

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

BARREIRAS ARQUITETÓNICAS NO DOMICÍLIO;
Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas
Especializadas na Área de Enfermagem de Reabilitação

ARCHITECTURAL BARRIERS AT HOME
Project for the Development of Specialized Clinical Skills in
the Field of Rehabilitation Nursing

Autor

Helena Isabel Pombo Carvalho da Silva

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

BARREIRAS ARQUITETÓNICAS NO DOMICÍLIO;
Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na
Área de Enfermagem de Reabilitação

ARCHITECTURAL BARRIERS AT HOME
Project for the Development of Specialized Clinical Skills in the Field of
Rehabilitation Nursing

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

Carla Sílvia Neves da Nova Fernandes
Professor Adjunto, Doutor

Luis Miguel Ribeiro Ferreira
Professor Adjunto, Doutor

Autor

Helena Isabel Pombo Carvalho da Silva

Porto, 2024

RESUMO

A identificação e remoção de Barreiras Arquitetônicas e a promoção da acessibilidade são fundamentais para permitir uma vida independente às pessoas com mobilidade condicionada. Os Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação têm um papel fundamental na identificação de barreiras arquitetônicas sendo da sua competência a identificação de intervenções que resultem na sua eliminação, através do aconselhamento e prescrição de produtos de apoio.

O presente relatório pretende descrever e refletir sobre o processo de desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação realizado ao longo dos diferentes contextos clínicos e através de dois estudos de caso focados no tema “Barreiras Arquitetônicas no Domicílio”. A intervenção de enfermagem de reabilitação nos dois estudos de caso centra-se na identificação de barreiras arquitetônicas e na análise das adaptações necessárias para a promoção da mobilidade e independência da pessoa.

No decorrer deste trabalho, é feita uma caracterização dos diferentes contextos clínicos onde foram realizados os estágios, a descrição dos dois estudos de caso e o respetivo programa de reabilitação elaborado refletindo sobre os resultados obtidos, assim como, o contributo para o desenvolvimento de competências do EEER.

A metodologia aplicada envolveu a pesquisa bibliográfica sobre a temática e o estudo dos dois casos realizados na plataforma E4nursing, implementando um programa de reabilitação adaptado à condição de cada uma das pessoas e sendo realizada uma reflexão sobre os ganhos em saúde, resultantes dos programas de reabilitação instituídos. Com a implementação das intervenções no ambiente domiciliar foram evidenciadas melhorias a nível funcional da mobilidade da pessoa, assim como, o aumento da segurança no espaço físico habitacional.

No âmbito dos ensinamentos clínicos desenvolvidos, nos diferentes contextos, foi possível alcançar as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. O desenvolvimento dos dois estudos de caso na plataforma E4nursing permitiu aperfeiçoar a elaboração de um plano de cuidados, assim como aperfeiçoar e consolidar competências na área da enfermagem de reabilitação.

ABSTRACT

The identification and removal of Architectural Barriers and the promotion of accessibility are fundamental to enabling independent living for people with mobility impairments. Specialist Nurses in Rehabilitation Nursing play a crucial role in the identification of architectural barriers, and it is within their competence to carry out interventions that result in their elimination, through counseling and prescribing assistive products.

This report aims to describe and reflect on the process of developing both common and specific competencies of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, carried out across various clinical settings and through two case studies focused on the theme "Architectural Barriers at Home." The rehabilitation nursing intervention in the two case studies focuses on identifying architectural barriers and analyzing the necessary adaptations to promote the mobility and independence of the individual.

Throughout this work, a characterization of the different clinical contexts where internships were conducted is provided, along with a description of the two case studies and their respective rehabilitation programs, reflecting on the results obtained, as well as their contribution for the competency development of the rehabilitation Nurse

The methodology involved bibliographic research on the topic and the study of the two cases carried out on the E4nursing platform, implementing a rehabilitation program tailored to each individual's condition, and reflecting on the health gains resulting from the established rehabilitation programs. By implementing interventions at home environment, improvements in functional mobility of the individual were evidenced, as well as increased safety at home physical space.

In the scope of the clinical teachings developed in different contexts, it was possible to achieve both common and specific competencies of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing. The development of the two case studies on the E4nursing platform allowed to the enhancement of knowledge regarding the development of an efficient care plan, as well as refining and consolidating competencies according to the necessary care and rehabilitation techniques.

ABREVIATURAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diárias

ATA - Artroplastia Total da Anca

ECI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ER - Enfermagem de Reabilitação

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

GRT - Gestão de Regime Terapeutico

ICN - International Council of Nurses

MRC - Medical Research Council

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PTJ - Prótese Total do Joelho

RFM - Reabilitação Funcional Motora

RFR - Reabilitação Funcional Respiratória

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

TC - Tomografia Computorizada

TENS - Transcutaneous Electrical Nerve Simulation

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	17
3. CASO - 1	25
3.1. Enquadramento teórico	25
3.2. Clientes	34
3.3. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	35
3.3.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	35
3.4. Domínios	36
3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	37
3.5. Conceção de Cuidados	39
3.6. Especificação das intervenções	58
3.7. Síntese relativa ao caso	65
4. CASO - 2	69
4.1. Enquadramento teórico	69
4.2. Clientes	73
4.3. Medicação	74
4.4. Domínios	74
4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	75
4.5. Conceção de Cuidados	76
4.6. Especificação das intervenções	91
4.7. Síntese relativa ao caso	95
5. FAMÍLIA CASO 1	99
5.1. Enquadramento teórico	99
5.2. Clientes	103
5.3. Domínios	104
5.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	104
5.4. Conceção de Cuidados	104
5.5. Especificação das intervenções	105
5.6. Síntese relativa ao caso	106
6. FAMÍLIA CASO 2	109
6.1. Enquadramento teórico	109
6.2. Clientes	113
6.3. Domínios	113
6.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	113
6.4. Conceção de Cuidados	114
6.5. Especificação das intervenções	114
6.6. Síntese relativa ao caso	115
7. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	119
8. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	135

9. BIBLIOGRAFIA	139
-----------------------	-----

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Figura 1 - Rx controlo pós ATA Pessoa caso 2

Figura 2 - Genograma caso 1

Figura 3 - Ecomapa caso 1

Figura 4 - Alterações estruturais na casa de banho caso 1

Figura 5 - Genograma caso 2

Figura 6 - Ecomapa caso 2

Figura 7 - Planta da casa da Família 2

Figura 8 - Alterações estruturais na casa da pessoa caso 2

Tabela 1 - Amplitude articular apresentada pela pessoa alvo de cuidados caso 2

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório insere-se na Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Preconizando-se como última etapa deste trajeto, a realização de um relatório de estágio para posterior apresentação pública, tendo como título “Barreiras Arquitetónicas no Domicílio, Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na Área de Enfermagem de Reabilitação”.

A presença de barreiras arquitetónicas tem um impacto significativo no dia a dia da pessoa com mobilidade condicionada. O tempo e a energia despendida para superar barreiras arquitetónicas na realização de tarefas do quotidiano provocam níveis de stress e fadiga, tanto para a pessoa como para o seu cuidador. A eliminação de barreiras arquitetónicas, através da modificação do ambiente domiciliar, melhora a segurança, acessibilidade, privacidade e desempenho ocupacional da pessoa, especialmente nas atividades de autocuidado (Lau et al., 2018). Assim, a promoção da mobilidade no domicílio reflete-se a nível social, emocional, económico e na saúde. A dificuldade na mobilização pode originar problemas de isolamento, solidão e desconexão da comunidade pois condiciona a pessoa não só no seu domicílio como também noutros ambientes (Goodwin et al., 2022).

O ambiente domiciliário é o espaço central quotidiano, sendo o local onde ocorrem as principais atividades diárias (Santos et al., 2021). Mesmo sendo externo a pessoa, influencia a estrutura e a função do corpo desta enquanto membro de uma sociedade na qual é capaz de realizar ações ou tarefas. No dia a dia, a existência de barreiras arquitetónicas acentua a limitação da pessoa e aumenta a sua vulnerabilidade (Silva et al., 2019).

O ambiente que rodeia a pessoa com mobilidade condicionada, pode ser um componente dificultador ou facilitador da adaptação à sua condição de saúde, sendo o contributo do EEER determinante. Assim, o EEER deve atuar de forma decisiva promovendo a mobilidade e participação da pessoa e favorecendo a sua autonomia e independência (Pereira et al., 2018).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve englobar o ambiente na sua área de atenção definindo estratégias a nível local e nacional que promovam a integração da pessoa com deficiência e/ou limitação da atividade (O.E., 2018). Sendo da sua competência promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social, o EEER identifica barreiras arquitetónicas orientando a sua eliminação e gere as circunstâncias ambientais potenciadoras de eventos adversos (D.R, Série II, nº85/2019).

Integrado nesta problemática e inserido no Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, para o desenvolvimento desta última etapa foram traçados os seguintes objetivos gerais: desenvolver competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e aprofundar competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, na eliminação de barreiras arquitetônicas no domicílio. Assim como, foram elaborados os seguintes objetivos específicos: aprofundar conhecimentos sobre a intervenção do EEER na eliminação de barreiras arquitetônicas; identificar barreiras arquitetônicas no espaço domiciliário; elaborar planos de intervenção para a eliminação de barreiras arquitetônicas no domicílio (dois casos clínicos); implementar ações especializadas de Enfermagem de Reabilitação na eliminação de barreiras arquitetônicas e avaliar o plano de intervenção implementado no domicílio nos dois casos estudados.

A metodologia utilizada na elaboração deste relatório teve como base a pesquisa bibliográfica, artigos científicos, publicações, regulamentos nacionais, normas e guias de acessibilidade e mobilidade em edifícios habitacionais e nas indicações disponibilizadas pelos orientadores e corpo docente da ESEP das diferentes unidades curriculares. Por outro lado, foram desenvolvidos dois estudos de caso na plataforma e4nursing, sobre a temática em estudo, realizados nos contextos Musculoesquelético e Comunidade.

Do ponto de vista estrutural, este documento está dividido em 5 partes. Na primeira parte, introdução, é descrita a contextualização do trabalho, objetivos, metodologia e estrutura assim como o enquadramento teórico do tema, onde é referenciado o papel do EEER de acordo com as suas competências. A segunda parte, apresenta uma breve caracterização dos contextos clínicos onde, decorreu o Estágio de Natureza Profissional - Módulo II, dando uma visão relativamente aos recursos físicos e humanos existentes, método de organização dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação e projetos de melhoria contínua da qualidade na área da Reabilitação. Na terceira parte, são descritos dois estudos de caso desenvolvidos na plataforma e4nursing. Em cada um deles é clarificado o papel do EEER e o plano de intervenção elaborado à luz das teorias de Enfermagem e de acordo com as competências do Enfermeiro de Reabilitação tendo como finalidade a avaliação da condição funcional e do ambiente envolvente da pessoa, promovendo a sua capacitação, assim como o diagnóstico das necessidades em cuidados de enfermagem especializados de Reabilitação. As intervenções de enfermagem especializadas foram delineadas no sentido de maximizar a funcionalidade, capacidade para o autocuidado, participação social e qualidade de vida da pessoa/família. Na quarta parte, é feita uma reflexão sobre o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER e por fim na quinta parte uma síntese reflexiva sobre a demonstração de competências.

O tema a desenvolver neste projeto engloba não só a pessoa alvo de cuidados como os seus familiares e cuidadores envolvendo-os num processo que requer da sua parte colaboração, capacidade e destreza, a fim de adquirir e pôr em prática novos conhecimentos.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

O Estágio de Natureza Profissional Módulo II decorreu no período de 18 de setembro de 2023 a 12 de janeiro de 2024, dividido pelos seguintes contextos clínicos: Cardiopulmonar; Ortopedia; Neurológico; Comunidade; Convalescença e Pediatria.

Os locais dos contextos clínicos e orientadores de estágio no Módulo II foram os mesmos do estágio no Módulo I facilitando o processo de conscientização profissional sobre o papel do EEER, no âmbito das suas competências tanto comuns como específicas.

Os estágios que decorreram em contexto hospitalar foram: cardiopulmonar; ortopedia; neurológico; convalescença e pediatria. O estágio de comunidade foi realizado numa ECCE, em contexto comunitário.

Contexto Cardiopulmonar

A Unidade de Cirurgia Cardiorrástica foi o local onde foi realizado o estágio de cardiopulmonar que decorreu de 18/09/2023 a 29/09/2023 num total de 63 horas. Esta unidade faz parte a unidade de cuidados intensivos, unidade de cuidados intermédios e internamento, estando divididos por 2 pisos. A unidade de cuidados intensivos tem a lotação de 10 camas assim como a de cuidados intermédios e estão as duas no mesmo piso. O internamento de cirurgia cardiorrástica tem a lotação de 32 camas, encontra-se no piso inferior e foi onde decorreu maioritariamente o estágio desta valência.

As pessoas alvo de cuidados, são provenientes da consulta de pneumologia e cardiologia do hospital onde esta unidade está inserida através de internamento programado ou podem ainda ser admitidos pelo serviço de urgência. Recebe ainda pessoas de outros hospitais em regime de colaboração se esses não possuírem condições de resposta. As patologias mais frequentes encontradas nesta unidade durante o período de estágio foram: valvuloplastias, cirurgia de revascularização do miocárdio, lobectomia pulmonar e pneumotórax.

Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação são prestados por 2 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação distribuídos um no turno da manhã e o outro no turno da tarde nos dias úteis da semana. O serviço contempla mais 6 enfermeiros especializados em Enfermagem de Reabilitação estando estes em funções de gestão e nos cuidados gerais. O serviço possui também 3 fisioterapeutas que prestam cuidados à pessoa internada em parceria com o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, de acordo com as necessidades desta e o protocolo de funções estabelecido. O EEER é responsável pelo cuidado de dez pessoas a quem presta cuidados específicos de reabilitação. Às restantes pessoas, os fisioterapeutas

prestam os cuidados complementando apenas com os cuidados específicos de E.R. Este serviço não possui sala de reabilitação ou ginásio pelo que os cuidados são elaborados na unidade do doente e no corredor do serviço (treino de marcha).

Como recursos materiais existentes têm: um elevador de transferência, espelho quadriculado, almofadas de posicionamento de vários tamanhos, banco de posicionamento para pés, espirómetro de incentivo, bastão, pedaleira, cadeira de rodas, andarilho e canadianas. É utilizado o método individual de trabalho com registos do processo de enfermagem na plataforma existente na instituição.

Este serviço não apresenta quaisquer projetos na área da melhoria contínua da qualidade tanto das áreas comuns como das específicas de Enfermagem de Reabilitação, salvaguardando a receção de alunos de enfermagem licenciatura/especialidade e mestrado.

Contexto Musculoesquelético

O estágio de contexto musculoesquelético foi realizado no serviço de traumatologia no período de 02/10/2023 a 18/10/2023 com a carga horária de 70 horas. Este serviço pertence à unidade de ortopedia deste hospital, tendo também camas alocadas no serviço de oftalmologia, devido ao grande número de pessoas a que este hospital dá resposta. As pessoas alvo de cuidados são maioritariamente vindas do serviço de urgência deste hospital onde deram entrada por uma situação de trauma do foro ortopédico. Dá também apoio a outros hospitais que não têm capacidade de resposta em situação de urgência. Colabora, ainda, com o serviço de ortopedia nas cirurgias programadas que estão integradas no programa “Rapid Recovery”. Este visa a otimização da recuperação pós- cirúrgica, através da preparação pré-operatória onde é feita uma avaliação física da pessoa, prescritos exercícios e suplementos nutricionais para melhorar a capacidade de recuperação da cirurgia. São explicados os detalhes da cirurgia, internamento e recuperação contribuindo para a redução da ansiedade. É também discutido com a pessoa os cuidados na preparação para o retorno ao domicílio, como ter alguém que apoie pós cirurgia em casa, organização da casa de acordo com as limitações, confeção de refeições, disponibilidade de medicação habitual, etc.

As cirurgias programadas mais frequentes são artroplastias da anca e joelho por situação de degeneração destas estruturas. As situações de urgência mais frequentes durante o estágio foram: fraturas do fémur por queda, principalmente em pessoas idosas, e politraumatizados de acidentes de trabalho e viação (lesões da coluna e membros).

Dividido por duas alas, o serviço de traumatologia tem a lotação de 30 camas. Os cuidados de reabilitação são prestados na unidade da pessoa, na sala de tratamentos/sala de reabilitação ou no corredor onde executam maioritariamente o treino de marcha.

Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação são frequentemente assegurados por dois EEER, nos dias uteis da semana, ficando um por ala. Juntamente com os colegas do serviço de

ortopedia, dividem-se dando apoio às pessoas que se encontram no serviço de oftalmologia. Assim, muitos turnos são assegurados apenas por um enfermeiro que presta cuidados de reabilitação nas duas alas, priorizando as situações de necessidade de resposta imediata e de ensinos para alta.

Os recursos materiais existentes neste serviço são: deambulador para treino de mobilidade, transferência e verticalização, barras de apoio à deambulação no corredor, elevador de transferência, tábua de transferência, escadas para treino de subir/descer, almofadas de posicionamento, cinto de transferência, pedaleira, tábua de freeman, suspensor braqueal, coletes de Jewett, espelho quadriculado, halteres, bandas elásticas, bastão, pinças de fortalecimento muscular, artromotor, calçadeira de cabo longo, alteador de sanita, cadeira de rodas, andarilho articulado com e sem rodas, canadianas, tripé e bengala ajustável em altura e banco de posicionamento para os pés. O método de trabalho utilizado é o individual com registos no processo de enfermagem na plataforma existente na instituição. Como projeto de melhoria contínua da qualidade, apresenta o programa “Rapid Recovery” e tem em execução um projeto que contempla a implementação de consulta de Enfermagem de Reabilitação após alta clínica.

O estudo de caso apresentado como caso 1 foi efetuado neste contexto clínico.

Contexto Neurológico

A Unidade de AVC foi o local onde se realizou o estágio de contexto neurológico decorrendo de 19/10/2023 a 16/11/2023 com um total de 112 horas. Esta Unidade recebe doentes do serviço de urgência do hospital em que está inserido e de outros hospitais aos quais dá apoio, por falta de respostas destes no tratamento e vigilância do doente neurológico em fase aguda. É composto por 9 camas. As patologias mais frequentes observadas durante o período de estágio foram os Acidentes Vasculares Cerebrais Isquémicos e hemorrágicos. Tem por turno um EEER nas manhãs durante os 7 dias da semana e um de tarde de 2ª a 6ª feira. Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação são prestados no leito, na unidade e/ou nos corredores adjacentes (treino de marcha). Os cuidados de higiene são prestados na casa de banho sempre que a condição da pessoa o permita. Além dos cuidados diretos de reabilitação à pessoa, o EEER participa diariamente na reunião multidisciplinar, organiza a saída dos doentes para exames e transferências e juntamente com o Enfermeiro Gestor faz a gestão de recursos humanos e materiais no serviço.

Os recursos materiais existentes são: bladderscan, cadeirões com mesa de apoio, espelho quadriculado, espelhos pequenos (para reconhecimento das alterações existentes, treino de mímica, auxílio no processo de alimentação – reconhecimento dos défices,...), pedaleiras, tábua de freeman, tábua de transferência, alteador de sanita, pinça de cabo longo, calçadeira de cabo longo, talheres e copos adaptados, almofadas de posicionamento, talas de Margaret Jonhson, banco de apoio de pés, faixas imobilizadoras para auxílio na correção do posicionamento,

halteres, pinças de fortalecimento muscular, jogos para estimulação da motricidade fina e coordenação (abotoar botões e desabotoar, enroscar diferentes tamanhos de parafusos, colocar molas de roupa de diferentes cores no suporte,...), jogos e livros de atividades para estimulação cognitiva e um circuito de treino de equilíbrio que foi gentilmente autorizado pelo serviço a ser concretizado pelo nosso grupo de alunas de mestrado de Enfermagem de Reabilitação. O método de trabalho utilizado é o método individual de trabalho, sendo o modelo de organização o processo de enfermagem com registos na plataforma existente na instituição. O serviço não apresenta quaisquer projetos na área da melhoria contínua da qualidade, salientando-se o facto de receber alunos de Especialidade de Enfermagem e Mestrado.

Contexto Comunitário

O contexto de estágio comunitário, foi efetuado numa ECCI de 17/11/2023 a 7/12/2023 com um total de 98 horas. Esta Equipa de Cuidados Continuados Integrados dá resposta à pessoa que, temporária ou permanentemente, reside na sua área geográfica e necessite de prestação de cuidados no domicílio. Presta serviços e cuidados a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença referenciados pela Equipa de Cuidados de Saúde Primários, hospitais e outras unidades de RNCCI, se estas não dão resposta às necessidades da pessoa. A equipa multidisciplinar engloba 4 EEER e presta cuidados de acordo com as necessidades da pessoa durante os dias úteis, das 8h às 20h, e ao fim de semana e feriados, das 9h às 17h, sendo estas visitas programadas.

Para admissão na ECCI, a pessoa alvo de cuidados, deverá apresentar pelo menos um dos seguintes critérios: dependência na realização das AVD`S; alta recente de uma unidade de internamento; incapacidade de gestão do regime terapêutico e/ou necessidades diferenciadas, incluindo cuidados paliativos e compensação sintomática, possível de realizar no domicílio.

O internamento na ECCI comporta 20 camas sendo estas distribuídas de acordo com as necessidades da pessoa por gestores de caso.

Possui também um ginásio destinado a dar resposta a pessoas que consigam deslocar-se à instituição e necessitem de reabilitação muscular e/ou cardiorácica.

No momento da admissão é efetuada a avaliação permitindo ajustar as intervenções às necessidades da pessoa alvo de cuidados. Assim, são avaliados os seguintes itens: autocuidado, avaliada através da Escala de Barthel; dor, monitorizada através da Escala Numérica da Dor havendo ganhos quando o score diminui; gestão do regime terapêutico; movimento muscular sendo avaliados os ganhos através da Escala de Força Muscular - Score do Medical Research Council; Espasticidade, através da escala de Ashworth; o equilíbrio corporal através da Escala de Tinetti/Berg e risco de queda através da Escala de Morse.

Os recursos materiais existentes nesta ECCI são: deambulador para treino de mobilidade, transferência e verticalização, passadeira de treino, estação de musculação para treino

muscular dos membros superiores e inferiores, 2 bicicletas estáticas, 2 aparelhos de eletroestimulação TENS, espelho quadriculado, pedaleiras, aparelho simulador de remo, almofadas de posicionamento, alteadores de sanita, andarilhos articulados sem rodas, canadianas, bastão, halteres e alteres maleáveis O método de trabalho utilizado é o de gestor de caso. O modelo de organização é o processo de enfermagem com registos na plataforma adotada pela instituição. O projeto de melhoria contínua da qualidade, a ser desenvolvido nesta instituição, engloba a área de competências comuns e especializadas relacionando-se com a elaboração dos registos de Enfermagem, recorrendo a escalas de validação. Tem também um projeto direcionado aos cuidadores que está a ser elaborado pela equipa de EEER. Este visa ensinar, instruir e treinar o autocuidado.

O estudo de caso apresentado como caso 2 foi realizado neste contexto clínico.

Contexto Unidade de Convalescença

No contexto convalescença, foi realizado estágio numa Unidade de Medicina no período de 11-12-2023 a 19/12/2023 com a duração de 28 horas. Esta Unidade de Medicina recebe pessoas vindas de outro polo do mesmo hospital, para recuperação pós situação aguda com perda de funcionalidade ou a aguardar integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A sua lotação é de 35 camas distribuídas por dois pisos, apresentando no piso de cima um ginásio e um refeitório onde são efetuadas atividades recreativas, perspetivando o desenvolvimento cognitivo e motor da pessoa.

A equipa multidisciplinar engloba 2 EEER nos dias úteis no turno da manhã, distribuídos um por cada piso, ficando o EEER no piso onde se encontra o ginásio, responsável por este embora com a colaboração do outro EEER.

Os recursos materiais existentes neste serviço são: deambulador para treino de mobilidade, transferência e verticalização, passadeira para treino de marcha, verticalizador fixo, espaldares, pedaleiras, espelho quadriculado, marquesas, bastões, pinças de fortalecimento muscular, halteres e halteres maleáveis, canadianas, andarilhos articulados, cadeiras de rodas, bengalas, imobilizadores para ajuda no posicionamento, alteadores de sanita, jogos para estimulação da motricidade fina e coordenação (abotoar botões e desabotoar, enroscar diferentes tamanhos de parafusos, colocar molas de roupa de diferentes cores no suporte,...), jogos e livros de atividades para estimulação cognitiva, talas de Margaret Johnson assim como copos e talheres adaptados. O modelo trabalho seguido é o modelo individual de trabalho e o modelo de organização é o processo de enfermagem com registos na plataforma adotada pela instituição. Apresenta os seguintes projetos de melhoria contínua da qualidade na área das competências comuns e específicas do EEER: rastreio da disfagia para prevenção da pneumonia de aspiração; protocolo de remoção da sonda vesical na pessoa idosa; promoção da autonomia e valorização da pessoa através de atividades de desenvolvimento pessoal; motricidade fina na pessoa idosa; rastreio da Sarcopenia no doente internado; promoção da autonomia e valorização da pessoa

através de atividades de desenvolvimento pessoal.

Durante o período de estágio com a colaboração dos EEER tive oportunidade de planejar e executar atividades lúdicas com as pessoas alvo de cuidados, treinando a motricidade fina, instruindo exercícios musculo articulares e estimulando a cognição e comunicação entre pares. Estas atividades consistiram em jogos tradicionais, adaptados à situação. Muitas das pessoas alvo de cuidados que se encontram nesta unidade já se encontram institucionalizadas há muito tempo pelo que as atividades de reabilitação devem ser ajustadas de modo a incentivar o seu desempenho.

Contexto Pediatria

O estágio de pediatria decorreu no período de 08/01/2024 a 12/01/2024 no serviço de pediatria médica com duração de 28 horas. Este serviço recebe crianças dos 0 aos 18 anos com doença aguda, agudização de doença crónica e realização de tratamento ou de meios complementares de diagnóstico relevante para a sua patologia. Presta cuidados a crianças e jovens de diferentes especialidades médicas como a pneumologia, cardiologia, neurologia, doenças metabólicas, ortopedia, urologia, gastroenterologia, otorrinolaringologia, imunoalergologia, ginecologia e infeciologia.

As crianças e adolescentes, podem ser admitidos através da consulta de pediatria e da urgência do hospital em que está inserido e de outros hospitais incapazes de dar resposta à situação.

Como recursos físicos, apresenta 28 camas divididas em 10 enfermarias de 2 camas e 8 enfermarias individuais. Os cuidados de reabilitação são prestados no leito, na enfermaria e no corredor (treino de marcha).

Como recursos humanos de Enfermagem de Reabilitação, possui no turno da manhã, nos dias úteis da semana, dois EEER, estando um de apoio à gestão do serviço e dando apoio à saída das crianças e jovens aquando da sua deslocação a outras instituições (transferências ou consultas) e outro nos cuidados de reabilitação.

Os recursos materiais existentes são: plano inclinado, deambulador de mobilidade, verticalizador e de transferência, elevador de transferência, espirómetro de incentivo, halteres, bastão, bandas elásticas, bolas de ioga, talas de Margaret Jonhson, bolas, bolas de yoga, espelho quadriculado, balões, jogos de bolas de sabão entre outros brinquedos que se possam adequar ao processo de reabilitação. O modelo de trabalho instituído é o individual, sendo o modelo de organização o processo de enfermagem sendo os registos realizados na plataforma adotada pela instituição.

Como projetos de desenvolvimento na área das competências comuns e específicas, este serviço apresenta: organização de Jornadas de Enfermagem e congressos, sendo o dinheiro angariado para investimento no desenvolvimento profissional como, por exemplo, a publicação

de artigos; colaboração em ensaios clínicos; promoção da investigação dentro do serviço, com apoio a trabalhos de mestrado e doutoramento, com vista na melhoria do desenvolvimento e qualidade profissional; de encontro com os objetivos de avaliação de desempenho. A equipa tem grupos de trabalho com um orientador (pessoa de referencia no tema escolhido), havendo já trabalhos publicados desses grupos e cujos temas são: gestão da dor, elaboração de um guia de acolhimento, validação de uma escala para classificação dos maus tratos a crianças e jovens, elaboração de uma norma de cuidados à traqueostomia, parametrização dos sistemas de informação na pediatria para validação do perfil da criança, lavagem correta das mãos e bancadas na preparação de medicação.

Apresenta também em desenvolvimento o projeto alteração para o Modelo de Enfermeiro de Referência (por aprovar). Este projeto, destina-se ao acompanhamento de doentes crónicos com necessidades diferenciadas, facilitando a gestão de medicação hospitalar pós alta, processo de alta (avaliação e encaminhamento), referenciação à rede. Com este projeto é pretendido avaliar se com acompanhamento diferenciado o número de internamentos por agudização nestas crianças e adolescentes diminui.

3. CASO - 1

O "caso 1", relatado na plataforma e4nursing é referente a uma pessoa do sexo masculino com 76 anos de idade admitido no serviço de traumatologia após ter sido submetido a Artroplastia Total da Anca em consequência de fratura do colo do fémur proximal resultante de queda da própria altura. A conceção de cuidados representa 2 contactos. O 1º momento foi realizado no 2º dia após a cirurgia (primeira sessão) e o 2º momento no 5º dia coincidindo com o momento da alta clínica (segunda sessão). Este caso vai ser apresentado da seguinte forma: enquadramento teórico sendo abordada pessoa com fratura do colo do fémur, tratamento e reabilitação assim como o papel do EEER na reabilitação da pessoa sujeita a artroplastia total da anca; a apresentação do cliente; os procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica; os domínios selecionados para este caso e a sua descrição; a conceção de cuidados; a especificação das intervenções e por fim a síntese do caso. O estudo deste caso vai permitir aprofundar o papel do EEER no âmbito do tema deste relatório "Eliminação de Barreiras Arquitetónicas no Domicílio" de forma a proporcionar à pessoa a máxima autonomia no regresso a casa. Desta forma vão ser concretizados alguns dos objetivos traçados para este relatório.

3.1. Enquadramento teórico

O "caso 1" refere-se a uma pessoa do sexo masculino de 76 anos, casado, reformado há 10 anos tendo exercido a profissão de empresário da construção civil. Tem uma filha que reside perto dos pais, casada e com uma filha, como demonstrado no genograma familiar (capítulo 5 – Família caso 1). Previamente à queda era independente nas atividades de autocuidado.

No primeiro momento a esposa achava que não seria capaz de ser cuidadora do marido, mostrando-se a filha disponível para cuidar do pai. Após ter perceção dos cuidados que o marido iria necessitar em casa, a esposa assume o papel de cuidadora (2º momento).

Reside em apartamento T3 sem escadas no interior e com elevador de acesso da garagem ao andar (R/C).

Como antecedentes pessoais apresenta: HTA, deslipidemia, AVC em 2016 sem sequelas neurológicas ou motoras, defice de vitamina B12 e patologia osteoarticular. É seguido em consultas de neurologia no hospital da sua área de residência e pelo médico e enfermeiro de família como demonstrado no ecomapa familiar (capítulo 5 – Família caso 1).

A admissão no serviço de traumatologia ocorreu a 4/10/2023 após ter realizado Artroplastia Total da Anca (abordagem postero-lateral) nesse dia em consequência de queda da própria altura tendo fraturado o colo proximal do fêmur.

Este caso clínico foi escolhido por permitir responder ao tema deste relatório - Barreiras Arquitetônicas no Domicílio. Deste modo, no capítulo 4 vai ser abordada a adaptação do domicílio através da eliminação de barreiras arquitetônicas de forma a promover a máxima funcionalidade e independência da pessoa assim como contribuir para a sua qualidade de vida.

• A pessoa com fratura do colo do proximal do fêmur

À medida que o processo de envelhecimento avança, o número de quedas aumenta, e consequentemente aumenta também a probabilidade de ocorrerem fraturas devido à menor densidade óssea associada à idade, bem como a presença de outras comorbidades, tornando a população geriátrica susceptível a fraturas (Lehtonen et al, 2018), designadamente fratura do colo do fêmur.

A fratura do colo proximal do fêmur, é uma patologia muito comum na população geriátrica que leva à perda da independência na mobilidade, à diminuição da funcionalidade assim como da capacidade de realização do autocuidado. Outra complicação grave é a taxa de mortalidade que, no primeiro ano após a fratura, pode atingir cerca de 26% sendo assim considerada um grave problema de saúde pública (Silva et al, 2018).

• Tratamento

A Artroplastia Total da Anca (ATA) na fratura do colo do fêmur pode ser considerada como tratamento de primeira opção (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I) (DGS, 2013). É uma das cirurgias de substituição de uma articulação com mais sucesso em todo o mundo, apresentando diferentes abordagens cirúrgicas. Progressivamente tem vindo a realizar-se de forma menos invasiva reduzindo o tempo de internamento e de recuperação funcional. Na realização de ATA deve ser tida em consideração o tamanho da incisão cirúrgica, assim como a manutenção das estruturas que circundam o local cirúrgico mantendo o mais íntegro possível as inserções e consequentemente uma maior funcionalidade (Araújo et al., 2017).

Podem ser utilizadas três vias de acesso para a sua realização: via posterior, via lateral direta ou a via anterior direta (Galia et al, 2017). Na ATA há a substituição da articulação por componentes protéticos. Os principais constituintes da prótese da anca são: haste femoral (introduzida dentro do canal medular do fêmur), um colo femoral (que liga a haste à cabeça do fêmur), e uma cúpula acetabular (incorporada no osso pélvico). Os materiais utilizados são biocompatíveis, sendo a haste e o colo femorais constituídos por materiais em aço inoxidável, ligas à base de cobalto ou à base de titânio (Mattei et al, 2011). A fixação dos componentes pode ser efetuada de forma cimentada em que envolve a utilização de cimento que assegura a fixação do implante ao osso e a forma não-cimentada que utiliza a fixação primária através de “press-fit” ou “interference-fit” até à fixação secundária por crescimento ósseo através da superfície porosa do implante (DGS, 2013).

Na realização da ATA a idade não constitui uma contra-indicação na sua realização, sendo apenas consideradas complicações absolutas, que englobam a infecção ativa (local ou sistêmica), a imaturidade esquelética e a paraplegia ou tetraplegia e as contra-indicações relativas como a obesidade mórbida, a artropatia de Charcot e a doença neurológica ou neuromuscular incapacitante e/ou progressiva. (DGS, 2013). As complicações diretamente relacionadas à ATA que podem ocorrer no período peri-operatório são: fratura, lesão neurovascular e hipotensão relacionada com o cimento. As complicações no pós-operatório englobam a infecção, a luxação, a osteólise e desgaste, a descelagem asséptica, a falência do implante, a dismetria, a ossificação heterotópica, a doença tromboembólica e a anemia (DGS, 2013). Em conjunto com a artroplastia devem ser implementadas estratégias de controlo da dor como exercícios funcionais, aplicação de gelo, exercícios de mobilidade articular, descanso, apoio na deambulação, administração de analgésicos, podendo assim evitar consequências nefastas associadas ao procedimento cirúrgico como a necrose avascular ou o luxação da prótese (Yip 2018).

A pessoa alvo de cuidados realizou ATA sendo a abordagem por via postero-lateral.

