b>73</b>
<b>Diagnósticos de Enfermagem NANDA.....</b>	<b>73</b>
<b>APENDICE II.....</b>	<b>84</b>
<b>CICLO DE GIBBS .....</b>	<b>84</b>

## 0. INTRODUÇÃO

No âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, foi proposta a realização em cada local de estágio um conjunto de registos de diversa natureza:

- Processo de Enfermagem;
- Notas de campo / jornais de aprendizagem;
- Reflexão sobre a aprendizagem adquirida e, que se traduza na aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), pertinentes para a consecução do relatório de estágio.

Neste Sentido, e segundo documento orientador da Escola preconiza-se que o estudante desenvolva competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, a pessoas com problemas de incapacidade, limitação da atividade ou restrição de participação, nos diferentes contextos de cuidados tendo em vista a sua reabilitação e reintegração social.

O Processo de Enfermagem (PE) é entendido como um instrumental tecnológico ou um modelo metodológico para o cuidado profissional de enfermagem, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer, fundamentado num conjunto de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área, através da construção de diagnósticos, intervenções, com o objetivo de alcançar resultados de enfermagem (Garcia T.R., Nóbrega M.M.L. 2009).

Assim a construção do PE surge como essencial ao cuidar, baseado nas etapas da anamnese, exame físico, Diagnósticos de Enfermagem (DE), intervenções, implementação e avaliação; além de auxiliar na fomentação do raciocínio clínico em enfermagem, na uniformização da linguagem e na responsabilização do alcance dos resultados obtidos pelo paciente.

Este trabalho é constituído por 3 partes essenciais:

- A avaliação geral do utente;
- A avaliação do seu exame neurológico;
- O plano de cuidados elaborado em função dos Diagnósticos de Enfermagem NANDA (APENDICE I).

No estágio I, no âmbito da comunidade utilizei o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, como linha norteadora para o desenvolvimento do Processo de Enfermagem (PE), o qual segue o referencial emitido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), relativo à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e dos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) (OE, 2015).

Neste pressuposto a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER) propôs a elaboração de um documento norteador das práticas de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (CEER), para além de ser um referencial nos cuidados especializados com a pessoa doente e com o prestador de cuidados (caregiver, familiar ou outro), permite uma melhor caracterização da condição de saúde da pessoa, nas transições saúde-doença, decorrentes da dependência para autonomia, ao longo do seu ciclo de vida. O padrão documental CIPE® está sustentado nos padrões de qualidade dos CEER e nas Competências Específicas do EEER (OE, 2015). A CIPE® é considerada uma referência terminológica eficiente por colaborar com o registro e análise dos cuidados em enfermagem. Ela é composta por termos de domínio da Enfermagem, e pode ser vista como um marco unificador que está sendo construído e que deve ser capaz de representar a Enfermagem como uma área de conhecimento (Tannurel M.C., Salgadoll, P.O., Chiancal T.C.M., 2014).

Neste 2º estágio, em ambiente hospitalar, apesar da linguagem CIPE® pretender uniformizar a linguagem técnica entre todos os profissionais de uma

determinada área de conhecimento, optei, não só, mas também por sugestão do Professor orientador, utilizar outra linguagem norteadora do pensamento, optando pelos Diagnósticos de Enfermagem NANDA.

O trabalho desenvolvido pela NANDA-I nos Estados Unidos da América (EUA) foi o ponto de partida para o desenvolvimento de outros sistemas de Classificação de Enfermagem como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). (NANDA 2013; NANDA 2016)

Nestas últimas décadas, várias classificações em enfermagem têm sido desenvolvidas para dar suporte às etapas do Processo de Enfermagem (PE). Elas são linguagem padronizadas a partir dos Sistemas de Classificação. A NANDA Internacional (NANDA I) é a Classificação de Diagnósticos de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification – NOC*), cuja classificação pode ser utilizada no Planeamento e Avaliação de Resultados; a *Nursing Interventions Classification (NIC)* auxilia com intervenções baseadas em evidências. Assim a NANDA NIC NOC (NNN) foi desenvolvida para relacionar Diagnósticos, Intervenções e Resultados permitindo a avaliação da sua efetividade durante a execução dos cuidados em enfermagem (Barros A. L. B. L., 2009; Silva, M. B. 2013).

A Classificação de Resultados em Enfermagem (NOC) é uma terminologia usada no Processo de Enfermagem (PE) para medir, por meio dos Resultados de Enfermagem (RE), estados de saúde, comportamentos, reações e sentimentos dos pacientes, cuidador/familiar e, possibilita ao enfermeiro avaliar os efeitos das intervenções de enfermagem na prática clínica (Silva, M. B. 2013; NANDA, 2016).

A Taxonomia II da NANDA-I é uma linguagem de enfermagem reconhecida que atende aos critérios estabelecidos pelo Committee for Nursing Practice Information Infrastructure of the American Nurses Association (ANA). Os seus benefícios indicam que o sistema de classificação é aceite como uma prática

de apoio à enfermagem, porque proporciona terminologia de utilidade clínica (NANDA 2013; NANDA 2016).

A conclusão tem por base o ciclo de Gibbs (APENDICE II), retrata as dificuldades encontradas, as experiências adquiridas e a emotividade envolvida.

Assim, o utente “escolhido” integra-se nas necessidades teórico – práticas das técnicas de reabilitação cardio - respiratória e essencialmente na reabilitação osteo-articular e motora. Desta forma será desenvolvido um plano de reabilitação com diagnósticos de enfermagem precisos e válidos, que orientam a seleção de intervenções capazes de produzir os efeitos desejados do tratamento e determinar resultados de enfermagem.

Embora o enfermeiro de reabilitação olhe para o utente no seu todo, existem no entanto, focos de atenção com especial interesse pois permitem, para além de intervenções gerais de enfermagem, enquadrar intervenções diferenciadas de reabilitação.

## 1. ANAMENÉSE / HISTÓRIA CLÍNICA

A informação clínica do utente foi colhida com autorização prévia do Serviço de Internamento I, do Hospital ██████████, mantendo a confidencialidade dos dados recolhidos.

### 1.1. Identificação do Utente

**Nome:** AA **Idade:** 65

**Peso:** 90 kg **Altura:** 1,85 cm

**Nacionalidade:** Portuguesa

**Estado Civil:** Casado. 2 filhos

**Religião:** Ateu

**Profissão:** Empresário

**Proveniência:** Consulta

**Data Admissão:** 10 Janeiro 2016 **Data cirurgia:** 11 Janeiro 2016

**Data Alta:** 17 Janeiro 2016

**Diagnóstico:** coxartrose à Esquerda

**Motivo de Internamento:** Artroplastia Total da Anca (ATA) esquerda

**Alergias:** Desconhece

**Observações:** Fumador de 3 a 4 cigarros por dia; usa prótese dentária esquelética superior e inferior e óculos progressivos, por diminuição da acuidade visual, há 15 anos.

### 1.2. Antecedentes pessoais

- Médicos:

- o Hipertrofia Benigna da Próstata (HBP) (desde há 2 anos)
- o Hepatite C (HCV) (desde há 3 anos)
- Cirúrgicos:
  - o Hemicolecotomia por Neoplasia Benigna do Colon em 1998
  - o Colectomia Via Laparoscópica em 1997
  - o Acidente de Viação em 1985, de onde resultaram fraturas braço esquerdo e do colo do fémur esquerdo

### 1.3. Medicação Habitual

- Em 1980 num exame de rotina foi diagnosticado tumor benigno do colon descendente. Fez tratamento profilático, com quimioterapia, durante 6 meses;
- Em 2012 descobriu que era portador do vírus da Hepatite C (HCV), fez tratamento durante um ano, no Hospital de ██████████;
- Permixon - iniciou em 2013 quando descobriu em exame de rotina que tinha hipertrofia benigna da próstata.

### 1.4. Motivo de Internamento

Em 1985 sofreu grave acidente de viação. Socorrido no Hospital de ██████████, onde foi submetido a duas cirurgias: estabilização da fratura do braço esquerdo, com colocação de “material de osteossíntese” e estabilização de fratura do colo do fémur com fixador externo fixo, com peso 12 kg. Nessa altura consta que foi submetido a algumas transfusões sanguíneas. Posteriormente foi transferido para o Hospital ██████████, onde esteve internado 2 meses em recuperação. Afirma ter retomado o seu quotidiano 4 meses após o acidente.

Como incapacidades futuras resultaram: limitação da extensão da articulação do cotovelo em 10% (ANEXO K: Range of Joint Motion Evaluation Chart) e coxartrose à esquerda, que ao longo dos anos potenciou limitações na

mobilidade, manifestadas por claudicação e dor, essencialmente ao final do dia.

**À admissão**, na Avaliação da Força Muscular (Escala de LOWER) dos membros superiores apresenta pontuação máxima 5 (1-5); dos membros inferiores, direito 5 (1-5), membro inferior esquerdo 4 (1-5) (ANEXO H) Na Escala de Independência Funcional (MIF) apresenta Independência Completa (ANEXO D).

#### 1.5. Exames auxiliares de diagnóstico

##### **Sinais Vitais na Admissão:**

- Tensão Arterial: 145/90
- Pulso 82bpm
- Saturação periférica 98% em ar ambiente; respiração de média amplitude toraco-abdominal; movimentos simétricos bilaterais, do lado direito e esquerdo do tórax e abdómen; Tosse eficaz, sem secreções significativas;
- Glicemia Capilar: 98 mg/dl pré-prandial
- Temperatura axilar: 36,5° C

##### **Radiografia do Tórax**

Apresenta elevada hemicúpula diafragmática esquerda, compatível com ar gástrico e extensa aerocolia. Imagem cardiomediastínica com discretas placas de ateroma ao nível da crista da aorta.

##### **Eletrocardiograma**

Traçado cardíaco de base sinusal, rítmico.

##### **Análises**

Em resultado do acidente de viação consta ter sido transfundido e, na sua probabilidade ter contraído hepatite C, que se manifestou assintomática até

2012. Nessa altura iniciou tratamento durante um ano, no Hospital de [REDACTED] [REDACTED], onde é seguido desde então. Na admissão, face as análises que apresentou, não foi pedida a especificidade dos marcadores, para avaliar até que ponto a sua carga viral estará atenuada, tendo em conta que apenas é expresso nas análises o Anticorpo positivo, estando em falta as especificidades do antigénio.

## 2. EXAME FÍSICO E NEUROLÓGICO

No exame físico como parte da avaliação neurológica é realizada a avaliação dos sinais vitais, a avaliação do estado geral, aspeto e características da pele, realizada inspeção e palpação física (cabeça, pescoço, tronco, abdómen, pernas e pés) na pesquisa de eventuais alterações cutâneas; auscultação torácica; são examinados os Pares Cranianos, os reflexos, a coordenação, a postura, a marcha.

No exame físico

Para a realização do exame neurológico (Menoita, 2012), foram tidos em conta vários aspetos:

### 2.1. Exame Físico

À Inspeção física não foram identificadas alterações, à exceção da claudicação na marcha, associada à coxartrose esquerda;

À palpação não se sentem alterações cutâneas;

Abdómen: ruídos hidroaéreos presentes. Mole, depressível, indolor à palpação.

Murphy renal ausente;

À percussão não se presenciaram sons adventícios;

À auscultação pulmonar ausência de ruídos adventícios das vias aéreas;

À auscultação Cardíaca: sons cardíacos rítmicos, sem sopros.

### 2.2. Exame Neurológico

#### 2.2.1. Avaliação do estado de consciência

Realizada avaliação do estado de consciência e cognição, no dia de internamento / pré operatório (10/01/16) e às 24h no pós-operatório (12/01/16), através da Escala de Coma de Glasgow (ANEXO B), apresentando um Score 15.