• O papel do EEER na reabilitação da pessoa com Prótese Total da Anca

O EEER deve sustentar a sua prática clínica em instrumentos reguladores da profissão com base em referenciais teóricos da disciplina. Eles validam as necessidades e os problemas reais da pessoa, concebendo e implementando planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação tendo em vista a melhoria das funções residuais, mantendo ou recuperando a independência e minimizando o impacto das incapacidades instaladas (Martins et al, 2018).

O modelo concetual utilizado neste caso clínico baseou-se na Teoria das Transições de Afaf Meleis. Esta teoria constitui um meio orientador da atuação do EEER, tendo como permissa a compreensão da transição enquanto processo dinâmico de mudança e sendo uma estratégia para a reabilitação da pessoa com ATA.

O conceito de transição é definido por esta teórica como passagem ou movimento de uma fase da vida, condição ou estado para outro, desencadeado por uma mudança, sendo durante este processo dado ênfase às interações entre o enfermeiro/pessoa. Este processo, envolve a adaptação da pessoa a uma nova circunstância incorporando essa mudança como algo pertencente a si própria tratando-se de um processo de reorganização interior, adaptando-se a novas circunstâncias, podendo ocorrer várias transições em simultâneo (Meleis et al., 2000).

A Teoria das Transições de Meleis engloba: natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); condicionantes facilitadores e inibidores da transição (pessoais, comunidade e sociedade); padrões de resposta (indicadores de processo e indicadores de resultado); e terapêuticas de enfermagem (Meleis et al., 2000).

Neste estudo de caso, quanto à natureza, a transição vivida pela pessoa alvo de cuidados é uma transição saúde/doença, de padrão simples, uma vez que apenas acontece uma única transição. As propriedades como consciencialização, envolvimento, atitude face á mudança podem

interferir direta ou indiretamente no processo de transição. A consciencialização refere-se à compreensão e percepção da mudança que está a acontecer e o envolvimento está relacionado com a participação ativa no processo adotando estratégias e assumindo um papel positivo na gestão da saúde e bem estar.

No caso clínico apresentado, a pessoa está consciencializada com a alteração da sua situação de saúde, e tem percepção sobre a necessidade de se reorganizar no sentido de manter a sua saúde, autonomia e qualidade de vida. Com o apoio do EEER, está motivada para melhorar o seu conhecimento e capacidade, sobre o processo de reabilitação, a prevenção de complicações, utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado, a execução dos exercícios músculo-articulares, uso de equipamento adaptativo e prevenção de quedas.

Esta teoria ressalva ainda que o enfermeiro deve ter especial atenção aos fatores facilitadores ou inibidores de transição saudável como os pessoais, da comunidade e da sociedade.

As terapêuticas de enfermagem referem-se às ações elaboradas pelo enfermeiro durante o processo de transição sendo os padrões de resposta os resultados da sua intervenção. Assim, através dos indicadores de processo (sentir-se ligado, em interação, sentir-se situado e a desenvolver confiança) e indicadores de resultado (mestria, reformulação de nova identidade) é avaliada a situação de transição (R. Silva et al 2019). Neste sentido, a enfermagem tem como meta entender os processos de transição e desenvolver terapêuticas que ajudem a pessoa a recuperar a estabilidade assim como o seu bem-estar.

A pessoa alvo de cuidados, está motivada para a realização do programa de reabilitação, demonstrando interesse na aquisição de novas competências, no entanto, necessita de as treinar para evoluir para a mestria.

As terapêuticas de Enfermagem, no decorrer do processo de transição, procuram gerar na pessoa alvo de cuidados padrões de resposta adequados ao nível do processo e ao nível de resultado dando respostas positivas às transições e assim possibilitando o bem estar da pessoa (Meleis et al., 2000).

No decorrer do ciclo vital, tanto a pessoa como a sua família/cuidador estão predispostos à ocorrência de processos de transição que os obriguem a reorganizar os seus papéis, podendo esta reorganização ter mais ou menos impacto na sua vida. O EEER, através das suas competências diagnóstica, planeia, implementa, monitoriza e avalia os programas de reorganização funcional, capacitando para o autocuidado e agindo como agente de mudança (Matos et al,2020).

A praxis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação assentam em três bases : cuidar, capacitar e maximizar (Reg. Nº350/2015, de22 junho).

Segundo o Regulamento n.º 392/2019, a reabilitação enquanto especialidade multidisciplinar, suportada por um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, ajuda as pessoas

doentes ou com sequelas, de modo a maximizar o seu potencial funcional e de independência com o objetivo de melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima. Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas, proporcionando ganhos para a pessoa, família e para os serviços de saúde.

Nas suas intervenções, o EEER para atingir os resultados esperados, vai “criar/promover” um conjunto de atividades que melhorem a funcionalidade e desempenho da pessoa nas atividades do quotidiano, qualidade de vida e segurança; “estabelecer/restabelecer” uma habilidade ou competência que tenha sido perdida ou então que nunca tenha sido adquirida promovendo o envolvimento da pessoa em atividades para si significativas e restabelecendo habilidades funcionais; “manter” a sua identidade pessoal, promovendo vivências em contexto familiar e mantendo a sua participação ativa, preservando as habilidades de desempenho e visando as necessidades da pessoa; “modificar” o contexto familiar promovendo a autonomia no autocuidado adaptando e compensando os contextos com o objetivo de manter a funcionalidade da pessoa; “prevenir” fatores de risco inibidores do seu desempenho como o declínio funcional através da prescrição de produtos de apoio e sessões educacionais identificando barreiras arquitetónicas e instruindo sobre prevenção de lesões na realização do autocuidado. No decorrer do processo educativo, devem ser fornecidas estratégias e programas de educação tanto à pessoa como aos seus familiares e/ou cuidadores consciencializando-se para a relação entre ambientes, capacidade de desempenho e também a segurança (Vela et al., 2021).

Sem dúvida que a educação para a saúde na pessoa submetida à substituição de uma articulação deve ter três momentos: antes da admissão, no período pré-operatório e no período pós-operatório, refletindo-se os resultados em tempo de permanência no hospital, dor, habilidade funcional, conhecimento, ansiedade e qualidade de vida. (Saunders et al., 2018).

A pessoa alvo de cuidados neste estudo de caso deu entrada no serviço de urgência por trauma. Após obter os resultados dos exames complementares de diagnóstico (RX, TC e estudo analítico) foi proposta para cirurgia que realizou de seguida, não tendo sido realizados ensinos pré-operatórios.

É de salientar que o ensino pré-operatório nos casos de fratura por trauma não é maioritariamente realizado devido à escassez de tempo pois a cirurgia deve ser realizada o mais rapidamente possível, de acordo com a condição da pessoa.

O EEER tem um papel primordial na prevenção de complicações imediatas ou tardias, devendo as suas intervenções ter início ainda no período pré-operatório. Devem ser direcionadas para a promoção do conforto com alívio da dor, promoção de uma alimentação e hidratação adequadas, manutenção da perfusão tecidual adequada, reeducação funcional motora (com exercícios isométricos e isotónicos) e reeducação funcional respiratória (Palma et al, 2021).

Não se deve descurar que os cuidados de reabilitação devem ser adequados caso a caso tendo em consideração as capacidades funcionais da pessoa antes da cirurgia (Madara et al, 2019).

Assim, ao elaborar o plano de cuidados, o EEER, diagnostica precocemente, planeia as suas ações e intervenções terapêuticas tendo como foco a recuperação da funcionalidade da pessoa alvo de cuidados. O EEER possui competências que o permitem implementar programas de reabilitação dirigidos à pessoa com alterações do foro músculo-esquelético, com o intuito de promover a sua independência funcional, bem como a participação social. Os programas de reabilitação implementados pelo EEER assumem assim uma elevada importância, nomeadamente no idoso, uma vez que é possível prevenir complicações, como o risco de queda ou os problemas cardiovasculares, a partir de uma reabilitação precoce com promoção da força muscular e funcionalidade, que possibilitam preservar a sua independência o maior tempo possível (Dias et al., 2021).

Os exercícios de fortalecimento dos membros superiores, nomeadamente os tricípites braquiais, são igualmente de grande importância, pois vão interferir na utilização dos auxiliares de marcha no período pós-operatório (Sousa et al, 2017).

Os cuidados de ER após ATA incluem também a prevenção de complicações, como a luxação da prótese, mais frequente nas primeiras semanas após a cirurgia devido à resistência dos tecidos ainda não estar recuperada, tromboembolismo venoso, infecção assim como a reeducação funcional motora e a capacitação para o autocuidado. O EEER, tem como objetivo melhorar a funcionalidade da pessoa, maximizando a sua recuperação global assim como a sua autonomia na marcha, potenciando as suas capacidades e traçando estratégias facilitadoras da promoção da reinserção social, familiar e profissional (Garção et al. 2019). Assim, o EEER deve ensinar a pessoa a prevenir complicações articulares, tais como a luxação dos componentes protéticos, a rigidez da articulação, promover o aumento da força muscular e da amplitude do movimento articular e a autonomia da pessoa para a realização dos diferentes domínios do autocuidado (Ribeiro, 2021).

O ensino sobre prevenção de luxação da prótese, inclui os cuidados a ter no levantar/deitar, sentar e transferir mantendo os joelhos separados (para não realizar adução além da linha média sagital) e evitando a flexão superior a 90 °, aconselhando a limitação da flexão durante a transferência e ao sentar-se.

O EEER deve incentivar a mobilização e estimular a deambulação, de forma gradual e recorrendo a auxiliares de marcha como o andador, canadianas ou bengala, de acordo com as necessidades da pessoa, prevenindo complicações resultantes da imobilidade e contribuindo para a sua autonomia (Yip, 2018).

Com o intuito de otimizar as suas funções e aceitar a sua responsabilidade no processo de reabilitação, o EEER ajuda a pessoa alvo de cuidados a desenvolver as suas capacidades. Foi ensinado à pessoa alvo de cuidados a técnica de marcha e a técnica de subir e descer escadas com auxiliar de marcha, canadianas que irá utilizar como apoio.

O processo de reabilitação inclui também assegurar condições para que no regresso ao domicílio a pessoa continue o seu processo de recuperação mantendo as condições de

segurança e maximizando a sua independência, autonomia e qualidade de vida tanto para si como para a família/cuidador. A percepção pelo EEER sobre o nível de independência alcançado no momento da alta hospitalar para ações como a marcha, subir/descer escadas, sentar, levantar e deitar, transferir, cuidados de higiene e conforto influencia o ensino da família/cuidador.

Assim, a pessoa e família devem incorporar conhecimentos e conceitos que as capacitem a tomar decisões em segurança aquando do regresso a casa. No momento da alta, a avaliação das condições socioeconómicas e dos recursos da comunidade, são de extrema importância, pois poderá haver a necessidade de recorrer a esses meios, de forma a manter o programa de reabilitação e a pessoa recuperar o máximo da sua autonomia (DGS, 2003).

• O papel do EEER na eliminação de barreiras arquitetónicas no domicílio

Atendendo às limitações da mobilidade impostas pela ATA, o EEER deve atender ao impacto do ambiente na pessoa. A existência de barreiras arquitetónicas no ambiente domiciliário, impõem a utilização de estratégias adaptativas e capacidade para ultrapassá-las (Pereira et al., 2018).

Sempre que possível, a avaliação do ambiente domiciliário deve ser efetuada no pré-operatório, permitindo assim adaptar o programa de reabilitação às necessidades da pessoa/família.

Neste estudo de caso, tendo sido a ATA realizada pós trauma, o EEER deve agilizar junto da pessoa e família/cuidador orientação a adaptação domiciliária, nomeadamente a remoção de barreiras arquitetónicas e a prescrição de produtos de apoio visando promover a segurança do espaço residencial.

Neste âmbito é considerada barreira arquitetónica qualquer elemento natural ou instalado no meio urbano ou nos edifícios que impeçam ou dificultem o acesso e a circulação das pessoas (Cruz et al, 2020).

Sendo da competência do EEER a identificação de barreiras arquitetónicas assim como a elaboração de propostas para a sua eliminação, este otimiza as capacidades existentes, através de novas tecnologias, compensando as perdas. Nesse sentido, encontra alternativas para a execução de tarefas e altera o ambiente onde as pessoas com mobilidade condicionada vivem e interagem com recurso à legislação específica e à correta orientação (O.M.S, 2015). Nos seus cuidados, o EEER deve identificar barreiras arquitetónicas, no ambiente domiciliário e nos restantes ambientes da vida diária da pessoa, que condicionam a vivência da deficiência ou limitação da atividade e impedem a participação e inclusão social (Pereira et al, 2020).

A Enfermagem de Reabilitação sendo uma área especializada centrada na manutenção e promoção do bem-estar, da qualidade de vida e da recuperação da funcionalidade através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades, é da competência do EEER intervir na melhoria da mobilidade da pessoa no domicílio (Silva et al, 2019). Assim, as intervenções no ambiente domiciliário pelo EEER são uma das intervenções integradas no universo de outras como por exemplo o exercício físico, força muscular, nutrição ou adesão terapêutica (Santos et al., 2020).

O EEER é, assim, o elemento chave na reestruturação domiciliária no sentido de alertar para possíveis complicações, como risco de queda, pela eliminação de barreiras arquitetónicas e desenvolver estratégias junto da pessoa/cuidador no sentido de otimizar o domicílio de modo a torná-lo um local seguro e funcional. A sua preocupação prende-se em promover, a mobilidade no domicílio através da eliminação de barreiras arquitetónicas e a sensibilização para a importância da adoção de práticas inclusivas que maximizem a funcionalidade, autonomia e, conseqüentemente, a qualidade de vida da pessoa.

Além do aconselhamento sobre a adaptação domiciliária, deve também orientar e supervisionar as alterações efetuadas, motivando a pessoa/família e avaliando o custo-efetividade tal como os benefícios. (Santos et al, 2021).

Neste contexto, a intervenção do EEER deve ter em consideração cinco itens: avaliação do risco ambiental; aconselhamento sobre modificações ambientais; adaptação do espaço e equipamentos; assessoria na aquisição de produtos que aumentem a segurança do ambiente e estratégias cognitivo-comportamentais que aumentam a segurança da pessoa na utilização do espaço físico do domicílio (Santos et al., 2020). É verdade que algumas pessoas, principalmente as mais idosas, têm alguma relutância às modificações nas suas casas, por isso cabe ao enfermeiro o papel de ajudar a pessoa/cuidadores a compreender a importância das alterações a efetuar, dando a conhecer os benefícios que daí vão obter (Cruz et al., 2022).

Nesse sentido, a visita domiciliária sendo uma estratégia para avaliação do espaço residencial, permite não só uma intervenção imediata como o planeamento de intervenções futuras, incluindo o envolvimento de outros profissionais.

Todavia, as guidelines internacionais e os resultados de investigação não salientam como importante a visita domiciliária, tal como as alterações que o enfermeiro pode implementar no espaço residencial com impacto na satisfação da pessoa (Santos et al., 2020).

O EEER, é assim responsável por orientar a pessoa no sentido eliminar barreiras arquitetónicas e juntamente com a pessoa e família colaborar no processo de alteração do domicílio orientando a compra de materiais e produtos de apoio, promovendo a melhoria da qualidade de vida e a plena integração na sociedade (O.E, 2010). Para manter o bem estar e qualidade de vida é necessário que a pessoa tenha a máxima autonomia possível nas divisões mais significativas para si. O quarto, a casa de banho, a sala, a cozinha e os corredores de acesso são alvo de cuidados do EEER (Hansel et al., 2020).

Na casa de banho as alterações mais frequentes estão relacionadas com substituição do piso, por este ser escorregadio /irregular, por um piso antiderrapante, com ligeira inclinação na zona de duche para drenagem da água. Esta divisão deve apresentar uma área livre maior para possibilitar que outra pessoa possa auxiliar os cuidados quando necessário. Deve existir cadeira de banho ou banco de duche específico de modo a aumentar a comodidade, segurança e autonomia da pessoa. No caso do uso de banheira, embora esta seja de mais difícil utilização, deve existir também um local para se sentar, sendo o uso da cadeira de transferência uma

solução a ponderar pelo conforto e segurança que proporciona. Deve existir uma zona de transferência livre para o duche e sanita para que esta possa ser efetuada em segurança. A presença de barras de apoio no duche ou banheira, assim como, barras laterais à sanita são de extrema importância devendo cumprir as normas da legislação existentes. A presença de alteador de sanita pode, também, ser um fator a considerar, se necessário para a pessoa. No caso da pessoa de cadeira de rodas deve existir uma zona de manobra de 360º, sem interferência da abertura da porta. Preferencialmente esta deve ser de correr ou abertura para fora, cumprindo as medidas legisladas (Santos et al., 2021).

No quarto deve existir espaço suficiente para a mobilização da pessoa no seu interior (no caso de pessoa em cadeira de rodas deve existir zona de manobra de 360º) para facilitar os cuidados efetuados por outros, se necessário. A cama deve ser de altura ajustada à condição da pessoa estando esta área livre de tapetes e fios soltos no chão, devendo o piso ser de material antiderrapante. Os móveis devem ser estáveis e organizados de forma a promover um ambiente amplo, promotor da mobilidade em segurança. As portas devem possuir dimensões adequadas e as maçanetas das portas devem ser de fácil manuseamento. Os armários devem ser ocupados de acordo com as necessidades de utilização da pessoa e das suas capacidades funcionais (Santos et al., 2021).

A sala, sendo um local de lazer, deve estar organizada de modo a promover a mobilidade da pessoa em segurança. Os móveis devem ser seguros e estar encostados à parede, de forma a facilitar a deambulação eficaz. O sofá ou poltrona deve ter uma altura de 55 a 65cm com assento, encosto firmes e apoio de braços. A televisão e aparelho de som devem ter controlo remoto. Tal como nas outras divisões da casa, deve estar livre de tapetes e fios pelo chão sendo o piso de material anti derrapante (Santos et al., 2021). Na zona da sala de jantar deve ser garantido o lugar para a pessoa com espaço para a cadeira de rodas, se for o caso, ou então com cadeira adequada à condição da pessoa. Deve existir um local de manobra de 360º para cadeira de rodas.

Na cozinha, as principais barreiras existentes estão relacionadas com a altura dos móveis e prateleiras. As alterações a efetuar prendem-se com a eficiência dos armários, a localização dos equipamentos e do seu manuseamento, assim como, da área livre para a circulação. Esta deve estar isenta de tapetes e obstáculos no chão, existência de piso antiderrapante e presença de área de manobra de 360º para a pessoa em cadeira de rodas. Os manípulos dos armários e as portas devem ser de fácil manuseamento. Estas devem possuir dimensões adequadas e uma abertura de modo a não condicionar a mobilização da pessoa e adequada à restante família (Santos et al., 2021; Decreto-Lei nº 163/2006, de 8 de Agosto).

O EEER sugere a alteração do sistema de iluminação mais adequado ao espaço, principalmente, durante o período noturno; também, a substituição do piso escorregadio ou adaptação para antiderrapante; instalação de barras de apoio e alteador de sanita, visando a autonomia e dependência no autocuidado; escolha e instalação de corrimãos para facilitar o apoio na marcha e no subir/descer escadas ou na escolha de soluções e materiais para transformar escadas em rampas (Santos 2020).

Embora a modificação do domicílio pós-construção seja uma estratégia para se obter maior funcionalidade, muitas vezes, a sua adaptação é dispendiosa, não satisfazendo na totalidade as necessidades da pessoa. É, ainda, importante salientar que aquando da alteração domiciliar de um doente internado, a demora para a sua concretização leva a um atraso na alta hospitalar (Wellecke et al., 2022). As alterações efetuadas no edifício pós construção mais frequentes são a aquisição de produtos de apoio e a sua instalação como por exemplo a colocação de chuveiros de mão, a instalação de barras de apoio, a cadeira de transferência para banheira ou colocação de banco/cadeira no chuveiro, o alteador de sanita, as grades de cama, as luzes noturnas, os corrimãos nas escadas, a remoção de tapetes, a construção de rampas, os móveis de fácil deslocação e a facilitação da realização do autocuidado no piso térreo (Vela et al., 2021).

Segundo Aroni, et al. (2020), a avaliação do ambiente domiciliar é feita de acordo com a percepção da pessoa sobre o ambiente, devendo as intervenções atender tanto aos aspetos concretos do espaço como às necessidades da pessoa em relação ao mesmo. Contudo, alguns países utilizam algumas escalas para a sua avaliação. Países americanos e europeus usam a escala Housig Enabler, dada a sua associação ao projeto Enabler Age. Este tem como objetivo explorar o ambiente domiciliar como fator predisponente à autonomia, participação e bem estar em idosos. O Housig Enabler avalia as limitações funcionais da pessoa, identifica as barreiras ambientais externas e internas e calcula um score de acessibilidade do ambiente. O HEAP (Home Environmental Assessment Protocol) é referido em estudos Australianos e avalia o ambiente interno no domicílio de pessoas com demência. O Home Fast, utilizado na Austrália, é um instrumento de observação e identificação de perigos no ambiente interno ou externo do qual podem resultar quedas. Neste instrumento a pessoa é capaz de identificar por si as barreiras arquitetónicas suscetíveis de queda.

O EEER, ao eliminar barreiras arquitetónicas no domicílio da pessoa com mobilidade condicionada, atua a nível da promoção da saúde e prevenção da doença favorecendo a autonomia, independência e segurança da pessoa contribuindo, assim, para aumentar a sua qualidade de vida (Santos et al., 2021).

As alterações efetuadas no domicílio da pessoa alvo de cuidados estão descritas no Capítulo - 5/ Família caso -1.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 76 anos | Masculino

Cuidador

06-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Parentesco: filha / filho.

06-10-2023 08:30 - Coabita com a pessoa dependente.

06-10-2023 08:30 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

06-10-2023 08:30 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

06-10-2023 08:30 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

06-10-2023 08:30 - Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

06-10-2023 08:30 - suficiente para assegurar na totalidade.

06-10-2023 08:30 - Capacidade física do cuidador para dar banho

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - suficiente para assegurar na totalidade.

06-10-2023 08:30 - Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade.

09-10-2023 08:30

09-10-2023 08:30 - Parentesco: cônjuge.

09-10-2023 08:30 - Coabita com a pessoa dependente.

09-10-2023 08:30 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

09-10-2023 08:30 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

09-10-2023 08:30 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

09-10-2023 08:30 - Capacidade física do cuidador para assistir no andar: suficiente para assegurar na totalidade.

09-10-2023 08:30 - Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

09-10-2023 08:30 - suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].

09-10-2023 08:30 - Capacidade física do cuidador para dar banho

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].

09-10-2023 08:30 - Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade [MANTEVE].

3.3. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

3.3.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

O conhecimento sobre a abordagem utilizada, a ocorrência de complicações durante a cirurgia

como por exemplo fraturas e a existência de alguma indicação por parte do ortopedista, são dados relevantes que devem ser alvo de atenção do EEER. Assim, consulta o processo terapêutico, observando o RX de controle pós operatório e análises e registros da equipa multidisciplinar, planeando assim os cuidados de reabilitação a executar. A figura 1 ilustra o RX de controle pós operatório da pessoa alvo de cuidados onde se pode observar o posicionamento e integridade dos componentes protéticos, assim como a integridade do osso em redor, sinais de afrouxamento ou deslocamento dos componentes protéticos assim como sinais de infiltração de cimento ósseo, observação de possíveis complicações como fraturas periprotéticas e avaliação da posição e alinhamento do membro inferior.

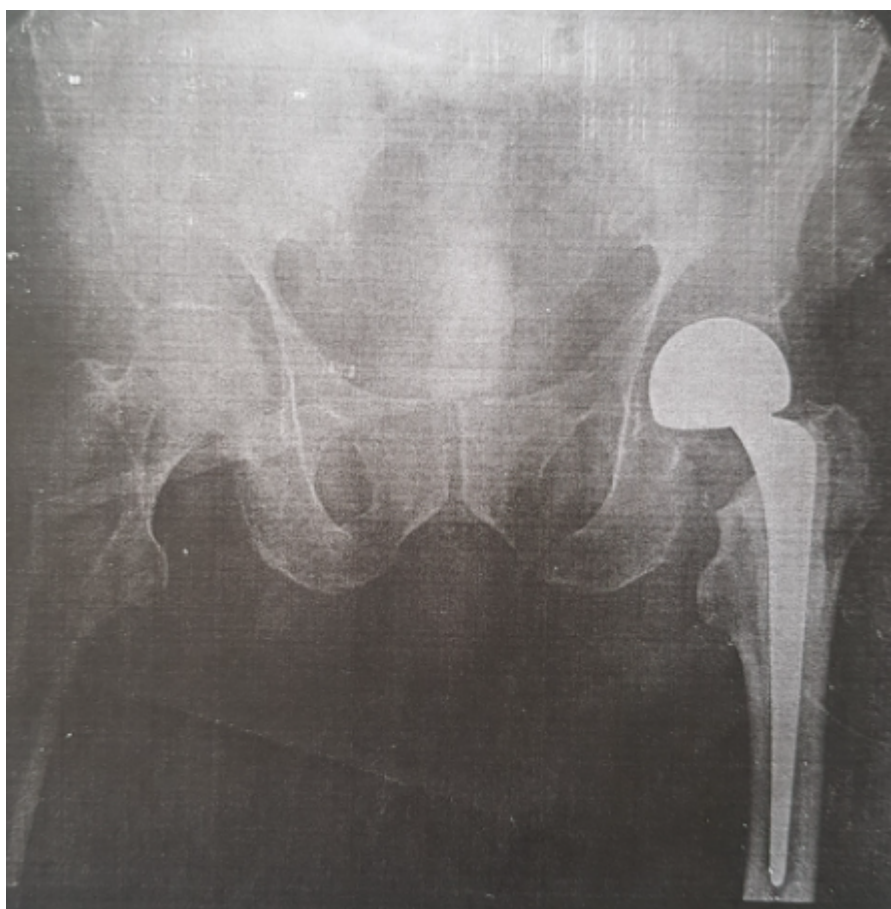


FIG - 1 RX Controlo Pós ATA Pessoa caso 1

3.4. Domínios

Início

06-10-2023 08:30
06-10-2023 08:30

Domínios

Consciência
Força muscular

Fim

Início	Domínios	Fim
06-10-2023 08:30	Movimento articular	
06-10-2023 08:30	Tónus muscular	
06-10-2023 08:30	Equilíbrio estático	
06-10-2023 08:30	Equilíbrio dinâmico	
06-10-2023 08:30	Virar-se	
06-10-2023 08:30	Erguer-se	
06-10-2023 08:30	Transferir-se	
06-10-2023 08:30	Sentar-se	
06-10-2023 08:30	Cuidar da higiene pessoal	
06-10-2023 08:30	Vestir-se ou despir-se	
06-10-2023 08:30	Andar	
06-10-2023 08:30	Autogestão do regime medicamentoso	

3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Na avaliação da pessoa submetida a artroplastia total da anca são vários os domínios de atenção do EEER.

Consciência

A avaliação do domínio consciência é de extrema importância. A consciencialização da pessoa acerca das limitações decorrentes do processo cirúrgico, do potencial para se envolver no processo de recuperação assim como o estabelecimento de metas a atingir, são pontos essenciais do programa de reabilitação que estão diretamente relacionados com o nível de consciência da pessoa (Moreira et al, 2020).

O sucesso da intervenção cirúrgica de artroplastia total da anca vai depender da assimilação de conhecimentos e dos ensinamentos fornecidos à pessoa, bem como da capacidade do enfermeiro em integrar esses cuidados nas atividades de vida diária, de modo a promover a preservação da articulação (Dias et al., 2021)

A consciência preservada permite ainda que a pessoa esteja alerta para cumprir normas de segurança evitando risco de queda e lesões devido à sua condição de mobilidade.

Força Muscular

Resultante do procedimento cirúrgico, a pessoa apresenta alterações do sistema músculo-esquelético pelo que é importante avaliar a força muscular.

Deverão ser avaliadas as seguintes cadeias musculares: flexores e extensores da anca, abdutores e rotadores externos. O aumento da força muscular e amplitude articular traduzem ganhos em saúde para a pessoa. Intervenções como o levantar, treino de marcha ou treino de atividades de vida diárias dependem desta avaliação (Dias et al., 2021).

A força muscular nos membros superiores é também fundamental para o uso de auxiliar de marcha na deambulação

Movimento Articular

A intervenção cirúrgica causa prejuízo músculo-esquelético, com diminuição da amplitude articular no membro intervencionado (Ribeiro et al., 2021).

A mobilização articular origina melhorias na amplitude do movimento da articulação coxofemoral e no desempenho da marcha. Assim, a atuação do EEER deve ser centrada, no desenvolvimento deste tipo de programas de treino motor e de atividades autocuidado (Dias et al., 2021).

Equilíbrio Estático e Dinâmico

A avaliação do equilíbrio estático e dinâmico, vai determinar a capacidade da pessoa para realizar em segurança o programa de reabilitação. Intervenções como o erguer-se, transferir-se e a marcha dependem diretamente da capacidade de equilíbrio da pessoa para serem executadas sem risco de potenciais complicações.

O comprometimento do equilíbrio (estático e dinâmico) vai condicionar a realização do autocuidado assim como influencia a intervenção do EEER junto da pessoa alvo de cuidados (Dias et al., 2021).

Autocuidado

Sendo a luxação da anca uma das principais complicações cirúrgicas, o EEER deve ter especial atenção no seu plano de cuidados, ao ensino de capacidade para prevenção dessa complicação que está eminente na realização de atividades como o virar-se, erguer-se, transferir-se, sentar-se, cuidar da higiene pessoal, despir-se/vestir-se e andar. Assim, o EEER vai ensinar, instruir e treinar processos adaptativos à realização das atividades de vida diárias, utilizando produtos de apoio com a finalidade de maximizar a funcionalidade da pessoa desenvolvendo as suas capacidades e prevenindo complicações (Palma et al., 2021).

A realização do autocuidado é alvo de atenção do EEER, dada a sua importância para a aquisição da funcionalidade assim como da qualidade de vida da pessoa. A sua realização desenvolve o aumento da força muscular, amplitude do movimento articular, melhora o equilíbrio e aumenta a capacidade para realização da marcha, o que promove e potencia independência (Palma et al., 2021).

Autogestão do regime terapêutico

A dor resultante da lesão causada durante o procedimento cirúrgico condiciona a efetividade do programa de reabilitação precoce e interfere no bem estar e qualidade de vida da pessoa. A finalidade da analgesia pós cirúrgica, é reduzir ou controlar a sua intensidade, aumentando o

conforto da pessoa e prevenindo complicações decorrentes da dor inadequadamente controlada (Palma et al., 2021) É assim importante que a pessoa referencie a sua dor (em contexto de internamento).

3.5. Conceção de Cuidados

Consciência

06-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Consciente.

06-10-2023 08:30 - A pessoa apresenta score 15 na escala de Glasgow - abre espontaneamente os olhos (4); resposta verbal orientada (5) ; cumpre ordens (6)

06-10-2023 08:30 - Determinar sinais de alteração da consciência

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

09-10-2023 08:30

09-10-2023 08:30 - Consciente.

Força muscular

06-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Força - contração muscular

06-10-2023 08:30 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

06-10-2023 08:30 - Foi avaliada a Força Muscular nos 4 membros, apresentando alteração apenas no membro inferior operado. Apresenta no membro operado (membro inferior esquerdo) Grau 4 da escala de Avaliação da Força MRC - Medical Research Council

06-10-2023 08:30 - Paresia

06-10-2023 08:30 - Determinar evolução da força muscular

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da força - contração muscular

06-10-2023 08:30 - Referenciar paresia ao médico

06-10-2023 08:30 - Melhorar força muscular

06-10-2023 08:30 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido

06-10-2023 08:30 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido

06-10-2023 08:30 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares

06-10-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-

articulares e a força muscular: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

06-10-2023 08:30 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-10-2023 08:30 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares

06-10-2023 08:30 - Instruir exercícios músculo-articulares [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Treinar exercícios músculo-articulares

06-10-2023 08:30 - Instruir exercícios isométricos [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Treinar exercícios isométricos

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares

06-10-2023 08:30 - Treinar exercícios músculo-articulares

06-10-2023 08:30 - Treinar exercícios isométricos

06-10-2023 08:30 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

06-10-2023 08:30 - Elogiar o desempenho do cliente

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares

09-10-2023 08:30

09-10-2023 08:30 - Força - contração muscular

09-10-2023 08:30 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MANTEVE].

09-10-2023 08:30 - Foi avaliada a força muscular nos quatro membros, estando apenas alterada no membro inferior esquerdo Escala MRC - 4+

Movimento articular

06-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Articulação

06-10-2023 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.

06-10-2023 08:30 - mobilidade articular total.

06-10-2023 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.

06-10-2023 08:30 - mobilidade articular limitada.

06-10-2023 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.

06-10-2023 08:30 - mobilidade articular limitada.

06-10-2023 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.

06-10-2023 08:30 - mobilidade articular total.

06-10-2023 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação interna.

06-10-2023 08:30 - mobilidade articular limitada.

06-10-2023 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação externa.

06-10-2023 08:30 - mobilidade articular total.

06-10-2023 08:30 - Ao ter sido submetido a prótese total da anca, a pessoa pelo risco de luxação da prótese não pode efetuar movimento no membro inferior operado, de flexão da anca acima dos 90 graus, adução para além da linha média e rotação interna.

06-10-2023 08:30 - Determinar evolução da mobilidade articular

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da mobilidade articular

09-10-2023 08:30

09-10-2023 08:30 - Articulação

09-10-2023 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.

09-10-2023 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].

09-10-2023 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.

09-10-2023 08:30 - mobilidade articular limitada [PIOROU].

09-10-2023 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.

09-10-2023 08:30 - mobilidade articular limitada [PIOROU].

09-10-2023 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.

09-10-2023 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].

09-10-2023 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação interna.

09-10-2023 08:30 - mobilidade articular limitada [PIOROU].

09-10-2023 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação externa.

09-10-2023 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].

09-10-2023 08:30 - A pessoa alvo de cuidados por ter efetuado ATA deve evitar os movimentos de Flexão acima dos 90 graus, adução para além da linha média e rotação interna por serem movimentos luxantes da prótese.

Tónus muscular

06-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Tónus

06-10-2023 08:30 - Membro inferior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.

06-10-2023 08:30 - Apresenta na Escala de Ashword 0 - Tónus normal em todos os membros do corpo

06-10-2023 08:30 - Determinar evolução do tónus muscular [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução do tónus muscular [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Referenciar espasticidade ao médico [FIM] 09-10-2023 08:30

09-10-2023 08:30

09-10-2023 08:30 - Tónus

09-10-2023 08:30 - Membro inferior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

Equilíbrio estático

06-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Estabilidade postural sentado sem apoio.

06-10-2023 08:30 - Controlo postural em pé: Estabilidade postural sem apoio.

06-10-2023 08:30 - A pessoa alvo de cuidados executou 1º levante apresentando controlo postural sentado com e sem apoio e em pé com e sem apoio.

09-10-2023 08:30

09-10-2023 08:30 - Estabilidade postural sentado sem apoio [MANTEVE].

09-10-2023 08:30 - Controlo postural em pé: Estabilidade postural sem apoio [MANTEVE].

Equilíbrio dinâmico

06-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Controlo postural em movimento: Estabilidade postural em movimento.

06-10-2023 08:30 - Apresenta controlo postural a levantar-se mas usa os braços para ajudar, executa a volta de 360 graus de forma estável mas dá passos descontinuados.

Índice de Tinetti = 13/16

09-10-2023 08:30

09-10-2023 08:30 - Controlo postural em movimento: Estabilidade postural em movimento [MANTEVE].

Virar-se

06-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Capaz de mudar de posição na cama

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Trapézio - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

06-10-2023 08:30 - No sentido de prevenir luxação da anca, a pessoa deve permanecer em decúbito dorsal ou lateral direito (por apresentar prótese à esquerda) e manter o triângulo abdutor ou uma almofada entre os membros inferiores evitando assim a adução para além da linha média sagital

06-10-2023 08:30 - Virar-se comprometido [RESOLVIDO] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Determinar evolução do virar-se [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução do virar-se [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Assegurar atividades de virar-se [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Prevenir complicações na articulação da anca [FIM]

09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Posicionar para prevenir complicações na articulação da anca [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Promover autonomia para virar-se [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Consciencialização sobre compromisso no virar-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no virar-se [RESOLVIDO] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no virar-se [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Assistir o cliente na autoavaliação do virar-se [FIM]

09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para virar-se [RESOLVIDO] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para virar-se [FIM]

09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Instruir a virar-se [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Treinar o virar-se [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar autoeficácia para virar-se

[RESOLVIDO] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da autoeficácia para virar-se [FIM]

09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Treinar o virar-se [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [FIM]

09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Elogiar o desempenho do cliente [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da autonomia para virar-se [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Promover autogestão: prevenção de complicações na articulação da anca [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação da anca enquanto deitado: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação da anca enquanto deitado

[RESOLVIDO] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação da anca enquanto deitado [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca enquanto deitado [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de complicações na articulação da anca [FIM] 09-10-2023 08:30

09-10-2023 08:30

09-10-2023 08:30 - Capaz de mudar de posição na cama

09-10-2023 08:30 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

09-10-2023 08:30 - A pessoa alvo de cuidados preferencialmente está em decúbito dorsal. Quando lateraliza o corpo, fá-lo para o lado direito (contra-lateral ao lado da prótese, mantendo as indicações de prevenção de luxação da prótese)

Erguer-se

06-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

06-10-2023 08:30 - Levanta o corpo para a posição de pé em segurança.

06-10-2023 08:30 - A pessoa executa o erguer-se de forma autónoma mas utiliza os braços para ajudar.

09-10-2023 08:30

09-10-2023 08:30 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Andarilho - Levanta o corpo para a posição de pé em

segurança.

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Canadiana - Levanta o corpo para a posição de pé em segurança.

Transferir-se

06-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Andarilho - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada.

06-10-2023 08:30 - Transferir-se comprometido

06-10-2023 08:30 - Determinar evolução do transferir-se

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução do transferir-se

06-10-2023 08:30 - Assegurar atividades de transferir-se

06-10-2023 08:30 - Assistir no transferir-se

06-10-2023 08:30 - Prevenir queda

06-10-2023 08:30 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

06-10-2023 08:30 - Promover autonomia para transferir-se

06-10-2023 08:30 - Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2023 08:30 - Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

06-10-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

06-10-2023 08:30 - Capacidade para transferir-se

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2023 08:30 - Capacidade para transferir-se

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

06-10-2023 08:30 - Autoeficácia para transferir-se

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2023 08:30 - Autoeficácia para transferir-se

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

06-10-2023 08:30 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para transferir-se

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Andarilho - não dificultador.

09-10-2023 08:30 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para transferir-se

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Andarilho - não dificultador [MANTEVE].

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no transferir-se

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no transferir-se

06-10-2023 08:30 - Assistir o cliente na autoavaliação do transferir-se

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

06-10-2023 08:30 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para transferir-se

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para transferir-se

06-10-2023 08:30 - Instruir a transferir-se

06-10-2023 08:30 - Treinar a transferir-se

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar autoeficácia para transferir-se

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da autoeficácia para transferir-se

06-10-2023 08:30 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

06-10-2023 08:30 - Elogiar o desempenho do cliente

09-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da autonomia para transferir-se

09-10-2023 08:30 - Promover autogestão: prevenção de quedas

09-10-2023 08:30 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda

09-10-2023 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda

09-10-2023 08:30 - Ensinar sobre prevenção de quedas

06-10-2023 08:30 - Promover autogestão: prevenção de complicações na articulação da anca

06-10-2023 08:30 - Conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o transferir-se: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2023 08:30 - Conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o transferir-se: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o transferir-se

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o transferir-se

06-10-2023 08:30 - Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o transferir-se

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de complicações na articulação da anca

06-10-2023 08:30 - Promover papel do cuidador: prevenção de queda

06-10-2023 08:30 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2023 08:30 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

06-10-2023 08:30 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda

06-10-2023 08:30 - Ensinar cuidador sobre prevenção de queda

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de queda

06-10-2023 08:30 - Promover papel do cuidador: prevenção de complicações na articulação da anca [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Capacidade do cuidador para prevenir complicações na articulação da anca durante o assistir no transferir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-10-2023 08:30 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para prevenir complicação na articulação da anca durante o assistir no transferir-se [RESOLVIDO] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para prevenir complicação na articulação da anca durante o assistir no transferir-se

06-10-2023 08:30 - Instruir cuidador para prevenir complicações na articulação da anca durante o assistir no transferir-se

06-10-2023 08:30 - Treinar cuidador para prevenção de complicações na articulação da anca durante o assistir no transferir-se

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de complicações na articulação da anca [FIM] 09-10-2023 08:30

09-10-2023 08:30

09-10-2023 08:30 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Andarilho - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma segura e pronta.

Sentar-se

06-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

06-10-2023 08:30 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo.

06-10-2023 08:30 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Alteador de sanita - baixa de forma pronta e segura a

posição do corpo.

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Canadiana - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo.

06-10-2023 08:30 - Sentar-se comprometido

09-10-2023 08:30 - Determinar evolução do sentar-se

09-10-2023 08:30 - Avaliar evolução no sentar-se

06-10-2023 08:30 - Prevenir queda

09-10-2023 08:30 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

06-10-2023 08:30 - Prevenir complicações na articulação da anca

06-10-2023 08:30 - Assistir no sentar-se para prevenir complicações na articulação da anca

06-10-2023 08:30 - Providenciar dispositivos de prevenção de complicações na articulação da anca

06-10-2023 08:30 - Promover autonomia para sentar-se

06-10-2023 08:30 - Consciencialização sobre compromisso no sentar-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2023 08:30 - Consciencialização sobre compromisso no sentar-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

06-10-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para sentar-se

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Alteador de sanita - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para sentar-se

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Alteador de sanita - facilitadora [MELHOROU].

06-10-2023 08:30 - Capacidade para sentar-se

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Barra de apoio - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2023 08:30 - Capacidade para sentar-se

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Canadiana - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-10-2023 08:30 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no sentar-se

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Alteador de sanita - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

09-10-2023 08:30 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no sentar-se

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Alteador de sanita - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no sentar-se

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no sentar-se

06-10-2023 08:30 - Assistir o cliente na autoavaliação do sentar-se

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para sentar-se [RESOLVIDO]

09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para sentar-se [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia no sentar-se [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para sentar-se

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para sentar-se

06-10-2023 08:30 - Instruir a sentar-se

06-10-2023 08:30 - Treinar o sentar-se

09-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da autonomia para sentar-se

09-10-2023 08:30 - Promover autogestão: prevenção de complicações na articulação da anca

09-10-2023 08:30 - Conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o sentar-se: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

09-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de complicações na articulação da anca

06-10-2023 08:30 - Promover papel do cuidador: prevenção de complicações na articulação da anca

06-10-2023 08:30 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o sentar-se: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2023 08:30 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o sentar-se: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

06-10-2023 08:30 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o sentar-se

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de complicações na articulação da anca

09-10-2023 08:30

09-10-2023 08:30 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

09-10-2023 08:30 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo [MANTEVE].

09-10-2023 08:30 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Altedor de sanita - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo [MANTEVE].

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Andarilho - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo.

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Canadiana - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo [MANTEVE].

Cuidar da higiene pessoal

06-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Abre a torneira.

06-10-2023 08:30 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - Lava e seca parte do corpo.

06-10-2023 08:30 - Lava a cavidade oral.

06-10-2023 08:30 - Aplica produtos de higiene.

06-10-2023 08:30 - Barbeia-se.

06-10-2023 08:30 - Limpa-se após usar o sanitário.

06-10-2023 08:30 - Ajusta a roupa após usar o sanitário.

06-10-2023 08:30 - Cuidar da higiene pessoal comprometido

06-10-2023 08:30 - Assegurar atividades de higiene pessoal

06-10-2023 08:30 - Assistir no tomar banho

06-10-2023 08:30 - Promover autonomia para cuidar da higiene pessoal

09-10-2023 08:30 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora [MANTEVE].

06-10-2023 08:30 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora.

06-10-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora.

09-10-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Antiderrapante - facilitadora.

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora [MANTEVE].

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Escova de cabo longo - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Escova de cabo longo - facilitadora [MANTEVE].

09-10-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Alteador de sanita - facilitadora [MANTEVE].

06-10-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Alteador de sanita - facilitadora.

09-10-2023 08:30 - Capacidade para tomar banho

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora [MANTEVE].

06-10-2023 08:30 - Capacidade para tomar banho

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora.

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Escova de cabo longo - facilitadora [MANTEVE].

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Escova de cabo longo - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2023 08:30 - Capacidade no uso do sanitário

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Alteador de sanita - facilitadora [MANTEVE].

06-10-2023 08:30 - Capacidade no uso do sanitário

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Alteador de sanita - facilitadora.
 09-10-2023 08:30 - Autoeficácia para tomar banho
 09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora [MANTEVE].
 06-10-2023 08:30 - Autoeficácia para tomar banho
 06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora.
 09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Escova de cabo longo - facilitadora [MANTEVE].
 06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Escova de cabo longo - facilitadora.
 09-10-2023 08:30 - Autoeficácia no uso do sanitário
 09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Alteador de sanita - facilitadora [MANTEVE].
 06-10-2023 08:30 - Autoeficácia no uso do sanitário
 06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Alteador de sanita - facilitadora.
 09-10-2023 08:30 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para cuidar da
 higiene pessoal
 09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - não dificultador.
 06-10-2023 08:30 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para cuidar da
 higiene pessoal
 06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Alteador de sanita - não dificultador.
 06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Escova de cabo longo - não dificultador.
 09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Escova de cabo longo - não dificultador
 [MANTEVE].
 06-10-2023 08:30 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no cuidar da
 higiene pessoal
 06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Alteador de sanita - refere ter disponibilidade
 financeira e sabe como aceder ao dispositivo.
 06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - refere ter disponibilidade
 financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se

09-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se
06-10-2023 08:30 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

06-10-2023 08:30 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário [RESOLVIDO]

09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para arranjar-se [RESOLVIDO] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para arranjar-se [FIM]

09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Instruir a arranjar-se [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Treinar a arranjar-se [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para tomar banho

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para tomar banho

06-10-2023 08:30 - Instruir a tomar banho [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Treinar a tomar banho

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar capacidade no uso do sanitário [RESOLVIDO] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade no uso do sanitário [FIM]

09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Instruir a usar sanitário [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar autoeficácia para tomar banho

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da autoeficácia para tomar banho

06-10-2023 08:30 - Treinar a tomar banho

09-10-2023 08:30 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

06-10-2023 08:30 - Elogiar o desempenho do cliente

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da autonomia para cuidar da higiene pessoal

06-10-2023 08:30 - Promover papel do cuidador: satisfação das necessidades de higiene pessoal

06-10-2023 08:30 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no tomar banho: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-10-2023 08:30 - Capacidade do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora.

06-10-2023 08:30 - Autoeficácia do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora.

06-10-2023 08:30 - Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no cuidar da higiene pessoal

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Alteador de sanita - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Antiderrapante - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Barra de apoio - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Escova de cabo longo - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

06-10-2023 08:30 - Potencial do cuidador para melhorar consciencialização sobre potencial de autonomia do cliente no tomar banho

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização do cuidador sobre

potencial de autonomia do cliente no tomar banho

06-10-2023 08:30 - Analisar com o cuidador o potencial de autonomia do cliente no tomar banho

06-10-2023 08:30 - Potencial do cuidador para melhorar consciencialização sobre potencial de autonomia do cliente no uso do sanitário

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no uso do sanitário

06-10-2023 08:30 - Analisar com o cuidador o potencial de autonomia do cliente no uso do sanitário

06-10-2023 08:30 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no uso do sanitário

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para assistir no uso do sanitário

06-10-2023 08:30 - Instruir cuidador para assistir no uso do sanitário

06-10-2023 08:30 - Treinar cuidador para assistir no uso do sanitário

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação das necessidades de higiene pessoal

09-10-2023 08:30

09-10-2023 08:30 - Obtém objetos para o banho.

09-10-2023 08:30 - Abre a torneira [MANTEVE].

09-10-2023 08:30 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Antiderrapante - Lava e seca parte do corpo.

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - Lava e seca parte do corpo [MANTEVE].

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Escova de cabo longo - Lava e seca parte do corpo.

09-10-2023 08:30 - Lava a cavidade oral [MANTEVE].

09-10-2023 08:30 - Aplica produtos de higiene [MANTEVE].

09-10-2023 08:30 - Capaz de pentear-se

09-10-2023 08:30 - Penteia-se.

09-10-2023 08:30 - Barbeia-se [MANTEVE].

09-10-2023 08:30 - Limpa-se após usar o sanitário [MANTEVE].

09-10-2023 08:30 - Ajusta a roupa após usar o sanitário [MANTEVE].

Vestir-se ou despir-se

06-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Escolhe as roupas.

06-10-2023 08:30 - Retira roupa da gaveta ou armário.

06-10-2023 08:30 - Capaz de vestir-se

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Calça/tira meias - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo.

06-10-2023 08:30 - Capaz de atar cordões

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Cordões elásticos - Não ata cordões.

06-10-2023 08:30 - Capaz de calçar meias

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Calça/tira meias - Não calça as meias.

06-10-2023 08:30 - Vestir-se ou despir-se comprometido

06-10-2023 08:30 - Determinar evolução do vestir-se ou despir-se

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se

06-10-2023 08:30 - Promover autonomia para vestir-se ou despir-se

09-10-2023 08:30 - Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

06-10-2023 08:30 - Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - facilitadora [MELHOROU].

06-10-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Calça/tira meias - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2023 08:30 - Capacidade para vestir-se ou despir-se

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - facilitadora [MELHOROU].

06-10-2023 08:30 - Capacidade para vestir-se ou despir-se

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Calça/tira meias - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-10-2023 08:30 - Autoeficácia para vestir-se ou despir-se

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Calça/tira meias - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2023 08:30 - Autoeficácia para vestir-se ou despir-se

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - facilitadora [MELHOROU].

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-10-2023 08:30 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para vestir-se ou despir-se

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Calça/tira meias - não dificultador.

09-10-2023 08:30 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para vestir-se ou despir-se

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - não dificultador [MANTEVE].

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - não dificultador.

09-10-2023 08:30 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no vestir-se ou despir-se

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

06-10-2023 08:30 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no vestir-se ou despir-se

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Calça/tira meias - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Calça/tira meias - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se

09-10-2023 08:30 - Assistir o cliente na autoavaliação do vestir-se ou despir-se

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

06-10-2023 08:30 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para vestir-se ou despir-se

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para vestir-se ou despir-se

06-10-2023 08:30 - Instruir a vestir-se ou despir-se [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Treinar vestir-se ou despir-se [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar autoeficácia para vestir-se ou despir-se

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da autoeficácia para vestir-se ou despir-se

06-10-2023 08:30 - Treinar vestir-se ou despir-se [FIM] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

06-10-2023 08:30 - Elogiar o desempenho do cliente

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da autonomia para vestir-se ou despir-se

06-10-2023 08:30 - Promover papel do cuidador: satisfação das necessidades do vestir-se ou despir-se

06-10-2023 08:30 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

09-10-2023 08:30 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [PIOROU].

06-10-2023 08:30 - Capacidade do cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2023 08:30 - Capacidade do cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se: facilitadora [MELHOROU].

06-10-2023 08:30 - Autoeficácia do cuidador para vestir/despir: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-10-2023 08:30 - Potencial do cuidador para melhorar consciencialização sobre potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se

06-10-2023 08:30 - Analisar com o cuidador o potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se

06-10-2023 08:30 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no vestir-se ou despir-se

06-10-2023 08:30 - Instruir cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação das necessidades do vestir-se ou despir-se

09-10-2023 08:30

09-10-2023 08:30 - Escolhe as roupas [MANTEVE].

09-10-2023 08:30 - Retira roupa da gaveta ou armário [MANTEVE].

09-10-2023 08:30 - Capaz de vestir-se

09-10-2023 08:30 - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo.

09-10-2023 08:30 - Capaz de abotoar-se

09-10-2023 08:30 - Abotoa.

09-10-2023 08:30 - Capaz de atar cordões

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Cordões elásticos - Não ata cordões [MANTEVE].

Andar

06-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Capaz de mover-se através da marcha

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Canadiana - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas.

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Canadiana - marcha com limitações para subir ou descer escadas.

06-10-2023 08:30 - Andar comprometido

06-10-2023 08:30 - Determinar evolução do andar

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução do andar

06-10-2023 08:30 - Prevenir queda

09-10-2023 08:30 - Assistir no andar

06-10-2023 08:30 - Adequar o vestuário para prevenir queda

06-10-2023 08:30 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

06-10-2023 08:30 - Promover autonomia para andar

06-10-2023 08:30 - Consciencialização sobre compromisso no andar: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2023 08:30 - Consciencialização sobre compromisso no andar: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

06-10-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2023 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Canadiana - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-10-2023 08:30 - Capacidade para andar

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2023 08:30 - Capacidade para andar

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Canadiana - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-10-2023 08:30 - Autoeficácia para andar

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2023 08:30 - Autoeficácia para andar

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Canadiana - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-10-2023 08:30 - Significado atribuído ao uso de auxiliar de marcha

06-10-2023 08:30 - Dispositivo: Andarilho - avelhenta.

09-10-2023 08:30 - Significado atribuído ao uso de auxiliar de marcha

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Canadiana - não dificultador.

09-10-2023 08:30 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no andar

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Canadiana - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no andar

09-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no andar

06-10-2023 08:30 - Assistir o cliente na autoavaliação do andar

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

09-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

06-10-2023 08:30 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para andar

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para andar

06-10-2023 08:30 - Instruir a andar

06-10-2023 08:30 - Treinar o andar

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar autoeficácia para andar

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da autoeficácia para andar

06-10-2023 08:30 - Treinar o andar

06-10-2023 08:30 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

06-10-2023 08:30 - Elogiar o desempenho do cliente

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar significado atribuído ao uso de dispositivos promotores de autonomia [RESOLVIDO] 09-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da autonomia para andar

06-10-2023 08:30 - Promover autogestão: prevenção de quedas

06-10-2023 08:30 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2023 08:30 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

06-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda

06-10-2023 08:30 - Ensinar sobre prevenção de quedas

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas

09-10-2023 08:30 - Promover papel do cuidador: prevenção de queda

09-10-2023 08:30 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

09-10-2023 08:30 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda

09-10-2023 08:30

09-10-2023 08:30 - Capaz de mover-se através da marcha

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Canadiana - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas [MANTEVE].

09-10-2023 08:30 - Dispositivo: Canadiana - marcha com limitações para subir ou descer escadas [MELHOROU].

Autogestão do regime medicamentoso

06-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

06-10-2023 08:30 - Organiza a medicação conforme horário.

06-10-2023 08:30 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

06-10-2023 08:30 - Prepara a medicação conforme a dose.

06-10-2023 08:30 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

06-10-2023 08:30 - Administra a medicação pela via adequada.

06-10-2023 08:30 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

06-10-2023 08:30 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

06-10-2023 08:30 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações

técnicas

06-10-2023 08:30 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

06-10-2023 08:30 - A pessoa alvo de cuidados, prepara e administra a sua medicação de forma autónoma. Gere a medicação analgésica prescrita em S.O.S. de acordo com o seu limiar de dor.

06-10-2023 08:30 - Promover papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso

3.6. Especificação das intervenções

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido

- melhorar a capacidade de executar os exercícios músculo-articulares do membro inferior esquerdo. A pessoa alvo de cuidados não completa o movimento de flexão da anca até aos 90 graus referindo dor e medo de complicações de luxação. Após efectuar analgesia e esta surtir efeito o EEER realiza com a pessoa exercícios músculo-articulares da anca ativos-assistidos de flexão/extensão, abdução/adução até à linha média e rotação externa. O EEER pede à pessoa para efetuar o movimento ativamente até onde conseguir completando-o a amplitude articular possível para não comprometer a articulação(Teixeira et al., 2021)

Assistir no transferir-se

- O EEER assiste a realização do transferir-se corrigindo e apoiando situações potenciadoras de complicações como a queda e ou luxação da prótese da anca. A pessoa alvo de cuidados embora apresente equilíbrio dinâmico na posição de pé, refere ter medo de fazer carga parcial no membro operado (teve indicação médica para fazer apenas carga parcial). Durante a transferência, o EEER corrige se necessário a posição do membro operado que deve estar em extensão e a colocação da almofada para prevenir a adução para além da linha média sagital (Berg et al., 2019)

Assistir no tomar banho

- O EEER assiste a pessoa maximizando as suas capacidades e prevenindo complicações. Para isso, faculta a cadeira de banho, e na ausência de esponja de cabo longo executa os cuidados na parte inferior do corpo evitando a flexão excessiva do tronco (Dias et al., 2021)

Instruir exercícios músculo-articulares

- O EEER ensina exercícios musculares isométricos para fortalecimento dos músculos extensores, flexores e abdutores da anca. Ensina sobre mobilização ativa de flexão/extensão e adução/abdução (deitado e evitando movimentos luxantes). Flexão extensão do joelho na posição de sentado (Mandara et al., 2019)

Treinar exercícios músculo-articulares

- A pessoa alvo de cuidados, executa exercícios músculo-articulares do membro inferior

esquerdo - exercícios isométricos de fortalecimento da anca (músculos flexores, extensores e abdutores). Executa também exercícios passivos, ativos assistidos e ativos resistidos, da articulação da anca, evitando movimentos luxante e flexão extensão do joelho e ainda os exercícios ativos deflexão extensão do joelho. É importante atender ao limite da amplitude articular imposta pela cirurgia (Berg et al, 2019)

Instruir a virar-se

- Instruir para prevenção de complicação na articulação da anca durante o sentar-se. No caso do virar-se na cama a pessoa deve ter em atenção que deve permanecer pouco tempo em lateral e apenas posicionada para o lado contralateral. Deve durante o virar-se atender aos posicionamentos luxantes para prevenir complicações, preferencialmente mantendo o triângulo abdutor ou uma almofada entre as pernas para não realizar adução além da linha média (Madara et al., 2019)

Treinar o virar-se

- A pessoa alvo de cuidados realiza o virar-se de acordo com as instruções dadas pelo EEER que orienta a correta execução do posicionamento atendendo às possíveis complicações

Instruir a transferir-se

- O EEER instrui a pessoa a realizar a transferência usando o andador para a passagem do estado em pé para o local onde se vai sentar (cadeira ou cama) (Berg et al., 2019)

Instruir a andar

- O EEER instrui para a marcha em andador com carga parcial. Avança primeiro o andador, depois membro operado até à base de sustentação e depois o membro são. Num segundo momento, e atendendo às capacidades da pessoa alvo de cuidados, foi ensinada técnica de marcha com canadianas a 3 pontos com carga parcial (1º avançar canadianas, 2º avançar membro inferior esquerdo - operado - até à base de sustentação da canadiana 3º avança o membro inferior direito - membro são. Foi também instruída técnica de subir/descer escadas.; subir - segundo a sequência - membro são, membro operado, canadianas; descer - canadianas, membro operado, membro são (Ribeiro et al., 2021)

Treinar o andar

- O EEER treina a pessoa, objetivando melhor conhecimento sobre andar usando andador e potenciando autonomia na marcha. Num segundo momento, foi treinada marcha e subir/descer escadas com canadianas, perspectivando maximizar a capacidade da pessoa alvo de cuidados da sua execução de forma independente (Ribeiro et al., 2021)

Instruir exercícios isométricos

- Os exercícios isométricos devem ser realizados com o objetivo de evitar ou minimizar a atrofia muscular, promover o relaxamento muscular e diminuir a dor. O tempo de contração muscular deve ir aumentando de acordo com a tolerância da pessoa. Enfoque nos exercícios para fortalecimento dos músculos flexores, extensores e abdutores da anca (Mandara et al., 2019)

Treinar a transferir-se

- para adequar capacidade de autonomia para realizar o transferir-se em segurança usando o dispositivo andador, o EEER traça metas a alcançar e verifica o processo de transferência corrigindo se necessário (Berg et al., 2019)

Instruir cuidador para assistir no uso do sanitário

- O EEER instrui o cuidador sobre a necessidade de aquisição do alçapão de sanitário para prevenção de complicações no uso do sanitário. Analisa também a necessidade de barras de apoio no caso do alçapão não possuir braços de apoio ou para melhor funcionalidade da pessoa. (Ribeiro et al., 2021)

Treinar cuidador para assistir no uso do sanitário

- Durante o tempo de internamento da pessoa, o EEER capacita o seu cuidador para que demonstre conhecimento sobre assistir no uso do sanitário, nomeadamente na colocação do alçapão de sanitário para que a pessoa possa usá-lo de forma segura (Ribeiro et al 2021)

Instruir cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se

- O EEER orienta o cuidador nas atividades em que deve assistir a pessoa alvo de cuidados como vestir/despir preferencialmente usando os dispositivos promotores de autonomia. É reforçado o ensino sobre estratégias para prevenir movimentos luxantes como vestir primeiro o membro operado e a despir primeiro o membro sã. Salienta ainda a importância de durante o vestir/despir promover a autonomia da pessoa capacitando-a para a sua realização " Ribeiro et al., 2021"

Ensinar cuidador sobre prevenção de queda

- O EEER ensina o cuidador a prevenir a queda, aquando do regresso da pessoa a casa. Recomenda tirar tapetes e fios elétricos ou objetos do chão para não tropeçar e cair; manter o ambiente iluminado para identificar obstáculos; não utilizar no chão detergentes que tornem o piso escorregadio; manter o chão limpo e seco, principalmente na casa de banho; utilização de sapatos antiderrapantes e uso de roupa que não seja nem demasiado larga ou comprida; retirar móveis que não sejam estáveis; manter o bom estado dos dispositivos auxiliares de marcha, nomeadamente as borrachas de aderência ao chão (Santos et al., 2021)

Instruir a tomar banho

- O EEER instrui no sentido de prevenir complicações na articulação durante o tomar banho, abordando: facilitação do uso do polibano, utilizando a cadeira de banho para transporte e apoio durante o tomar banho e a esponja de cabo longo para que a pessoa possa lavar a parte inferior do corpo, evitando a flexão excessiva do tronco e mantendo a sua independência funcional e a sua autonomia

Treinar a tomar banho

- Capacitando para a máxima autonomia o EEER treina a pessoa melhorando a sua capacidade para a utilização dos produtos de apoio prevenindo complicações na articulação da anca (Dias et al., 2021)

Instruir a vestir-se ou despir-se

- O EEER instrui a pessoa na utilização dos dispositivos prescritos de forma a prevenir complicações da articulação. O calça e tira meias promove a autonomia da pessoa assim como a calçadeira de cabo longo devendo esta ter atenção aos movimentos luxantes. Também a pinça de de cabo longo permite que a pessoa vista na parte inferior do corpo e roupa íntima de forma segura. Na sua utilização a pessoa deve: vestir calças – vestir primeiro o membro operado e despir primeiro o membro sã. Os sapatos devem ser preferencialmente sem atacadores, de velcro ou cordões elásticos e evitar flexão excessiva usando a calçadeira de cabo longo.

Treinar vestir-se ou despir-se

- Promovendo a capacidade da pessoa e a autoeficácia na utilização dos produtos de apoio já instruídos, o EEER promove o treino de forma à pessoa adquirir competências na sua realização

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido

- Potencial para melhorar o fortalecimento dos músculos e funcionamento da articulação da anca. No sentido de proporcionar a máxima funcionalidade da articulação e restabelecimento da força muscular, pós colocação de prótese, é necessário iniciar a realização de exercícios ativos o mais precocemente. É de salientar que a carga exercida independentemente de ser de baixa ou alta intensidade é importante uma vez que os exercícios com carga traduzem ganhos de força muscular em relação aos exercícios sem carga, sendo esse ganho mais evidente nos músculos abdutores, flexores e extensores da anca. Nestes exercícios é recomendada a realização de 2 séries de 10 repetições para que haja aumento da força muscular (Budib et al., 2020). Quanto a ganhos em amplitude articular, os exercícios resistidos com duas séries, de 10 repetições, para glúteos e músculos da coxa são eficazes para aumentar a amplitude de movimento de flexão, extensão, abdução, adução, rotação medial e lateral externa da anca se tolerado pela pessoa (Teixeira et al., 2022)

Analisar com o cliente os resultados alcançados

- O EEER analisa com a pessoa os ganhos obtidos com os exercícios como o aumento da força muscular e da amplitude articular, essenciais para progredir no programa de reabilitação alcançando assim competências para evoluir para a autonomia nas atividades do autocuidado (Antunes et al., 2023)

Elogiar o desempenho do cliente

- O EEER ao elogiar o desempenho gera na pessoa um padrão de resposta positivo a nível de processo (sentir-se ligado, desenvolver confiança e coping) como a nível de resultado, a progressão para a mestria (Antunes et al., 2023)

Treinar exercícios isométricos

- O EEER com a pessoa alvo de cuidados estabelece metas na realização dos exercícios já instruídos de forma gradual e de acordo com a capacidade da pessoa, progredindo em termos do número de repetições e nº de séries a realizar (Silva et al., 2022)

Assistir o cliente na autoavaliação do virar-se

- Após ATA, a pessoa pode realizar apenas o virar-se na posição de deitado para o lado contralateral da prótese, mantendo o triângulo abdutor entre as pernas evitando a adução além da linha média. A posição lateral não deve ser a posição privilegiada, devendo apenas ser adotada por curtos períodos de tempo

Analisar com o cuidador o potencial de autonomia do cliente no tomar banho

- O EEER visando o regresso a casa da pessoa alvo de cuidados, analisa com o cuidador (esposa) o potencial de autonomia nesta atividade. Assim, e de acordo com a informação da esposa prescreve dispositivos que vão promover a sua independência funcional como o banco no poliban para poder sentar, a colocação de barras de apoio, a aquisição de esponja de cabo longo. É analisada a incapacidade de limpar a parte inferior do corpo no sentido de evitar movimentos luxantes .

Analisar com o cuidador o potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se

- O EEER juntamente com o cuidador analisa a autonomia no vestir/despir a parte superior do corpo e a necessidade de ajuda para a parte inferior. Assim prescreve pinça de cabo longo, calça e tira meias e calçadeira de cabo longo para o tornar a pessoa autónoma no vestir/despir (Ribeiro et al., 2021)

Analisar com o cuidador o potencial de autonomia do cliente no uso do sanitário

- O EEER perspectivando com o cuidador a alta da pessoa analisa a forma como esta pode utilizar o sanitário de forma independente e evitando complicações na articulação da anca, através do uso de alteador de sanita (Ribeiro et al., 2019)

Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

- O EEER analisa com a pessoa as alterações da funcionalidade e os ganhos em saúde e autonomia conseguidos com a utilização da cadeira de banho (prevenção de queda), e escova de cabo longo (prevenção de luxação).

Assistir o cliente na autoavaliação do transferir-se

- O EEER juntamente com a pessoa alvo de cuidados reflete sobre o processo de transferir - se, identificando as capacidades demonstradas da pessoa e as necessidades de melhorias e dificultadores do processo de transferência revendo quais os aspectos que necessitam ser melhorados para se transferir em segurança, a utilização de dispositivos de apoio e a gestão do ambiente físico envolvente (Henrique et al., 2020)

Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

- O EEER analisa com a pessoa alvo de cuidado ganhos em segurança e consequentemente em saúde existentes com o uso do andarilho no transferir-se além da autonomia que a pessoa tem com o seu uso, maximizando assim as suas capacidades e tornando-se mais independente

Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

- O EEER analisa com a pessoa as alterações das capacidades funcionais desta, orientando

sobre o uso dos dispositivos e reforçando a descrição das suas funções, perspetivando os ganhos em autonomia com a sua utilização

Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se

- O EEER analisa com a pessoa as alterações da funcionalidade e os ganhos em saúde e autonomia conseguidos com a utilização dos produtos de apoio prescritos. A pessoa alvo de cuidados consegue autonomamente cuidar da higiene oral, pentear-se e barbear-se.

Instruir a arranjar-se

- O EEER vai instruir a pessoa a evitar as complicações na articulação da anca do arranjar-se, tais como a flexão excessiva do tronco. A pessoa não poderá realizar movimentos luxantes.

Treinar a arranjar-se

- O EEER capacita a pessoa para que esta possa arranjar-se maximizando a sua independência funcional

Instruir a usar sanitário

- O EEER instrui para o uso de alteador de sanita prevenindo complicações da articulação da anca durante o uso do sanitário potenciando o conhecimento da pessoa

Assistir o cliente na autoavaliação do andar

- O EEER junto com a pessoa alvo de cuidados avaliam a capacidade e autonomia para o andar. ponderando aspetos a modificar no sentido de maximizar a funcionalidade da pessoa assim como a sua independência para andar em segurança (Garção et al.,2019)

Analisar com o cliente a relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

- O EEER analisa com a pessoa os ganhos em autonomia que o dispositivo proporciona no andar consciencializando para a mudança no estado de saúde da pessoa (Garção et al.,2019)

Adequar o vestuário para prevenir queda

- A pessoa deve apresentar vestuário confortável, sem ser muito largo ou comprido. O calçado deve ser confortável, fechado, de sola antiderrapante e ser preferencialmente de velcro ou cordões elásticos (Cruz et al., 2022)

Gerir o ambiente físico para prevenir queda

- O EEER avalia as condições do meio envolvente proporcionando um ambiente seguro. Assegura que o piso esteja limpo e seco e preferencialmente de material antiderrapante, remoção de obstáculos, remoção de fios ou cabos eléctricos no chão, assegurar que o mobiliário envolvente esteja bem fixo incluindo travar cama e/ou cadeira de rodas (Santos et al., 2021)

Referenciar paresia ao médico

- Se diminuição da força muscular o EEER referencia ao médico

Referenciar espasticidade ao médico

- Se aumento do tónus, referenciar ao médico

Posicionar para prevenir complicações na articulação da anca

- O posicionamento da pessoa pós ATA deve sempre ter como princípio a prevenção da luxação da prótese. Assim, nas diferentes posições adotadas a pessoa não pode fazer a flexão acima dos 90 graus, a adução para além da linha média assim como a rotação interna. O uso do triângulo abdutor proporciona o posicionamento seguro.

Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca enquanto deitado

- O EEER ensina pessoa alvo de cuidados a atender ao limite da amplitude articular para prevenção de complicações - evitar flexão da anca acima dos 90 graus, assim como a adução além da linha média sagital e a rotação interna da anca.

Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o transferir-se

- O EEER ensina à pessoa alvo de cuidados estratégias para prevenir as complicações na articulação da anca recorrentes do processo de transferência. Assim, o levantar da cama deve ser executado pelo lado que o fará em casa dotando a pessoa de conhecimento e capacidade para a sua execução. Utilizar a almofada/triângulo adutor para não realizar adução para além da linha média sagital, utilizar os membros superiores e o membro inferior são (direito), são estratégias para prevenir complicações.

Instruir cuidador para prevenir complicações na articulação da anca durante o assistir no transferir-se

- O EEER ressalva a importância de evitar movimentos luxantes durante a transferência, salvaguardando o uso de triângulo abdutor ou almofada entre as pernas para não realizar a adução para além da linha média sagital.

Treinar cuidador para prevenção de complicações na articulação da anca durante o assistir no transferir-se

- O EEER capacita o cuidador para que este demonstre conhecimento sobre a prevenção de complicações na articulação da anca durante o transferir-se da pessoa. (Ribeiro et al., 2019)

Assistir no sentar-se para prevenir complicações na articulação da anca

- O EEER, assiste a pessoa no sentar-se assegurando a extensão do membro operado prevenindo a luxação da prótese.

Providenciar dispositivos de prevenção de complicações na articulação da anca

- Conhecimento/Capacidade para providenciar dispositivos para prevenção de complicações na articulação da anca O EEER disponibiliza dispositivos como o triângulo abdutor, cadeira com apoio de braços, alteador de sanita enquanto a pessoa está internada e informa sobre aquisição desses produtos para utilização no domicílio (Palma et al., 2021) Informa também das medidas públicas do Instituto da Segurança Social – SAPA (Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio) destinados a pessoas com deficiências e/ou incapacidades que necessitem de produtos de apoio.

Assistir o cliente na autoavaliação do sentar-se

- Junto com a pessoa alvo de cuidados, o EEER avalia como decorreu o sentar-se aferindo

pormenores para a sua realização de forma segura e autónoma.

Instruir a sentar-se

- 1 - O EEER vai instruir a pessoa alvo de cuidados para o sentar-se usando o dispositivo andarilho prevenindo complicações na articulação da anca durante o sentar-se no alteador de sanita com apoio de mãos/ barras de apoio. A pessoa a alvo de cuidados deve colocar a região poplíteia em contacto com o local a sentar, retirar as mãos do auxiliar de marcha e mantendo o tronco em posição equilibrada colocar a s mãos nas barras de apoio/ apoio de mãos do alteador de sanita ou braços de cadeira ou cadeirão e mantendo o membro inferior esquerdo (operado) em extensão e abdução à medida que se vai sentando, não fletindo o tronco. 2 - Num segundo momento, o EEER reforça a importância de manter o equilíbrio, essencialmente no tronco, na passagem das mãos do auxiliar de marcha para a cadeira ou cadeirão ou barras de apoio assim como da capacidade de sentar não havendo prejuízo para a articulação da anca. No caso de usar canadianas, estas devem ser colocadas num local perto da pessoa para que quando esta se erguer consiga alcança-las sem riscos. 2 - foi também instruída técnica de entrar e sair do carro.

Treinar o sentar-se

- O EEER capacita a pessoa alvo de cuidados para realizar o sentar-se usando barras de apoio de forma eficaz, prevenindo complicações da articulação da anca e promovendo a autonomia da pessoa

Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia no sentar-se

- O EEER pondera com a pessoa alvo de cuidados, os ganhos em autonomia e segurança que a utilização do alteador de sanita oferece, nomeadamente na prevenção de luxação da prótese.

Assistir no andar

- O EEER assiste a pessoa no andar (neste caso clínico com canadianas) assegurando a correta técnica de marcha e prevenindo assim a ocorrência de complicações na articulação da anca assim como a queda (Dias et al., 2021)

Ensinar sobre prevenção de quedas

- O EEER ensina a pessoa sobre cuidados a ter na prevenção de quedas como retirar tapetes ou objetos que possam estar no chão e potencializem a queda ; uso do auxiliar de marcha em boas condições e adaptado a si; usar sapatos fechados adaptados ao pé da pessoa e com sola antiderrapante; não usar roupa demasiado larga ou comprida (Cruz et al., 2022)

Assistir o cliente na autoavaliação do vestir-se ou despir-se

- O EEER reforça o conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação da anca assim como da necessidade do uso dos dispositivos para realizar esta atividade de forma autónoma e segura (Ribeiro et al., 2021)

3.7. Síntese relativa ao caso

Na população acima dos 70 anos, a queda acidental constitui uma das principais causas de internamento hospitalar, resultando em lesões que causam perda da funcionalidade e consequentemente perda de autonomia levando a uma diminuição da qualidade de vida (D.G.S., 2010).

Para compreender as necessidades das pessoas sujeitas a traumas ortopédicos, o conhecimento teórico e prático da enfermagem de reabilitação é de suma importância. Assim, o EEER, objetivando ganhos em saúde, envolve a educação permanente e continuada no seu plano de cuidados. Saber reconhecer as especificidades de cada indivíduo; acompanhar a estabilidade hemodinâmica, dar suporte às suas dores, priorizando o protocolo para atendimento, minimizar as suas incapacidades promovendo a sua adaptação através do desenvolvimento de novas capacidades que permitem a aprendizagens de recurso são alguns dos seus cuidados primordiais da enfermagem de reabilitação (Loureiro et al., 2021).

A pessoa alvo de cuidados, foi submetida a ATA, a partir de uma situação e trauma, pelo que não realizou o processo pré-operatório de consciencialização das limitações que iria ter no pós-operatório nem conhecimento e treino de capacidades para se adaptar à sua nova condição. Assim, teve de adquirir no pós-operatório todos os conhecimentos, no sentido de prevenir complicações, tal como a luxação da prótese e todos os processos adaptativos para a realização do autocuidado. O EEER um papel fundamental na aquisição destes conhecimentos, integrando a pessoa e família no programa de reabilitação contribuindo para desta forma para a capacitação da pessoa.

A pessoa alvo de cuidados mostrou-se consciencializada das suas limitações funcionais desde o 1º momento, demonstrando interesse em adquirir conhecimentos que lhe permitissem ser autónoma no autocuidado. Entre os dois momentos descritos neste estudo de caso, demonstrou aumento de conhecimento em relação às complicações como a luxação da anca, tendo questionado o EEER sobre este tema assim como sobre a prevenção de quedas. Mostrou-se também capaz de gerir a sua dor, solicitando analgesia S.O.S. quando necessário e cumprindo a crioterapia.

No 1º momento, a pessoa alvo de cuidados, não se mostrou consciencializado para a importância dos exercícios músculo-articulares mas, após o EEER lhe ter explicado os benefícios destes, compreendeu e cumpriu-os, estando no 2º momento capacitada para a sua execução.

O equilíbrio corporal estático e dinâmico foi avaliado através da escala simples de equilíbrio, mantendo-se preservado nos dois momentos, sendo este relevante para a realização do autocuidado (erguer-se, transferir-se, sentar-se, cuidar da higiene pessoal e andar).

Entre os momentos foi também constatado um aumento da força muscular no membro operado, passando de grau 4 para 4+. A força muscular nos membros superiores mostrou-se preservada pelo que não houve entraves na utilização de auxiliar de marcha.

Inicialmente a pessoa alvo de cuidados utilizou o andador como dispositivo auxiliar de marcha, demonstrando um significado negativo a este dispositivo "... pareço um velhinho a andar com isto..." ou "... os meus amigos quando me virem com isto vão pensar que não posso acompanhá-los nos nossos passeios...". No sentido de promover a auto estima da pessoa e uma vez que apresentava capacidade para isso, foi substituído o andador por canadianas, o que surtiu na pessoa um sentimento positivo. A utilização de canadianas possibilitou o subir e descer escadas o que contribuiu para que a pessoa alvo de cuidados se sentisse mais independente. A realização do autocuidado uso de sanitário foi realizada desde o primeiro momento de forma autónoma. A pessoa alvo de cuidados não impôs qualquer significado pejorativo ao alteador de sanita e como adquiriu autoeficácia no sentar evitando movimentos luxantes, foi facilitada a realização desta atividade.

Durante o ensino de estratégias para cuidar da higiene pessoal, nomeadamente tomar banho e vestir-se/despir-se a pessoa alvo de cuidados demonstrou aumento de capacidade durante os dois momentos, demonstrando autoeficácia na manipulação de dispositivos de apoio e demonstrando interesse em ser o mais independente possível nas suas atividades.

No primeiro contacto com a família (filha e esposa) da pessoa alvo de cuidados, a filha identificou-se como sua cuidadora, pois a esposa receava não conseguir assumir esse papel. No 2º momento, e após ter conhecimento dos cuidados que o marido necessitava, assumiu o papel de cuidadora, demonstrando interesse e empenho.

A gestão do ambiente domiciliário foi abordado no 1º momento, mostrando-se a cuidadora disponível para realizar as alterações necessárias. Assim, EEER estabeleceu um programa de alterações a efetuar no edifício habitacional, proporcionando a eliminação de barreiras arquitetónicas e consequente promoção da mobilidade no domicílio. Deste programa fazem parte as alterações a nível ambiental e aquisição de produtos de apoio de forma a proporcionar segurança, autonomia e independência na realização das atividades diárias. Este programa está descrito no capítulo Família caso 1. No 2º momento, a esposa já tinha realizado todas as alterações propostas pelo EEER, incluindo a compra de produtos de apoio como alteador de sanita, banco de duche, tapete antiderrapante, barras laterais de segurança, calçadeira de cabo longo e esponja de cabo longo. Também já tinha reorganizado a arrumação dos objetos mais significativos para a pessoa, como a sua roupa, numa posição do armário de fácil acesso para a sua condição funcional.

O 2º momento coincidiu com a preparação para a alta que iria decorrer nesse dia. O EEER realizou o ensino sobre a preparação para a alta. Foram dadas indicações à pessoa sobre : uso de canadianas aproximadamente 3 meses, sendo 1 mês com carga parcial e de acordo com indicação médica; posicionamentos que podem proporcionar complicações na articulação da anca como o estar debruçado ou ajoelhado; dormir com a almofada ou triângulo abdutor entre

os joelhos; conduzir apenas quando tiver autorização médica e pós realização de RX de controlo – normalmente após 8ª semana pós cirúrgica; não andar de velocípedes; em meios de transporte andar preferencialmente sentado; não realizar medicação intra-muscular no lado da prótese; resguardo sexual de 4 a 6 semanas e quando retomar, evitar movimentos luxantes. Foi também reforçado o ensino sobre entrar e sair do carro uma vez que este seria o meio utilizado para o regresso a casa.

A realização deste estudo de caso, para além de possibilitar a prática da Enfermagem de Reabilitação, teve como suporte teórico os conteúdos aprendidos em sala de aula apoiados pela pesquisa bibliográfica. Além disso, considero que foi de extrema importância por se constituir num caso efetivo de eliminação de barreiras arquitetónicas no domicílio com uma clara intervenção do EEER em colaboração e aceitação com a pessoa/família/cuidador.

No Capítulo 5 – “Família caso – 1” além de serem abordadas as relações familiares e sociais, serão também abordadas as alterações efetuadas no edifício residencial para maximizar a autonomia da pessoa e prevenir complicações tendo como foco melhorar a qualidade de vida da pessoa e família/cuidador.

4. CASO - 2

O “caso 2” refere-se a uma pessoa do sexo feminino de 83 anos de idade, admitida na Equipa de Cuidados Continuados Integrados com o diagnóstico de espondilodiscite sujeita a um período de imobilização prolongado para cuidados de reabilitação e capacitação do cuidador. O caso clínico foi desenvolvido na plataforma E4nursing, sendo a conceção de cuidados referente a dois contactos. O 1º momento foi realizado aquando da integração na ECCEI e o 2º momento aproximadamente 3 semanas após. Este caso vai ser apresentado da seguinte forma: enquadramento teórico sendo abordada a pessoa com espondilodiscite e as consequências da imobilização prolongada, tratamento e reabilitação assim como o papel do EEER na reabilitação da pessoa com espondilodiscite sujeita a imobilização prolongada; a apresentação do cliente; os procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica; os domínios selecionados para este caso e a sua descrição; a conceção de cuidados; a especificação das intervenções e por fim a síntese do caso. O estudo deste caso vai permitir aprofundar o papel do EEER nos cuidados à pessoa com espondilodiscite sujeita a imobilização prolongada assim como a eliminação de barreiras arquitetónicas no domicílio de forma a proporcionar à pessoa a máxima autonomia no regresso a casa. Desta forma vão ser concretizados alguns dos objetivos traçados para este relatório.

4.1. Enquadramento teórico

O “caso 2” refere-se a uma pessoa do sexo feminino, de 83 anos, viúva há 20 anos reformada por invalidez tendo trabalhado sempre na agricultura. Tem 2 filhos e reside com o mais velho em casa rural, como representado no genograma familiar (capítulo 6 – Família caso 2).

Como antecedentes pessoais apresenta: dislipidemia, obesidade, HTA, patologia osteoarticular degenerativo, osteoporose, PTJ (2014), Fratura de D9 em 2021, Laminectomia D12- L2 + Fixação transpedicular D10-L1 em julho 2021 por estenose canal D11- L2.

Esteve internada no serviço de ortopedia em Setembro de 2022 por Espondilodiscite D9- D10 adjacente ao local de instrumentação da laminectomia realizada em 2021. Efetuou tratamento cirúrgico ocorrendo como intercorrência pós-operatória hipotensão do líquido cefalorraquidiano resultante de uma laceração da dura a nível L1. Aquando deste internamento foi também diagnosticado ITU e isolamento de Klebsiella ESBL. Posteriormente foi transferida para internamento no serviço de Hospitalização Domiciliar e após ingressa numa Unidade de Média Duração de Reabilitação onde permaneceu até novembro de 2023. Previamente deambulava

com andarilho.

• Pessoa com espondilodiscite

A espondilodiscite é causada por um agente inflamatório, geralmente infeccioso, que atinge o disco intervertebral e os corpos vertebrais contíguos, ou seja engloba a osteomielite vertebral, espondilite e discite (Machado et al. 2020). A infecção pode ser disseminada por 3 vias: a disseminação hematogénica, a contaminação direta através de trauma ou cirurgia, e a infecção primária de tecidos contíguos. Apresenta uma distribuição bimodal afetando doentes jovens (menos de 20 anos) e doentes com idades compreendidas entre os 50-70 anos, embora recentemente haja incidências em faixas etárias mais idosas (Carvalho et al 2018).

O diagnóstico é estabelecido tendo em consideração as manifestações clínicas e os achados laboratoriais e imagiológicos, embora devido à inespecificidade dos sintomas, seja de difícil diagnóstico uma vez que a dor lombar que é o sintoma principal desta patologia é muito comum tornando o diagnóstico facilmente confundível. O exame *gold-standard* para o seu diagnóstico é a RM (Machado et al. 2020).

• Tratamento da Espondilodiscite

De acordo com o diagnóstico microbiológico, esta patologia pode ter tratamento cirúrgico ou conservador. Se infecção recente, inexistência de défice neurológico e comorbilidades que impeçam a cirurgia opta-se por tratamento conservador. O tratamento cirúrgico é indicado no caso de défices neurológicos progressivos, deformidade espinhal ou instabilidade com ou sem dor associada apesar de terapêutica antimicrobiana adequada (Machado et al. 2020).

Na pessoa alvo de cuidados, o tratamento efetuado foi cirúrgico, tendo ocorrido como intercorrência laceração da dura a nível L1. Resultante desta situação, a pessoa apresenta diminuição da força muscular, nos membros inferiores, incontinência urinária e fecal e dor neurogénica.

A pessoa com patologia da coluna está sujeita a longos períodos de imobilidade durante o tempo de tratamento/recuperação que se traduzem em patologias mais graves do que a situação clínica geradora da mesma, transformando uma redução da capacidade funcional temporária em incapacidade (Denehy et al,2017). A imobilidade e inatividade dão origem a alterações ao nível dos diversos sistemas tais como: cardiovascular, pulmonar, gastrointestinal, musculoesquelético (Guedes et al, 2018).

No caso da pessoa idosa, como a pessoa alvo de cuidados deste caso clínico, as comorbilidades associadas ao processo de envelhecimento agravam as alterações provocadas pela patologia

clínica e pela imobilidade a que está sujeita.

• **O papel do EEER na reabilitação da pessoa com Lesão Medular pós tratamento de Espondilodiscite em contexto comunitário**

Ao elaborar o programa de reabilitação, o EEER, tem como objetivo que a pessoa/família aprenda a viver de acordo com as alterações da funcionalidade, maximizando as suas capacidades motoras, sensitivas e cognitivas e promovendo a autonomia para a realização do autocuidado. A sua atuação deve englobar a melhoria da funcionalidade e redução das limitações, adequando as suas intervenções a avaliação diagnóstica e envolvendo a pessoa/cuidador no processo de reabilitação (Campos et. al, 2017), sendo o papel do EEER fundamental no processo de transição saúde /doença.

A pessoa alvo de cuidados, antes de ser institucionalizada, já apresentava limitações a nível funcional decorrentes da patologia da coluna, assim como degeneração osteoarticular. O EEER, deve avaliar as necessidades da pessoa/família, desenvolvendo um plano de cuidados de acordo com a avaliação das mesmas. Neste caso concreto, a pessoa alvo de cuidados, apresenta défice no autocuidado, equilíbrio comprometido, deambula em cadeira de rodas, sendo dependente na sua mobilização. Apresenta também diminuição da força muscular nos membros inferiores.

A elaboração do programa de reabilitação, nesta situação clínica teve em vista a redução dos fatores de imobilidade. Assim, o EEER incentiva a pessoa na execução de mobilizações ativas dos segmentos corporais em que a força e sensibilidade se encontram mantidas; nos segmentos corporais onde se observa diminuição da força muscular, ensina e incentiva a pessoa a iniciar e realizar o movimento que é capaz, ajudando a a completá-lo até atingir a amplitude máxima adequada à situação clínica; nos segmentos corporais onde não se verifique movimento devem ser efetuadas mobilizações passivas. As mobilizações, permitem à pessoa manter a mobilidade articular; prevenir contraturas músculo articulares; prevenir deformidades que limitem a função; estimular a circulação e as terminações nervosas sensoriais; restaurar a perda da função articular; aumentar a resistência; promover conforto e bem estar; diminuir ou prevenir limitações articulares; manter o trofismo muscular e vascular; preservar a noção de movimento e a propriocepção; diminuir a espasticidade e prevenir alterações cutâneas. No seu plano de reabilitação, deve ainda incluir exercícios de equilíbrio com a finalidade de melhorar o equilíbrio estático e dinâmico do tronco e fortalecer a musculatura dos membros superiores, facilitando uma maior independência na realização das atividades do autocuidado (O.E., 2009).

As intervenções executadas, envolvendo a pessoa/cuidador devem maximizar as capacidades funcionais da pessoa capacitando-a na sua autonomia. A educação da pessoa/cuidador, sobre medidas para prevenir complicações e estratégias para maior independência e treino de exercícios músculo-articulares complementam o plano de cuidados. Assim, através da

participação ativa no processo de reabilitação, o EEER promove a consciencialização das necessidades e envolve a pessoa/família no processo de transição saúde /doença.

A monitorização contínua do processo e a sua avaliação leva o EEER a ajustar o programa de forma a este se adequar às capacidades da pessoa permitindo a sua ligação e interação como padrões de resposta.

A pessoa alvo de cuidados, apresenta limitações funcionais na realização do autocuidado ultrapassadas com o serviço de apoio domiciliário para a execução dos cuidados de higiene, e com o apoio de uma vizinha que cuida da casa, alimentação e lhe faz companhia enquanto o filho está a trabalhar, agindo como facilitadores do processo de transição.

O EEER, através das terapêuticas de enfermagem, deve desenvolver as capacidades da pessoa/família promovendo a aceitação da sua condição de saúde e qualidade de vida (Sousa et al., 2020) assim como a sua readaptação.

A monitorização contínua do processo e a sua avaliação leva o EEER a ajustar o programa de forma a este se adequar às capacidades da pessoa permitindo a sua ligação e interação como padrões de resposta (Silva et al., 2019).

• O EEER na eliminação de barreiras arquitetónicas no domicílio

A eliminação de barreiras arquitetónicas e a promoção da mobilidade no domicílio proporcionam a manutenção da energia, a comunicação, a segurança, a proteção e a privacidade da pessoa. A avaliação do contexto domiciliário deve incluir a acessibilidade e a segurança analisando o espaço disponível para a deambulação, existência de escadas de acesso, pisos com pouco escoamento de água tornando-o escorregadio, superfícies instáveis, portas estreitas, existência de corrimãos, existência de produtos de apoio, existência de objetos em locais altos ou de difícil acesso e banheira/chuveiro (Vela et al., 2021).

Assim, as alterações a efetuar no domicílio devem ter em conta a simplificação, a remoção, o arranjo, a interação com o meio e a educação para as atividades, promovendo assim, o máximo de autonomia, independência e qualidade de vida (Vela et al., 2021).

O EEER deve avaliar o edifício residencial identificando barreiras arquitetónicas presentes e elaborando um plano para a sua eliminação e adaptação à condição da pessoa (Santos et al., 2020). Deve também ter como foco a orientação e supervisão das alterações realizadas avaliando os benefícios das mesmas e incentivando a pessoa e família/cuidador (Santos et al., 2021).

A pessoa alvo de cuidados deambula em cadeira de rodas, não sendo autónoma na sua realização.

O edifício residencial da pessoa alvo de cuidados é um aspeto dificultador do processo de transição saúde/doença pois não apresenta condições de mobilidade para a pessoa em cadeira de rodas. Trata-se de uma casa rural em que as divisões são de pequenas dimensões, sendo a disposição do mobiliário um obstáculo à deambulação em cadeira de rodas, apresentando um desnível com três degraus entre a sala e o acesso à cozinha e casa de banho, no quarto devido à disposição e tamanho dos móveis, não é possível circular em redor da cama nem circular com a cadeira de rodas, a casa de banho também não apresenta condições para a pessoa tomar banho.

O filho reconhece que o meio físico habitacional é importante na manutenção da saúde da mãe, mostrando-se disponível para fazer alterações necessárias no sentido de torná-lo mais organizado e funcional, eliminando barreiras arquitetónicas. As alterações efetuadas no domicílio da pessoa alvo de cuidados serão descritas no capítulo 6 - “Família caso 2”.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 84 anos | Feminino

Cuidador

17-11-2023 08:15

17-11-2023 08:15 - Parentesco: filha / filho.

17-11-2023 08:15 - Coabita com a pessoa dependente.

17-11-2023 08:15 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

17-11-2023 08:15 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

17-11-2023 08:15 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

17-11-2023 08:15 - Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

17-11-2023 08:15 - suficiente para assegurar na totalidade.
 17-11-2023 08:15 - Capacidade física do cuidador para dar banho
 17-11-2023 08:15 - suficiente para assegurar na totalidade.
 17-11-2023 08:15 - Capacidade física do cuidador para deslocar cliente em cadeira de rodas: suficiente para assegurar na totalidade.
 17-11-2023 08:15 - Capacidade física do cuidador para posicionar
 17-11-2023 08:15 - suficiente para assegurar na totalidade.
 17-11-2023 08:15 - Capacidade física do cuidador para transferir
 17-11-2023 08:15 - suficiente para assegurar na totalidade.
 17-11-2023 08:15 - Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade.

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-11-17 08:15:00	GABAPENTINA 300mg 0+0+1	
2023-11-17 08:15:00	GABAPENTINA 300mg 0+0+1 - tratamento da dor neuropática periférica	
2023-11-17 08:15:00	DULOXETINA 60mg 0+1+0 . tratamento perturbação depressiva e ansiedade assim como da dor neuropática	
2023-11-17 08:15:00	AMLODIPINA 5mg 0+0+1 Tratamento da hipertensão, Angina crónica e estável e angina vasospástica	
2023-11-17 08:15:00	TAPENTADOL 50mg 1+0+1 Analgésico forte no tratamento da dor crónica	
2023-11-17 08:15:00	LEVETIRACETAM 500mg 1+0+1 Antiepilético	

4.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
17-11-2023 08:15	Consciência	
17-11-2023 08:15	Força muscular	
17-11-2023 08:15	Movimento articular	
17-11-2023 08:15	Tónus muscular	
17-11-2023 08:15	Equilíbrio estático	
17-11-2023 08:15	Equilíbrio dinâmico	
17-11-2023 08:15	Eliminação intestinal	
17-11-2023 08:15	Eliminação urinária	
17-11-2023 08:15	Virar-se	
17-11-2023 08:15	Erguer-se	
17-11-2023 08:15	Transferir-se	
17-11-2023 08:15	Sentar-se	
17-11-2023 08:15	Cuidar da higiene pessoal	

Início	Domínios	Fim
17-11-2023 08:15	Vestir-se ou despir-se	
17-11-2023 08:15	Andar	
17-11-2023 08:15	Alimentar-se	

4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

A Lesão Medular afeta de forma grave e frequentemente irreversível as capacidades e funções da pessoa (Sousa et al., 2022). Os domínios alterados neste caso clínico são:

Consciência

Como descrito no caso 1, a consciência vai determinar o processo de reabilitação da pessoa e a adaptação assim como a capacidade para definir metas a atingir no processo de reabilitação (Moreira et al., 2020).

Força muscular

A perda da força muscular nos membros inferiores, associada à patologia da pessoa, está neste caso clínico agravada com a permanência durante longo período de tempo em imobilidade e ao processo de envelhecimento (Machado et al., 2020)

Amplitude Articular

A imobilização prolongada apresentada pela pessoa alvo de cuidados condiciona o movimento das articulação. Também a diminuição da força muscular interfere com a dinâmica articular levando a compromisso nas atividades autocuidado (Cerqueira et al., 2019)

Tónus Muscular

A alteração do tónus muscular associada à lesão medular, é alvo de cuidado do EEER ao realizar o seu programa de reabilitação (Sousa et al., 2021). A pessoa alvo de cuidados não apresenta alteração do tónus muscular.

Equilíbrio estático e dinâmico

Como justificado no caso 1, o equilíbrio (estático e dinâmico) vai condicionar a realização do autocuidado como. O seu comprometimento vai influenciar a intervenção do EEER junto da pessoa alvo de cuidados (Dias et al., 2021). Esta apresenta alteração de equilíbrio causada pela patologia neurológica associada à imobilidade vivenciada.

Eliminação intestinal / vesical

A incontinência intestinal e vesical está associada à lesão medular a nível L1 apresentada pela

pessoa alvo de cuidados. Assim, o EEER deve incluir no seu programa de reabilitação, exercícios de exercitação de músculos abdominais assim como massagem abdominal. O medo de uma possível incontinência pode interferir na adesão ao programa de reabilitação (Sousa et al., 2022)

Autocuidado

O autocuidado é foco de atenção do EEER. Este capacita a pessoa para a sua realização maximizando a sua funcionalidade e adaptando estratégias que potenciem a tua autonomia. Conforme referido no caso 1, a realização do autocuidado vai depender diretamente de outros domínios como a força muscular e o equilíbrio (Palma et al., 2021) que estão comprometidos devido à patologia da pessoa

Atividades como cuidar da higiene pessoal, vestir-se/despir-se são atividades alteradas em grau elevado, embora sejam realizadas pelo serviço de apoio domiciliário. O EEER define esses domínios e monitoriza a sua evolução embora em contexto de internamento na ECCI não consiga intervir diretamente nessa área. Os ganhos nestas atividades vão ser consequentes dos ganhos em força muscular e amplitude articular, condições essenciais para a sua capacidade na sua realização. Da mesma forma, o autocuidado erguer-se, sentar-se, transferir-se e andar estão comprometidos, fazendo parte do plano de cuidados do enfermeiro de reabilitação. São também importantes para o plano de capacitação do cuidador.

4.5. Conceção de Cuidados

Consciência

17-11-2023 08:15

17-11-2023 08:15 - Consciente.

17-11-2023 08:15 - A CIPE - Versão 2 define consciência como "resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos, mantendo a alerta e sensível ao ambiente exterior". A pessoa alvo de cuidados neste caso clínico apresenta-se consciente no tempo e espaço, tem uma resposta verbal orientada e cumpre ordens. Escala de Glasgow - 15 A avaliação da consciência é importante pois vai permitir delinear o planeamento das intervenções de acordo com a capacidade da pessoa assim como contribuir para a monitorização da mesma. A terapêutica efetuada pela pessoa pode contribuir para alterações a nível de consciência pelo que esta avaliação e monitorização se torna pertinente

17-11-2023 08:15 - Determinar sinais de alteração da consciência

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

Força muscular

17-11-2023 08:15

17-11-2023 08:15 - Força - contração muscular

17-11-2023 08:15 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

17-11-2023 08:15 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

17-11-2023 08:15 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

17-11-2023 08:15 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

17-11-2023 08:15 - De acordo com a Escala Medical Research Council, que avalia a Força Muscular/Parésia, apresenta grau 4 - movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade (O.E., 2016). A avaliação da força muscular permite definir o tipo de intervenções a executar tendo como objetivo manter/melhorar a força muscular.

17-11-2023 08:15 - Determinar evolução da força muscular

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da força - contração muscular

17-11-2023 08:15 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares

Movimento articular

17-11-2023 08:15

17-11-2023 08:15 - Articulação

17-11-2023 08:15 - Ombro Direita(o): Abdução.

17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.

17-11-2023 08:15 - Ombro Direita(o): Adução.

17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.

17-11-2023 08:15 - Punho Direita(o): Flexão.

17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.

17-11-2023 08:15 - Punho Direita(o): Extensão.

17-11-2023 08:15 - mobilidade articular total.

17-11-2023 08:15 - Punho Direita(o): Desvio cubital.

17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.

17-11-2023 08:15 - Punho Direita(o): Desvio radial.

17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.

17-11-2023 08:15 - Punho Esquerda(o): Flexão.

17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.

17-11-2023 08:15 - Punho Esquerda(o): Extensão.

17-11-2023 08:15 - mobilidade articular total.

17-11-2023 08:15 - Punho Esquerda(o): Desvio cubital.

17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.

17-11-2023 08:15 - Punho Esquerda(o): Desvio radial.

17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.

17-11-2023 08:15 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.

17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.

17-11-2023 08:15 - Articulação da anca Direita(o): Adução.

17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.
17-11-2023 08:15 - Ombro Direita(o): Flexão.
17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.
17-11-2023 08:15 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.
17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.
17-11-2023 08:15 - Articulação da anca Direita(o): Extensão.
17-11-2023 08:15 - mobilidade articular total.
17-11-2023 08:15 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.
17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.
17-11-2023 08:15 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.
17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.
17-11-2023 08:15 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.
17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.
17-11-2023 08:15 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.
17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.
17-11-2023 08:15 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.
17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.
17-11-2023 08:15 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.
17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.
17-11-2023 08:15 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação interna.
17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.
17-11-2023 08:15 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação externa.
17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.
17-11-2023 08:15 - Ombro Direita(o): Extensão.
17-11-2023 08:15 - mobilidade articular total.
17-11-2023 08:15 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.
17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.
17-11-2023 08:15 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.
17-11-2023 08:15 - mobilidade articular total.
17-11-2023 08:15 - Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão.
17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.
17-11-2023 08:15 - Articulação do joelho Esquerda(o): Extensão.
17-11-2023 08:15 - mobilidade articular total.
17-11-2023 08:15 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.
17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.
17-11-2023 08:15 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.
17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.
17-11-2023 08:15 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.
17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.
17-11-2023 08:15 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.
17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.
17-11-2023 08:15 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.
17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.
17-11-2023 08:15 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.

17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.
 17-11-2023 08:15 - Ombro Direita(o): Rotação interna.
 17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.
 17-11-2023 08:15 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Eversão.
 17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.
 17-11-2023 08:15 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.
 17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.
 17-11-2023 08:15 - Ombro Direita(o): Rotação externa.
 17-11-2023 08:15 - mobilidade articular limitada.
 17-11-2023 08:15 - Articulação do cotovelo Direita(o): Flexão.
 17-11-2023 08:15 - mobilidade articular total.
 17-11-2023 08:15 - Articulação do cotovelo Direita(o): Extensão.
 17-11-2023 08:15 - mobilidade articular total.
 17-11-2023 08:15 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Flexão.
 17-11-2023 08:15 - mobilidade articular total.
 17-11-2023 08:15 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Extensão.
 17-11-2023 08:15 - mobilidade articular total.
 17-11-2023 08:15 - A avaliação do movimento articular, permite ao EEER delinear o seu plano de cuidados tendo como objetivo manter/restaurar a amplitude articular e a função musculoesquelética.

17-11-2023 08:15 - Rigidez articular

17-11-2023 08:15 - Determinar evolução da amplitude articular

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da amplitude articular

17-11-2023 08:15 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares

17-11-2023 08:15 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 08:15 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 08:15 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 08:15 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular

17-11-2023 08:15 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular (Articulação do cotovelo Direita(o))

17-11-2023 08:15 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios

músculo-articulares

17-11-2023 08:15 - Instruir exercícios músculo-articulares

17-11-2023 08:15 - Treinar exercícios músculo-articulares

17-11-2023 08:15 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares

17-11-2023 08:15 - Treinar exercícios músculo-articulares

17-11-2023 08:15 - Elogiar o desempenho do cliente

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares

Tónus muscular

17-11-2023 08:15

17-11-2023 08:15 - Tónus

17-11-2023 08:15 - Membro superior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular.

17-11-2023 08:15 - Membro superior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.

17-11-2023 08:15 - Membro inferior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular.

17-11-2023 08:15 - Membro inferior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.

17-11-2023 08:15 - Foi aplicada a Escala de Ashworth Modificada que avalia o Tónus/Espasticidade - 0 - Tónus Normal / Sem Espasticidade Para a avaliação do tónus muscular, é efetuada a mobilização passiva e avaliada a resistência. (O.E., 2016). A espasticidade surge dos segmentos distais para os proximais (Leal, 2001)

Equilíbrio estático

17-11-2023 08:15

17-11-2023 08:15 - Estabilidade postural sentado sem apoio.

17-11-2023 08:15 - Controlo postural em pé: Instabilidade postural com apoio.

17-11-2023 08:15 - O comprometimento do equilíbrio (sentado e em pé) vai condicionar a execução das atividades de vida diárias, daí a importância da sua avaliação para o planeamento das intervenções de Enfermagem de Reabilitação.

17-11-2023 08:15 - Equilíbrio estático comprometido

17-11-2023 08:15 - Determinar evolução do equilíbrio estático

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução do equilíbrio estático

17-11-2023 08:15 - Melhorar equilíbrio estático

17-11-2023 08:15 - Executar técnica de treino do equilíbrio estático

17-11-2023 08:15 - Assistir no treino do equilíbrio

17-11-2023 08:15 - Prevenir queda

17-11-2023 08:15 - Promover adesão: treino do equilíbrio estático

17-11-2023 08:15 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 08:15 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada

para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 08:15 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 08:15 - Significado atribuído ao treino do equilíbrio: medo de cair.