### 2.2.2. Estado de orientação

- As capacidades cognitivas estão todas presentes, sendo elas:
  - o Orientação Tempo e Espaço: orientado em relação a Si, no tempo e no espaço,
  - o Analogias (relação de semelhança estabelecida entre duas ou mais entidades distintas);
  - o Pensamento abstracto ( processo de pensamento em que as ideias são distanciadas dos objectos);
  - o Asseio e cuidado com aparência: pessoa cuidada, com boa aparência física,
  - o Estado emocional: ansioso,
  - o Linguagem corporal: expressivo.

### 2.2.3. Atenção

- o Atenção: capacidade para manter o foco, vígil, capaz de manter a atenção e concentração em todas as tarefas de vida diária.

### 2.2.4. Memória

- o Memória: Sem alterações da memória imediata, recente e remota.

### 2.2.5. Capacidades práxicas e linguagem

- o Cálculos aritméticos,
- o Capacidade de escrita,
- o Capacidade motora (praxis),

- o Reconhecimento de objetos (gnosia),
- o Juízo crítico,
- o Percepção,
- o Linguagem: Apresenta discurso fluente, espontâneo, voz firme e clara.

#### 2.2.6. Coordenação, Postura e Marcha

Para testar a coordenação, solicita ao paciente que, em primeiro lugar, toque no próprio nariz (primeiro com os olhos abertos e em seguida com os olhos fechados) com o dedo indicador e em seguida, que toque no dedo do profissional de saúde e, de seguida ele deverá repetir essas ações. Em seguida, deverá ficar em pé, parado, com os braços esticados e os olhos fechados e, posteriormente ele que abra os braços e comece a andar. Essas ações testam os nervos motores e sensoriais, assim como a função cerebral.

Não foram identificadas alterações a este nível. Segundo a avaliação da Escala de BERG (ANEXO G) apresenta equilíbrio corporal estático e dinâmico, em pé e sentado. O equilíbrio é um processo complexo que depende da integração da visão, da sensação vestibular e periférica, dos comandos centrais e respostas neuromusculares e, particularmente, da força muscular e do tempo de reação (Silva, A., et al., 2007).

Na avaliação da escala de LOWER (ANEXO H) apresenta diminuição da força do membro inferior esquerdo 4 (1/5) associado a claudicação e dor.

Na avaliação da escala de MORSE (ANEXO I), apresenta um risco baixo de queda (25-50).

### 2.2.7. Pares Cranianos

A Avaliação dos 12 pares cranianos foi realizada com auxílio de vários dispositivos:

- Foco luminoso, Espátula Agulhas,
- Diapasão,
- Objetos familiares,
- Martelo de reflexos,
- Monofilamento,
- Algodão em rama,
- Substâncias aromáticas,
- Tubos com água quente e fria,
- Soluções com paladares específicos - café e canela

Na avaliação dos 12 Pares Cranianos não foram identificadas alterações, conforme ANEXO A.

### **3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES, NO PÓS-OPERATÓRIO, FACE A TAXONOMIA NANDA:**

A Artroplastia Total da Anca (ATA) é um procedimento cirúrgico amplamente utilizado para o tratamento dos problemas da articulação coxofemoral, sejam eles degenerativos, inflamatórias ou traumáticas. Neste sentido tornou-se um excelente método de tratamento no alívio da dor e de melhoria da capacidade funcional desses pacientes (Silva, M. B., 2013), os quais *passam “de auto-suficientes, no pré-operatório, para completamente dependentes no intra-operatório e posteriormente, voltam a recuperar gradualmente a autonomia, à medida que progride no pós-operatório.”* (Leal, 2006. p. 31).

No período pós-operatório, tornam-se dependentes na gestão das suas atividades de vida diária (AVD), devido à limitação e restrição para se mobilizar no leito, associada à dor, drenos e conexões de soroterapia, o levante

preconiza-se que seja efetuado o mais precocemente possível, no entanto é recomendado às 24h, o treino de marchas às 48h. Não é recomendado exercer carga total, antes de 6 semanas, aproximadamente, nas próteses não cimentadas, sendo que na prótese cimentada pode-se exercer o levante com carga de imediato (Maxey & Magnusson, 2003; Morais, 2010). No entanto esta intervenção cirúrgica implica que a pessoa precise de 4 a 6 meses para se reabilitar e voltar à sua vida. Já que o tempo requerido para uma reparação óssea pode levar até 4 anos numa fratura (Hoeman, S. et al. 2011).

Independentemente da via de abordagem cirúrgica (anterior ou posterior) estão contra-indicados os movimentos de rotação interna e externa, flexão acima de 90°, adução da anca além da linha média e abdução além dos 30°, pelo risco de luxação da prótese (Maxey & Magnusson, 2003; Violante, 2014; Silva, M. B., 2013)

Assim o objetivo da equipa profissional e da minha atuação enquanto futura EEER passou por capacitar este utente no sentido da sua autonomia e independência, contribuindo para a sua adaptação a um novo estilo de vida, no âmbito da promoção da saúde e na adoção de técnicas e métodos que contribuam para ganhos em saúde (redução do tempo de internamento e melhoria da qualidade de vida) (Hoeman, 2011).

Com base nesta linha de orientação teórica, os diagnósticos levantados estão essencialmente relacionados com a Mobilidade Física Prejudicada (MFP), dada a amplitude limitada de movimentos, trauma e dor no membro inferior afetado. Este DE tem como definição a “limitação do movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades” (Tannurel M.C., et al, 2014)

Face o estudo de Silva (Silva, M. B. 2013) o uso da NOC pode demonstrar a evolução clínica dos pacientes com Mobilidade Física Prejudicada submetidos à ATA, sendo passível de aplicação neste cenário da prática de enfermagem.

Assim sendo, foram levantados os diagnósticos de enfermagem levantados, face a Taxonomia NANDA, com avaliação às 24 e às 48h pós-operatório:

- Risco de ansiedade relacionado com recuperação cirúrgica e com a mobilidade;
- Deambulação prejudicada relacionada com a dor pós-cirúrgica e o medo de luxação da prótese;
- Risco de infecção, relacionado com a ferida cirúrgica e a prótese (corpo estranho);
- Risco de desenvolver Ulcera de Pressão, relacionado com a imobilidade no Pós-Operatório;
- Risco de disfunção neuro vascular periférica, relacionada com a intervenção cirúrgica;
- Risco de quedas, relacionado com a dor, insegurança e medo;
- Dor aguda no pós-operatório, relacionada com a intervenção cirúrgica;
- Déficit no autocuidado, relacionado com limitação física e imobilidade;
- Risco de Hemorragia, relacionado com a intervenção cirúrgica.

### 3.1. Perceção da situação pelo utente:

O Utente foi seguido em consulta de cirurgia ortopédica pré-operatória.

Na admissão (ensino pré-operatório) revelou conhecimentos dos exercícios a realizar no pós-operatório. Foram realizados todos os exercícios (isométricos e isotónicos) de todos os segmentos articulares, incluindo treino de marcha com canadianas, subir e descer escadas, revelando facilidade na aprendizagem e motivação.



			<p>segurança;</p> <p>Treinar técnicas respiratórias - controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração;</p> <p>Instruir e treinar técnicas respiratórias - Ciclo ativo das técnicas respiratórias;</p> <p>Oferecer medidas de conforto e ambiente calmo.</p>		<p>independência, para a realização das AVD e, de certa forma contribuiu para a redução dos níveis de ansiedade.</p> <p>Os ensinamentos pré-operatórios (10/01/2016) e pós-operatórios (ANEXO L) (às 24h e as 48h) contribuíram para atuar na redução dos níveis de ansiedade, na assimilação das técnicas permitidas e não permitidas de forma a prevenir comportamentos luxantes e a contribuir para a sua autonomia e maior independência.</p>
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DATA INICIAL	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJETIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	DATA AVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO
12/01/2016	<p>Deambulação prejudicada relacionada com:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dor pós-cirúrgica,</li> <li>• diminuição da força do membro operado</li> </ul>	<p>Controlar a dor;</p> <p>Aliviar a dor para que haja uma melhora na qualidade de vida;</p> <p>Promover a marcha</p>	<p>Monitorizar a dor, através da ESCALA VISUAL ANALÓGICA da DOR) (ANEXO E);</p> <p>Promover a administração da terapêutica para o controlo da dor;</p> <p>Realizar uma avaliação abrangente da dor (duração, local, gravidade, frequência);</p> <p>Oferecer medidas de conforto (mudança de posição; uso de calor/frio);</p> <p>Administrar analgésicos conforme prescrição médica, avaliar a resposta da medicação ao alívio</p>	<p>12/01/2016</p> <p>13/01/2016</p>	<p>Às 24h fez o primeiro levante com apoio andarilho, com carga parcial, para o cadeirão;</p> <p>Feito ensino da utilidade em usar o apoio da perna da calça, sem fazer flexão coxo-femural num ângulo inferior a 90º, para se mobilizar até a extremidade da cama, rodar de forma adequada, mantendo a adução dos membros inferiores</p> <p>Como mantém analgesia em cateter epidural, a dor está atenuada (2/10);</p> <p>Às 48h são retirados drenos, soros, dib</p>

		<p>da dor;</p> <p>Avaliar a força muscular através da ESCALA DE LOWER (ANEXO I);</p> <p>Avaliar o equilíbrio corporal através da escala de BERG (ANEXO G) antes de iniciar levante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o equilíbrio dinâmico sentado</li> <li>o equilíbrio estático sentado</li> <li>o equilíbrio dinâmico em pé</li> <li>o equilíbrio estático em pé</li> </ul> <p>Incentivar o levante precoce às 24h;</p> <p>Incentivar o treino de marcha às 48h;</p> <p>Ensinar, instruir e treinar exercícios isométricos e isotônicos no leito dos membros inferiores;</p> <p>Ensinar, instruir e treinar as técnicas de mobilização no leito, rolamento, ponte, levante e as transferências da cama, para a posição de sentado e, desta para a posição em pé;</p> <p>Instruir sobre técnica de transferência - Virar de lado, colocar pernas fora da cama, levante do tronco com o apoio do cotovelo.</p> <p>Treinar o uso da técnica transferência - Virar de lado, colocar pernas fora da cama, levante do tronco com o apoio do cotovelo</p> <p>Ensinar, instruir e treinar a marcha com auxiliares</p>	<p>epidural / endovenoso; faz levante com auxílio das canadianas e treino de marcha, logo o nível de dor é potenciado para 4 (0-10);</p> <p>O paciente demonstra conhecimentos (do ensino pré-operatório) relativos às mobilizações permitidas; a importância do fortalecimento muscular através da realização de exercícios isométricos e isotônicos; a importância do uso do triângulo de abdução para evitar os movimentos de rotação interna e por sua vez o risco de luxação da prótese; a importância do levante precoce para minimizar riscos tromboembólicos e atraso na recuperação osteo-articular e muscular.</p> <p>Às 24h ainda mantinha soroterapia, Dib epidural preenchido com morfina e droperidrol, algaliado e com hemodreno funcionando (hemoglobina 11,3 mg/dl). Apresenta equilíbrio estático e dinâmico, sentado e em pé. Fez levante para o cadeirão com andarilho, sem intercorrências;</p> <p>Às 48h retirados: soro, cateter epidural e hemodreno (ficou algaliado pelo risco de retenção urinária, sendo que foi desalgaliado 6h depois); Iniciou treino de marcha, primeiro com andarilho, posteriormente com</p>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			(andarilho e canadianas);  Ensinar, instruir e treinar a técnica de subir e descer escadas às 48h  Gerir analgesia em SOS, após a remoção do cateter epidural, às 48h.		canadianas, sem intercorrências.
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------

DATA INICIAL	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJETIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	DATA AVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO
12/01/2016	●Risco de infecção, relacionado com a ferida cirúrgica e a prótese (corpo estranho)	Diminuir risco de infeção para que não haja complicações perioperatórias.	<p>Providenciar cuidado adequado à pele em áreas edemaciadas;</p> <p>Observar sinais flogísticos na incisão cirúrgica e dreno; Utilizar técnicas assépticas e estéreis em procedimentos invasivos;</p> <p>Monitorizar temperatura; Administrar/monitorar antibióticos e imunização como profilaxia, conforme prescrição médica;</p> <p>Administrar crioterapia; Analisar resultados analíticos.</p>	12/01/2016 e 13/01/2016	<p>Realizado penso operatório por estar repassado de conteúdo hemático;</p> <p>Ferida cirúrgica com bordos regulares, suturada por agrafes, edema circundante, dentro dos parâmetros normais;</p> <p>Local de inserção do hemodreno, sem sinais inflamatórios aparentes;</p> <p>Administrada antibioterapia conforme prescrição médica;</p> <p>Fez analgesia em esquema e em SOS;</p> <p>Fez crioterapia várias vezes ao dia.</p>

DATA INICIAL	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJETIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	DATA AVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO
12/01/2016	●Risco de disfunção neuro vascular periférica, relacionada com a intervenção cirúrgica	Manter integridade e vascularização do membro intervencionado	Avaliar frequentemente o estado neurovascular, através da avaliação do replecimento capilar do leito ungueal (inferior a 2 segundos), da sensibilidade e mobilidade do pé e das extremidades dos dedos;  Elevar o membro, para facilitar o retorno venoso;  Avaliar dor na dorsi-flexão passiva do pé.	13/01/2016 14/01/2016	Extremidades quentes, acianóticas, replecimento ungueal dentro dos limites de tempo, sem alterações na mobilidade e da sensibilidade

DATA INICIAL	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJETIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	DATA AVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO
12/01/2016	●Risco de quedas, relacionado com a dor, insegurança e medo	Promover uma marcha adequada, com aumento do tônus e resistência muscular, de forma a potenciar a autoconfiança e a minimizar a insegurança e o medo	Avaliar a força muscular através da escala de LOWER;  Estimular a força muscular dos membros superiores e inferiores, através de exercícios isotónicos dos membros superiores e inferiores e isométricos dos membros inferiores (ANEXO L);  Controlo da dor;  Encorajar e aplaudir os ganhos e estimular / trabalhar a autonomia e autoconfiança;	12/01/2016 13/01/2016	Utente bastante proactivo e interessado na sua recuperação funcional;  Como se tratou de uma cirurgia programada, recebeu ensino no pré-operatório, o que revelou ser uma pessoa mais informada e esclarecida face ao intra e no acompanhamento do pós-operatório, logo o seu auto-conhecimento potenciou a realização correta das mobilizações permitidas e não permitidas;  Foram também realizados ensinamentos (ANEXO L) de preparação para a alta, nomeadamente, entrar e sair do carro, posturas sexuais aconselhadas, ao

			Validar ensinamentos no intra-operatório e de preparação para a alta.		que o Utente revelou bastante aceitação e motivação.
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------

DATA INICIAL	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJETIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	DATA AVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO
12/01/2016	<b>Risco de Úlcera de Pressão por incapacidade de auto-posicionamento adequado</b>	Capacitar o Utente a se mobilizar no leito e a iniciar levante, o mais precocemente possível	<p>Realizar posicionamentos frequentes, com alívio das zonas de pressão, para prevenção de úlcera de pressão;</p> <p>Avaliar tecido cutâneo e mucosas;</p> <p>Massajar e hidratar as proeminências ósseas;</p> <p>Instruir e treinar técnicas de exercício muscular e articular ativo assistido e passivo.</p>	12/01/2016	<p>Pele íntegra e bem hidratada, na escala de BRADEN apresenta risco baixo para desenvolver UP (16/23);</p> <p>Mucosas rosadas e hidratadas;</p> <p>Aplicados apoios nas regiões da tibiotársica, para evitar a maceração do calcanhar e na região popliteia para evitar a hiperextensão da articulação do joelho;</p> <p>Apresenta conhecimentos sobre técnicas de exercício muscular e articular e a realização da técnica da ponte, de forma a aliviar a região sagrada e a tonificar os grupos musculares paravertebrais lombares e glúteos;</p> <p>Fez levante as 24h, com apoio no leito da cama, que tolerou.</p>

DATA INICIAL	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJETIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	DATA AVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO
12/01/2016	● Déficit no autocuidado, relacionado com limitação física e imobilidade	Capacitar o Utente a gerir o seu autocuidado e a se mobilizar no leito e a iniciar levante, o mais precocemente possível	<p>Colaborar com o Utente na gestão do seu auto-cuidado, higiene e vestir;</p> <p>Instruir, treinar e ensinar métodos adaptados para mobilizar e gerir a sua dependência física;</p> <p>Validar conhecimentos e realizar reforço positivo.</p>	<p>12/01/2016</p> <p>13/01/2016</p>	<p>No primeiro dia pós-operatório a higiene foi realizada no leito, com ajuda parcial nos cuidados de higiene, nomeadamente nos membros inferiores e região dorsal, bem como no vestuário;</p> <p>Fez levante, com apoio na beira da cama, após tolerância da posição ortostática e com uso adequado de meias antitrombóticas;</p> <p>No 2º dia pós-operatório fez levante e foram prestados cuidados de higiene no wc, com ajuda parcial.</p>

DATA INICIAL	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJETIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	DATA AVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO
12/01/2016	Risco de Hemorragia, relacionado com a intervenção cirúrgica	Controlar as perdas hemáticas	<p>Monitorizar as perdas hemáticas através do hemodreno e registo das características;</p> <p>Avaliar resultados analíticos de hemograma;</p> <p>Avaliar os parâmetros vitais (tensão arterial, frequência cardíaca, saturação periférica de oxigénio e</p>	<p>10/01/2016</p> <p>12/01/2016</p> <p>13/01/2016</p>	<p>Hemoglobina no pré-operatório de 15 mg/dl;</p> <p>Hemoglobina às 24h de 12,4 mg/dl;</p> <p>Perdeu no Intra-operatório 1100 ml;</p> <p>Refeito penso operatório, por estar com repasse, pouco significativo.</p> <p>Hemoglobina às 48h de 11,7 mg/dl;</p>

---

			temperatura)		Às 48h retirado dreno com volume total de 600 ml; Total perdas 1700 ml e refeito penso cirúrgico. Parâmetros Vitais sempre estáveis.
--	--	--	--------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 5. REFLEXÃO

Esta reflexão tem como intuito descrever a dinâmica experienciada neste campo de estágio, onde pude desenvolver as competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, a pessoas com problemas de incapacidade, limitação da atividade ou restrição de participação, nos diferentes contextos de cuidados, tendo em vista a sua reabilitação e reintegração social.

Este estágio serviu-me de ponte para dar resposta ao meu Tema de Projeto “Quais as Competências a desenvolver pelo EEER, no Cuidado à Pessoa submetida a ATA”.

Assim no âmbito da minha aprendizagem em contexto Hospitalar, no Hospital Ortopédico de Sanat’Ana, enquanto aluna da Especialidade de Reabilitação e, segundo os objetivos delineados em Projeto de Estágio, no âmbito do desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (CEEEER), pude intervir e atuar ao nível dos vários campos de intervenção:

- No relacionamento terapêutico, empático com base numa relação de ajuda;
- Na conceção, organização, planeamento, execução e da implementação de programas de: reeducação funcional cardio-respiratória; reeducação funcional motora, no âmbito da prevenção, tratamento e reinserção social da pessoa e da família nos seus contextos de vida diária, através da minha prestação de cuidados diferenciados e da elaboração de uma Norma sobre a atuação e ensinamentos à pessoa submetida a ATA;
- Atuar ao nível da pessoa com alterações do foro respiratório:
  - Reeducação ventilatória, com dissociação dos tempos ventilatórios;
  - Treino da tosse para limpeza das vias aéreas;

- Exercícios de correção postural;
- Exercícios de tonificação diafragmática e intercostal;
- Exercícios de abertura costal, recorrendo à própria canadiana;
- Atuar ao nível da pessoa com alterações músculo-esqueléticas e osteoarticulares:
  - Na execução das mobilizações de todos os segmentos articulares e exercícios terapêuticos no leito (ponte, auto-mobilizações; Treino de equilíbrio sentado e em pé, estático e dinâmico);
  - Na execução das técnicas de transferência da cama para a cadeira de rodas e desta para o sanitário;
  - Na realização de treino de marcha com auxílio de andarilho e de canadianas;
  - Ensinos no pós-operatório específicos à reabilitação dos doentes, através da execução de exercícios isométricos e isotónicos de todos os segmentos articulares;
  - Posicionamentos terapêuticos, mantendo o alinhamento cefalo-caudal;
  - Mobilização da pessoa no leito, em segurança;
  - Exercícios de mobilização articular e fortalecimento muscular, recorrendo ao artromotor e ao treino de subir e descer escadas;
  - Levante e treino de equilíbrio estático e dinâmico, sentado e em pé;
  - Transferência da cama para a cadeira de rodas e desta para o sanitário;

- Ensino e treino de marcha com andarilho e posteriormente com canadianas;
- Treino de vestir (lado afetado) e despir (lado são);
- Treino intestinal e vesical;
- Ensinos sobre a sexualidade;
- Reforço dos ensinos de preparação da pessoa / família para a alta do internamento hospitalar;
- Na avaliação, através de contacto telefónico, após alta (24h / 72h) para identificar possíveis complicações ou necessidades a registar.

Os programas de reabilitação, essencialmente osteo-articular e motor foram realizados inicialmente pela Enfermeira Orientadora, para que eu pudesse, a partir da observação aliar a teoria à prática e construir a minha aprendizagem. Estes tiveram como intuito ensinar, demonstrar e treinar as técnicas com vista à promoção do auto-cuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade).

Os Cuidados inerentes ao EEER, no âmbito Ortopédico, para além de perspectivar o funcionamento integral da pessoa, ao nível respiratório e motor é expectável que Ela seja capaz de se adaptar a uma nova situação de saúde (desejável).

Este campo de Estágio tornou-se numa mais-valia à minha aprendizagem e ao desenvolvimento de competências, na medida em que consegui aplicar na prática, grande parte dos conhecimentos teóricos adquiridos, além de dar resposta aos objetivos delineados em Projeto de Estágio, face as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Especificas do EEER.

Neste sentido pude assimilar e por em prática as competências específicas do EEER, junto das pessoas com necessidades especiais e o seu papel de empreendedorismo, na medida em que concebe e implementa intervenções, procurando otimizar e/ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. Atuei com a equipa de enfermagem na criação e na implementação de programas de treino de AVD's (Atividades de Vida Diária), visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia no exercício dos autocuidados, essencialmente programas de treino motor e cardiorrespiratório, essenciais à aquisição de independência autonomia. Além de interagir e colaborar com outros profissionais, nomeadamente fisioterapeutas.

Existem sempre limitações quer pessoais, quer profissionais, que por vezes urge a necessidade de reorganizar, planejar tarefas e atividades em função da pessoa que cuidamos e em função de nós próprios. Mas onde a resiliência predomina, as barreiras são sempre superadas com êxito e glória pessoal.