17-11-2023 08:15 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio

17-11-2023 08:15 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio

17-11-2023 08:15 - Potencial para melhorar capacidade para treinar o equilíbrio

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da capacidade para treinar o equilíbrio

17-11-2023 08:15 - Instruir o treino do equilíbrio estático

17-11-2023 08:15 - Treinar equilíbrio estático

17-11-2023 08:15 - Potencial para melhorar autoeficácia para treinar o equilíbrio

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da autoeficácia para treinar o equilíbrio

17-11-2023 08:15 - Treinar equilíbrio estático

17-11-2023 08:15 - Elogiar o desempenho do cliente

17-11-2023 08:15 - Potencial para melhorar significado atribuído ao treino do equilíbrio

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução do significado atribuído ao treino do equilíbrio

17-11-2023 08:15 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da adesão ao treino do equilíbrio estático

17-11-2023 08:15 - Promover papel do cuidador: prevenção de queda

17-11-2023 08:15 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 08:15 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 05-12-2023 17:00

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de queda

Equilíbrio dinâmico

17-11-2023 08:15

17-11-2023 08:15 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao levantar-se, transferir-se ou virar-se.

17-11-2023 08:15 - A avaliação do equilíbrio permite ao EEER planear as intervenções de acordo com as necessidades da pessoa. A pessoa com alterações do equilíbrio irá apresentar défices no autocuidado. A sua monitorização vai permitir objetivar ganhos de equilíbrio.

17-11-2023 08:15 - Equilíbrio dinâmico comprometido

17-11-2023 08:15 - Determinar evolução do equilíbrio dinâmico

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico

17-11-2023 08:15 - Melhorar equilíbrio dinâmico

17-11-2023 08:15 - Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico

17-11-2023 08:15 - Assistir no treino do equilíbrio

17-11-2023 08:15 - Promover adesão: treino do equilíbrio dinâmico

17-11-2023 08:15 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 08:15 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 08:15 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 08:15 - Significado atribuído ao treino do equilíbrio: medo de cair.

17-11-2023 08:15 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio

17-11-2023 08:15 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio

17-11-2023 08:15 - Potencial para melhorar capacidade para treinar o equilíbrio

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da capacidade para treinar o equilíbrio

17-11-2023 08:15 - Instruir o treino do equilíbrio dinâmico

17-11-2023 08:15 - Treinar equilíbrio dinâmico

17-11-2023 08:15 - Potencial para melhorar autoeficácia para treinar o equilíbrio

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da autoeficácia para treinar o equilíbrio

17-11-2023 08:15 - Treinar equilíbrio dinâmico

17-11-2023 08:15 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

17-11-2023 08:15 - Elogiar o desempenho do cliente

17-11-2023 08:15 - Potencial para melhorar significado atribuído ao treino do equilíbrio

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução do significado atribuído ao treino do equilíbrio

17-11-2023 08:15 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da adesão ao treino do equilíbrio dinâmico

05-12-2023 17:00 - Promover papel do cuidador: prevenção de queda

05-12-2023 17:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador [MELHOROU].

Eliminação intestinal

17-11-2023 08:15

17-11-2023 08:15 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

17-11-2023 08:15 - Expulsão não controlada de fezes.

17-11-2023 08:15 - Embora não haja expulsão controlada de fezes, esta situação não está diretamente ligada à patologia de base da pessoa alvo de cuidados mas sim decorrente do

período prolongado de imobilidade associada à sua condição geriátrica

17-11-2023 08:15 - Incontinência intestinal

17-11-2023 08:15 - Prevenir maceração

17-11-2023 08:15 - Promover papel do cuidador: prevenção de complicações da incontinência intestinal

17-11-2023 08:15 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de maceração do períneo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 08:15 - Acesso do cuidador a dispositivos face à incontinência intestinal

17-11-2023 08:15 - Dispositivo: Fralda - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

17-11-2023 08:15 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de maceração do períneo

17-11-2023 08:15 - *Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de complicações da incontinência intestinal*

Eliminação urinária

17-11-2023 08:15

17-11-2023 08:15 - Cor da urina: amarelo-palha.

17-11-2023 08:15 - Cheiro da urina: "sui generis".

17-11-2023 08:15 - Transparência da urina: Límpida.

17-11-2023 08:15 - Não reconhece a vontade de urinar.

17-11-2023 08:15 - A patologia de base da pessoa alvo de cuidados não está diretamente ligada ao processo de incontinência urinária que apresenta, podendo as alterações urinárias apresentadas serem recorrentes de um processo alongado de imobilidade que esteve sujeita nos últimos meses, referenciado pela pessoa, ("Nos últimos tempos ou estava na cama ou então no cadeirão..." e pelo processo de envelhecimento que a pessoa vivencia

Virar-se

17-11-2023 08:15

17-11-2023 08:15 - Capaz de mudar de posição na cama

17-11-2023 08:15 - Dispositivo: Grades da cama - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

17-11-2023 08:15 - Consegue virar-se de um lado para o outro na cama com auxílio das grades, sendo estas o único apoio que possui para realizar o movimento

Erguer-se

17-11-2023 08:15

17-11-2023 08:15 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

17-11-2023 08:15 - Dispositivo: Andarilho - Inicia o movimento de levantar o corpo para a posição de pé, mas não o completa com sucesso.

17-11-2023 08:15 - Erguer-se comprometido

17-11-2023 08:15 - Determinar evolução do erguer-se

17-11-2023 08:15 - *Avaliar evolução do erguer-se*

17-11-2023 08:15 - Assegurar atividades de erguer-se

17-11-2023 08:15 - *Assistir no erguer-se*

17-11-2023 08:15 - Prevenir queda

17-11-2023 08:15 - Promover autonomia para erguer-se

17-11-2023 08:15 - Consciencialização sobre compromisso no erguer-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 08:15 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se

17-11-2023 08:15 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 08:15 - Capacidade para erguer-se

17-11-2023 08:15 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 08:15 - Autoeficácia para erguer-se

17-11-2023 08:15 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 08:15 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para erguer-se

17-11-2023 08:15 - Dispositivo: Andarilho - não dificultador.

17-11-2023 08:15 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no erguer-se

17-11-2023 08:15 - Dispositivo: Andarilho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da capacidade para erguer-se

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da autoeficácia para erguer-se

17-11-2023 08:15 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no erguer-se

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no erguer-se

17-11-2023 08:15 - Assistir o cliente na autoavaliação do erguer-se

17-11-2023 08:15 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se

17-11-2023 08:15 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se

17-11-2023 08:15 - Promover papel do cuidador: prevenção de queda

17-11-2023 08:15 - Promover papel do cuidador: satisfação de necessidades do erguer-se

17-11-2023 08:15 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no erguer-se: facilitadora.

17-11-2023 08:15 - Capacidade do cuidador para assistir no erguer-se

17-11-2023 08:15 - facilitadora.

17-11-2023 08:15 - Autoeficácia do cuidador para assistir no erguer-se

17-11-2023 08:15 - facilitadora.

17-11-2023 08:15 - Potencial do cuidador para melhorar consciencialização sobre potencial de autonomia do cliente no erguer-se

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da consciencialização do cuidador sobre

potencial de autonomia do cliente no erguer-se

17-11-2023 08:15 - Analisar com o cuidador o potencial de autonomia do cliente no erguer-se

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação de necessidades do erguer-se

Transferir-se

17-11-2023 08:15

17-11-2023 08:15 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

17-11-2023 08:15 - Dispositivo: Andarilho - não se mobiliza entre duas superfícies próximas.

17-11-2023 08:15 - Transferência cama cadeira - A pessoa alvo de cuidados não assegura a posição de sentar na beira da cama nem erguer-se sem ser assistida.

17-11-2023 08:15 - Transferir-se comprometido

17-11-2023 08:15 - Assegurar atividades de transferir-se

17-11-2023 08:15 - Assistir no transferir-se

17-11-2023 08:15 - Prevenir queda

17-11-2023 08:15 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

17-11-2023 08:15 - Promover autonomia para transferir-se

17-11-2023 08:15 - Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 08:15 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

17-11-2023 08:15 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 08:15 - Capacidade para transferir-se

17-11-2023 08:15 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 08:15 - Autoeficácia para transferir-se

17-11-2023 08:15 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 08:15 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para transferir-se

17-11-2023 08:15 - Dispositivo: Andarilho - não dificultador.

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no transferir-se

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da autoeficácia para transferir-se

17-11-2023 08:15 - Promover papel do cuidador: satisfação de necessidades do transferir-se

17-11-2023 08:15 - Capacidade do cuidador para assistir no transferir-se

17-11-2023 08:15 - facilitadora.

05-12-2023 17:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no transferir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria;

é o momento próprio para intervir.

05-12-2023 17:00 - Capacidade do cuidador para assistir no transferir-se

05-12-2023 17:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

05-12-2023 17:00 - Capacidade do cuidador para transferir

05-12-2023 17:00 - facilitadora.

17-11-2023 08:15 - Autoeficácia do cuidador para assistir no transferir-se

17-11-2023 08:15 - facilitadora.

05-12-2023 17:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no transferir-se

05-12-2023 17:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 08:15 - Autoeficácia do cuidador para transferir

17-11-2023 08:15 - facilitadora.

05-12-2023 17:00 - Autoeficácia do cuidador para transferir

05-12-2023 17:00 - facilitadora [MANTEVE].

17-11-2023 08:15 - Significado atribuído pelo cuidador ao apoio social: não dificultador.

05-12-2023 17:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no transferir-se

05-12-2023 17:00 - Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para assistir no transferir-se

05-12-2023 17:00 - Analisar com o cuidador os resultados alcançados

05-12-2023 17:00 - Elogiar o desempenho do cuidador

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação de necessidades de transferir-se

17-11-2023 08:15 - Promover papel do cuidador: prevenção de queda

17-11-2023 08:15 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 08:15 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 05-12-2023 17:00

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de queda

05-12-2023 17:00

Sentar-se

17-11-2023 08:15

17-11-2023 08:15 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

17-11-2023 08:15 - não inicia o movimento.

17-11-2023 08:15 - A pessoa alvo de cuidados não consegue permanecer na posição de pé, não conseguindo por isso sentar-se. Contudo permanece sentada sem apoio durante alguns segundos

17-11-2023 08:15 - Sentar-se comprometido

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da capacidade para sentar-se

17-11-2023 08:15 - Determinar evolução do sentar-se

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução no sentar-se

17-11-2023 08:15 - Assegurar atividades de sentar-se

17-11-2023 08:15 - Assistir no sentar-se

17-11-2023 08:15 - Prevenir queda

17-11-2023 08:15 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

Cuidar da higiene pessoal

17-11-2023 08:15

17-11-2023 08:15 - Não obtém objetos para o banho.

17-11-2023 08:15 - Abre a torneira.

17-11-2023 08:15 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

17-11-2023 08:15 - Dispositivo: Cadeira de banho - Lava e seca parte do corpo.

17-11-2023 08:15 - Dispositivo: Escova de cabo longo - Lava e seca parte do corpo.

17-11-2023 08:15 - Lava a cavidade oral.

17-11-2023 08:15 - Aplica produtos de higiene.

17-11-2023 08:15 - Capaz de pentear-se

17-11-2023 08:15 - Dispositivo: Pente de cabo longo - Penteia-se.

17-11-2023 08:15 - Capaz de cortar as unhas

17-11-2023 08:15 - Não corta as unhas.

17-11-2023 08:15 - A Sra. G. desloca-se em cadeira de rodas necessitando de ajuda para a deslocação, pelo que não consegue autonomamente recolher os objetos para o banho.

Devido a ter incontinência urinária e intestinal não usa o sanitário.

17-11-2023 08:15 - Cuidar da higiene pessoal comprometido

17-11-2023 08:15 - Promover autonomia para cuidar da higiene pessoal

17-11-2023 08:15 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 08:15 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

17-11-2023 08:15 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da consciencialização sobre o compromisso no cuidar da higiene pessoal

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da autonomia para cuidar da higiene pessoal

17-11-2023 08:15 - Promover papel do cuidador: prevenção da maceração

17-11-2023 08:15 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de maceração do períneo: facilitador.

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção da maceração

17-11-2023 08:15 - Promover papel do cuidador: satisfação das necessidades de higiene pessoal

17-11-2023 08:15 - Capacidade do cuidador para assistir no tomar banho: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para

intervir.

17-11-2023 08:15 - Capacidade do cuidador para arranjar o cliente: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 08:15 - Capacidade do cuidador para dar banho

17-11-2023 08:15 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora.

17-11-2023 08:15 - Capacidade do cuidador para trocar fralda: facilitadora.

17-11-2023 08:15 - Autoeficácia do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora.

17-11-2023 08:15 - Significado atribuído pelo cuidador ao apoio social: não dificultador.

17-11-2023 08:15 - Acesso do cuidador a apoio social para cuidar da higiene: refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao apoio social.

17-11-2023 08:15 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no tomar banho

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação das necessidades de higiene pessoal

Vestir-se ou despir-se

17-11-2023 08:15

17-11-2023 08:15 - Escolhe as roupas.

17-11-2023 08:15 - Não retira roupa da gaveta ou armário.

17-11-2023 08:15 - Capaz de vestir-se

17-11-2023 08:15 - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo.

17-11-2023 08:15 - Capaz de abotoar-se

17-11-2023 08:15 - Abotoa.

17-11-2023 08:15 - Capaz de atar cordões

17-11-2023 08:15 - Não ata cordões.

17-11-2023 08:15 - Capaz de calçar meias

17-11-2023 08:15 - Não calça as meias.

17-11-2023 08:15 - Não apresenta destreza para em cadeira de rodas ir sozinha ao armário buscar a roupa, embora escolha aquilo que quer vestir. Consegue vestir/despir a roupa da parte superior do corpo embora necessite em algumas peças de alguma ajuda. Tenta ser o mais independente possível e gosta de se arranjar mesmo saindo pouco de casa.

17-11-2023 08:15 - Vestir-se ou despir-se comprometido

17-11-2023 08:15 - Determinar evolução do vestir-se ou despir-se

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se

17-11-2023 08:15 - Promover autonomia para vestir-se ou despir-se

17-11-2023 08:15 - Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

17-11-2023 08:15 - Potencial para melhorar autoeficácia para vestir-se ou despir-se

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da autoeficácia para vestir-se ou despir-se

17-11-2023 08:15 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

17-11-2023 08:15 - Elogiar o desempenho do cliente

17-11-2023 08:15 - Promover papel do cuidador: satisfação das necessidades do vestir-se ou despir-se

17-11-2023 08:15 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-12-2023 17:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se: facilitadora [MELHOROU].

17-11-2023 08:15 - Capacidade do cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

05-12-2023 17:00 - Capacidade do cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se: facilitadora [MANTEVE].

17-11-2023 08:15 - Capacidade do cuidador para vestir/despir: facilitadora.

05-12-2023 17:00 - Capacidade do cuidador para vestir/despir: facilitadora [MANTEVE].

17-11-2023 08:15 - Autoeficácia do cuidador para vestir/despir: facilitadora.

05-12-2023 17:00 - Autoeficácia do cuidador para vestir/despir: facilitadora [MANTEVE].

17-11-2023 08:15 - Potencial do cuidador para melhorar

consciencialização sobre potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução da consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se

17-11-2023 08:15 - Analisar com o cuidador o potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação das necessidades do vestir-se ou despir-se

Andar

17-11-2023 08:15

17-11-2023 08:15 - Capaz de mover-se através da marcha

17-11-2023 08:15 - incapaz de realizar a marcha (mover as pernas passo a passo e sustentar o peso do corpo).

17-11-2023 08:15 - Desloca-se em cadeira de rodas embora não seja independente no processo. Necessita de ajuda para empurrar a cadeira. Salienta-se o facto de a casa apresentar degraus interiores pelo que são precisas duas pessoas para pegarem na cadeira e descerem os degraus.

17-11-2023 08:15 - Andar comprometido

17-11-2023 08:15 - Prevenir queda

17-11-2023 08:15 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

17-11-2023 08:15 - Deslocar o cliente em cadeira de rodas

17-11-2023 08:15 - Promover mobilidade através de cadeira de rodas

17-11-2023 08:15 - Conhecimento sobre uso de cadeira de rodas: facilitador.

17-11-2023 08:15 - Conhecimento sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento

próprio para intervir.

17-11-2023 08:15 - Capacidade para usar cadeira de rodas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 08:15 - Autoeficácia para usar cadeira de rodas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

17-11-2023 08:15 - Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução do conhecimento sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas

17-11-2023 08:15 - Ensinar sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas

17-11-2023 08:15 - Promover papel do cuidador: satisfação de necessidades de mobilidade

17-11-2023 08:15 - Conhecimento do cuidador sobre adaptação do domicílio para o uso de cadeira de rodas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-12-2023 17:00 - Conhecimento do cuidador sobre adaptação do domicílio para o uso de cadeira de rodas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

17-11-2023 08:15 - Capacidade do cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas: facilitadora.

05-12-2023 17:00 - Capacidade do cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas: facilitadora [MANTEVE].

17-11-2023 08:15 - Autoeficácia do cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-12-2023 17:00 - Autoeficácia do cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas: facilitadora [MELHOROU].

17-11-2023 08:15 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para o uso de cadeira de rodas

17-11-2023 08:15 - Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para deslocar o cliente em cadeira de rodas [RESOLVIDO] 05-12-2023 17:00

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação de necessidades de mobilidade

Alimentar-se

17-11-2023 08:15

17-11-2023 08:15 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

17-11-2023 08:15 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

17-11-2023 08:15 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

17-11-2023 08:15 - Não prepara os alimentos para a refeição.

17-11-2023 08:15 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

17-11-2023 08:15 - Organiza os alimentos para a refeição.

17-11-2023 08:15 - A pessoa alvo de cuidados tem apoio na confeção das refeições pelo que não prepara nem confeciona as mesmas. Apresenta coordenação dos movimentos dos membros superiores para levar à boca os alimentos.

4.6. Especificação das intervenções

Assistir no erguer-se

- O EEER assiste a realização do erguer-se, corrigindo e apoiando o posicionamento, de forma à pessoa manter o equilíbrio na posição de pé. (Sousa et al., 2022)

Assistir no transferir-se

- O EEER apoia o processo de transferência pois a pessoa alvo de cuidados não o consegue assegurar de forma eficaz. Assim, começa por preparar o ambiente físico em redor mantendo a segurança da pessoa. Durante a transferência, apoia na execução da técnica e posicionamento correto completando o movimento que a pessoa não tem capacidade de executar. Durante o processo de transferência, encoraja a pessoa na sua realização, elogiando-a (Berg et al., 2019)

Deslocar o cliente em cadeira de rodas

- O EEER avalia o ambiente físico e consciencializa sobre a importância de fazer alterações no domicílio para circular em cadeira de rodas de forma segura. A pessoa alvo de cuidados não apresenta capacidade funcional para a utilização de dispositivo de apoio andarilho para se deslocar, nem consegue deslocar-se em cadeira de rodas sem apoio.. O EEER incentiva a utilizar a cadeira como forma de se deslocar em segurança, propondo alterações no espaço de modo a que a pessoa em cadeira de rodas consiga movimentar-se em termos de espaço e obstáculos.

Executar técnica de treino do equilíbrio estático

- Potencial para melhorar a técnica de treino de equilíbrio estático. Para melhorar a capacidade de equilíbrio, a pessoa deve ter estabilidade do tronco, mantendo assim a estabilidade da coluna vertebral e pélvis. Neste sentido, devem ser realizados exercícios de ativação do tronco. Pedir à pessoa para na posição de deitada rolar o corpo de um lado para o outro (uma vez que a pessoa consegue rolar o corpo, só necessita de ajuda para final o movimento) e fazer a ponte (em decúbito dorsal com os braços ao longo do corpo e as mãos voltadas para baixo e as pernas flectidas, pedir à pessoa para contrair os abdominais iniciando a elevação da região pélvica empurrando os pés contra o colchão e no máximo do movimento, contrair os glúteos voltando lentamente á posição inicial (o EEER apoia os pés e auxilia o movimento de acordo com a capacidade da pessoa). A pessoa alvo de cuidados tolera a realização do exercício 5 vezes.
- Colocar a pessoa na posição de sentada, com apoio total dos pés no chão, pedir que cruze os membros inferiores, entrelaçando as mãos e colocando-as debaixo do joelho de modo a “bloquear” a posição. Incentivar a pessoa a manter essa posição, durante alguns minutos

de acordo com tolerância. O EEER deve corrigir a posição se necessário (Araujo et al. , 2021).

Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico

- A pessoa alvo de cuidados não consegue manter a posição de pé com recurso a produtos de apoio pelo que os exercícios foram efetuados sentada. Foi executado com a pessoa exercício de carga no cotovelo e facilitação cruzada (Rocha et al., 2020)

Instruir exercícios músculo-articulares

- No plano de reabilitação, a execução de exercícios musculo articulares, são benéficos tanto no aumento da massa muscular, força, equilíbrio, redução da incidência de quedas como na sua qualidade de vida (Pillatt et al., 2019). Atendendo às limitações de capacidade apresentadas pela pessoa alvo de cuidados, o EEER instrui sobre um plano de cuidados que a pessoa pode realizar ao longo do dia, de forma a melhorar as suas capacidades funcionais como rolamento, flexão extensão do ombro, cotovelo, punho, anca, joelho e tornozelo; exercício da ponte - 1 série de 10 repetições (Rocha et al., 2020) (Kisner et al, 2018)

Treinar exercícios músculo-articulares

- O EEER treina com a pessoa alvo de cuidados com o intuito de fortalecer os músculos e melhorar a estabilidade e mobilização articular. Assim, assegura a correta execução dos exercícios garantindo a eficácia e segurança dos mesmos durante o treino . De acordo com a tolerância da pessoa, adequa a intensidade do treino e promove tempo de descanso e recuperação. Através da monitorização, ajusta os exercícios à capacidade funcional da pessoa (Kisner et al., 2018)

Instruir o treino do equilíbrio estático

- De acordo com a capacidade da pessoa explica a forma com executar os exercícios de treino de equilíbrio estático como: posição de sentada com perna cruzada e exercício de transferência de peso para os braços (Rocha et al., 2020)

Treinar equilíbrio estático

- O EEER supervisiona o treino, corrigindo posicionamento se necessário. Assegura a execução de forma adequada garantindo a segurança e eficácia no decorrer da sua realização, assim como a postura correta da pessoa e o controlo dos movimentos. Promove tempo de descanso e recuperação entre os exercícios e adequa a sua intensidade à capacidade funcional da pessoa. Elogia a pessoa dando ênfase ao progresso do treino e deixando a pessoa expor as suas dificuldades (Rocha et al., 2020)

Instruir o treino do equilíbrio dinâmico

- O EEER, de acordo com a capacidade da pessoa instrui para a realização de exercícios de correção postural, exercícios de carga no cotovelo e facilitação cruzada (Rocha et al., 2020)

Treinar equilíbrio dinâmico

- O EEER orienta o trino corrigindo situações de melhoria do posicionamento se necessário.

Assegura a correta execução dos exercícios instruídos. Garante a eficácia e segurança durante o treino através da postura correta e coordenação dos movimentos. Adequa a intensidade do treino promovendo períodos de repouso para recuperação. Elogia a pessoa, dando espaço para discutirem os desafios encontrados e a criação de novas estratégias para melhorar o desempenho (Rocha et al., 2020)

Ensinar sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas

- A pessoa alvo de cuidados solicita que o ensino sobre adaptação do domicílio seja efetuado na presença do filho/cuidador pois não tem capacidade para realizar a sua mobilização sozinha (Caro et al., 2020).

Analisar com o cuidador o potencial de autonomia do cliente no erguer-se

- Analisa com o cuidador o potencial de autonomia da pessoa no erguer-se, reforçando a necessidade de apoio e vigilância visto a pessoa alvo de cuidados não manter equilíbrio em pé preservado (Rocha et al., 2020)

Analisar com o cliente os resultados alcançados

- O EEER analisa os objetivos traçados inicialmente e a sua relação com as atividades executadas, refletindo sobre os fatores que contribuíram para o resultado alcançado. Neste caso clínico, as expectativas da pessoa alvo de cuidados eram a maior independência na realização das atividades de autocuidado cuidar da higiene pessoal e vestir/despir.. Foram assim definidos novos objetivos, como melhorar a capacidade para manter o equilíbrio corporal para posteriormente melhorar eficácia nas atividades de promoção do autocuidado higiene pessoal e vestir/despir.

Elogiar o desempenho do cliente

- O EEER elogia o desempenho da pessoa proporcionando sentimentos positivos para adesão ao programa. Ao mesmo tempo, reforça a relação terapêutica entre os dois, desenvolvendo sentimentos de auto-confiança e auto-estima inibidoras de stress

Assistir cliente a analisar o significado dificultador

- A pessoa alvo de cuidados, refere não querer fazer os exercícios propostos para o programa de reabilitação por ter medo de cair "... não posso fazer esse exercício, não sou capaz, vou cair".... " é melhor não tentar porque não vou conseguir", " ... Não quero fazer...". O EEER ajuda a pessoa alvo de cuidados a refletir sobre as dificuldades na realização dos exercícios , identificando e analisando os pontos dificultadores da sua execução, procurando estratégias para superá-las. Compreendendo as suas limitações e capacidade física, a pessoa alvo de cuidados juntamente com o EEER ajustam os exercícios à sua condição, melhorando a eficácia do seu desempenho.

Analisar com o cuidador o potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se

- O EEER tendo como objetivo maximizar as capacidades da pessoa, reflete com o cuidador a capacidade da pessoa de realizar parcialmente a atividade de vestir/despir, devendo o cuidador apenas assistir na realização daquilo que a pessoa não consegue mesmo realizar, promovendo assim a sua autonomia e independência funcional (Melo et al., 2021)

Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular

- Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o aumento da amplitude articular, contribuindo para aumentar a capacidade física da pessoa e consequentemente para mudanças no seu estado de saúde.

Analisar com o cliente a relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio

- Analisar com a pessoa os benefícios de um programa de exercícios de controlo postural para melhorar o equilíbrio. Os O fortalecimento muscular do tronco e dos membros superiores e inferiores (antebraço – pronador redondo e supinador, trapézio, e isquiotibiais) ajudam a manter estabilidade corporal e contribuem assim para um controlo do equilíbrio (Sibley et al., 2019) . O treino de equilíbrio interfere no aumento da estabilidade articular, melhorando a capacidade de resposta a alterações de posição. Da mesma forma, uma coordenação neuromuscular associada à propriocepção também são fatores intervenientes (Howarth, 2018). A relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda foi também analisada.

Assistir o cliente na autoavaliação do erguer-se

- A pessoa alvo de cuidados tem consciência da sua capacitação no erguer-se “... não consigo erguer-me mas mesmo com ajuda não me consigo manter assim...”. O EEER, estimula a pessoa a aderir ao programa de reabilitação no sentido de alcançar melhores resultados a nível funcional que se irão refletir na capacidade para erguer-se melhorada (Ribeiro et al., 2021)

Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se

- O EEER analisa com a pessoa alvo de cuidados a capacidade de resposta desta ao erguer-se sem qualquer dispositivo e a capacidade de autonomia no erguer-se com andarilho. A pessoa alvo cuidados necessita de auxílio para erguer-se. O dispositivo andarilho auxilia na posição em pé, embora por perda de equilíbrio não consiga manter a posição em pé autonomamente (Ribeiro et al., 2021)

Gerir o ambiente físico para prevenir queda

- O EEER gere ambiente físico para prevenir quedas durante. Assegura que na transferência da pessoa, estejam reunidas as condições necessárias como cama e cadeira ou cadeirão travados e perto da pessoa; sapatos fechados de sola antiderrapante; piso antiderrapante ou assegurar que não está molhado nem escorregadio; iluminação adequada e remover os obstáculos do chão. A pessoa alvo de cuidados apenas se desloca em cadeira de rodas não o conseguindo fazer de forma. Assim foi proposto colocar perto do local onde ela se encontra tudo que possa necessitar principalmente nos períodos de tempo em que se encontra sozinha. Foi colocado perto da cama uma unidade com um copo com água, o comando da televisão, o telemóvel assim como outros objetos pertinentes para si. Quando se desloca para a sala, depois de efetuar a higiene pela equipa de apoio ao domicílio, leva para perto de si a unidade (Cruz et al., 2022)

Assistir no treino do equilíbrio

- O EEER observa os exercícios realizados e apoia a sua execução quando necessário e

fazendo correções tendo como objetivo maximizar a funcionalidade da pessoa. Durante a realização do treino estimula verbalmente a pessoa e monitoriza quanto à fadiga e dor e ajusta o treino progredindo gradualmente de acordo com tolerância da pessoa (Rocha et al., 2020).

Assistir no sentar-se

- O EEER assiste a pessoa a sentar-se com segurança. Assegura que a cadeira/cadeirão/borda da cama se encontra fixa, prevenindo queda. Orienta e apoia na posição em pé até estar com a região poplíteia encostada à superfície a sentar. Encoraja a utilização do apoio de braços da cadeira/cadeirão para suporte e facilitar o equilíbrio, apoiando o movimento de sentar-se. No final do processo deve avaliar o posicionamento, definindo novas estratégias para os pontos fracos e elogiando os pontos fortes de forma a promover o apoio emocional diminuindo o stress da pessoa (Sousa et al., 2022)

Analisar com o cuidador os resultados alcançados

- A análise dos cuidados alcançados com o cuidador permite efetuar uma avaliação do progresso do programa, identificando áreas de melhoria e estabelecendo novas metas e estratégias de acordo com os resultados alcançados (Melo et al., 2021)

Elogiar o desempenho do cuidador

- O EEER ao elogiar o cuidador reconhece o seu valor e empenho motivando o seu desempenho e aumentando a sua auto-estima. O elogio serve também para fortalecer o relacionamento entre o EEER e o cuidador, assim como da pessoa/cuidador. Funciona também como inibidor de stress promovendo um ambiente positivo (Melo et al., 2021)

4.7. Síntese relativa ao caso

Conforme já descrito neste trabalho, as alterações funcionais apresentadas pela patologia da coluna que a pessoa alvo de cuidados apresenta, juntamente com o tempo de imobilidade a que esteve sujeita e a idade avançada, reflete-se em alterações funcionais importantes e de difícil retrocesso.

O EEER neste caso concreto, desenvolve as suas três competências específicas dirigidas tanto à pessoa alvo de cuidados como ao seu cuidador. Assim, cuida da pessoa com necessidades especiais, avaliando a sua funcionalidade e diagnosticando alterações que determinam as suas limitações e incapacidades, implementando intervenções para otimizar e reeducar as suas funções, avaliando os resultados obtidos; capacita a pessoa para o exercício da cidadania elaborando programas de treino de AVD's, maximizando a sua autonomia, promovendo a sua mobilidade; maximiza a sua funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa concebendo e elaborando programas de reabilitação que avalia e adequa à capacidade da pessoa.

No primeiro contacto, foi efetuada a avaliação musculo-articular da pessoa que se manteve em todos os segmentos idêntica ao segundo contacto sendo nos membros superiores e inferiores grau 4 +; a amplitude articular, avaliada no 1º contacto e registada na tabela 1 também se manteve idêntica no 2º contacto, podendo concluir que o programa de reabilitação não apresentou neste âmbito ganhos em saúde.

Articulação Membro Superior	Movimento	Amplitude Referencia	Amplitude apresentada
OMBRO Direito	Abdução	0 - 180	80
	Adução	0 - 30	20
	Flexão	0 - 180	100
	Hiperextensão	0 - 45	0 - extensão normal
	Rotação Interna	0 - 90	45
	Rotação Externa	0 - 90	30
OMBRO Esquerdo	Abdução	0 - 180	80
	Adução	0 - 30	20
	Flexão	0 - 180	90
	Hiperextensão	0 - 45	0 - extensão normal
	Rotação Interna	0 - 90	45
	Rotação Externa	0 - 90	20
COTOVELO Direito	Flexão	145	145
	Extensão	0	0
COTOVELO Esquerdo	Flexão	145	145
	Extensão	0	0
PUNHO Direito	Flexão	0 - 90	80
	Extensão	0 - 70	70
	Desvio Cubital	0 - 45	20
	Desvio Radial	0 - 20	10
PUNHO Esquerdo	Flexão	0 - 90	80
	Extensão	0 - 70	70
	Desvio Cubital	0 - 45	20
	Desvio Radial	0 - 20	10

Articulação Membro Inferior	Movimento	Amplitude Referencia	Amplitude Apresentada
ANCA Direito	Abdução	0 - 45	25
	Adução	0 - 15	10
	Flexão	0 - 125	80
	Hiperextensão	0 - 10	0 extensão normal
	Rotação Interna	0 - 45	20
	Rotação Externa	0 - 45	20
ANCA Esquerdo	Abdução	0 - 45	20
	Adução	0 - 15	10
	Flexão	0 - 125	80
	Hiperextensão	0 - 10	0 extensão normal
	Rotação Interna	0 - 45	25
	Rotação Externa	0 - 45	20
JOELHO Direito	Flexão	0 - 140	90
	Extensão	0 - 140	0
JOELHO Esquerdo	Flexão	0 - 140	90
	Extensão	0 - 140	0
TORNOZELO Direito	Dorsiflexão	0 - 20	10
	Flexão Plantar	0 - 45	30
	Eversão	0 - 20	10
	Inversão	0 - 30	20
TORNOZELO Esquerdo	Dorsiflexão	0 - 20	10
	Flexão Plantar	0 - 45	30
	Eversão	0 - 20	10
	Inversão	0 - 30	20

Tabela 1 - Amplitude Articular apresentada pela pessoa alvo de cuidados caso 2

Na realização dos exercícios musculo-articulares, o filho não os executa pois não possui conhecimento sobre como os realizar.

Conforme informação anteriormente descrita, as atividades de higiene pessoal e tomar banho, eram asseguradas pela equipa de apoio domiciliário no leito pois a casa de banho não tinha aquecimento e era demasiado fria para realizar os cuidados de higiene nesta altura do ano.

Nas atividades de erguer-se, sentar-se, transferir-se e andar a pessoa alvo de cuidados embora não demonstrasse melhoria na capacidade da sua realização, entre os dois momentos, demonstrou diminuição do medo de cair, confiança no EEER para o seu treino e vontade de fazer os exercícios músculo-articulares do programa.

Em relação ao espaço domiciliário, no primeiro contacto foi efetuada a avaliação assim como orientação para a eliminação de barreiras arquitetónicas no sentido de melhorar os cuidados prestados à pessoa assim como promover a sua deambulação em cadeira de rodas. É de salientar a receptividade do filho/cuidador para proceder às alterações necessárias. No segundo contacto, as alterações propostas já haviam sido efetuadas.

Assim verificou-se que com a colocação da cama noutra disposição, substituição por cama articulada assim como retirar o guarda-roupa do quarto possibilitou a circulação da cadeira de rodas dentro desta divisão e também melhorou o espaço para a execução dos cuidados aqui prestados. Não sendo possível a construção de uma rampa em substituição das escadas interiores, pois impedia o fecho da porta, foi construída uma rampa móvel em madeira, apoiada nos degraus, que embora não se encontre de acordo com as normas descritas no Decreto-Lei nº 163/2006, possibilitou a deslocação da pessoa em cadeira de rodas. Na casa de banho, foi colocado pavimento anti derrapante no chão e substituição do chuveiro fixo na parede por chuveiro de mão.