Para minimizar estados emocionais e facilitar os processos de transição, o enfermeiro deve empenhar-se na promoção, construção e desenvolvimento do seu saber. Saber esse alicerçado num corpo de conhecimentos e competências técnicas, científicas, humanas e relacionais individualizadas e consolidadas na prática; desenvolver uma forte consciência ética; estabelecer uma relação de ajuda e de empatia; identificar os potenciais problemas e angústias; planejar intervenções adequadas às necessidades e, promover capacidade de reflexão, decisão e ação no processo de cuidar, visando a satisfação das necessidades afetadas. Por isso nada como melhor Educar para melhor Cuidar e melhor Servir o ser Humano, a vida, a humanidade.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Barros, A.L.B.L. 2009. Classificação de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem NANDA-NIC. Acta Paul Enferm;22(Especial - 70 Anos):864-7. Consultado 21/01/2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/03.pdf>

Bettencourt, M., Afonso, C., & Gonçalves, L. (2014). **Condução Automóvel, Actividade Sexual e Desporto após a Artroplastia Total da Anca – Como e quando iniciar?** Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação, 26, pp. 41-46.

Cunha, E. L. (2008). **Enfermagem em Ortopedia**. Lousã: LIDEL - Edições Técnicas, Lda.

Cruz, A., Oliveira, L., & Conceição, V. (2009). **Enfermagem em Ortotraumatologia (2ª ed.)**. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde Lda.

Diário da Republica. (DR) (Fevereiro 2011). RCCEEER: **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**. Lisboa. [Consultado a 10 de Maio de 2015]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf)

Diário da Republica. (DR). (Fevereiro 2011). RCEEEER: **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**. Lisboa. [Consultado a 10 de Maio de 2015]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompeticenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf)

Diário da República (DR), 2.<sup>a</sup> série — N.º 119 — 22 de junho de 2015.  
**Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação.**  
Consultado 26 Outubro 2015. Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao\\_DRJun2015.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf)

Garcia T.R., Nóbrega M.M.L. 2009. **Processo de Enfermagem: da Teoria à Prática assistencial e de pesquisa.** ESC Anna Nery. Revista de Enfermagem. Consultado 21/01/2015. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf>

Gomes, J. (2013). **A Pessoa com Artroplastia Total da Anca – Atividades de Vida Diária e Qualidade de Vida.** Viana do Castelo: Instituto Politecnico de Viana do Castelo.

Hoeman, S. et al. (2011). **Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados esperados** (4<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusodidacta.

Jasper, M. (2012). **Beginning Reflective Practice – Foundations in Nursing and Health Care**. Obtido em 9 de Outubro de 2015. Disponível em:  
<https://www.cengagebrain.co.uk/content/9781408058183.pdf>

Jacinto, A. et al. (Maio 2014). **Intervenções do Enfermeiro Especialista de Reabilitação à pessoa submetida a Artroplastia da Anca: Ganhos em Saúde.** Revista de Enfermagem “Cuid´arte”, Enfermagem de Reabilitação, Centro Hospitalar de Setubal, Ano 7, nº 11. [Consultado 15 de Maio 2015]. Disponível em  
<http://pt.slideshare.net/csofiaestevao/revista-cuidarte-n11-2014>

Maxey, L. & Magnusson, J. (2003). **Reabilitação pós-cirúrgica para o paciente ortopédico.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p. 366. ISBN 85-277-0791-8.

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

Morais, J. (2010). **Preparação do Regresso a Casa: do Hospital ao Contexto Familiar**. Porto: Universidade Católica Portuguesa - instituto de Ciências da Saúde.

Ordem dos Enfermeiros (OE), 2015. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (ACEER) – **Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação**. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) Beta 2

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA Internacional). 2010. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) 2013. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre, RS: Artmed.

NANDA International – **Defining the knowledge of Nursing**. 2016. Consultado 21/01/2016. Disponível em: <http://www.nanda.org/nanda-internacional-definicoes-e-classificacao.html>

Ordem dos Enfermeiros (OE) (Outubro 2011). **Proposta dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação**. [Consultado a 10 de Maio de 2015]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2013). **Guia Orientador de Boas práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade-Posicionamentos**,

---

**Transferências e Treino de Deambulação.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (OE). 2015. Regulamento 350 / 2015. **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação.** Diário da Republica, 2ª Série - Nº 119 - 22 junho 2015. Acedido em 10 Novembro 2015. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao\\_DRJun2015.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf)

Silva, A.; Almeida, G.; Casilhas, R.; Cohen, M.; Peccin, M.; Tufik, S.; Melo, M. (2007). **Equilíbrio, Coordenação e Agilidade de Idosos Submetidos à Prática de Exercícios Físicos Resistidos.** Centro de Estudos em Psicobiologia e Exercício (CEPE). Universidade São Marcos, Brasil. Consultado 20 Outubro 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922008000200001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922008000200001&script=sci_arttext)

Silva, J. (2011). **Necessidades de Informação do Doente Submetido a Artroplastia Total da Anca: Contributo do Enfermeiro.** Porto: Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Silva, M. B. 2013. **Aplicabilidade clínica dos resultados de enfermagem em pacientes com mobilidade física prejudicada submetidos à artroplastia total de quadril.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Consultado 21/01/2016. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/87223>

Soares AB, Silva AM, Silva GD, Siqueira ICGL, Pamponet J, Cruz MP, et al. 2013. **A assistência de enfermagem ao paciente submetido à artoplastia total de quadril e a importância dos cuidados no período**

**pós operatório.** São Paulo: Revista Recien.; 3(7):11-18 12. Consultado 21/01/2016. Disponível em

<http://www.recien.com.br/online/index.php/Recien/article/view/47/91>

Tannure, Meire Chucre. 2013. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático.** 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan

Tannurel M.C., Salgadoll, P.O., Chiancal T.C.M., 2014. **Mapeamento cruzado: títulos diagnósticos formulados segundo a CIPE® versus diagnósticos da NANDA Internacional.** Rev Bras Enferm.; 67(6): 972-8. Consultado 21/01/2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-0972.pdf>

Vital IC e Cameron LE. (2009). **Assistência ao paciente submetido à Artroplastia Total de Quadril: O Saber da Enfermagem Traumatológica Ortopédica.** Revista de enfermagem UFPE on line; 3 (4): 1134-41. ISSN 1981-8963. Consultado 21/01/2016. Disponível em:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/130>

Violante, A. (2014). **Efetividade de Ensino Pré Operatório em Doentes Submetidos a Artroplastia Total da Anca.** Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

## ANEXO A AVALIAÇÃO DOS 12 PARES CRANIANOS

### ANEXO A – AVALIAÇÃO DOS 12 PARES CRANIANOS

<b>Numeração dos Nervos Cranianos</b>	<b>Nome</b>	<b>Função</b>	<b>Teste</b>	
Fechar os olhos	I	Olfatório	Olfato	Itens com odores muito específicos (p.ex., sabão, café e cravo) são colocados junto ao nariz do indivíduo para serem identificados
Para encerrar um dos olhos, avaliar campo visual (60º em relação à linha média e a 40º da linha nasal para dentro)	II	Óptico	Visão	É testada a capacidade de ver objetos próximos e distantes e de detectar objetos ou movimentos com os cantos dos olhos (visão periférica)
Seguir o dedo do enfermeiro que irá desenhar um H	III	Oculomotor	Movimentos dos olhos para cima, para baixo e para dentro	É examinada a capacidade de olhar para cima, para baixo e para dentro. É observada a presença de queda da

Seguir o dedo do enfermeiro que irá desenhar um H	IV	TrocLEAR	Movimentos dos olhos para baixo e para dentro	pálpebra superior (ptose) É testada a capacidade de movimentar cada olho de cima para baixo e de dentro para fora
Sensibilidade tátil, térmica e dolorosa	V	Trigêmeo	Sensibilidade e movimento faciais	São testadas a sensação de áreas afetadas da face e a fraqueza ou paralisia dos músculos que controlam a capacidade da mandíbula de apertar os dentes
Reflexo córneo-palpebral				
Encerrar e mover a mandíbula bilateralmente				
Simetria dos movimentos oculares	VI	Abducente	Movimento lateral dos olhos	É testada a capacidade de movimentar o olho para fora, além da linha média, seja espontaneamente ou enquanto o indivíduo fixa um alvo
Sorrir e para franzir o sobrolho encerrando firmemente as pálpebras	VII	Facial	Movimento facial	É testada a capacidade de abrir a boca e

Apagamento do sulco nasogeniano

mostrar os dentes e de fechar firmemente os olhos

---

Acuidade auditiva de olhos fechados

VIII

Acústico

Audição e equilíbrio

A audição é testada com um diapasão. O equilíbrio é testado solicitando ao indivíduo que caminhe sobre uma linha reta, passo a passo

Equilíbrio estático e dinâmico

Tonturas e ou vertigens

Teste de Romberg - pé com os pés juntos e os membros superiores em extensão (anterior) e olhos fechados

---

Reconhecer sabores como o doce e salgado

IX

Glossofaríngeo

Função da garganta

A voz é analisada, para se verificar a presença de rouquidão. A capacidade de deglutição é testada. A posição da úvula (na região posterior e medial da garganta) é verificada, solicitando ao indivíduo que diga “ah-h-h”

Reflexo do vômito	X	Vago	Deglutição, frequência cardíaca	A voz é analisada, para se verificar a presença de rouquidão e se o indivíduo apresenta um tom de voz anasalado. A capacidade de deglutição é testada
Alterações do tom de voz ou presença de rouquidão				
Força muscular dos ombros e da cabeça bilateralmente contra resistência	XI	Acessório	Movimentos do pescoço e da parte superior das costas	É solicitado ao indivíduo que ele encolha os ombros para se observar a presença de fraqueza ou ausência de movimentos
Diferentes movimentos da língua e com contra a resistência	XII	Hipoglosso	Movimento da língua	É solicitado ao indivíduo que mostre a língua para se observar a presença de um desvio para um lado ou outro

**AVALIAÇÃO PARES CRANIANOS**  
 10/01/2016 - Sem alterações

ANEXO B

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

	1	2	3	4	5	6
<b>Ocular</b>	Não abre os olhos	Abre os olhos em resposta a estímulo de dor	Abre os olhos em resposta a um chamado	<b>Abre os olhos espontaneamente</b>	N/A	N/A
<b>Verbal</b>	Emudecido	Emite sons incompreensíveis	Pronuncia palavras inapropriadas	<b>Confuso, desorientado</b>	Orientado, conversa normalmente	N/A
<b>Motor</b>	Não se movimenta	Extensão a estímulos dolorosos	Flexão anormal a estímulos dolorosos	Flexão / Reflexo de retirada a estímulos dolorosos	Localiza estímulos dolorosos	<b>Obedece a comandos</b>

- Pontuação total: de 3 a 15
  - o 3 = Coma profundo; (85% de probabilidade de morte; estado vegetativo)
  - o 4 = Coma profundo;
  - o 7 = Coma intermediário;
  - o 11 = Coma superficial;
  - o 15 = Normalidade.
- Classificação do Trauma cranioencefálico (ATLS, 2005)
  - o 3-8 = grave; (necessidade de intubação imediata)
  - o 9-13 = moderado;
  - o **14-15 = leve.**