As alterações efetuadas no domicílio tendo como finalidade a eliminação de barreiras arquitetónicas, serão abordadas na síntese do capítulo "Família caso 2".

A realização deste estudo de caso permitiu efetuar a visita domiciliária e compreender a importância desta na avaliação do espaço residencial. Embora os familiares possam descrever as condições existentes no domicílio levando o EEER a elaborar o plano de intervenção baseados nesses relatos, a visita domiciliária completa a avaliação estando o EEER em contacto com a realidade ambiental da pessoa e analisando situações capazes de interferir na manutenção de um ambiente acessível e seguro e que possam passar despercebidas à pessoa/cuidador.

5. FAMILIA CASO 1

A "Família caso 1" relatada na plataforma E4nursing refere-se à família da pessoa alvo de cuidados relatada no "caso 1". A pessoa alvo de cuidados foi submetida a ATA por queda da própria altura assumindo a filha e a esposa no primeiro momento o papel de cuidadoras. No 2º momento apenas ficou a esposa como cuidadora. A conceção de cuidados foi realizada em dois momentos. No 1º momento coincidiu com o 2º dia pós operatório e o 2º momento com o dia da alta clínica. Este caso vai ser apresentado, inicialmente com uma breve descrição do enquadramento teórico abordando as relações familiares, apresentação da família, o contexto social em que está envolvido, o papel do EEER na capacitação da família/cuidador e eliminação de barreiras arquitetónicas no domicílio. Seguidamente, será abordado o domínio e as especificações das intervenções e por fim a síntese do caso.

5.1. Enquadramento teórico

A "Família caso1" refere-se à família da pessoa alvo de cuidados relativo ao caso1. A família é constituída pela esposa da pessoa alvo de cuidados, de 72 anos, a filha de ambos, o genro e a neta da pessoa alvo de cuidados e o seu namorado.

Este caso vai ser apresentado, inicialmente com uma breve descrição do enquadramento teórico abordando as relações familiares e apresentação da família, o contexto social em que está envolvido, o papel do EEER na capacitação do cuidador e eliminação de barreiras arquitetónicas no domicílio.

***Relações familiares**

A família da pessoa alvo de cuidados é constituída pela esposa, com quem reside, a filha, o genro e a neta que moram próximo do casal e o namorado da neta. A filha mora perto dos pais, com quem convive diariamente fazendo com eles a refeição do almoço. É casada e tem uma filha que estuda numa universidade perto da família. As relações familiares estão representadas no genograma desta família representado na figura 2.

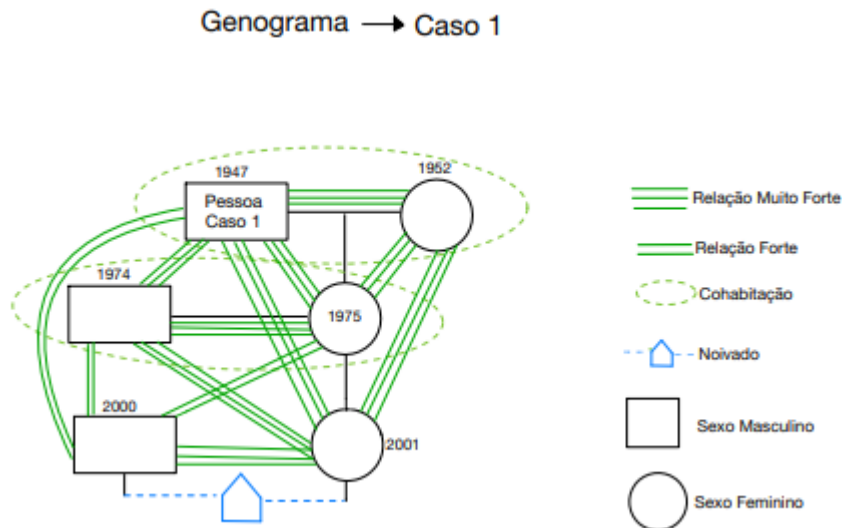


Figura 2 - Genograma caso 1.

* Contexto Social

O sistema familiar da pessoa alvo de cuidados caso 1, está representado no figura 3. A pessoa é seguido na consulta de ortopedia (por patologia osteoarticular) e neurologia (em 2016 teve um AVC isquémico não ficando com sequelas neurológicas ou motoras). Faz as suas consultas de vigilância e controle da HTA e dislipidemia com o seu enfermeiro e médico de família no centro de saúde. Sendo católico praticante, frequenta a igreja da sua freguesia onde participa no coro. Tem um grupo de amigos com os quais gosta de fazer passeios assim como com a sua esposa, durante o verão e no inverno juntam-se para jogar cartas e conviver. A filha e o genro trabalham mas convivem com os pais diariamente e dão apoio sempre que necessário. A neta e o noivo estão a acabar os estudos universitários, visitando os avós frequentemente.

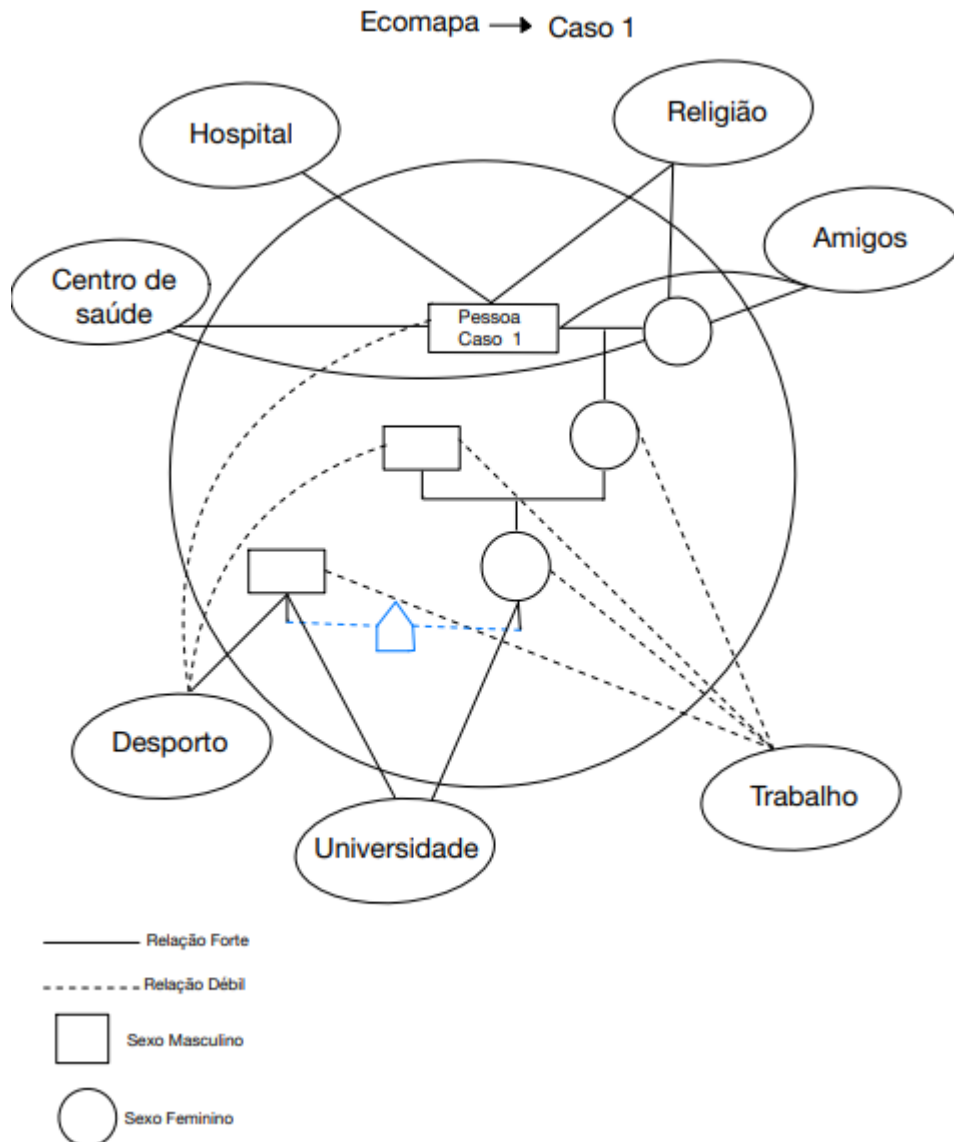


Figura 3 - Ecomapa caso 1

* O papel do EEER na capacitação da Família/ Cuidador

Os cuidadores familiares são aqueles que assumem o papel de cuidar do seu familiar dependente (Melo et al., 2021).

O EEER deve transmitir conhecimentos, capazes de capacitar o cuidador para a prestação de cuidados desempenhando tarefas do quotidiano como atividades do autocuidado, resolução de problemas, cuidados preventivos de complicações e de vigilância, entre outros. Dá a conhecer estratégias adaptativas e material de apoio disponível. Assim, promove-se um parceiro dos cuidados, apoiando-o de forma contínua (Raposo et al., 2020).

Como já referido no caso 1, no 1º momento de contacto com o EEER, a filha identifica-se como cuidadora principal, sendo esse papel transferido para a mãe no 2º momento por esta se achar com capacidade de assumir esse papel.

Ao cuidador desta família foram ensinados cuidados quais os movimentos de luxação da anca e os cuidados na sua prevenção durante as atividades do autocuidado, reforçando que a pessoa alvo de cuidados deve exercer estas funções de acordo com a sua autonomia.

*** Barreiras Arquitetónicas no domicílio**

Com vista a alcançar o máximo potencial em saúde, o EEER deve identificar e minimizar as barreiras arquitetónicas promovendo um ambiente seguro que permita maximizar as capacidades funcionais da pessoa. A prevenção de complicações, o bem estar e o autocuidado devem ser alvo de atenção do EEER, que identifica precocemente possíveis riscos, limitações e incapacidades. Assim, os programas desenvolvidos devem integrar a readaptação e reeducação funcional identificando as necessidades da pessoa/familiar cuidador e os factores facilitadores e inibidores na realização do autocuidado, desenvolvendo estratégias e competências na preparação do regresso a casa e na consequente inclusão social (Silva et al., 2019).

O ambiente domiciliário afeta o desempenho do autocuidado, sendo que um ambiente adequado promove a maximização das capacidades funcionais e independência da pessoa (Pereira et al., 2018).

As barreiras arquitetónicas, conforme já tem sido abordado ao longo deste trabalho, condicionam a mobilidade da pessoa. O domicílio sendo um local significativo para a pessoa, é alvo de atenção por parte do EEER no sentido de torna-lo mais funcional promovendo autonomia e segurança para os seus residentes.

A eliminação de barreiras arquitetónicas pós construção é uma forma de adaptação do edifício às necessidades da pessoa embora por vezes possam ficar dispendiosas e não satisfazerem por completo as necessidades desta (Wellecke et al., 2022).

No contexto nacional, o Estado Português tem como preocupação a inclusão de todos os cidadãos na sociedade, salvaguardando os seus direitos através da legislação existente. Princípios como o respeito pela dignidade, autonomia e liberdade individual, a não discriminação, o respeito pela diferença e diversidade humana, a acessibilidade e a mobilidade pessoal foram aprovados na Resolução da Assembleia da República (RAR) nº 56/2009 - artigo 3º os vários da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adoptada em Nova Iorque em 30 de Março de 2007 (RAR nº56/2009)

O artigo 20º da mesma Convenção, relativamente à mobilidade da pessoa, acrescenta que o

Estado deve garantir o cumprimento deste direito intervindo como agente facilitador de mobilidade tornando a pessoa o mais independente possível. Este contribui ainda para o acesso a dispositivos e ajudas técnicas, promovendo a formação em tecnologias de apoio, incluindo a sua disponibilização a preço acessível (RAR nº 56/2009).

Com o Decreto-Lei nº163/2009 – Regime da Acessibilidade nos Edifícios e Estabelecimentos que Recebem Público, Via Pública e Edifícios Habitacionais é que foi dada relevância ao edifício habitacional, uma vez que o anterior, Decreto-Lei nº 123/97, direcionava a adoção de normas técnicas específicas visando a eliminação de barreiras arquitetónicas apenas em edifícios públicos, equipamentos coletivos e via pública, a fim de melhorar a acessibilidade das pessoas com mobilidade condicionada.

Estes aspectos justificam o suporte legal da intervenção do EEER e a imprescindível necessidade de atuação do mesmo incorporando o ambiente na sua área de atenção, visível no desenvolvimento deste relatório.

O EEER de acordo com as limitações funcionais da pessoa, orienta a correta adequação do ambiente residencial à sua condição, favorecendo assim as suas capacidades e intervindo no aumento da qualidade de vida.

A pessoa alvo de cuidados reside com a sua esposa/cuidadora num apartamento T3, no rés-do-chão, sem escadas interiores e com elevador de acesso da garagem ao piso residencial. A esposa demonstrou preocupação sobre as condições de segurança ambiental no domicílio para receber o marido assim como as modificações a realizar no sentido de proporcionar maior segurança e independência na realização do autocuidado.

De acordo com o seu relato sobre o apartamento, este apresenta tapetes nas várias divisões da casa, no corredor de acesso aos quartos existem móveis que estreitam a passagem e na casa de banho o chuveiro está fixo à parede, não tendo tapete antiderrapante no poliban nem barras de apoio ou banco de duche. A sanita não apresenta barras de apoio. Assim, o EEER, de acordo com a descrição do espaço residencial, avalia as barreiras arquitetónicas existentes, e elabora com a cuidadora a reorganização das divisões mais significativas para a pessoa como o quarto, a casa de banho, a copa, a sala e o hall de entrada.

5.2. Clientes

Cliente

Família

Família

06-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Família nuclear.

06-10-2023 08:30 - Ausência de animais domésticos.

06-10-2023 08:30 - Membro da família: caso - 1.

06-10-2023 08:30 - Papel do cliente na família: Gestor financeiro.

09-10-2023 08:30

09-10-2023 08:30 - Família nuclear.

09-10-2023 08:30 - Ausência de animais domésticos.

5.3. Domínios

Início

06-10-2023 08:30

Domínios

Edifício residencial

Fim

5.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

As intervenções no ambiente domiciliar contribuem para a segurança, prevenção de complicações como a queda e aumento da mobilidade da pessoa. Assim, o EEER deve interferir na sua organização avaliando o risco ambiental e a adaptação do espaço, assessoria na aquisição de produtos de apoio (Santos et al, 2020)

5.4. Conceção de Cuidados

Edifício residencial

06-10-2023 08:30

06-10-2023 08:30 - Edifício residencial da família com condições de salubridade.

06-10-2023 08:30 - Edifício residencial com abastecimento de água.

06-10-2023 08:30 - Edifício residencial seguro para crianças/doentes/idosos.

06-10-2023 08:30 - Edifício residencial com barreiras arquitetónicas para crianças/doentes/idosos, com possibilidade de modificação .

06-10-2023 08:30 - Promover o processo familiar: gestão das condições do edifício residencial

06-10-2023 08:30 - Conhecimento da família sobre condições do edifício residencial: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2023 08:30 - Conhecimento da família sobre condições do edifício residencial: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

06-10-2023 08:30 - Potencial da família para melhorar conhecimento sobre condições do edifício residencial

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento da família sobre condições do edifício residencial

06-10-2023 08:30 - Ensinar família sobre medidas de segurança ambiental no edifício residencial

06-10-2023 08:30 - Ensinar família sobre medidas de segurança para utilização de água

06-10-2023 08:30 - Ensinar família sobre organização do ambiente para prevenção de acidentes

06-10-2023 08:30 - Avaliar evolução do processo familiar: gestão das condições do edifício residencial

5.5. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do conhecimento da família sobre condições do edifício residencial

- A esposa da pessoa alvo de cuidados demonstrou conhecimento sobre as condições do edifício residencial para receber a pessoa promovendo a sua segurança e autonomia

Ensinar família sobre medidas de segurança ambiental no edifício residencial

- O EEER ensina à família (esposa) estratégias para promoção da segurança ambiental no espaço domiciliário como a aquisição de produtos de apoio como sistema de luzes que permitam a iluminação adequada do espaço, principalmente durante a noite; adaptação do piso para antiderrapante; instalação de barras de apoio que permitam a independência no autocuidado e escolha do alteador de sanita mais apropriado para a casa de banho domiciliar (Dias et al., 2021)

Ensinar família sobre medidas de segurança para utilização de água

- O EEER ensina sobre a importância de não existir pavimentos molhados no domicílio pois podem originar a queda (Santos et al., 2021)

Ensinar família sobre organização do ambiente para prevenção de acidentes

- O EEER ensina a esposa sobre estratégias de organização do ambiente de modo a prevenir quedas como organizar armários, colocando os objetos que vai precisar o mais acessível possível; Retirar os tapetes do chão; retirar os cabos soltos no chão ou colocar fita isoladora por cima; adaptar a casa de banho de modo a utilizá-la com segurança, incluindo a aquisição de alteador de sanita e arrumar os móveis de forma a ter mais espaço para deambular com auxiliar de marcha (Santos et al., 2021)

Avaliar evolução do processo familiar: gestão das condições do edifício residencial

- A esposa da pessoa alvo de cuidados descreveu as alterações efetuadas de acordo com as indicações do EEER assim como adquiriu e instalou barras de apoio, alteador de sanita, banco para poliban e esponja, calçadeira e pinça de cabo longo (Garção et al., 2019)

5.6. Síntese relativa ao caso

Na maioria das situações em que ocorre perda da mobilidade por trauma, o domicílio da pessoa não se encontra preparado para a receber de forma segura. Esta limitação reflete-se na perda de autonomia e capacidade funcional que interfere diretamente na qualidade de vida da pessoa (Santos et al., 2021).

O papel da família na reestruturação domiciliar para receber um familiar com limitações de mobilidade é crucial.

Sendo da competência do EEER proporcionar conhecimentos e capacidades à família para que esta possa organizar o domicílio de forma a receber a pessoa alvo de cuidados de forma segura, proporcionando a sua autonomia e qualidade de vida, este profissional através da prescrição de produtos de apoio e ensino sobre eliminação de barreiras arquitetónicas, contribui de forma decisiva para a obtenção de ganhos em saúde.

A esposa, durante o internamento, demonstrou estar consciencializada para as alterações a nível funcional do marido. Assim, e com a orientação do EEER reestruturou as divisões mais significativas como o quarto, casa de banho, copa, sala e hall de entrada. Retirou tapetes de toda a casa, reestruturou a posição dos móveis de forma a promover espaço livre para a deambulação com canadianas, adquiriu o alteador de sanita e instalou barras de apoio fixas, rebatíveis; no poliban colocou tapete antiderrapante, banco com apoio de braços e barra de apoio fixa conforme se pode ver na figura 4 onde estão assinaladas as alterações (instalação de barras de apoio lateral à sanita, alteador de sanita, banco de duche com braços e ventosas, barra de apoio no duche e tapete antiderrapante).

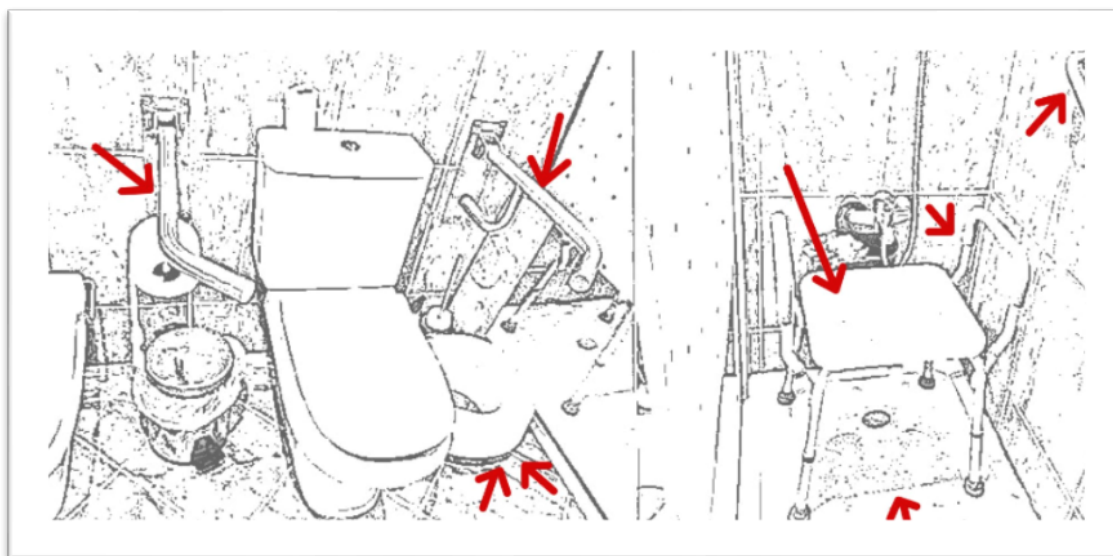


Fig. 4 - Alterações efetuadas na casa de banho - caso 1

Foi estruturada uma unidade com cadeirão na copa pois a pessoa alvo de cuidados gosta de estar nesse local a ver televisão. Além do cadeirão a esposa colocou uma mesa de apoio para colocar os objetos necessários como o telemóvel, o comando da televisão e a revista de palavras cruzadas. Colocou aí também uma barra de apoio estando também o interruptor da luz ao alcance da pessoa.

No momento da alta, a esposa já tinha o domicílio adequado à sua nova condição. Este fator proporcionou desde o momento da alta clínica a maximização das capacidades para o autocuidado e lazer, tornando a pessoa mais autónoma a nível funcional o que contribuiu para o aumento da sua qualidade de vida.

O EEER desempenha um papel significativo no regresso a casa da pessoa com mobilidade condicionada. Por um lado, durante o internamento, capacita a pessoa no sentido desta maximizar as suas capacidades no autocuidado e independência. Por outro lado, atua como agente dinamizador do processo de retorno a casa, contribuindo para que este se faça de forma segura, colaborando com o cuidador dando-lhe conhecimentos e capacidades para acompanhar de forma segura a transição da pessoa para o domicílio.

No caso "família caso 1" aqui relatado, a esposa da pessoa, além de demonstrar interesse na alteração domiciliária para capacitar o seu marido, referiu os benefícios da mesma para seu próprio uso, tornando assim o domicílio mais seguro.

A figura 4 foi facultada e autorizada pela família que fez questão que fizesse parte deste trabalho. Por uma questão de privacidade e protecção de dados a imagem foi convertida em desenho.

6. FAMÍLIA CASO 2

A "Família caso 2" relatada na plataforma E4nursing refere-se à família da pessoa alvo de cuidados relatada no "caso 2". Após internamento prolongado (hospitalar e em unidade de cuidados continuados de média duração) por espondilodiscite foi admitida na ECCI para cuidados de reabilitação e capacitação do cuidador. A pessoa alvo de cuidados reside com o filho que é o seu cuidador. A conceção de cuidados foi realizada em dois momentos. No 1º momento, foi realizado após integração na Equipa de Cuidados Continuados e o 2º momento foi realizado aproximadamente 3 semanas após. Este caso vai ser apresentado, inicialmente com uma breve descrição do enquadramento teórico abordando as relações familiares, apresentação da família, o contexto social em que está envolvido, o papel do EEER na capacitação da família/cuidador e eliminação de barreiras arquitetónicas no domicílio. Seguidamente, será abordado o domínio e as especificações das intervenções e por fim a síntese do caso.

6.1. Enquadramento teórico

A “Família caso2” refere-se à família da pessoa alvo de cuidados relativo ao caso2. A família é constituída pelo filho mais velho com quem a pessoa reside, tendo ainda outro filho.

Este caso vai ser apresentado, inicialmente com uma breve descrição do enquadramento teórico abordando as relações familiares e apresentação da família, o contexto social em que está envolvido, o papel do EEER na capacitação da família/cuidador e eliminação de barreiras arquitetónicas no domicílio.

Relações familiares

A família da pessoa alvo de cuidados, é constituída por dois filhos. Reside com o filho mais velho que tem 60 anos e está reformado por invalidez que é o seu cuidador. O outro filho, com 51 anos, autónomo, casado e com um filho reside noutro concelho e é profissionalmente ativo. Os filhos, não têm uma boa relação entre si, porque o mais velho assume os cuidados no domicílio da mãe e o mais novo é contra, querendo que a mãe integre a valência lar. Têm um cão que permanece no alpendre. As relações familiares deste caso estão representadas no Genograma (figura 5).

Genograma → Caso 2

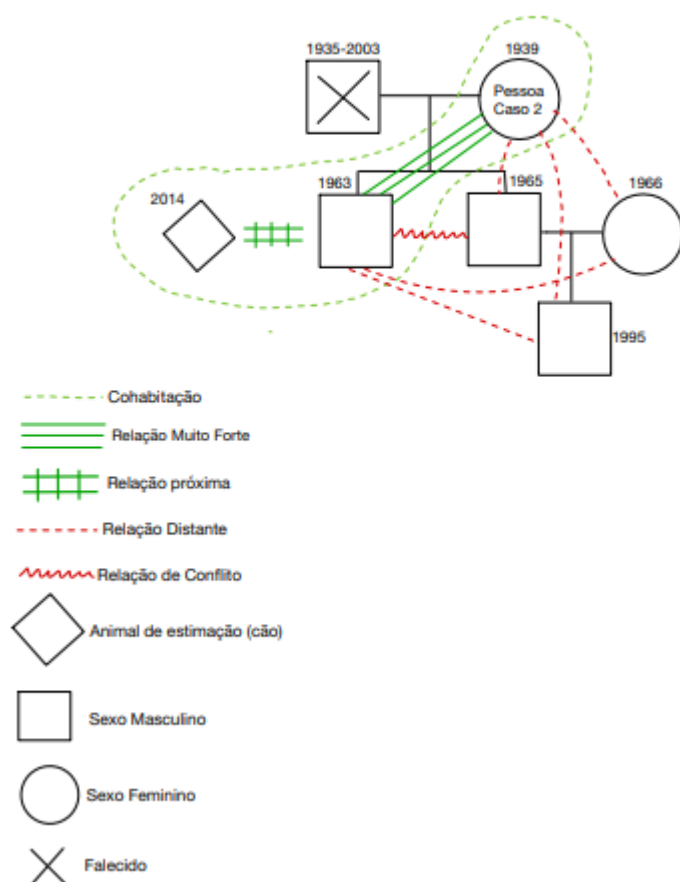


Figura 5- Genograma caso 2

Contexto Social

A família tem apoio de uma vizinha para preparar e cozinhar as refeições e para arranjo e limpeza da casa e roupas. Os cuidados de higiene são efetuados pela equipa do serviço de apoio domiciliário - SAD, que prestam os cuidados de higiene e conforto no leito. Os cuidados parciais assim como a muda da fralda é assegurada pelo seu filho que é o seu cuidador. A pessoa alvo de cuidados é seguida no hospital na consulta de ortopedia. É católica, tendo semanalmente a visita do Sr. Padre. As relações sociais desta família encontram-se esquematizadas na figura 6.

Ecomapa → Caso 2

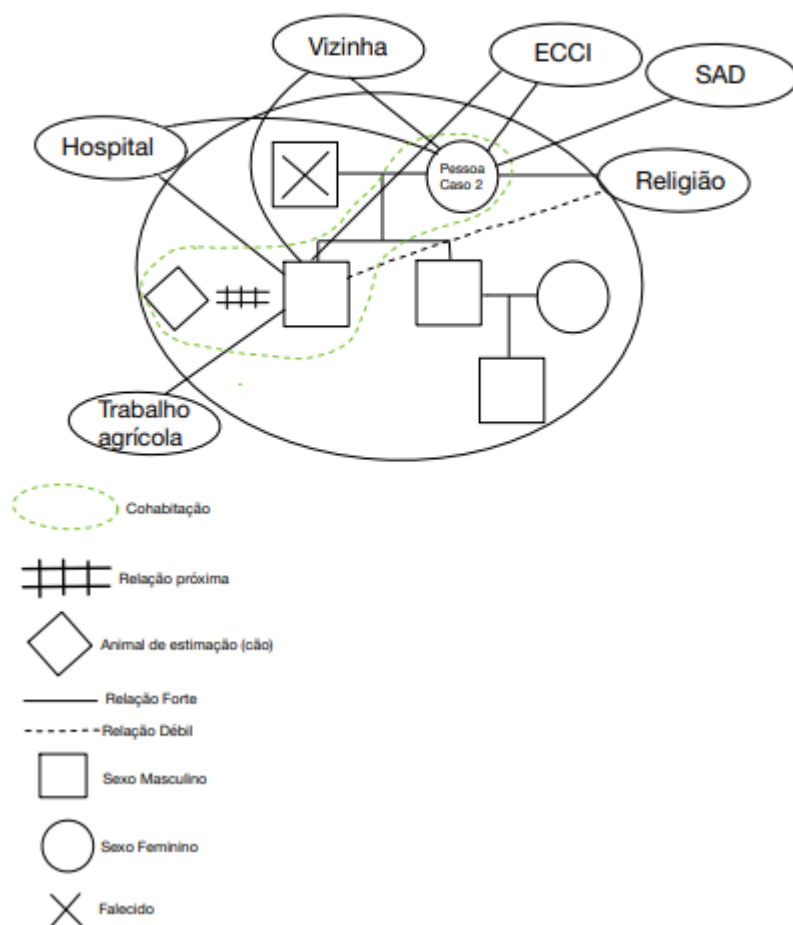


Figura 6 - Ecomapa caso 2.

O papel do EEER na capacitação da Família/cuidador

Como já citado no caso “família 1”, as doenças crónicas associadas ao aumento da esperança média de vida, impõe a existência de um cuidador que assuma o papel de cuidar da pessoa dependente (Melo et al., 2021).

O 1º momento de contacto do EEER com o filho da pessoa foi após a integração da mãe na ECCI. Neste contacto, o EEER analisa com o cuidador o espaço residencial, fazendo o levantamento das barreiras arquitetónicas domiciliária, orientando a reorganização do espaço para a mobilidade da pessoa em cadeira de rodas. O cuidador participou no processo de forma ativa fazendo também sugestões de melhoria. O 2º momento realizou-se 3 semanas após, tendo já sido concretizadas as alterações.

A descrição do espaço residencial será efetuada de seguida e as alterações realizadas serão

abordadas na síntese do caso “família caso 2”.

Barreiras Arquitetônicas no Domicílio

No contexto onde se encerra este estudo de caso, contexto comunitário, é possível realizar a visita domiciliar uma vez que os cuidados são prestados no domicílio. Sendo esta uma importante ferramenta na eliminação de barreiras arquitetônicas domiciliares, auxilia na avaliação do espaço e na implementação de estratégias adaptativas (Siqueira et al., 2019).

A pessoa alvo de cuidados deambula em cadeira de rodas sendo as barreiras arquitetônicas relacionadas à acessibilidade para estes usuários um grande desafio.

A família reside em casa rural, arrendada (renda é paga em gêneros retirados da terra), explorada pelo filho. O acesso à casa é um caminho de terra batida por entre os campos de cultivo. A casa está dividida em duas partes e apresenta um alpendre a meio. De um lado fica a casa de banho que se situa fora do alpendre e a sala e quartos; do outro lado fica a cozinha, conforme esquematizado na figura 7 (a figura não se encontra à escala).

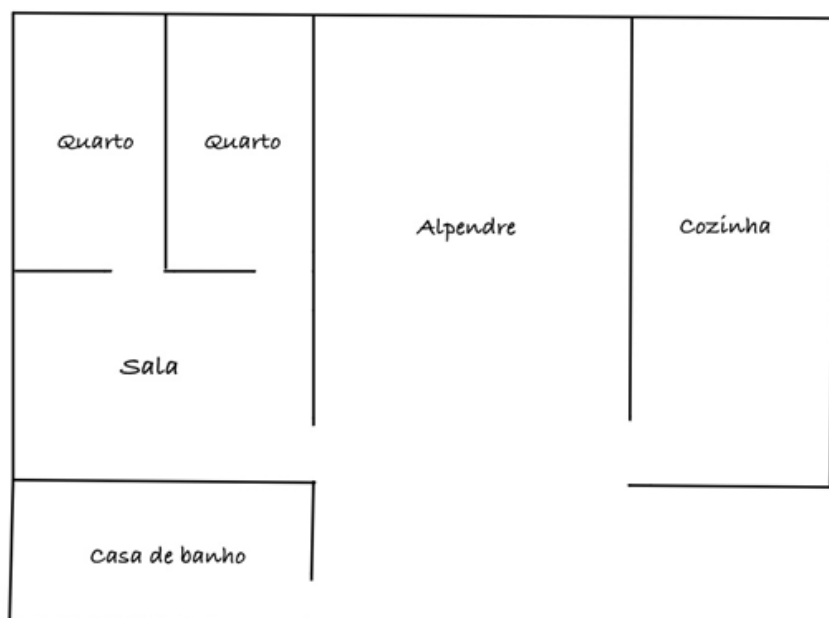


Figura 7 - Planta da casa da família caso 2

O acesso à sala tem 3 degraus, o que dificulta a mobilidade em cadeira de rodas. O cuidador quando traz a mãe para a cozinha ou para fora de casa, necessita de auxílio de outra pessoa para ajudar a pegar na cadeira e vencer o desnível ou então pega na mãe ao colo. No quarto,

existe a cama que não é articulada, um roupeiro com a televisão em cima e um guarda fatos impedindo a circulação da cadeira de rodas. A casa de banho, tem sanita, lavatório e espaço para tomar banho não possuindo piso antiderrapante e não tendo aquecimento, o que é impeditivo para a realização dos cuidados de higiene na época de inverno. O alpendre é o local onde estão os produtos agrícolas e o trator. Também é lá que permanece o cão. Na cozinha a área está dividida em cozinha e copa, tendo um fogão de lenha. Na copa existe a mesa de refeições e um cadeirão onde pessoa alvo de cuidados permanece durante o período da tarde na companhia da vizinha.

6.2. Clientes

Cliente

Família

Família

17-11-2023 08:15

17-11-2023 08:15 - Família monoparental.

17-11-2023 08:15 - Presença de animais domésticos.

6.3. Domínios

Início

17-11-2023 08:15

Domínios

Edifício residencial

Fim

6.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

O domínio selecionado foi o Edifício Residencial pois este apresentava barreiras arquitetónicas que condicionam a mobilidade da pessoa no seu interior.

As barreiras físicas para a mobilidade assim como a ausência de espaços acessíveis condiciona a mobilidade da pessoa com lesão medular (Caro et al., 2020).

O edifício residencial não se encontra preparado para a mobilidade em cadeira de rodas nem a organização do mobiliário facilita os cuidados à pessoa, devendo assim, ser alvo de atenção por parte do EEER. Assim, com a reorganização do espaço, torna-se possível capacitar a pessoa para a realização de atividades adaptadas à sua condição funcional.

6.4. Conceção de Cuidados

Edifício residencial

17-11-2023 08:15

17-11-2023 08:15 - Edifício residencial da família com condições de salubridade.

17-11-2023 08:15 - Edifício residencial com abastecimento de água.

17-11-2023 08:15 - Edifício residencial seguro para crianças/doentes/idosos.

17-11-2023 08:15 - Edifício residencial com barreiras arquitetónicas para crianças/doentes/idosos, com possibilidade de modificação .

17-11-2023 08:15 - Promover o processo familiar: gestão das condições do edifício residencial

17-11-2023 08:15 - Conhecimento da família sobre condições do edifício residencial: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-12-2023 17:00 - Conhecimento da família sobre condições do edifício residencial: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

17-11-2023 08:15 - Potencial da família para melhorar conhecimento sobre condições do edifício residencial

17-11-2023 08:15 - Avaliar evolução do conhecimento da família sobre condições do edifício residencial

17-11-2023 08:15 - Ensinar família sobre organização do ambiente para prevenção de acidentes

05-12-2023 17:00 - Avaliar evolução do processo familiar: gestão das condições do edifício residencial

6.5. Especificação das intervenções

Ensinar família sobre organização do ambiente para prevenção de acidentes

- O EEER ensina à família sobre medidas ambientais a ter em consideração no edifício residencial de forma a prevenir acidentes domésticos e manter o ambiente seguro. Assim, deve promover-se uma iluminação adequada, principalmente uma iluminação noturna (Santos et al., 2021) ; Remover obstáculos para circulação da cadeira de rodas mantendo os espaços livres, posicionando os móveis de forma a criar espaços amplos e desobstruídos para facilitar a circulação da cadeira de rodas; criar zonas de manobra para fazer rotação de 360 graus da cadeira de rodas (150cm x 150cm); retirar tapetes e fios soltos do chão para promover a circulação da cadeira (Caro et al., 2020).

6.6. Síntese relativa ao caso

A integração de um familiar idoso dependente de cadeira de rodas e sua mobilização, no edifício residencial, predispõe a que tenham de ser realizadas alterações, neste caso, pós construção de forma a assegurar a sua mobilidade.

A visita domiciliar, permitiu contextualizar o ambiente em que a pessoa reside e identificar as suas necessidades específicas concebendo planos de intervenção adaptados à pessoa e família/cuidador. Também permitiu o estabelecimento de relações empáticas entre o EEER, a pessoa e o familiar/cuidador assim como uma abordagem holística da pessoa, avaliando questões emocionais, sociais e ambientais que possam interferir na qualidade de vida da pessoa.

Na primeira visita domiciliar, o filho da pessoa alvo de cuidados demonstrou estar consciencializado das barreiras arquitetónicas presentes e mostrou-se recetivo a fazer alterações no domicílio, salvaguardando que a questão económica era um fator a ter em consideração.

Foi elaborado nesse momento um plano de alterações tendo como objetivo facilitar a prestação de cuidados à pessoa e promover a sua mobilização em cadeira de rodas.

No quarto foi proposto retirar o guarda fatos e substituir a cama por uma articulada mudando a disposição da mesma para poder ser feita a abordagem à pessoa pelos dois lados da cama assegurando a passagem da cadeira de rodas.

A sala apresenta 3 degraus no acesso ao alpendre, não sendo possível a sua substituição por rampa fixa pois ia interferir no fecho da porta. Assim, foi construída uma rampa de madeira, removível com 1,0m de largura assente nos degraus, que permite deslocar a pessoa através dela quando necessário sendo retirada para fechar a porta. Salienta-se o facto da pessoa alvo de cuidados não ter capacidade para se deslocar sozinha em cadeira de rodas e que a inclinação da rampa não obedece às normas do Dec. Lei nº 163/2006 de 8 de agosto que estabelece que as rampas não devem ter inclinação superior a 6%, vencendo um desnível não superior a 0,6

metros, embora cumpra o valor de largura que deve ser igual ou superior a 0,9 metros. Esta rampa não é revestida de material antiderrapante.

A casa de banho encontra-se situada exterior à casa. Apresenta sanita, lavatório e chuveiro, tendo sido colocado piso antiderrapante no local de duche. A pessoa alvo de cuidados não realiza a higiene no chuveiro pois a casa de banho não apresenta condições de aquecimento que o permitam. Foi proposto à equipa do serviço de apoio domiciliário, quando o tempo o permitisse levar a pessoa à casa de banho para tomar banho, promovendo a capacidade da pessoa nessa atividade de acordo com a sua condição. Na figura 8 podem verificar-se as alterações efetuadas na casa de banho, a rampa de acesso à sala que embora não satisfaça as condições impostas pela lei consegue facilitar a deslocação da pessoa alvo de cuidados e o quarto que com a cama de grades altas e noutra disposição facilita os cuidados à pessoa pelas duas laterais da cama.

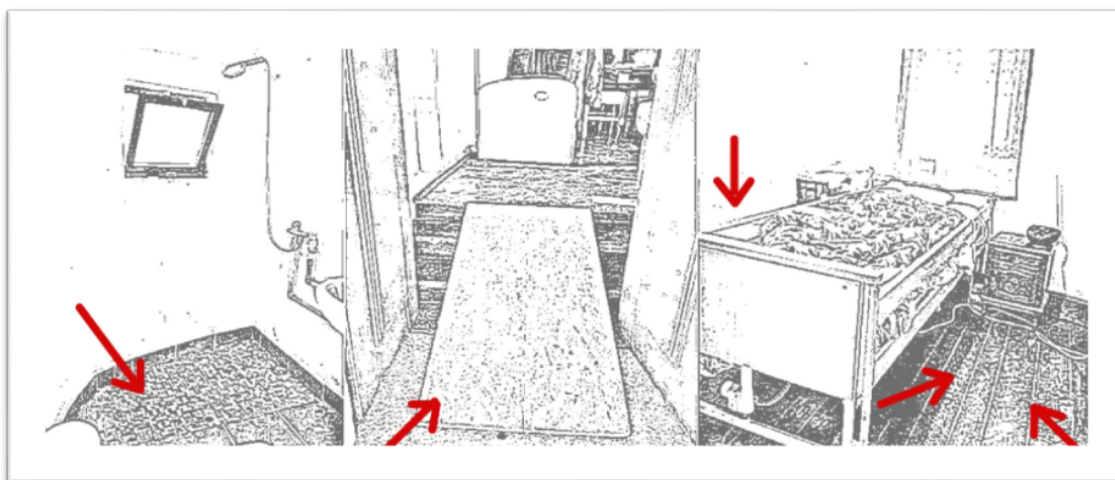


Fig. 8 - Alterações estruturais na casa da pessoa caso 2 (casa de banho, rampa de acesso à sala e quarto).

As alterações efetuadas no domicílio desta família embora não fossem aquelas que seriam necessárias para adequar o espaço à condição da pessoa, permitiram criar condições para melhorar os seus cuidados assim como promover a mobilidade na cadeira de rodas contribuindo assim para que a pessoa pudesse sair do quarto e vir para a cozinha não permanecendo tanto tempo deitada nem isolada.

O cuidar da pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, promovendo a mobilidade e acessibilidade através da identificação e eliminação de Barreiras Arquitetónicas, maximizando a funcionalidade da pessoa/cuidador, descreve, através das competências do EEER, o programa de reabilitação elaborado com esta família.

Durante os momentos de contacto com o cuidador, este demonstrou empenho em arranjar soluções para otimizar o espaço face às dificuldades apresentadas.

As imagens apresentadas foram autorizadas a fazer parte deste trabalho pela pessoa e familiar/cuidador, sendo convertidas em desenho para privacidade e proteção de dados.

7. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A enfermagem, sendo uma disciplina e uma profissão, deve incutir aos seus profissionais, integrar e desenvolver competências de pensamento crítico, designadamente para o julgamento clínico e tomada de decisão na resolução de problemas de saúde.

As mudanças ocorridas nos cuidados de Enfermagem e o desenvolvimento das competências e papéis, permite desenvolver no EEER um pensamento autorreflexivo e crítico que alicerça a prática clínica sustentada em Outcomes científicos individualizados e autónomos refletindo-se assim na evolução dos padrões de qualidade. Assim, as intervenções dos EEER vão colmatar as necessidades da pessoa alvo de cuidados, definindo diagnósticos e implementando intervenções para que a análise dos resultados conseguidos leve à reestruturação do plano de cuidados, visando sempre a qualidade de vida da pessoa. É assim relevante a análise da praxis de enfermagem sustentada pela evidência científica, baseada na tomada de decisão e suportada pelo desenvolvimento de competências, respondendo de forma efetiva e individualizada às necessidades da pessoa e potencializando a sua autonomia e independência (Mártires et al, 2019).

Com o aumento da esperança de vida e o avanço da tecnologia e conhecimento na área da saúde, aumentou o número de pessoas com problemas de saúde e dependência, verificando-se a sobrevivência a lesões potencialmente fatais (exemplo das situações de acidentes de viação e trabalho, entre outras) tal como o facto das pessoas com doenças crónicas viverem mais tempo. Assim, o EEER presta cuidados à pessoa com necessidades especiais no contexto em que este se encontra, sendo estes cuidados prestados em diferentes contextos da prática clínica como unidades de internamento de agudos e de reabilitação, por equipas de cuidados continuados, paliativos e de cuidados na comunidade. Através da sua intervenção precoce, a Enfermagem de Reabilitação promove a qualidade de vida da pessoa alvo de cuidados, a maximização da sua funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas (O.E, 2015)

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados e Reabilitação são a base da reconstrução e implementação de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, devendo ser sistematicamente aperfeiçoados. Devem ser um instrumento essencial para a promoção da segurança e melhoria contínua assim como devem ser foco de reflexão sobre a prática, incentivando a criação de projetos inovadores e de melhoria contínua da qualidade.

Constituem um instrumento essencial para a promoção da melhoria contínua dos cuidados e um

referencial para a reflexão sobre a prática especializada de Enfermagem de Reabilitação. Estes padrões englobam oito categorias de enunciados descritivos: satisfação da pessoa; promoção da saúde; prevenção de complicações; bem-estar e autocuidado; readaptação e reeducação funcional; promoção da inclusão social e organização dos cuidados de enfermagem. Ao responder às necessidades concretas da pessoa, e as exigências em cuidados, o EEER vai contribuir para a obtenção de ganhos em saúde (O.E., 2018).

A monitorização desses ganhos leva à necessidade da existência de indicadores que avaliem a qualidade e os ganhos, identificando oportunidades de melhoria. Estes indicadores são resultado dos diagnósticos, intervenções e resultados constantes no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação e sustentados numa documentação regular e sistemática, utilizando uma linguagem comum (O.E., 2015).

Assim, a intervenção do EEER promove o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a garantir a manutenção das capacidades funcionais da pessoa alvo de cuidados, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) e outras deficiências e incapacidades. Para isso, utiliza técnicas e tecnologias específicas de reabilitação que intervêm na educação da pessoas e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando -lhes o direito à dignidade e à qualidade de vida. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve englobar continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Deve participar em projetos de investigação, aumentando o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização (D.R., 2ª Série, nº 85 de 3 de maio de 2019)

Competências Comuns:

Segundo a O.E. a atribuição do título de Enfermeiro Especialista depreende que estes profissionais, além das competências descritas no Regulamento da sua Especialidade, também partilhem um conjunto de competências com as demais especialidades por estas serem transversais a todas elas. Estas competências são demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidado e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação investigação e assessoria. As competências comuns do enfermeiro especialista estão esplanadas no artigo 4º do Regulamento nº 140/2019, apresentando os seguintes domínios: responsabilidade profissional; ética e legal (artigo 5º); melhoria contínua da qualidade (artigo 6º); gestão dos cuidados (artigo 7º); desenvolvimento das aprendizagens profissionais (artigo 8º).

Domínio – Responsabilidade profissional, ética e legal

A prestação de cuidados foi, durante os diferentes contextos de estágio, guiada pelo respeito dos valores que constam nos seguintes documentos legais: Código Deontológico do Enfermeiro, Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes e pelas normas e procedimentos implementados pela instituição. Assim, e de acordo com as necessidades da pessoa alvo de cuidados, foram elaborados os planos de cuidados concebidos e praticados, respeitando sempre valores como a liberdade, dignidade, privacidade, segurança, crenças e autodeterminação. De acordo com as normas das diferentes instituições onde foram realizados os diferentes contextos de estágio, e da política de cuidados das mesmas, a pessoa foi o elemento central dos programas implementados promovendo o envolvimento da pessoa com o seu processo de recuperação. A comunicação e o esclarecimento foram priorizados, permitindo à pessoa exprimir-se em relação à sua situação clínica, bem como proporcionar a liberdade nas tomadas de decisão.

Em algumas situações, a escuta ativa fez parte do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, pois foi necessário estabelecer uma relação empática promovendo o respeito pela autodeterminação e crenças, potenciando a capacitação física, emocional e mental, superando obstáculos e centralizando os cuidados na pessoa.

Na procura do melhor nível na tomada de decisões e consequente desenvolvimento da enfermagem como disciplina/ciência, a investigação em enfermagem apresenta-se como uma mais-valia, traduzindo melhoria nos cuidados de enfermagem. Assim, sendo a enfermagem uma ciência humana, os seus profissionais focam a sua intervenção no bem-estar do outro, devendo a investigação produzida pelos enfermeiros seguir vários princípios como: beneficência, ou seja, agindo no interesse da pessoa; da não maleficência, prevenindo e atenuando os riscos que possa advir para a pessoa; fidelidade, estabelecendo uma relação de confiança com a pessoa; justiça, prestando cuidados a todo e qualquer sujeito de igual forma; veracidade, expondo as reais circunstâncias à pessoa; e confidencialidade, salvaguardando os dados dos participantes. É também essencial que a investigação decorra num ambiente seguro, salvaguardando sempre o bem-estar do doente. Esta perspetiva ética deverá acompanhar todo o processo de investigação, desde a formulação da problemática, passando pela escolha da metodologia, análise dos dados e divulgação dos resultados (Nunes, 2020).

Domínio - melhoria contínua da qualidade

A Melhoria Contínua da Qualidade está relacionada com o papel do EEER enquanto agente dinamizador no âmbito das iniciativas institucionais, na área da governação clínica, bem como com o funcionamento do serviço e nos processos de melhoria da prática clínica, promovendo um ambiente propício ao desenvolvimento das equipas e de um ambiente mais seguro (Regulamento N.º 140/2019).

A implementação de programas de melhoria da qualidade é reconhecida quer a nível internacional pela Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade.

É assim fundamental que a Enfermagem de Reabilitação, conforme descrito nos seus Padrões de Qualidade, procure a excelência do cuidar em todas as suas intervenções, contribuindo assim para a obtenção de ganhos em saúde, ao longo do ciclo vital da pessoa (O.E., 2018).

Segundo o código deontológico, o enfermeiro, na procura da excelência, analisa de forma regular o seu trabalho, adequa normas de qualidade aos cuidados prestados tendo em conta as necessidades da pessoa, realiza atualização de conhecimentos de forma regular e contínua, assim como garante a qualidade dos cuidados (Lei n.º 156/2015).

Alicerçados nos Padrões de Qualidade, o desenvolvimento das atividades foi sempre de encontro à promoção da melhoria contínua no sentido da manutenção da satisfação da pessoa e a promoção do seu bem-estar e autocuidado, estando assim explanados nos planos de cuidados implementados. A readaptação e a reeducação funcional estiveram sempre presentes, no sentido da melhoria da qualidade de vida das pessoas e a promoção da inclusão social a quem foram prestados cuidados de reabilitação.

Salienta-se que o grau de satisfação relativamente aos cuidados está, maioritariamente, relacionado com a autonomia que a pessoa conseguiu alcançar, no entanto, existem outros indicadores da qualidade da intervenção, que o EEER deve ter em conta durante a sua prestação de cuidados, como a criação de um ambiente seguro e propício, uma comunicação eficaz, intervenções direcionadas ao contexto clínico e o envolvimento da pessoa e família. O EEER, ao longo de todo o processo do cuidar, deve sempre realizar uma reflexão crítica da sua intervenção, de forma a compreender se as expectativas de todos os intervenientes no processo estão a ser cumpridas.

Do decorrer dos diferentes estágios, procurei colmatar as minhas falhas com pesquisa bibliográfica e discussão dos diversos casos com a minha orientadora de estágio assim como com as colegas que partilhavam campo de estágio comigo de forma a poder superá-las e melhorar os pontos fortes.

As passagens de turno, apesar de serem momentos informais, também constituíram um método precioso de aquisição de conhecimentos, partilha de informação e de aprendizagens conjuntas pois, através deste momento, era possível fazer uma organização do trabalho, estabelecimento de prioridades e necessidades de intervenção.

A visita médica constituiu também um momento importante de conhecimento, partilha dos programas, resultados esperados e obtidos relativamente à reabilitação da pessoa alvo de cuidados.

Ao longo do estágio, a minha atuação foi sempre guiada pelos princípios descritos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001) e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação aprovados pelo colégio da especialidade (OE, 2018).

Foi também minha preocupação a manutenção de um ambiente seguro e terapêutico, assegurando que a pessoa participa voluntariamente no cumprimento do plano de cuidados de ER desenvolvido e mantendo a sua privacidade, isolando a unidade e/ou assegurando que a pessoa se encontrava adequadamente vestida. A preocupação na manutenção de um ambiente seguro, bem iluminado, livre de obstáculos, assegurando que o piso se encontrava seco durante o levante e treino de marcha com vista à prevenção de quedas foi também alvo de cuidado. No treino de marcha foi tida a preocupação de a pessoa apresentar calçado adequado, o uso do corrimão ou barras de apoio ou disponibilizado auxiliar de marcha adequado à condição da pessoa. Também no âmbito da manutenção do ambiente seguro, no término de cada sessão de cuidados, foi sempre tida a preocupação da pessoa ficar confortável e segura e com os seus objetos pessoais e campainha perto de si. Consequentemente, esteve sempre presente a satisfação da pessoa, a manutenção do seu bem-estar e a prevenção de complicações.

Na prestação de cuidados foi tida sempre em consideração a prevenção de queda sendo esta um indicador de qualidade de cuidados de Enfermagem. Assim, no decorrer das intervenções planeadas deve ser tida em conta a atitude do EEER relativamente a fatores de risco intrínsecos e extrínsecos. Quanto a fatores de risco intrínsecos devem ser alvo de atenção: a colocação da campainha junto da pessoa, prática de exercícios e atividades específicas para melhorar a mobilidade e funcionalidade e promover idas à casa de banho ou oferecer arrastadeira, urinol. Nos fatores de risco extrínsecos é importante ter em consideração fatores como: uso de calçado aderente, assegurar piso seco, remover obstáculos e colocar objetos pessoais junto da pessoa.

A reflexão sobre os cuidados desenvolvidos e os resultados obtidos permitiu identificar oportunidade de melhoria dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação (regulamento 350/2015).

No que concerne à integração das diferentes equipas, foi desenvolvido um papel dinamizador no sentido da procura contínua da melhoria da qualidade. No que diz respeito ao envolvimento nos programas de melhoria contínua já instituídos nos serviços foi cumprido o que se encontrava preconizado, nomeadamente na prevenção de queda e de úlceras por pressão.

Domínio - Gestão dos cuidados

As competências inerentes a este domínio definem que o Enfermeiro Especialista gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e da equipa de saúde” e “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4748).

O EEER deve ter a capacidade de, no seu contexto de atuação e utilizando os recursos disponíveis, garantir os melhores cuidados possíveis, melhorando a resposta prestada à pessoa.

Na procura da melhor resposta às necessidades da pessoa, e de acordo com os recursos existentes, o EEER articula com os restantes membros da equipa multidisciplinar de forma a melhorar a resposta às necessidades da pessoa, salvaguardando a melhor qualidade dos cuidados prestados, gerindo os cuidados e tendo sempre como objetivo a maximização do seu potencial e a prevenção de complicações. Assim, o EEER deve orientar os restantes elementos da equipa de enfermagem no sentido de em conformidade com os cuidados de reabilitação dar continuidade dos cuidados prestados.

Neste sentido, foi possível nos diferentes momentos de estágio participar em reuniões nas quais estavam presentes elementos da equipa multidisciplinar como médicos, enfermeiros, médicos fisioterapeutas, assistente social, dependendo do local de estágio, e nas quais eram planeadas estratégias a utilizar na recuperação da pessoa. Foi também importante na compreensão da dinâmica de referenciação para a Rede de Cuidados Continuados.

Esta capacidade de articulação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar é de extrema importância, uma vez que este deve saber procurar a melhor resposta à situação concreta do doente, garantindo a maior qualidade nos cuidados à pessoa, assim o EEER assume uma posição de liderança, fazendo uma gestão adequada dos cuidados e dos recursos de Enfermagem, direcionados para os resultados no doente, diminuição de complicações e a maximização do seu potencial funcional. Desta forma, o EEER deve integrar e orientar a equipa de enfermagem, no sentido de dar continuidade ao plano de cuidados, tendo presente que o programa de reabilitação deve iniciar imediatamente após a admissão do doente (Guerra, 2021).

Nos diferentes contextos de estágio e no sentido de dar continuidade ao plano de cuidados, foram realizados registos de ER no processo do doente e, nos serviços em que existia quadro de informação e folha de passagem de turno, foram aí referenciados os aspetos relevantes para o seguimento dos cuidados de reabilitação.

Ainda no âmbito dos registos de enfermagem, na nota de alta/transferência, sempre que pertinente, foram incluídas os focos, diagnósticos e intervenções em curso e/ou nota de evolução ao longo do internamento no âmbito dos cuidados de ER, com respetivos resultados obtidos.

Neste domínio é ainda relevante referir os momentos de transmissão de conhecimento de forma informal à equipa de enfermagem ao longo de todos os contextos clínicos que constituíram intervenções para a aquisição de competências neste domínio, nomeadamente no âmbito da técnica de posicionamento da pessoa com as diferentes patologias, avaliação da deglutição e treino de marcha.

Relativamente à família, sendo esta parte integrante dos cuidados, foi tida a preocupação na transmissão de informação relevante sobre os cuidados de reabilitação.

Domínio - desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Para este domínio espera-se que o enfermeiro desenvolva e demonstre “o autoconhecimento e a assertividade” e baseie “a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4749).

Segundo a deontologia profissional de Enfermagem, Lei n.º 156/2015, no artigo 97.º, deveres em geral, pode ler-se que todos os membros efetivos da Ordem estão obrigados a dotar-se dos mais adequados e atuais conhecimentos científicos e técnicos para a melhor qualidade de cuidados de enfermagem desenvolvidos e aplicados, mantendo em toda a circunstância do respeito pela vida, pelo bem-estar e pela dignidade humana (Lei n.º 156/2015).

O EEER tem consigo a responsabilidade de atualização dos seus conhecimentos de modo a prestar os melhores cuidados de acordo com as necessidades da pessoa. Assim, a contínua atualização e a aquisição de competências contribuem para a sua construção pessoal e profissional (Fernandes et al., 2021).

Tendo sempre presente a necessidade da importância da aquisição de conhecimentos técnicos e científicos para o exercício das intervenções prestadas à pessoa alvo de cuidados, no decorrer do estágio, e no sentido de dar resposta às lacunas encontradas, foi efetuada atualização de conhecimentos através de pesquisa bibliográfica sobre os diferentes temas. Também os diferentes orientadores de estágio foram parte importante na sua superação, pois contribuíram com a partilha dos seus saberes e experiências no terreno.

Competências Específicas do EEER

A especialidade de Enfermagem de Reabilitação é a área responsável pelo levantamento das necessidades da pessoa e formulação de diagnósticos, atuando a nível da prevenção e mantendo e promovendo a maximização das capacidades funcionais da pessoa, (Regulamento nº 392/2019).

Assim, e com o objetivo de nortear a ação do EEER, as competências específicas descritas no Regulamento nº 392/2019 são: “a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento nº 392/2019).

As atividades desenvolvidas ao longo do percurso académico contribuíram para a aquisição de competências específicas do EEER, em particular as atividades desenvolvidas durante os diferentes campos de estágio clínicos que foram fundamentais para a aquisição e

desenvolvimento das mesmas.

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

De acordo com o Regulamento nº 392/2019, o EEER

“Identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade” (D.R., 2ª Série-. nº 85 de 3 de maio de 2019, p. 13566).

Esta competência foi desenvolvida em todos os estágios clínicos, ortopédico, neurológico, convalescença, comunidade e pediatria. Através das intervenções desenvolvidas e abordando a pessoa de forma holística foram identificadas alterações, ou risco de alterações da funcionalidade e/ou do desempenho do autocuidado. De acordo com a colheita de dados e a utilização de escalas e instrumentos de medida, foram identificados os aspetos psicossociais facilitadores ou inibidores dos processos de transição na dicotomia saúde-doença. A elaboração de planos de cuidados individualizados e adequados às necessidades de cada um, realizados em parceria com a pessoa e sempre que possível com os seus cuidadores, também contribuiu para o desenvolvimento da competência de cuidar.

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

De acordo com o Regulamento nº 392/2019, o EEER

“Analisa a problemática da deficiência, limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade atual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de ações autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva” (D.R., 2ª Série -. nº 85 de 3 de maio de 2019, p. 13567).

Os EEER são os profissionais de saúde com competências para capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. Para o desenvolvimento desta competência, é necessário possuir conhecimentos e técnicas que permitam selecionar o que deve ser ensinado à pessoa familiar/cuidador e como deve ser ensinado. O EEER deve ter um pensamento crítico e comunicar de forma eficaz, respeitando a pessoa nas suas crenças e valores, criar um ambiente propício ao diálogo, incluindo a pessoa no processo de aprendizagem, monitorizando e avaliando este processo.

Esta competência deve ser desenvolvida por meio da elaboração e implementação de

programas de treino de AVD, com vista à adaptação às limitações e à maximização da autonomia, ensinos e treinos de autocuidado com supervisão de técnicas específicas e o recurso a produtos de apoio prescritos de acordo com a limitação da pessoa.

Numa situação com perda de funcionalidade, a pessoa depara-se com múltiplas dificuldades, nomeadamente no seu retorno ao domicílio e à sociedade. O EEER, elemento da equipa multidisciplinar, atua precocemente junto do doente e família, tanto ao nível da implementação de um programa de reabilitação dando resposta às necessidades da pessoa, como ao nível da avaliação das condições que poderão existir para que o regresso a casa seja seguro. Assim, o EEER avalia, em conjunto com a pessoa e familiar ou cuidador, a elaboração de estratégias para ultrapassar as dificuldades existentes, de forma a evitar complicações no domicílio e/ou atraso da alta hospitalar.

Ao avaliar e acompanhar a evolução da pessoa ao longo de todo o internamento, é possível planear com a ajuda do próprio e família/cuidador estratégias que possam auxiliar na resposta às barreiras arquitetónicas existentes de forma a capacitar a pessoa para o autocuidado e promover a sua independência e qualidade de vida.

Os casos clínicos explanados neste relatório, elaborado no contexto de estágio de musculoesquelético - Traumatologia e comunidade - ECCL, refletem a importância do papel desempenhado pelo EEER numa situação em que pessoa vítima de traumatismo se depara, quer na fase aguda (internamento) como na preparação que o regresso a casa e a adaptação do ambiente domiciliário à nova condição da pessoa. Assim, e como já citado anteriormente, a articulação entre a equipa multidisciplinar é de extrema importância para atingir os resultados planeados.

O retorno à atividade sexual, muitas vezes considerado tabu, é um ponto de grande importância. É importante capacitar relativamente aos movimentos proibidos, devido ao risco de complicações, como no caso 1, o risco de luxação da prótese da anca. No entanto, nenhuma das pessoas alvo de cuidados durante os diferentes estágios se mostrou interessada em adquirir conhecimentos relativos a esta temática. Como tal, foram aconselhados a procurar informação quando se sentissem confortáveis para tal e se assim o pretendessem.

Competência - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Segundo o Regulamento nº 392/2019, o EEER

“Interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal” (D.R., 2ª Série-. nº85 de 3 de maio de 2019, p. 13567).

A terceira competência dos EEER diz que estes profissionais devem estar habilitados para

maximizar a funcionalidade através do desenvolvimento das capacidades da pessoa. Para isso, é necessário a identificação de riscos e elaboração, implementação e monitorização de treinos de reeducação funcional, respiratória e motora da pessoa alvo de cuidados de acordo com as suas necessidades.

Assim, o EEER é o elemento capaz de em conformidade com a pessoa, promover o seu desenvolvimento potencial e otimizar as suas funções sendo o elemento ativo no processo de reabilitação e tendo como objetivo a reabilitação da pessoa alvo de cuidados, maximizando a sua autonomia e independência assim como a promoção da sua qualidade de vida.

Este domínio de competências foi desenvolvido ao longo dos estágios, à medida que foram implementados programas de RFM e RFR, de forma a promover a recuperação da funcionalidade da pessoa.

Foi observada, durante os diferentes estágios, a renitência da pessoa alvo de cuidados à adesão aos programas de reabilitação referindo a não adesão por dor, mas também por episódios de labilidade emocional. Foi necessário, em diversas situações, recorrer a estratégias para motivar a adesão aos exercícios propostos, recorrendo aos seus gostos e interesses pessoais.

Neste sentido, é importante entender que, nem sempre, o que a pessoa solicita e expressa como desejo é o mais benéfico si, podendo até implicar danos para o seu estado de saúde atual e/ou futuro. Como tal, é competência do EEER maximizar a funcionalidade da pessoa, sendo fundamental que este seja capaz de a capacitar relativamente ao seu estado de saúde e ao seu plano de cuidados, desenvolvendo estratégias, de forma a motivá-lo.

Durante o estágio clínico, foi também constatado que, na grande maioria das situações, a pessoa tem alta do internamento sem se encontrar no estado de capacidade funcional em que se encontrava antes da admissão. Nesta situação, o foco de atenção da Reabilitação é o ensino, instrução e treino das atividades do autocuidado, promovendo a máxima funcionalidade da pessoa e contribuindo para o aumento da sua qualidade de vida e independência.

No entanto, é fulcral considerar as barreiras arquitetónicas como um elemento condicionador da capacidade de independência. Cabe ao EEER, tal como descrito anteriormente, a função de juntamente com a pessoa alvo de cuidados, família/cuidador intervir de forma eficaz, encontrando soluções para que este problema seja ultrapassado. Deste modo, foram avaliadas quais as barreiras arquitetónicas existentes no domicílio, ajustando o plano de intervenções às necessidades reais apresentadas de modo a facilitar a mobilidade da pessoa no seu espaço habitacional, promovendo a sua autonomia e independência.

É também preocupação do EEER a identificação de fatores de risco de complicações, como por exemplo a queda, existentes no domicílio da pessoa. Ao longo dos estágios, principalmente o de musculoesquelético, grande parte das pessoas internadas apresentava fratura por queda.

Torna-se assim relevante o ensino sobre eliminação destes fatores de risco como a eliminação de tapetes, promoção de espaço de circulação livre de obstáculos, uso de iluminação correta, uso de calçado adequado por forma a prevenir queda, como já descrito neste relatório. A eliminação destes fatores de risco vai contribuir para a diminuição ocorrência de nova queda.

Refletindo sobre as diferentes competências específicas do EEER, podemos concluir que se encontram interligadas, não sendo exclusivas de determinado domínio. Os estágios realizados permitiram desenvolver as competências específicas do EEER ao nível dos seus 3 domínios, dando resposta às necessidades da pessoa, capacitando-a e maximizando a sua funcionalidade, ao longo do seu processo de reabilitação.

No decorrer dos diferentes contextos de estágio, foram elaborados planos de intervenção individualizados de acordo com os focos de enfermagem alterados na pessoa alvo de cuidados. Assim, e de acordo com os focos afetados, os cuidados de Enfermagem de Reabilitação mais frequentemente delineados à pessoa com compromisso neurológico foram: heminegligência unilateral; deglutição; parésia; movimento corporal; espasticidade; equilíbrio e autocuidado.

No foco heminegligência unilateral, foi efetuada estimulação da perceção sensorial; execução de técnicas de perceção sensorial; consciencialização sobre negligência unilateral; ensinamentos sobre negligência unilateral, análise com a pessoa da relação entre os exercícios e a perceção; ensino, instrução e treino de exercícios para melhorar a perceção.

No foco deglutição foi analisada com a pessoa da relação entre deglutição comprometida e risco de aspiração; ensino sobre risco de aspiração; análise com a pessoa sobre a relação entre a dieta e deglutição; ensino sobre tipo de dieta para facilitar a deglutição; ensino, instrução e treino sobre estratégias compensatórias; análise com a pessoa da relação entre o treino e a promoção da deglutição; ensino, instrução e treino sobre técnicas de deglutição; ensino, instrução e treino sobre promoção da deglutição.

No foco parésia foi executada de técnica de mobilização dos músculos da face, de técnicas de estimulação tátil e estimulação térmica e de massagem dos músculos da face; análise com a pessoa da relação entre exercícios e mobilidade da face e ensino, instrução e treino de exercícios musculares da face.

No foco movimento corporal foram realizados exercícios musculares e articulares (exercícios passivos, ativos-assistidos e ativos- resistidos); ensino, instrução e treino sobre exercícios musculares e articulares;

No foco espasticidade foram executados exercícios musculares e articulares passivos e ativos-assistidos; posicionamento em padrão antiespástico; execução de massagem; aplicação de frio e calor; aplicação de tala oroinsuflável; análise com a pessoa da relação entre exercícios e tônus muscular; análise com a pessoa da relação entre posicionamento em padrão antiespástico e prevenção de espasticidade; ensino, instrução, treino e incentivo de exercícios musculares e

articulares; ensino, instrução, treino e incentivo de posicionamento em padrão antispástico nas posições de deitado e sentado.

No foco equilíbrio foi realizada técnica de equilíbrio corporal estático e dinâmico na posição sentado e de pé; análise com a pessoa da relação entre exercícios de controlo postural e equilíbrio; ensino, instrução, treino, incentivo e assistência sobre exercícios para treino de equilíbrio sentado e de pé; análise com a pessoa da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair; execução de técnicas de treino de equilíbrio, ensino, instrução, treino e incentivo sobre exercícios para treino de equilíbrio dinâmico e assistência no treino de equilíbrio dinâmico.

No foco autocuidado, nas diferentes atividades do autocuidado, o enfoque da reabilitação é que a pessoa se torne o mais independente possível nas suas atividades. As intervenções planeadas têm como objetivo o incentivo e reeducação da realização dessas atividades usando padrões de movimento próximos da normalidade, o mais precocemente possível e sempre que viável com orientação do movimento com o intuito de evitar o aumento do tónus muscular. Toda a atividade deve ser orientada em função dos défices.

Assim no foco capacidade para andar foram realizadas as seguintes intervenções de enfermagem: assistir a pessoa a andar; ensinar, instruir e treinar técnicas adaptativas para andar.

No foco transferir-se foram realizadas as seguintes intervenções de enfermagem: assistir a pessoa a transferir-se; analisar com a pessoa a capacidade para se transferir; ensinar, instruir e treinar a técnica de adaptação para transferir-se da cama para a cadeira e da cadeira para a cama; incentivar a pessoa a transferir-se e ensinar, instruir e treinar sobre o uso do dispositivo de apoio para se transferir.

No foco tomar banho foram realizadas as seguintes intervenções de enfermagem: analisar com a pessoa a capacidade para tomar banho; ensinar, instruir e treinar técnicas de adaptação para tomar banho; analisar com a pessoa a relação entre o uso de dispositivos de apoio e autonomia para tomar banho; ensinar, instruir e treinar sobre dispositivos de apoio para tomar banho e ensinar sobre adaptação do domicílio para tomar banho.