**AVALIAÇÃO GCE**  
 10/01/2016 – Sem alterações  
 12/01/2016 - Sem alterações

## ANEXO C INDICE DE BARTHEL

### ANEXO C- INDICE DE BARTHEL

ACTIVIDADES	SCORE)
<p>CONTROLO DO INTESTINO</p> <p>0 = Incontinente</p> <p>5 = Ocasionalmente incontinente / necessita de ajuda para coloca supositório</p> <p>10 = Continente</p>	10 – 10 - 10
<p>CONTROLO DA BEXIGA</p> <p>0 = Incontinente / Algaliado / Incapaz de urinar sem ajuda</p> <p>5 = Ocasionalmente incontinente</p> <p>10 = Continente</p>	10 – 10 - 10
<p>HIGIENE PESSOAL</p> <p>0 = Necessita de ajuda nos cuidados pessoais</p> <p>5 = Independente para lavar a cara /barbear/ pentear/ lavar os dentes</p>	5 – 0 - 5
<p>USAR A SANITA</p> <p>0 = Dependente</p> <p>5 = Necessita de alguma ajuda, mas pode fazer alguma coisa sozinho</p> <p>10 = Independente (Vestir/Limpar)</p>	10 – 5 - 10
<p>ALIMENTAR-SE</p> <p>0 = Incapaz</p> <p>5 = Necessita de ajuda para cortar alimentos, espalhar manteiga, etc., e necessita de adaptação da dieta.</p>	10 – 10 - 10

---

10 = Independente	
<b>TRANSFERÊNCIA</b>	
0 = Incapaz – não tem equilíbrio ao sentar-se	
5 = Necessita de ajuda (física) de 1 ou 2 pessoas; pode sentar-se	
10 = Necessita de alguma ajuda (física ou verbal)	15 – 5 - 10
15 = Independente (em todas as fases)	
<b>MOBILIDADE</b>	
0 = Imóvel	
5 = Independente numa cadeira de rodas, incluindo cantos, etc	
10 = Caminha com ajuda (verbal ou física) de uma pessoa	15 – 0 - 10
15 = Independente (mas pode utilizar qualquer ajuda por ex.: bengala)	
<b>VESTIR-SE E DESPIR-SE</b>	
0 = Dependente	10 – 5 - 5
5 = Necessita de ajuda mas pode fazer metade das coisas sem ajuda	
10 = Independente, incluindo botões, fechos e atacadores	
<b>SUBIR E DESCER ESCADAS</b>	
0 = Incapaz	10 – 0 - 5
5 = Necessita de ajuda (verbal/Física, auxiliares de marcha) ou supervisão	
10 = Independente (subir/ descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos)	
<b>TOMAR BANHO</b>	
0 = Dependente	5 – 0 - 0
5 = Independente (na banheira ou no chuveiro); não necessita de ajuda	

---

TOTAL	
INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	<b>75 a 51 pontos - dependência</b>
<b>100 pontos – totalmente independente</b>	<b>50 a 26 pontos – dependência severa</b>
99 a 76 pontos – dependência leve	25 e menos pontos – dependência total

### AVALIAÇÃO ESCALA BARTHEL

10/01/2016 – 100 (totalmente independente)

12/01/2016 – 45 (dependência severa)

14/01/2016 – 75 (dependente)

ANEXO D  
MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

ANEXO D – MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

Níveis	7 Independência completa 6 Independência modificada (dispositivo)	SEM AJUDA		
	<b>Dependência modificada</b> 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%) <b>Dependência completa</b> 2 Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%)	AJUDA		
Avaliação / datas		10/1	12/01	14/01
Autocuidado	A-Alimentação	7	7	7
	B-Higiene Pessoal	7	3	3
	C-Banho	7	3	3
	D-Vestir a metade superior do corpo	7	7	7
	E-Vestir a metade inferior do corpo	7	2	3
	F-Utilização da sanita	7	2	3
Controlo Esfínteres	G-Controlo Vesical	7	6	7
	H-Controlo Intestinal	7	6	7

LEGENDA:

M- marcha  
CR – cadeira rodas  
A - Auditiva  
**Vi – visual**  
**V – verbal**  
**NV – não-verbal**

MEDIDA INDEPENDENCIA FUNCIONAL - MIF

10/01/2016 – 126 (independência completa)

12/01/2016 – 47 (dependência severa)

14/01/2016 – 93 (dependente)

Mobilidade	<b>Transferência:</b>								
	I-Leito/Cadeira/Cadeira de rodas		7			3		4	
	J-Sanita		7			-		3	
	K-Banheira/Duche		7			-		3	
Locomoção	L-Marcha/Cadeira de rodas	M	7			C R	3	M	4
	M-Escadas		7				-		4
Comunicação	N-Compreensão		7				7		7
	O-Expressão		7				7		7
Consciência Mundo Exterior	P-Interação social		7				7		7
	Q-Resolução de problemas do quotidiano		7				7		7
	R-Memória		7				7		7
<b>TOTAL</b>			<b>126</b>				<b>47</b>		<b>93</b>

ANEXO E

ESCALA VISUAL ANALOGICA – DOR

ANEXO E – ESCALA VISUAL ANALÓGICA - DOR



ESCALA DOR

10/01/2016 – 3

12/01/2016 – 2

14/01/2016 – 4

## ANEXO F

### AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

*ANEXO F - Avaliação do Estado Mental*

O Que o Médico Deve Solicitar ao Indivíduo	O Que Este Teste Indica
Indicar a data atual e o local onde ele se encontra e dizer o nome de determinadas pessoas	Orientação no tempo, no espaço e conhecimento de pessoas
Repetir uma lista curta de objetos	Concentração
Lembrar três itens não relacionados entre si após 3 a 5 minutos	Memória imediata
Descrever um evento que ocorreu no dia anterior ou alguns dias antes	Memória recente
Descrever eventos do passado distante	Memória remota
Interpretar um provérbio (p.ex., "pedras que rolam não criam limo") ou explicar determinada analogia (como "por que o cérebro se parece com um computador?")	Pensamento abstrato
Descrever sentimentos e opiniões sobre a doença	Interiorização da doença
Citar os últimos cinco presidentes e a capital do país	Base de conhecimento
Informar como ele se sente no dia e como ele usualmente se sente nos outros dias	Humor
Executar uma ordem simples que envolva três partes distintas do corpo e que dependa da diferenciação entre direita e esquerda (p.ex., "coloque o polegar direito sobre a orelha esquerda e mostre a língua")	Capacidade de obedecer comandos simples
Nomear objetos simples e partes do corpo e ler, escrever e repetir certas	Função da linguagem

**AVALIAÇÃO ESTADO MENTAL**

10/01/2016

12/01/2016

14/01/2016

Sem alterações

frases	
Identificar pequenos objetos com a mão e números escritos na palma da mão e discriminar um do outro, tocando-os em um ou dois pontos (p.ex., na palma da mão e nos dedos)	Como o cérebro processa as informações a partir dos órgãos sensoriais
Copiar estruturas simples e complexas (p.ex., utilizando blocos de construção) ou posições dos dedos e desenhar um relógio, um cubo ou uma casa	Relações espaciais
Escovar os dentes ou retirar um fósforo da caixa e acendê-lo	Capacidade de realizar uma ação
Realizar operações matemáticas simples	

Fonte: <http://enfermeiopsf.blogspot.pt/2009/11/exames-e-testes-neurologicos.html>

## ANEXO G ESCALA DE BERG

### ANEXO G - ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

#### INSTRUÇÕES GERAIS (pontuação de 0 a 4)

##### 1. SENTADO PARA EM PÉ

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé. Tente não usar suas mãos como suporte.

- (4) Capaz de permanecer em pé sem o auxílio das mãos e estabilizar de maneira independente;
- (3) Capaz de permanecer em pé independentemente usando as mãos;
- (2) Capaz de permanecer em pé usando as mãos após várias tentativas;
- (1) Necessidade de ajuda mínima para ficar em pé ou estabilizar;
- (0) Necessidade de moderada ou máxima assistência para permanecer em pé.

##### 2. EM PÉ SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se segurar em nada.

- (4) Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos;
- (3) Capaz de permanecer em pé durante 2 minutos com supervisão;
- (2) Capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem suporte;
- (1) Necessidade de várias tentativas para permanecer 30 segundos sem suporte;
- (0) Incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem assistência.

Se o sujeito é capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, marque pontuação máxima na situação sentado sem suporte. Siga diretamente para o item 4.

##### 3. SENTADO SEM SUPORTE PARA AS COSTAS MAS COM OS PÉS APOIADOS SOBRE O CHÃO OU SOBRE UM BANCO

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

- (4) Capaz de sentar com segurança por 2 minutos;
- (3) Capaz de sentar com por 2 minutos sob supervisão;
- (2) Capaz de sentar durante 30 segundos;
- (1) Capaz de sentar durante 10 segundos;
- (0) Incapaz de sentar sem suporte durante 10 segundos.

##### 4. EM PÉ PARA SENTADO

INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

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

- (3) Controla descida utilizando as mãos;
- (2) Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida;
- (1) Senta independentemente mas apresenta descida descontrolada;
- (0) Necessita de ajuda para sentar.

## **5. TRANSFERÊNCIAS**

INSTRUÇÕES: Pedir ao sujeito para passar de uma cadeira com descanso de braços para outra sem descanso de braços (ou uma cama).

- (4) Capaz de passar com segurança com o mínimo uso das mãos;
- (3) Capaz de passar com segurança com uso das mãos evidente;
- (2) Capaz de passar com pistas verbais e/ou supervisão;
- (1) Necessidade de assistência de uma pessoa;
- (0) Necessidade de assistência de duas pessoas ou supervisão para segurança.

## **6. EM PÉ SEM SUPORTE COM OLHOS FECHADOS**

INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e permaneça parado por 10 segundos

- (4) Capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos;
- (3) Capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos com supervisão;
- (2) Capaz de permanecer em pé durante 3 segundos;
- (1) Incapaz de manter os olhos fechados por 3 segundos mas permanecer em pé;
- (0) Necessidade de ajuda para evitar queda.

## **7. EM PÉ SEM SUPORTE COM OS PÉS JUNTOS**

INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se segurar

- (4) Capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto;
- (3) Capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto, com supervisão;
- (2) Capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente e se manter por 30 segundos;
- (1) Necessidade de ajuda para manter a posição mas capaz de ficar em pé por 15 segundos com os pés juntos;
- (0) Necessidade de ajuda para manter a posição mas incapaz de se manter por 15 segundos.

## **8. ALCANCE A FRENTE COM OS BRAÇOS EXTENDIDOS PERMANECENDO EM PÉ**

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

- (4) Capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm (10 polegadas);
- (3) Capaz de alcançar acima de 12,5cm (5 polegadas);
- (2) Capaz de alcançar acima de 5cm (2 polegadas);
- (1) Capaz de alcançar mas com necessidade de supervisão;
- (0) Perda de equilíbrio durante as tentativas / necessidade de suporte externo.

## **9. APANHAR UM OBJETO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO EM PÉ**

INSTRUÇÕES: Pegar um sapato/chinelo localizado a frente de seus pés

- (4) Capaz de apanhar o chinelo facilmente e com segurança;
- (3) Capaz de apanhar o chinelo mas necessita supervisão;
- (2) Incapaz de apanhar o chinelo mas alcança 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e manter o equilíbrio de maneira independente;
- (1) Incapaz de apanhar e necessita supervisão enquanto tenta;
- (0) Incapaz de tentar / necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda.

## **10. EM PÉ, VIRAR E OLHAR PARA TRÁS SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO**

INSTRUÇÕES: Virar e olhar para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o direito. O examinador pode pegar um objeto para olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar o giro.

- (4) Olha para trás por ambos os lados com mudança de peso adequada;
- (3) Olha para trás por ambos por apenas um dos lados, o outro lado mostra menor mudança de peso;
- (2) Apenas vira para os dois lados mas mantém o equilíbrio;
- (1) Necessita de supervisão ao virar;
- (0) Necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda.