No foco vestir-se/despir-se foram realizadas as seguintes intervenções: analisar com a pessoa a capacidade para se vestir/se despir; ensinar, instruir e treinar técnica de adaptação para se vestir/se despir; analisar com a pessoa a relação entre o uso de dispositivos de apoio e a autonomia para se vestir/se despir; ensinar, instruir e treinar sobre dispositivos de apoio para se vestir/se despir e incentivar a pessoa a vestir-se/despir-se.

No foco de enfermagem capacidade para usar o sanitário foram realizadas as seguintes intervenções: analisar com a pessoa a capacidade para usar o sanitário; ensinar, instruir e treinar técnica de adaptação para usar o sanitário; analisar com a pessoa a relação entre o uso de dispositivo de apoio e autonomia para usar o sanitário; ensinar, instruir e treinar sobre

dispositivo para usar o sanitário; incentivar a pessoa a usar o sanitário e ensinar sobre adaptação do domicílio para usar o sanitário.

No foco de enfermagem capacidade para arranjar-se foram realizadas as seguintes intervenções de enfermagem: analisar com a pessoa a capacidade para se arranjar, ensinar, instruir e treinar técnicas de adaptação para se arranjar; analisar com a pessoa a relação entre o uso de dispositivos de apoio e autonomia para se arranjar; ensinar, instruir e treinar sobre dispositivos de apoio para se arranjar; incentivar a pessoa a arranjar-se e ensinar sobre adaptação do domicílio para se arranjar.

Na pessoa com compromisso musculoesquelético, as intervenções do EEER têm enfoque no bem-estar e autocuidado, além da readaptação funcional e prevenção de complicações (Regulamento nº 350/2015). Assim, foram efetuados planos de cuidados de acordo com os focos de enfermagem alterados: adesão ao regime de reabilitação; adesão a precauções de segurança; ventilação; movimento corporal; autocuidado; vestir-se/despir-se; transferir-se; sentar-se; uso de sanitário; andar com auxiliar de marcha e equilíbrio.

Na adesão ao regime de reabilitação foi efetuada análise com a pessoa da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a sua recuperação, ensino sobre o regime de reabilitação e incentivo da adesão ao regime de reabilitação.

Na adesão a precauções de segurança foi analisado com a pessoa da relação entre precauções de segurança e prevenção de complicações, ensino sobre técnicas de posicionamento do membro afetado, ensino, instrução e treino sobre o uso de dispositivos de imobilização, informação sobre complicações no membro afetado, incentivar a adesão a precauções de segurança.

Na ventilação, foi executada de técnica de posicionamento de forma a otimizar a ventilação, execução de técnicas respiratórias, informação, ensino e instrução à pessoa sobre técnicas de posicionamento, incentivo à adoção de técnicas de posicionamento facilitadoras da ventilação, informação, ensino e treino sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação e incentivar o uso de técnicas respiratórias.

No movimento corporal, além das intervenções já descritas para a pessoa com afeções a nível neurológico, foram também ensinados, instruídos e treinados os exercícios musculares e articulares isométricos e exercícios ativos e ativos-assistidos do membro afetado;

No autocuidado / Tomar Banho, além das intervenções já citadas no planeamento do doente neurológico, foram ainda efetuadas as seguintes intervenções: ensino, instrução e treino sobre prevenção de complicações na articulação afetada durante o banho.

No vestir-se/despir-se, além das intervenções já citadas no planeamento do doente neurológico, foram ainda efetuadas as seguintes intervenções: ensino, instrução e treino sobre prevenção de

complicações na articulação afetada durante o vestir-se/despir-se.

No transferir-se, além das intervenções já citadas no planeamento do doente neurológico, foram ainda efetuadas as seguintes intervenções: ensino, instrução e treino sobre prevenção de complicações na articulação afetada durante o transferir-se da cama para cadeira e da cadeira para a cama.

No sentar-se, foi realizado ensino, instrução e treino sobre a prevenção de complicações na articulação afetada (anca/joelho) durante o sentar-se; disponibilização de material educativo.

No usar sanitário, além das intervenções já citadas no planeamento do doente neurológico, foram ainda efetuadas as seguintes intervenções: ensino, instrução e treino sobre prevenção de complicações na articulação afetada ao uso do sanitário e disponibilização de material educativo.

No andar com auxiliar de marcha foi realizada a análise da relação entre o uso do auxiliar de marcha e a autonomia para andar; ensino sobre auxiliar de marcha; ensino, instrução e treino sobre andar com auxiliar de marcha e ensino sobre adaptações do domicílio para andar com auxiliar de marcha.

No equilíbrio, foi efetuada a análise com a pessoa sobre equilíbrio comprometido e risco de cair; execução de técnica de equilíbrio (estático/dinâmico); ensino, instrução, treino e assistência no treino de equilíbrio (estático/ dinâmico); disponibilização de material educativo e incentivo do treino de equilíbrio.

Na pessoa com compromisso cardiorrespiratório, as intervenções mais frequentemente planeadas de acordo com os focos alterados foram: ventilação, dispneia em repouso, movimento corporal, intolerância à atividade, limpeza das vias aéreas, adesão ao regime terapêutico, autocuidado e autogestão da doença.

Na ventilação foi executada de técnica para otimizar a ventilação; informação sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação; ensino, instrução e treino de técnicas respiratórias para otimizar a ventilação; incentivo do uso de técnicas respiratórias para otimizar a ventilação.

Na dispneia em repouso foi executada técnicas de repouso e relaxamento; ensino, instrução e treino de técnicas de repouso e relaxamento e execução de técnicas de correção postural.

No movimento corporal, foi analisada com a pessoa a relação entre exercícios musculoarticulares e movimento corporal; execução de movimentos musculoarticulares dos membros superiores e inferiores; ensino, instrução e treino de exercícios musculoarticulares dos membros superiores e inferiores; execução de exercícios musculoarticulares dos membros superiores e inferiores; incentivo da realização de exercícios musculoarticulares dos membros superiores e inferiores; execução de exercícios musculoarticulares recorrendo a dispositivos; ensino, instrução e treino de exercícios musculoarticulares através de dispositivos e

disponibilização de material educativo.

Na intolerância à atividade, foi analisado com a pessoa a relação entre atividade/repouso e conservação de energia; ensino e instrução sobre gestão dos períodos de atividade/repouso; ensino sobre estratégias adaptativas para realizar atividades do dia a dia; instrução para a adaptação de estratégias adaptativas para a realização de atividades do dia a dia; execução de exercícios de resistência; ensino e instrução e treino sobre exercícios de resistência; Incentivo aos exercícios de resistência; vigilância dos períodos de atividade e repouso; incentivo a manter a atividade física de forma contínua no dia a dia e planejamento do repouso.

Na limpeza das vias aérea foi executada técnicas de limpeza das vias aéreas; ensino, instrução e treino de técnicas para limpeza das vias aéreas; análise da relação entre tosse e limpeza das vias aéreas; ensino sobre dispositivos de promoção de limpeza das vias aéreas e instrução sobre o seu uso e incentivar a ingestão hídrica.

Na adesão ao regime terapêutico foi efetuado ensino sobre o regime medicamentoso e sobre terapêutica inalatória de acordo com o inalador utilizado; avaliação da capacidade de execução da terapêutica inalatória; ensino sobre dispositivos auxiliares como dispositivos de oxigénio de longa duração e ventilação não invasiva e avaliação da capacidade para o seu uso.

No autocuidado foi efetuado ensino sobre estratégias adaptativas para o autocuidado; instrução e treino do uso de estratégias adaptativas para o autocuidado; análise com a pessoa da relação entre técnicas de conservação de energia e autonomia no autocuidado; ensino, instrução e treino sobre estratégias de gestão de energia; gestão da atividade da pessoa e ensino sobre a gestão de atividade, vigilância de atividade física; planejamento de períodos de repouso e disponibilização de material educativo.

Na autogestão da doença foi disponibilizada informação sobre a doença e material educativo; elaboração de um plano de ação e automonitorização dos sintomas da doença e elaboração de um plano de adoção de hábitos saudáveis.

A elaboração do presente relatório de estágio, a respetiva conceção, implementação, avaliação e tratamento dos dados, bem como toda a pesquisa realizada, proporcionaram compreender a importância da investigação para o desenvolvimento da enfermagem de reabilitação, no sentido em que permitiu aumentar o conhecimento, bem como contribuiu para a qualidade dos meus cuidados, através de uma prática suportada pela evidência científica.

O relatório é também de extrema importância, uma vez que possibilita uma organização e reflexão dos dados obtidos permitindo ainda realizar um exercício de reflexão sobre o processo evolutivo e desenvolvimento pessoal e profissional, que marcou de forma significativa os cuidados a prestar futuramente.

Assim, todo este percurso contribuiu para alcançar com sucesso a aquisição e desenvolvimento

de competências definidas pela OE para a atribuição do título de EEER, bem como as competências descritas pela Lei n.º 65 de 2018, para a aquisição do título de mestre. Foram aplicados os conhecimentos e competências desenvolvidas em contextos multidisciplinares, demonstrando capacidade de tomada de decisão em novas situações e demonstrada a capacidade de resolução de problemas. Foi reforçado o conhecimento adquirido no 1.º ciclo de estudos, demonstrado capacidade de integrar novos conhecimentos e capacidades bem como desenvolvido o exercício reflexivo da prática clínica, característica do 2º ciclo de estudos.

8. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Face às constantes alterações técnicas, tecnológicas e científicas do mundo atual, impõe-se a aquisição de novas competências cada vez mais especializadas, dando resposta de forma contínua às exigências que daí advêm. O EEER, além das competências que lhe são atribuídas, possui também um conjunto de capacidades, atitudes, princípios e valores que, juntamente com o seu carácter reflexivo e profissional permite uma construção sólida de conhecimentos baseados na evidência científica e na sua prática.

A Enfermagem Especializada de Reabilitação centra o seu enfoque na identificação e satisfação de necessidades da pessoa, diagnosticando, planeando e implementando intervenções, analisando os resultados obtidos no sentido de avaliar e reestruturar o plano de cuidados, tendo como meta a qualidade de vida da pessoa e as suas expectativas em relação à sua condição.

O ambiente domiciliar influencia a pessoa, estimulando-a a criar respostas de adaptação. Assim, um ambiente adequado permite o desenvolvimento pessoal e a preservação da independência para o autocuidado.

Ao longo do estágio, a sugestão da eliminação de barreiras arquitetónicas e a adequação do ambiente domiciliar às necessidades individuais da pessoa, proporcionou criar um ambiente seguro para que esta possa, de acordo com as suas limitações, maximizar a sua funcionalidade e independência nas suas atividades de autocuidado. Neste sentido, o EEER identifica barreiras arquitetónicas existentes, implementando estratégias e prescrevendo produtos de apoio capazes de contribuir para a promoção de um ambiente adequado.

Neste processo é crucial o envolvimento da pessoa alvo de cuidados, assim como a família/cuidador que, participando ativamente nas tomadas de decisão, promove a adequação do espaço às suas reais necessidades capacitando a pessoa e maximizando a sua funcionalidade.

Em contexto hospitalar, a visita do EEER ao domicílio da pessoa não é uma prática frequente, o que se afigura como um momento que a ser realizado antes da alta clínica poderia facilitar a adequação do espaço residencial às necessidades da pessoa. De salientar que os momentos de contacto com a família/cuidador colmataram de algum modo esta situação através de relatos sobre o ambiente domiciliar e o recurso a fotografias.

As pessoas envolvidas nos dois estudos de caso bem como os seus familiares/cuidadores mostraram-se cooperantes e recetivos às alterações propostas, demonstrando interesse em alterar o espaço domiciliar com o objetivo de melhorar a funcionalidade e independência da

pessoa assim como prevenir complicações no regresso a casa.

O tema deste trabalho, “Barreiras Arquitetónicas no Domicílio” mostrou-se muito pertinente, pois as intervenções do EEER devem ter continuidade no domicílio de forma a assegurar a máxima funcionalidade e independência da pessoa para a realização do autocuidado e da sua reinserção na comunidade. Por outro lado, o tema demonstrou ser um desafio, pois os diferentes contextos clínicos com exceção do contexto comunitário não permitiram a realização da visita domiciliária.

Com a realização do Estágio de Natureza Profissional Modulo II, e a realização deste relatório reflexivo, adquiri e desenvolvi competências teóricas e práticas, aprofundando conhecimentos e permitindo olhar de forma crítica para a minha prática profissional.

Também aprofundei competências específicas de Enfermagem de Reabilitação na área que me propus desenvolver, Barreiras Arquitetónicas no Domicílio. Neste sentido, através da pesquisa bibliográfica e a realização dos estágios e estudos de caso descritos neste relatório, aprofundei conhecimentos sobre a intervenção do EEER na avaliação do espaço residencial e intervenções efetuadas no sentido de eliminar barreiras arquitetónicas, proporcionando à pessoa/família o aumento da capacidade e funcionalidade da pessoa alvo de cuidados no domicílio. Os resultados alcançados adequaram-se aos objetivos pré-definidos.

No decorrer do estágio, foram realizadas várias atividades nos diferentes contextos clínicos, obtendo em cada campo de estágio particularidades de acordo com o contexto em que estava inserido. A avaliação da força e tônus muscular assim como a amplitude articular estiveram presentes em todos os momentos de estágio; a avaliação neurológica, embora mais específica em contexto neurológico, foi também transversal a todos os estágios, assim como a reabilitação respiratória que, embora mais específica no contexto de cirurgia cardiorrespiratória, foi realizada igualmente. Salienta-se o estágio de Pediatria que embora com uma pequena carga horária permitiu o contacto com esta realidade tão específica.

O Estágio de Natureza Profissional Módulo I assim como o Módulo II foi muito gratificante, contribuindo para o aprofundar de conhecimentos teóricos e práticos, suportando-se a prática clínica na evidência científica promovendo o contacto com pessoas de diferentes patologias e desenvolvendo assim as novas competências. Nos diferentes contextos deparei-me com novos desafios que permitiram sair da minha zona de conforto e olhar mais longe, desenvolvendo estratégias que me fizeram crescer em termos académicos, profissionais e pessoais.

A realização deste relatório permitiu fazer uma análise reflexiva sobre o percurso traçado durante o estágio de Natureza Profissional Módulo II. A passagem pelos diferentes campos de estágio possibilitou o contacto com a pessoa com compromisso nos diferentes sistemas proporcionando pôr em prática conhecimentos adquiridos em sala de aula.

Considero que haverá sempre desafios que se colocam ao EEER bem como à

pessoa/família/cuidador, mas que estes podem ser minorados graças ao envolvimento e cooperação de ambas as partes no sentido de maximizar a potencialidade e independência da pessoa melhorando assim a sua qualidade de vida.

É de salientar ainda a escassa bibliografia existente sobre o tema deste relatório, principalmente associada à Enfermagem de Reabilitação. A maioria da bibliografia encontra-se associada à terapia ocupacional, os estudos em grande parte são de origem brasileira e associados à queda no idoso.

Como sugestão, proponho a realização de mais estudos nesta área, realizados por EEER assim como estudos que avaliem a dificuldade que os EEER encontram na prática diária quando pretendem eliminar barreiras arquitetônicas para a promoção de ambientes seguros e maximizar a funcionalidade da pessoa.

Sugiro também que sendo de grande importância a visita domiciliar realizada pelo EEER antes da alta hospitalar, esta deveria ser realizada de forma frequente, devendo os profissionais estar sensibilizados para a sua importância.

9. BIBLIOGRAFIA

- Andrade, L. T., Favoretto, N. B., Souza, D. R. P., Gimenes, F. R. E., & Faleiros, F. (2018). Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para indivíduos com lesão medular. Em Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: ciclo 6 (pp. 9-45). Porto Alegre: Artmed Panamericana.
- Antunes, F.S.A.F. (2023). Impacto de um Programa de Reabilitação na Pessoa submetida a Prótese da anca [Relatório de estágio].
- Araújo, P., Machado, L., Cadavez, D., Mónico, L., Januário, F., Luís, L., & Bártolo, M. (2017). Avaliação da Função e Qualidade de Vida após Artroplastia Total da Anca por Diferentes Vias de Abordagem. *Acta Medica Portuguesa*, 30(9). <https://doi.org/10.20344/amp.7834>
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiri, O., & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa adulta/idosos com compromisso do sistema Nervoso. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas* (pp. 164 – 233). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Aroni, J. N., Ribeiro, P. C. C., & Nascimento, E. (2020). Instrumentos Para a Avaliação do Ambiente Domiciliar de Idosos: Uma Revisão Sistemática. *Estudo Interdisciplinar Envelhecimento*, 25(2), 147-170.
- Barbosa, T., Souza, A., Leme, F., Grassi, L., Cintra, F., Lima, R., Gumieiro, D., & Lima, L. (2019). Complicações perioperatórias e mortalidade em pacientes idosos submetidos a cirurgia de fratura de fémur: estudo prospectivo observacional. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 69, 569-579.
- Berg, U., Berg, M., Rolfson, O., & Erichsen-Andersson, A. (2019). Fast-track program of elective joint replacement in hip and knee-patients' experiences of the clinical pathway and care process. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 14(1): 186. <https://doi.org/10.1186/s13018-019-1232-8>
- Bezerra, M., Faria, R., Jesus, C., Reis, P., Pinho, D., & Kamada, I. (2018). Aplicabilidade da teoria do déficit do autocuidado de Orem no Brasil: uma revisão integrativa. *Journal of Management & Primary Health Care*, pp. 1-19. [https://doi.org/10.14295/jmphc.v9i0.538\(2018\)](https://doi.org/10.14295/jmphc.v9i0.538(2018)). *Bras. Ter. Ocup.*, São Carlos, 26(3), 558-568. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1117>.
- Budib, M. B., Hashiguchi, M. M., Junior, S. A. O., & Martinez, F. P. (2020). Influência da reabilitação física sobre aspectos funcionais em indivíduos submetidos à artroplastia total de quadril: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 23(2). <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.190252>
- Caro, C. C., Costa, J. D., & Cruz, D. M. C. (2018). O uso de dispositivos auxiliares para a mobilidade e independência funcional em sujeitos com Acidente Vascular Cerebral. *Cadernos Terapia Ocupacional UFSCar*, ISSN 2526-8910.
- Caro, C. C., & Cruz, D. M. C. (2020). A mobilidade funcional com cadeira de rodas em sujeitos com lesão medular. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28(4), 1133-1150. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1984>

- Comitê Internacional De Enfermeiros (2011). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE). ISBN: 9789295094352
- Cruz, A. G., Lopes, M. C. F. G., Reis, L. F. P. C., & Parola, V. S. O. (2022). Prevalência e caracterização de acidentes domésticos e lazer de idosos em contexto comunitário: Estudo observacional transversal. *Revista de Enfermagem Referência* 2022, Série VI(1), e21119. DOI: 10.12707/RV21119
- Cruz, V. V., Silva, H. F. d., Pinto, E. G., Figueiredo, N. M. A., Sé, A. C. S., Fernandes, E. M., et al. (2020). Barreiras de acessibilidade para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida: revisão integrativa. *Research Society and Development*, 9(4). doi:10.33448/rsd-v9i4.3053
- DECRETO-LEI n.º163/2006. D.R.E. I Série - N.º 152 (08 de Agosto de 2006), pp. 5670-568.
- Diário da República, 2ª série, nº85, 3 de maio de 2019.
- Dias, P., Ferreira, R. F., & Messias, P. (2021). A pessoa submetida a artroplastia total da anca por coxartrose. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2). DOI: 10.33194/rper.2021.167
- Diogo, M. J. E. (2000). O papel do enfermeiro na reabilitação do idoso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(1). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692000000100011>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso: Recomendações para Intervenção Terapêutica. <https://nocs.pt/fracturasextremidadeproximal-femur-idoso/>
- Direção Geral da Saúde. (2010). Programa nacional de prevenção de acidentes 2010-2016. Recuperado de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/dast-programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes-pdf.aspx>.
- Direção-Geral de Saúde. (2013). Norma nº.014/2013 de 23 de Setembro de 2013: Artroplastia total da anca. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Duque, S. S., Dutra, L. B., Barreiro, R. N., Monteiro, E. R., & Mocarzel, R. C. S. (2022). Quedas Pediátricas: Uma Revisão da Literatura, 11(4). ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27926>
- Fonseca, C., Coroado, R., & Pissarro, M. (2017). A importância do Modelo das Atividades de Vida de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney na formação de estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem. *Journal of Aging & Innovation*, 6(3), 96-102.
- Galia, C. R., Diesel, C. V., Guimarães, M. R., & Ribeiro, T. A. (2017). Atualização em artroplastia total de quadril: uma técnica ainda em desenvolvimento. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 52, 521-527.
- Garção, A. (2019). Recuperação Global e Marcha Eficaz da Pessoa idosa Submetida a Artroplastia da Anca (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal). Repositorium Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/29043>
- Garção, A., & Grilo, E. (2019). The importance of teaching and training activities in nursing care to patients undergoing hip arthroplasty. *Journal of Aging & Innovation*, 8(1), 127-140.
- Gomes, J. S., Ximenes, M. A. M., Brandão, M. G. S. A., Brito, O. D., & Barros, L. M. (2020). Aplicação do modelo de Roper, Logan e Tierney com pessoas em situação de rua. *Revista Fundamentos de Cuidados Online*, 12, 239-246. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8305>
- Goodwin, I., Davis, E., Winkler, D., Douglas, J., Wellecke, C., D'Cruz, K., et al. (2022). Tornando

as casas mais acessíveis para pessoas com deficiência motora: uma perspectiva de experiência vivida. *Jornal Australiano de Questões Sociais*, 57, 956-969. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ajs4.214>

•Hansel, C. G., Silva, J., Araújo, S. T. C., Fernandes, L. L. R. A., Marins, A. M. F., & Almeida, J. R. S. (2020). Demandas no itinerário terapêutico de idosos: um estudo descritivo. *Escola Anna Nery*, 24(4). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0375>

•Howart, S. J. (2018). Equilíbrio e controle postural: uma abordagem integrada. Guanabara Koogan.

•ICN. (2005). CIPE versão 1 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Genebra: Conselho Internacional de Enfermeiros. ISBN: 92-95040-36-8.

•Ilchmann, T. (2014). Approaches for primary total hip replacement. *HIP International*, 24, S2-S6. Preprint at <https://doi.org/10.5301/hipint.5000163>.

•Instituto Nacional de Estatística. (2018). Censos 2021 - Martins, M. M., Ribeiro, O., Silva, J. V. Orientações Conceituais dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação em Hospitais Portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 12.018.

•Kisner, C., & Colby, L. A. (2018). Exercícios terapêuticos (2ª ed.).

•Lau, G. W. C., Yu, M. L., Brown, T., & Locke, C. (2018). Perspectivas dos clientes sobre a eficácia da modificação residencial recomendada por terapeutas ocupacionais. *Terapia Ocupacional na Saúde*, 32(3), 230-250. <https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1491085>.

•Lehtonen, E. J., Stibolt Jr., R. D., Smith, W., Wills, B., Pinto, M. C., & McGwin Jr., G. (2018). Tendências no tratamento cirúrgico das fraturas do colo do fêmur em idosos. *Einstein (São Paulo)*, 16(3), eAo4351. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082018AO4351>.

•Loureiro, J. K. I., Ghezzi, J. F. S. A., Pavelqueires, S., & Higa, E. F. (2021). O conhecimento da equipe de enfermagem no uso de protocolos para atendimento de paciente politraumatizado. *Enfermagem (São Paulo)*, 24(278), 5958-5967. <https://doi.org/10.34117/bjdv9n7-052>

•Madara, K., Marmon, A., Aljehani, M., Hunter-Giordano, A., Zeni, J., & Rasis, L. (2019). Progressive rehabilitation after total hip arthroplasty: a pilot and feasibility study. *International Journal of Sports Physical Therapy*, 14(4), 564-581.

•Maggi, P., Mello, J. de A., Delye, S., Cès, S., Macq, J., & Gosset, C. (2018). Fall determinants and home modifications by occupational therapists to prevent falls. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 85(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0008417417714284>.

•Matos, M., & Simões, J. (2020). Enfermagem de Reabilitação na Transição da Pessoa com Alteração Motora por AVC: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 11-19. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>.

•Mattei, L., Di Puccio, F., Piccigallo, B., & Ciulli, E. (2011). Lubrication and wear modelling of artificial hip joints: A review. *Tribology International*, 44, 532-549.

•Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer.

•Meleis, A., Sawyer, L., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>.

•Melo, I. (2021). Clientes submetidos a Artroplastia total da anca. As intervenções do Enfermeiro Especialista de Reabilitação. Dissertação de Mestrado.

•Montenegro, N. G. S. D., Santiago, Z. M. P., & Sousa, V. C. (2008). Guia de Acessibilidade:

Espaço Público e Edificações. Secretaria da Infraestrutura do Estado do Ceará. Disponível em: https://www.solucoesparacidades.com.br/wp-content/uploads/2010/02/01%20-%20GUIA_DE_ACESSIBILIDADE_CEARA.pdf

- Moreira, J., Flaminio, J., & Grilo, E. (2020). O utente submetido a artroplastia total do joelho: impacto de um programa de enfermagem de reabilitação. *Journal of Aging Innovation*, 9(1), 151-173.
- Oliveira, T., Baixinho, C. L., & Henriques, A. (2018). Prevention of Falls - Interventions in the Home Visits to the Elderly: Scoping Review. *International Journal of Community and Social Development*, 12(1). Disponível em:
- Organização Mundial de Saúde. (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Disponível em: <https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004/4cdfad93-81d0-42de-b319-5b6b7a806eb2>
- Organização Mundial de Saúde. (2011). Relatório Mundial Sobre a Deficiência. http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO_MUNDIAL_COMPLETO.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2015). Relatório Mundial do Envelhecimento.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Guia de Boas Práticas de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vértebra-medula
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento de Competências do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Ordem dos Enfermeiros, (2013). Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade-Posicionamentos, Transferência e Treino de Deambulação. Guia orientador de boa prática. Edição: Ordens dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Core de Indicadores por categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento nº 350/2015 – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. (Regulamento n.º 392/2019. Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019, Páginas 13565-68). Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>
- OREM, Dorothea E. (1983). Normas práticas en enfermería. Madrid: Piramide. ISBN: 84-368-0224-1.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6th ed.). Mosby.
- Palma, M., Teixeira, H., Pino, H., Vieira, J., & Bule, M. J. (2021). Programa de reabilitação para a pessoa com fratura da extremidade superior do fémur: Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2). <https://doi.org/10.33194/rper.2021.182>
- Petis, S., Howard, J. L., Lanting, B. L., & Vasarhelyi, E. M. (2015). Surgical approach in primary total hip arthroplasty: Anatomy, technique and clinical outcomes. *Canadian Journal of Surgery*, 58, 128-139.
- Pereira, R. S. S., Martins, M. M., Gomes, B., Aguilera, J. A. L., & Santos, J. (2018). A intervenção do enfermeiro de reabilitação na promoção da acessibilidade. *Revista Portuguesa de*

Enfermagem de Reabilitação, 1(2), 66-72. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4538>

- Pereira, R. S., Martins, M. M., Machado, W. C. A., Pereira, A. I., Pereira, A. M. S., & Chesani, F. H. (2020). Cuidados de Enfermagem para a Inclusão da Pessoa com Deficiência Física Adquirida: Revisão Integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2). DOI: 10.33194/rper.2020.v3.n2.13.5827
- Petronilho, F. (2012). Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem. Formasau.
- Pillatt, A. P., Nielsson, J., & Schneider, R. H. (2019). Efeitos do exercício físico em idosos fragilizados: uma revisão sistemática. *Fisioterapia e Pesquisa*, 26(2). <https://doi.org/10.1590/1809-2950/18004826022019>
- Pina, J. (2010). Anatomia Humana da Locomoção. Lisboa: Lidel.
- Pordata. (s.d.). Censos2021. Portugal nos Censos: Evolução de 1960 - 2021. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Raposo, P.; Relhas, L.; Pestana, H.; mesquita, A.C.; Sousa, L. (2020). Intervanção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação do Cuidador Familiar após AVC: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação V3S1* DOI: 10. 33194/RPER. 2020 v3n1.2.5756
- Resolução da Assembleia da República nº56/2009. (2009, 30 de julho). *Diário da República*, 1.ª série, Nº 146, pp. 4929-4933.
- Ribeiro, M. P., Oliveira, F. D. B., Rodrigues, M. F. R., Alves, M. A. S., Silva, C. F., Prazeres, V. M. P., Ribeiro, O. M. P. L., & Jesus, M. M. G. R. B. (2021). Enfermagem de Reabilitação: A Prática Sustentada no Referencial Teórico de Dorothea Orem. *Revista Investigação em Enfermagem*, Nov. 2021, pp. 47-56.
- Ribeiro, Olga. (2021). Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas. Lisboa: Lidel.
- Rocha, I.J.; Bravo, M. F. M.; Sousa, L. M.M.; Mesquita, A.C.N.; Pestana, H.C.F.C. (2020). Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no Ganho de Equilíbrio Postural na pessoa após acidente vascular cerebral: estudo de caso. *Revista Portuguesa da Enfermagem de Reabilitação. V3S1* DOI: 10. 33194/rper.2020.v3.s1.1.5755
- Rodrigues, C. M. N. C., Amaral, A. F. S., & Tavares, J. P. A. (2023). A Pessoa dependente, o cuidador familiar e os recursos utilizados: Estudo com famílias clássicas. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e220071. DOI:10.12707/RVI22071
- Rodrigues, R. A. P., Bueno, A. A., Casemiro, F. G., Cunha, A. N., Carvalho, L. P. N., Almeida, V. C., et al. (2019). Assumptions of good practices in home care for the elderly: a systematic review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(Supl 2), 302-310. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0445>
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (1995). Modelo de enfermagem. Alfragide: Editora McGraw-Hill de Portugal.
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (2001). The Roper Logan Tierney Model of Nursing: Based on Activities of Living. Churchill Livingstone Publications.
- Roy, Callista, & Andrews, Heather. (2001). A Teoria da Enfermagem. O Modelo de Adaptação de Roy. ISBN: 972-771-175-8.
- Santos, Bruno, Ramos, Ana, & Fonseca, César. (2017). Da formação à prática: Importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem para melhoria dos cuidados. *Journal of Aging and Innovation*, 6(1), 51-54.
- Santos, B. W., & Baixinho, C. L. (2020). Possibilidade de intervenção da enfermagem na

prevenção de queda em idoso: estudo de revisão. *Cogitare Enfermagem*, 25. Recuperado em 11 Dez 2023, de <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.71326>.

•Santos, E. O., Pamplona, Y. A. P., Martins, L. C., & Bernardes, L. M. (2021). A Prática Educativa do Enfermeiro na Reorganização do Ambiente Residencial para a Mobilidade e Segurança do Idoso. *Leopoldianum*, Ano 47, Nº132.

•Santos, J. (2023). Enfermagem Avançada: recordar o passado, apreciar o presente e perspetivar o futuro. *Revista Científica Pensar em Enfermagem*, 27(1), 87-94. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.218>

•Santos, T. C., Ghisi, G. C., Sortica Fachini, J., Dias Júnior, G., & Ramão dos Santos Júnior, J. (2022). Perfil Epidemiológico Das Internações Por Acidentes Domiciliares Em Um Hospital Pediátrico Da Região Sul Do Brasil. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 47(4), 29-38. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/344>.

•Saunders, R., et al. (2018). An eHealth Program for Patients Undergoing a Total Hip Arthroplasty: Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, 7(6). Disponível em <https://www.researchprotocols.org/2018/6/e137/>.

•Schoene, D., Heller, C., Aung, Y. N., Sieber, C. C., Kemmler, W., & Freiburger, E. (2019). A systematic review on the influence of fear of falling on quality of life in older people: is there a role for falls?

•Secretariado Nacional de Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. (2008). Guia de Acessibilidade e Mobilidade Para Todos.

•Sibley, K. M., & Beauchamp, M. K. (2019). Avaliação e tratamento do equilíbrio e da mobilidade: um guia para fisioterapeutas. Elsevier.

•Silva, C. F., Oliveira, F. D. B., Ribeiro, M. P., Prazeres, V. M. P., & Ribeiro, O. M. P. L. (2019). Novos Desafios para Velhos Problemas: O Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Reabilitação na Promoção da Acessibilidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, V2 N2. DOI: 10.33194/rper.2019.v2n2.02.4561.

•Silva, I. C. da, Oliveira, D. V. de, Nascimento Júnior, J. R. A. do, Fidelix, Y. L., Nogueira, G., Bennemann, R. M., & Acencio, F. R. (2023). Relação entre risco e medo de queda em idosas participantes de um projeto social. *Acta Fisiátrica*, 30(2), 124-128. <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/196937>.

•Silva, J., Linhares, D., Ferreira, M., Amorim, N., Neves, N., & Pinto, R. (2018). Tendências Epidemiológicas das Fraturas do Fémur Proximal na População Idosa em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 31(10), 562-567. <https://doi.org/10.20344/amp.10464>.

•Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araujo, T., Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019). Contributos do Referencial teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista de Investigação em Enfermagem*, Fevereiro, 34-44.

•Sousa, L., & Carvalho, M. L. (2017). Pessoa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (pp. 421-431). Loures: Lusodidacta.

•Sousa, L., Martins, M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de Transição Saúde-Doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, V3, nº1, 64-69.

•Sousa, L. M. M., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no Empoderamento e capacitação da pessoa em Processos de Transição Saúde-Doença. *Revista*

Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, V3, N1, 4-9. DOI:10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763.

•Souza, G. P. de, & Souza, E. F. O. (2022). A prática de exercício físico como fator de proteção a dores de ombro: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(8), e10804. <https://doi.org/10.25248/reas.e10804.2022>

•Sousa, S. S., Martins, M. M., Andrade, M. J., Barbeiro, S. R., & Teixeira, V. (2022). Cuidados de Enfermagem em contexto agudo à pessoa com lesão medular: scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, V5N2. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.204>

•Teixeira, F., Saraiva, D., Milho, D., Nunes, D., Mesquita, C., & Ferreira, D. (2023). Indicadores preditivos do Autocuidado. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, vol. 6, nº 2.

•Vela, J. G. P., Borges, G. S. P., Martins, M. S. L. C., Xavier, R. M. R., & Costa, M. B. A. L. (2021). Envelhecer em casa: contributos da Terapia Ocupacional. *Revisbrato Interinstitutional Brazilian Journal of Occupational Therapy*, 3(5), 403-422. DOI: 10.47222/2526-3544.rbto38233.

•Ximenes, M. A. M., Brandão, M. G. S. A., Gomes, J. S., Brito, O. D., Neto, N. M. G., & Barros, L. M. (2020). Modelo de Atividades da Vida Diária na Prática de Enfermagem. *Diário da Teoria e Prática na Enfermagem*, 6, capítulo 11, 94-107.

•Yip, K. H. (2018). Nursing care for patients undergoing total hip arthroplasty. *Care, Health, Arthritic Management Editorial*, n.º 12. Disponível em: A National Association of Orthopaedic Nurses.

•Wellecke, C., Cruz, K., Winkler, D., Douglas, J., Goodwin, I., Davis, E., & Mulherin, P. (2022). Recursos de Dising acessíveis e modificações residenciais para melhorar a acessibilidade física da habitação: uma pesquisa de métodos mistos com terapeutas ocupacionais. *Diário da Deficiência e Saúde*, 15, 101281. Disponível em: www.disabilityandhealthjnl.com.