## **11. VIRAR EM 360 GRAUS**

**INSTRUÇÕES:** Virar completamente fazendo um círculo completo. Pausa. Fazer o mesmo na outra direção

- (4) Capaz de virar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos;
- (3) Capaz de virar 360 graus com segurança para apenas um lado em 4 segundos ou menos;
- (2) Capaz de virar 360 graus com segurança mas lentamente;
- (1) Necessita de supervisão ou orientação verbal;
- (0) Necessita de assistência enquanto vira.

## **12. COLOCAR PÉS ALTERNADOS SOBRE DEGRAU OU BANCO PERMANECENDO EM PÉ E SEM APOIO**

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

- (4) Capaz de ficar em pé independentemente e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos;
- (3) Capaz de ficar em pé independentemente e completar 8 passos em mais de 20 segundos;
- (2) Capaz de completar 4 passos sem ajuda mas com supervisão;
- (1) Capaz de completar mais de 2 passos necessitando de mínima assistência;
- (0) Necessita de assistência para prevenir queda / incapaz de tentar.

## **13. PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OUTRO PÉ A FRENTE**

**INSTRUÇÕES:** (DEMOSTRAR PARA O SUJEITO - Colocar um pé diretamente em frente do outro. Se você perceber que não pode colocar o pé diretamente na frente, tente dar um passo largo o suficiente para que o calcanhar de seu pé permaneça a frente do dedo de seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento do passo poderá exceder o comprimento do outro pé e a largura da base de apoio pode se aproximar da posição normal de passo do sujeito).

- (4) Capaz de posicionar o pé independentemente e manter por 30 segundos;
- (3) Capaz de posicionar o pé para frente do outro independentemente e manter por 30 segundos;
- (2) Capaz de dar um pequeno passo independentemente e manter por 30 segundos;
- (1) Necessidade de ajuda para dar o passo mas pode manter por 15 segundos;
- (0) Perda de equilíbrio enquanto dá o passo ou enquanto fica de pé.

## **14. PERMANECER EM PÉ APOIADO EM UMA PERNA**

**INSTRUÇÕES:** Permaneça apoiado em uma perna o quanto você puder sem se apoiar

- (4) Capaz de levantar a perna independentemente e manter por mais de 10 segundos;
- (3) Capaz de levantar a perna independentemente e manter entre 5 e 10 segundos;
- (2) Capaz de levantar a perna independentemente e manter por 3 segundos ou mais;
- (1) Tenta levantar a perna e é incapaz de manter 3 segundos, mas permanece em pé independentemente;
- (0) Incapaz de tentar ou precisa de assistência para evitar queda.

**PONTUAÇÃO TOTAL (máximo = 56)**

**ANEXO H**  
**ESCALA DE LOWER**

<b>MEMBROS SUPERIORES</b>	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL	5	5
COTOVELO	5	5
PUNHO	5	5
DEDOS	5	5
<b>MEMBROS INFERIORES</b>		
ARTICULAÇÃO COXO-FÉMURAL	5	4
JOELHO	5	5
ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA	5	5
DEDOS	5	5

**AVALIAÇÃO ESCALA LOWER**  
(1-5)

10/01/2016 – 5 / 5  
 12/01/2016 – 5 / 3  
 14/01/2016 - 5 / 4

ANEXO I  
ESCALA DE MORSE

## AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

1. HISTÓRIA DE QUEDAS NÃO - 0    SIM - 20
2. DIAGNÓSTICOS MÉDICOS (> 2 patologias) NÃO - 0    SIM - 15
3. AJUDA NA MARCHA
- Nenhuma / Ajuda cuidador / acamado \_\_\_\_\_ 0
- Bengala / canadiana / andarilho \_\_\_\_\_ 15
- Apoio nos móveis \_\_\_\_\_ 20
4. TERAPÊUTICA I.V. ou CATETER PERMANENTE 20
5. MARCHA
- Normal / cadeira de rodas / acamado \_\_\_\_\_ 0
- Com dificuldade, mas sem ajuda \_\_\_\_\_ 10
- Incapaz, sem ajuda \_\_\_\_\_ 20
6. ESTADO MENTAL
- Orientado \_\_\_\_\_ 0
- Dificuldade de orientação \_\_\_\_\_ 15

Classificação do nível de risco	Recomendações
0 – 24: sem risco	Nenhuma
<b>25 – 50: baixo risco contra quedas</b>	<b>Implementar precauções padronizadas</b>
> 50: alto risco alto risco de quedas	Implementar intervenção para prevenção de

**AVALIAÇÃO ESCALA MORSE**

10/01/2016 – Sem risco  
12/01/2016 – Baixo risco  
14/01/2016 – Baixo risco

ANEXO J  
ESCALA DE BRADEN

ANEXO J – ESCALA DE BRADEN

Nome do doente: AA

Enfermeiro avaliador:

Idade: 65

	1	1	1
	0	2	4
	/	/	/
	0	0	0
	1	1	1

Percepção sensorial	<b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação,  OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	<b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação,  OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	<b>3. Ligeiramente limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição,  OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	4	4	4
Humidade Nível de exposição da pele à	<b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a	<b>2. Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados	<b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente	<b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser	4	3	4

humidade	sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	pelo menos uma vez por turno.	uma vez por dia.	mudados nos intervalos habituais.				
Actividade Nível de actividade física	<b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.	<b>2. Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentarse na cadeira normal ou de rodas.	<b>3. Anda ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	<b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	4	2	3	
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	<b>3. Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	4	2	3	
Nutrição Alimentação habitual	<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa.	<b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição	<b>3. Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na	4	3	3	

	<p>Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios).</p> <p>Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido</p> <p>OU</p> <p>está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.</p>	<p>completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético</p> <p>OU</p> <p>recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p>quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido,</p> <p>OU</p> <p>é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p>íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>				
<p>Fricção e forças de deslizamento</p>	<p><b>1. Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na</p>	<p><b>2. Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos A maior parte do tempo,</p>	<p><b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição.  Mantém uma correcta posição</p>		<p>3</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	

<p>cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p>	<p>mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.</p>	<p>na cama ou cadeira.</p>				
<p>Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.</p>			<b>Pontuação total</b>	2 3	1 6	2 0

AVALIAÇÃO ESCALA BRADEN

10/01/2016 – 23  
 12/01/2016 – 16  
 14/01/2016 – 20

## ANEXO K RANGE OF JOINT MOTION EVALUATION CHART

**RANGE OF JOINT MOTION EVALUATION CHART**

**DEFINITION:** This chart assesses joint motion/contracture and provides information on mobility by measuring a patient's range of motion. It is used to identify and monitor joint motion/contracture, provide information on the patient's range of motion, and provide information on the patient's range of motion.

I. Neck		II. Shoulder	
Flexion/Extension	Rotation	Flexion/Extension	Rotation
Diagram: Neck flexion/extension	Diagram: Neck rotation	Diagram: Shoulder flexion/extension	Diagram: Shoulder rotation
Range of Motion: _____	Range of Motion: _____	Range of Motion: _____	Range of Motion: _____
Contracture: _____	Contracture: _____	Contracture: _____	Contracture: _____
III. Wrist		IV. Elbow	
Flexion/Extension	Rotation	Flexion/Extension	Rotation
Diagram: Wrist flexion/extension	Diagram: Wrist rotation	Diagram: Elbow flexion/extension	Diagram: Elbow rotation
Range of Motion: _____	Range of Motion: _____	Range of Motion: _____	Range of Motion: _____
Contracture: _____	Contracture: _____	Contracture: _____	Contracture: _____
V. Hip		VI. Knee	
Flexion/Extension	Rotation	Flexion/Extension	Rotation
Diagram: Hip flexion/extension	Diagram: Hip rotation	Diagram: Knee flexion/extension	Diagram: Knee rotation
Range of Motion: _____	Range of Motion: _____	Range of Motion: _____	Range of Motion: _____
Contracture: _____	Contracture: _____	Contracture: _____	Contracture: _____

## ANEXO L

### ENSINOS PRÉ E PÓS-OPERATÓRIOS ATA

(Maxey L., Magnusson, J., 2003; Cunha, 2008; Cruz, Oliveira & Conceição, 2009; Morais, 2010; Silva 2011; Menoita & Cordeiro, 2012; Gomes, 2013; Bettencourt, Afonso e Gonçalves, 2014; Jacinto, 2014; Violante, 2014)

#### ❖ EXERCÍCIOS DE REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA

- Instruir e treinar sobre técnicas respiratórias: controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração
- Exercícios abdomino-diafragmáticos
- Incentivar e treinar a tosse

#### ❖ EXERCÍCIOS ISOMÉTRICOS

- Contrações isométricas abdominais
- Contrações isométricas dos glúteos
- Contrações isométricas do quadríceps e isquiotibiais

#### ❖ EXERCÍCIOS ISOTÓNICOS

- Mobilizações passivas / ativas / ativas assistidas / ativas resistidas de todos os segmentos articulares (3 séries de exercícios / 10 repetições 1 a 2 vezes por dia (conforme tolerância do utente), de forma a evitar / diminuir o risco de edemas e trombozes venosas profundas e a ativar a força muscular, a sensibilidade distal e o retorno venoso:
  - Dorsiflexão / flexão plantar da tibio-társica
  - Flexão / extensão da coxo-femoral com e sem flexão do joelho, mas não ultrapassando os 90°
  - Mobilizações ativas livres / resistidas do membro sã
  - Abdução / adução do membro operado até a linha média e voltar à posição inicial
  - Extensão lombo-pélvica
  - Fortalecimento do quadríceps com auxílio do rolo.

Neste caso em particular trata-se da via de abordagem POSTERO-LATERAL, onde é realizada uma incisão na face lateral-externa proximal, há comprometimento dos músculos **abdutores** (pequeno e médio glúteo, tensor

da fáscia lata, costureiro, piriforme, obturador interno e externo) e **rotadores externos** (piriforme, obturador interno e externo, quadrado femoral, costureiro, bícípíte femoral, pectíneo, reto interno), pelo que serão contra-indicados os movimentos de rotação interna, flexão acima de 90° e adução da anca além da linha média. A abordagem posterior preserva o glúteo médio e o mínimo, bem como o vasto interno, o que facilita a recuperação funcional.

**O que deve fazer:**

- Fazer marcha com canadeanas durante 3 meses
- Iniciar carga progressiva a partir do 1 mês (10% do peso corporal por semana)
- A partir do 3º mês deve fazer marcha sem canadianas
- Dormir com uma almofada entre as pernas durante pelo menos 10 meses
- Evitar pisos acidentados
- Evitar andar de bicicleta
- Tomar banho de duche em substituição da banheira
- Todos os exercícos ensinados e treinados durante o internamento devem continuar pelo menos até ao 6º mês

**O que não deve fazer:**

- Não deve cruzar as pernas
- Não deve fazer carga sobre o membro operado durante o 1º mês
- Não deve carregar pesos
- Não deve fazer mais de 90° de flexão no membro na anca operada
- Não deve sentar-se em cadeiras ou sanitas baixas
- Não deve dobrar o corpo sobre as pernas a partir da posição de sentado
- Não deve fazer rotações bruscas
- Não deve aumentar de peso

- Inclinar-se em demasia para a frente para se calçar, deve pedir ajudar ou adquirir produtos que permitem realizar esta operação sem risco
- Não dobrar o membro operado a mais de 90°
- Não apanhar objetos do chão, inclinando-se para a frente
- Não permanecer longos períodos de pé
- Evitar principalmente nas primeiras 6 semanas tarefas para as quais o utente tem de ser vergar.

#### ❖ POSICIONAMENTO NO LEITO

- Posicionar o utente em decubito dorsal com uma almofada triangular entre as pernas, de forma a prevenir a rotação interna e a adução

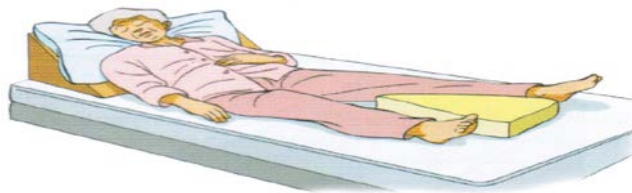


Fig.1 – Utente corretamente posicionado em Decúbito Dorsal

- Posicionar o utente em decubito semi-dorsal lado sã, com uma almofada entre as pernas, para apoiar o membro operado, de forma a prevenir a rotação interna e a adução



Fig. 2 - A)utente incorretamente posicionado em Decubito Lateral; B) Utente corretamente posicionado em Decubito Lateral

- Promover ensino ao utente sobre a mobilização no leito, utilizando o suporte existente por cima da cama e o apoio do calcanhar da perna sã, para alívio da pressão da região sagrada, de forma a evitar úlceras de pressão

#### ❖ **MOBILIZAÇÕES (LEVANTAR, DEITAR, SENTAR)**

- Levantar
  - 1º Levante

Sempre que possível o levante deve ser realizado pelo lado oposto ao membro operado, uma vez que permite que a maior parte da força seja efectuada pelo membro não operado (rodar e levantar ligeiramente as nádegas)

6. Avaliação de sinais vitais de antes do levante e na posição de sentado e após levante
7. Assumir uma posição de sentado na cama a 45° (mantendo sempre o membro operado em extensão, mantendo um ângulo superior a 90°)
8. Rodar na cama de forma a colocar os pés no chão, mantendo o alinhamento dos membros e abdução dos mesmos
9. Colocar as mãos na cama, e com a força dos membros superiores mais o membro inferior não operado pôr-se de pé
10. Já em pé e em equilíbrio deve apoiar-se no seu auxiliar de marcha

Nota: o primeiro levante deve ser progressivo e devemos ter em conta os valores tensionais do doente.

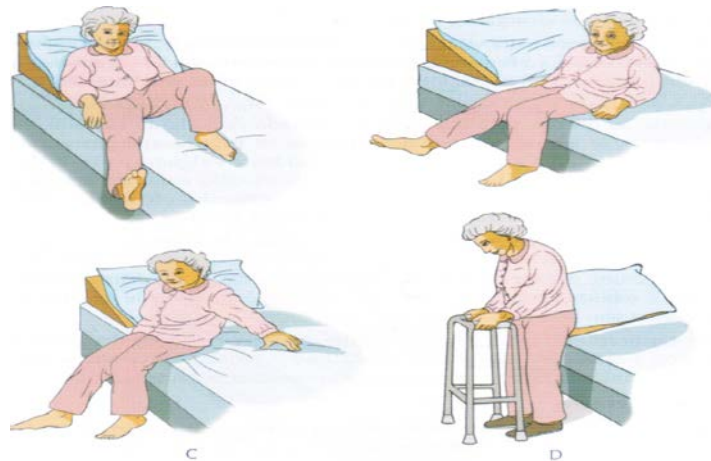


Fig 5 – Levante

- Deitar
  - Movimento de deitar

Correspondem aos movimentos inversos relativamente ao levantar

- Sentar
    - Sentar
6. Colocar-se em frente da cadeira de forma a que a região popliteia fique encostada à borda dianteira do acento da cadeira
  7. Agarrar os braços da cadeira (um de cada vez)
  8. Deslizar o membro operado para a frente de forma a fazer uma ligeira extensão
  9. Baixar-se até ficar sentada, apoiando os antebraços na cadeira
  10. Deslizar para traz até ficar confortável

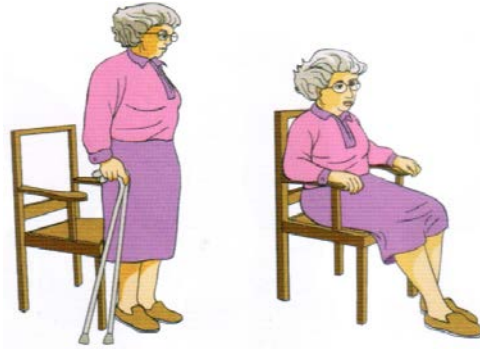


Fig 8 – Sentar-se em cadeira com braços

### ❖ SUBIR E DESCER ESCADAS

Os auxiliares de marcha (usar andarilho e posteriormente canadianas) devem estar bem ajustados às características do doente. Pois evita que o doente ande demasiado vergado ou excessivamente direito o que dificultaria a marcha

- Subir escadas

4. O membro não operado é o primeiro a avançar
5. Em seguida avança o membro operado
6. E por fim avançam as canadianas (se houver corrimão, deve sempre que possível apoiar-se nele)

- Descer escadas

5. As canadianas são as primeiras a avançar
6. Em seguida a o membro operado
7. E por fim avança o membro não operado
8. Rodar sobre o membro são



Fig 7 - A, B) Subir escadas; C) descer escadas



Fig. 6 –Marcha com canadianas

#### ❖ TRANSFERÊNCIAS (CAMA / CADEIRA / SANITÁRIO / CARRO)

- Uso da sanita

Esta não pode ser baixa, se for tem de se recorrer a um alteador, ou seja, depois de sentado os angulos entre o tronco e as coxas e entre as coxas e as pernas nunca deverá ser inferior a 90º) deverá adoptar um procedimento semelhante ao sentar-se na cadeira. Deverá haver dispositivos fixos ou móveis onde o doente se possa agarrar e/ou apoiar-se de forma evitar quedas e facilitando os movimentos de sentar e levantar.



Fig 9 – uso correto da sanita

#### ❖ CUIDADOS DE HIGIENE

O Utente deverá sempre que possível escolher o duche. Não deve sentar-se, tendo de se sentar optar por um banco alto

Se optar por tomar banho numa banheira, não deve tentar entrar na banheira sem utilizar uma tabua de banheira e um assento. Estes procedimentos devem manter-se pelo menos até 12 semanas após a cirurgia.

4. Sentar-se na tabua de banheira previamente fixa
5. Levantar as pernas e passa-las (uma de cada vez) para dentro da banheira. Tentando que o membro operado permaneça em ligeira extensão
6. Apoiar as mãos na banheira e em seguida baixar-se até ao assento colocado no interior da banheira

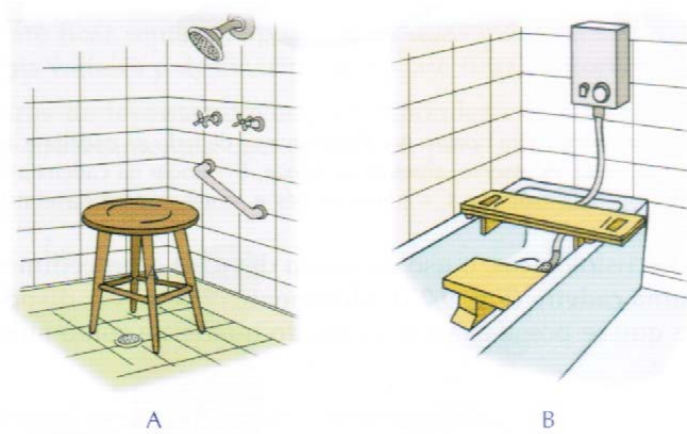


Fig 10 – A) Banho Duche; B) Banho Banheira

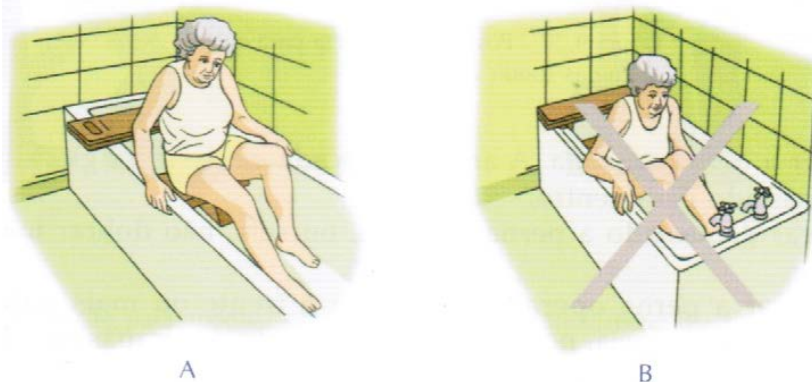


Fig 11 – A) uso correto do apoio da banheira; B) uso incorreto do apoio da banheira

Nota: tanto no caso do duche em poliban como no caso do banho na banheira devem existir dispositivos fixos ou móveis onde o doente se possa agarrar/apoiar de forma a prevenir as quedas.

#### ❖ ENTRAR E SAIR DO CARRO

A condução pode ser retomada a partir da 8ª semana após a cirurgia, tendo o cuidado de elevar o banco com almofadas, devendo evitar fazer viagens longas.

- Para entrar no carro

7. De costas para o carro apoiar a região popliteia na ladeira da porta do carro

8. Apoiar as mãos no assento
9. Sentar-se mantendo o membro operado com o joelho em extensão
10. Utilizar a força das mãos e do membro não operado para se chegar para trás em sentido do banco contrario (sempre com o membro operado em extensão)
11. Rodar sobre o assento e colocar as pernas para o interior do carro (é importante o membro operado manter a extensão)
12. Ajustar a posição de forma a ficar confortável, respeitando sempre a regras dos 90° (o angulo entre o tronco e a coxa não deve ser inferior a 90°)



Fig 12 – Posição correta para entrar no carro

Para sair do carro deve seguir os passos acima descritos mas em ordem inversa



Fig 13- Posição correta para sair do carro

## ❖ VESTIR E DESPIR

Para se vestir, a melhor estratégia é a utilização de pinças de cabo longo ou suspensórios, fixados ao vestuário, pois permitem deslizar os membros inferiores com o mínimo de flexão.

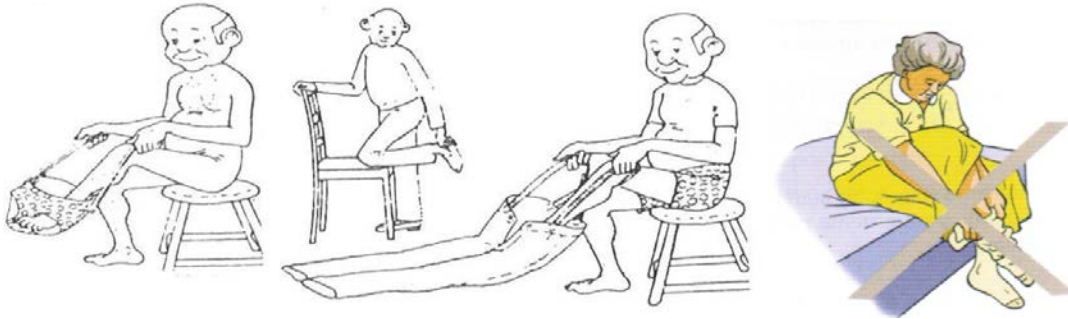


Fig 14 – forma correta de vestir e calçar

Fig 15 – Forma incorreta de calçar

Para se calçar, a melhor forma é arranjar uma calçadeira de cabo longo ou utilizar uma cadeira

#### ❖ SEXUALIDADE

Está aconselhada o retorno à atividade sexual 1 mês após a cirúrgica (salvo contra-indicação médica).

As posições recomendadas são aquelas que evitam os movimentos luxantes

- A) Posições sexuais aconselháveis para homens submetidos a ATA
- B) Posições sexuais aconselháveis a mulheres submetidas a ATA



## APÊNDICE I

### Diagnósticos de Enfermagem NANDA

Em uma era de crescente ênfase em prontuários eletrônicos de saúde, terminologias de enfermagem padronizadas, como NANDA, NIC e NOC fornecem um meio de colheita de dados de enfermagem que são sistematicamente analisados, dentro e entre as organizações de saúde e fornecem dados essenciais para a auditoria clínica.

Em 2002, após a Conferência NANDA, NIC e NOC (NNN) em Chicago, os diagnósticos de enfermagem aprovados foram colocados na Taxonomia II. A Taxonomia II organiza os diagnósticos em domínios e classes e usa uma estrutura multiaxial para o desenvolvimento dos focos dos conceitos diagnósticos. Esses incluíam 11 diagnósticos de enfermagem de promoção da saúde, bem como os diagnósticos de enfermagem recentemente revisados e aprovados.

Após a Conferência NNN de 2004, em Chicago, o Comitê de Taxonomia colocou os diagnósticos recém-aprovados em suas categorias apropriadas. O Comitê de Taxonomia, para promover seu foco internacional, revisou os eixos da Taxonomia II e comparou-os com o Modelo de Terminologia de Referência da International Standards Organization (ISO) para um Diagnóstico de Enfermagem.

A NANDA International só começou a utilizar critérios de nível de evidências em 2002; assim, os diagnósticos inseridos na Taxonomia antes dessa data não trazem critérios de nível de evidências, porque nenhum fora identificado quando do envio do diagnóstico para apreciação.

Os Diagnósticos de enfermagem da NANDA são precisos e válidos. Orientam a seleção de intervenções capazes de produzir os efeitos desejados do tratamento e determinar resultados de enfermagem. São vistos como chave

para o futuro, baseados em evidências de cuidados de enfermagem, profissionalmente conduzidos, para alcançar a necessidade dos pacientes.

Os processos são organizados em quatro seções; diagnósticos de problemas, diagnósticos de risco, diagnósticos de promoção da saúde e diagnósticos de força.

Cada diagnóstico passa por um processo rigoroso de avaliação pela NANDA-I, com critérios rígidos indicativos do nível das evidências que os fundamentam. Além disso, esta nova edição inclui 16 novos diagnósticos e 11 revistos, bem como novos capítulos:

**Domínio 1: Promoção da Saúde**

Classe 1: Percepção da saúde

Atividade de recreação deficiente

Estilo de vida sedentário

Classe 2: Controle da saúde

Autocontrole ineficaz da saúde

Disposição para autocontrole da saúde melhorado

Comportamento de saúde propenso a risco

Controle familiar ineficaz do regime terapêutico

Disposição para estado de imunização melhorado

Manutenção ineficaz da saúde

Proteção ineficaz

Saúde da comunidade deficiente

**Domínio 2: Nutrição**

Classe 1: Ingestão

Deglutição prejudicada

Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais

Risco de nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais

Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais

Disposição para nutrição melhorada

Padrão ineficaz de alimentação do lactente

Classe 2: Digestão

Classe 3: Absorção

Classe 4: Metabolismo

Risco de função hepática prejudicada

Risco de glicemia instável

Classe 5: Hidratação

Risco de desequilíbrio eletrolítico

Disposição para equilíbrio de líquidos melhorado

Volume de líquidos deficiente

Risco de volume de líquidos deficiente

Volume de líquidos excessivo

Risco de desequilíbrio do volume de líquidos

**Domínio 3: Eliminação e Troca**

Classe 1: Função urinária

Disposição para eliminação urinária melhorada

Eliminação urinária prejudicada

Incontinência urinária de esforço

Incontinência urinária de urgência

Risco de incontinência urinária de urgência

Incontinência urinária funcional

Incontinência urinária por transbordamento

Incontinência urinária reflexa

Retenção urinária

Classe 2: Função gastrointestinal

Obstipação

Risco de obstipação

Obstipação

Diarreia

Incontinência intestinal

Motilidade gastrointestinal disfuncional

Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional

Classe 3: Função Tegumentar

Classe 4: Função respiratória

Troca de gases prejudicada

**Domínio 4: Atividade/Repouso**

Classe 1: Sono/repouso

Insônia

Padrão de sono prejudicado

Privação de sono

Disposição para sono melhorado

Classe 2: Atividade/exercício

Capacidade de transferência prejudicada

Deambulação prejudicada

Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada

Mobilidade física prejudicada

Mobilidade no leito prejudicada

Risco de síndrome do desuso

Classe 3: Equilíbrio de energia

Campo de energia perturbado

Fadiga

Perambulação

Classe 4: Respostas cardiovasculares/pulmonares

Débito cardíaco diminuído

Intolerância à atividade  
Risco de intolerância à atividade  
Padrão respiratório ineficaz  
Risco de perfusão gastrointestinal ineficaz  
Risco de perfusão renal ineficaz  
Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída  
Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz  
Perfusão tissular periférica ineficaz  
Risco de perfusão tissular periférica ineficaz  
Resposta disfuncional ao desmame ventilatório  
Ventilação espontânea prejudicada

Classe 5: Autocuidado

Disposição para melhora do autocuidado  
Déficit no autocuidado para alimentação  
Déficit no autocuidado para banho  
Déficit no autocuidado para higiene íntima  
Déficit no autocuidado para vestir-se  
Autonegligência  
Manutenção do lar prejudicada

**Domínio 5:** Percepção/cognição

Classe 1: Atenção

Negligência unilateral

Classe 2: Orientação

Síndrome da interpretação ambiental prejudicada

Classe 3: Sensação/percepção

Classe 4: Cognição

Confusão aguda  
Risco de confusão aguda

Confusão crônica

Conhecimento deficiente

Disposição para conhecimento melhorado

Controle de impulsos ineficaz

Memória prejudicada

**Classe 5: Comunicação**

Disposição para comunicação melhorada

Comunicação verbal prejudicada

**Domínio 6: Autopercepção**

**Classe 1: Autoconceito**

Disposição para autoconceito melhorado

Desesperança

Risco de dignidade humana comprometida

Distúrbios da identidade pessoal

Risco de distúrbios da identidade pessoal

Risco de solidão

**Classe 2: Autoestima**

Baixa autoestima crônica

Risco de baixa autoestima crônica

Baixa autoestima situacional

Risco de baixa autoestima situacional

**Classe 3: Imagem corporal**

Distúrbio na imagem corporal

**Domínio 7: Papéis e relacionamentos**

**Classe 1: Papéis do cuidador**

Amamentação ineficaz

Amamentação interrompida

Disposição para amamentação melhorada

Disposição para paternidade ou maternidade melhorada

Paternidade ou maternidade prejudicada

Risco de paternidade ou maternidade prejudicada

Tensão do papel de cuidador

Risco de tensão do papel de cuidador

**Classe 2: Relações Familiares**

Processos familiares disfuncionais

Processos familiares interrompidos

Disposição para processos familiares melhorados

Risco de vínculo prejudicado (00058)

**Classe 3: Desempenho de papéis**

Conflito no papel de pai/mãe

Desempenho de papel ineficaz

Interação social prejudicada

Relacionamento ineficaz

Risco de relacionamento ineficaz

Disposição para relacionamento melhorado

**Domínio 8: Sexualidade**

**Classe 1: Identidade sexual**

**Classe 2: Função sexual**

Disfunção sexual

Padrão de sexualidade ineficaz

**Classe 3: Reprodução**

Risco de binômio mãe-feto perturbado

Processo de criação de filhos ineficaz

Risco de processo de criação de filhos ineficaz

Disposição para processo de criação de filhos melhorado

**Domínio 9: Enfrentamento/tolerância ao estresse**

Classe 1: Respostas pós-trauma

Síndrome do estresse por mudança

Risco de síndrome do estresse por mudança

Síndrome do trauma de estupro

Síndrome pós-trauma

Risco de síndrome pós-trauma

Classe 2: Respostas de enfrentamento

Ansiedade

Ansiedade relacionada à morte

Insuficiência na capacidade do adulto para melhorar

Enfrentamento comunitário ineficaz

Disposição para enfrentamento comunitário melhorado

Enfrentamento defensivo

Enfrentamento familiar comprometido

Enfrentamento familiar incapacitado

Disposição para enfrentamento familiar melhorado

Enfrentamento ineficaz

Disposição para enfrentamento melhorado

Sobrecarga de estresse

Sentimento de impotência

Risco de sentimento de impotência

Medo

Negação ineficaz

Pesar

Pesar complicado

Risco de pesar complicado

Planejamento de atividade ineficaz

Risco de planejamento de atividade ineficaz

Disposição para poder melhorado  
Risco de resiliência comprometida  
Resiliência individual prejudicada  
Disposição para resiliência melhorada  
Tristeza crônica

**Classe 3: Estresse neurocomportamental**

Capacidade adaptativa intracraniana diminuída  
Disreflexia autonômica  
Risco de disreflexia autonômica

**Domínio 10: Princípios da vida**

**Classe 1: Valores**

Disposição para melhora da esperança

**Classe 2: Crenças**

Disposição para bem-estar espiritual melhorado

**Classe 3: Coerência entre valores/crenças/atos**

Conflito de decisão  
Falta de adesão  
Disposição para religiosidade melhorada  
Religiosidade prejudicada  
Risco de religiosidade prejudicada  
Sofrimento espiritual  
Risco de sofrimento espiritual  
Sofrimento moral  
Disposição para melhora da tomada de decisão

**Domínio 11: Segurança/proteção**

**Classe 1: Infecção**

Risco de infecção

**Classe 2: Lesão física**

Risco de aspiração  
Risco de choque  
Dentição prejudicada  
Desobstrução ineficaz de vias aéreas  
Risco de disfunção neurovascular periférica  
Integridade da pele prejudicada  
Risco de integridade da pele prejudicada  
Integridade tissular prejudicada  
Risco de lesão  
Risco de lesão por posicionamento perioperatório  
Risco de lesão térmica  
Mucosa oral prejudicada  
Risco de olho seco  
Risco de quedas  
Recuperação cirúrgica retardada  
Risco de sangramento  
Risco de síndrome da morte súbita do lactente  
Risco de sufocação  
Risco de trauma  
Risco de trauma vascular

Classe 3: Violência

Automutilação  
Risco de automutilação  
Risco de suicídio  
Risco de violência direcionada a outros  
Risco de violência direcionada a si mesmo

Classe 4: Riscos ambientais

Contaminação

Risco de contaminação

Risco de envenenamento

Classe 5: Processos defensivos

Risco de resposta adversa a meio de contraste com iodo

Risco de resposta alérgica

Resposta alérgica ao látex

Risco de resposta alérgica ao látex

Classe 6: Termorregulação

Hipertermia

Hipotermia

Risco de desequilíbrio na temperatura corporal

Termorregulação ineficaz

**Domínio 12: Conforto**

Classe 1: Conforto físico

Disposição para melhora do conforto

Conforto prejudicado

Dor aguda

Dor crônica

Náusea

Classe 2: Conforto ambiental

Disposição para melhora do conforto

Conforto prejudicado

Classe 3: Conforto social

Disposição para melhora do conforto

Conforto prejudicado

Isolamento social

**Domínio 13: Crescimento/desenvolvimento**

## APÊNDICE II CICLO DE GIBBS

### *APÊNDICE II - CICLO REFLEXIVO DE GIBBS*

1º DESCRIÇÃO – O que aconteceu ?

2º SENTIMENTOS – O que estou a pensar e a sentir ?

3º AVALIAÇÃO – O que foi bom e mau na experiência ?

4º ANÁLISE – Que sentido podemos encontrar na situação ?

5º CONCLUSÃO – Que mais poderia ter feito ?

6º PLANEAR A ACÇÃO – Se isso resultou de novo, o que irá fazer ?