

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

O Processo de Transição da Pessoa Idosa Sujeita a Cirurgia Ortopédica - Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

Paulo Ricardo Ribeiro Mendes

Lisboa

2018



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

O Processo de Transição da Pessoa Idosa Sujeita a Cirurgia Ortopédica - Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

Paulo Ricardo Ribeiro Mendes

Orientador: Professora Doutora Vanda Marques Pinto

Lisboa

2018



A saúde não deixa de existir quando surge a doença.

(Honoré, 2002)

Agradecimentos

À Professora Doutora Vanda Marques Pinto,
Aos Enfermeiros Orientadores,
Aos clientes e famílias a quem prestei cuidados,
À família e amigos por todo o apoio.

A todos um muito obrigado!

Lista de abreviaturas e siglas

ATA – Artroplastia Total da Anca

ATJ – Artroplastia Total do Joelho

CATR – Ciclo Ativo das técnicas respiratórias

DGS – Direção Geral de Saúde

DRM – Doenças Reumáticas e Musculoesqueléticas

EC – Ensino Clínico

ECCL - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ER – Enfermagem de Reabilitação

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

FESF – Fratura da extremidade superior do fémur

ISCO – Idoso sujeito a cirurgia ortopédica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCER – Plano de Cuidados de enfermagem de Reabilitação

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RESUMO

O confronto com a necessidade de cirurgia ortopédica constitui um momento de transição que pode colocar o idoso numa situação de vulnerabilidade. Cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação intervir e, através das suas competências específicas, facilitar esta transição.

Tendo por base um projeto de formação, suportado pela teoria da transição de Meleis, defini como objetivo desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na intervenção junto do idoso a vivenciar um processo de transição decorrente do tratamento cirúrgico de uma patologia ortopédica.

A experiência de ensino clínico num serviço de internamento de ortopedia e numa Unidade de Cuidados na Comunidade permitiu-me compreender que a cirurgia ortopédica para além de gerar um processo de transição saúde-doença pode ser geradora de outros tipos de transição, como é o caso da transição situacional, onde se destacam como pontos críticos essencialmente o confronto com o internamento, o momento antes da alta hospitalar e o regresso ao domicílio.

Ao longo do processo de transição, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação pode implementar múltiplas intervenções, intervenções baseadas numa avaliação que contemple as condições da transição e a identificação dos intervenientes neste processo, de forma a identificar as necessidades e os recursos do idoso e sua família.

Como conclusão verifica-se que uma intervenção organizada e articulada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação pode ser fundamental para facilitar este processo de transição, residindo na intervenção preventiva o principal desafio na melhoria dos cuidados.

Palavras Chave: Enfermagem de reabilitação; Cuidados Pré operatório; Cuidados Pós operatório; Assistência domiciliar; Alta do paciente; Cuidado transicional.

ABSTRACT

Facing the need for orthopedic surgery is a moment of transition that can put the elderly in a vulnerability situation. It is up to the Specialist in Rehabilitation Nursing to intervene and facilitate this transition through its specific abilities.

Based on a training project, supported by Meleis' transition theory, the objective defined was to develop the skills of Specialist Rehabilitation Nursing in the intervention with the elderly experiencing a transition process as result from the surgical treatment of an orthopedic pathology.

The experience of clinical teaching in an inpatient orthopedic service and in a Community Care Unit has allowed me to understand that orthopedic surgery, besides generating a health-disease transition process, can generate other types of transition, as is the case of the situational transition, where the critical points are essentially the confrontation with the hospitalization, the moment before the hospital discharge and the return to the home.

Throughout the transition the Specialist Rehabilitation Nurse can implement multiple interventions, based on an evaluation that contemplates the transition conditions and the identification of the participants in this process, in order to identify the needs and resources of the elderly and their family.

In conclusion, an organized and articulated intervention of the Nursing Specialist in Rehabilitation Nursing may be fundamental to facilitate this transition process, with preventive intervention as the main challenge in improving care.

Keywords: rehabilitation nursing; preoperative care; postoperative care; Home nursing; Patient discharge; transitional care

ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO	9
2 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	18
2.1 Atividades planejadas	20
2.1.1 Avaliação de enfermagem de reabilitação	21
2.1.2 Intervenções de EEER desenvolvidas	23
2.1.2.1 Prevenção de complicações	24
2.1.2.2 Reabilitação funcional	26
2.1.2.3 Treino de AVD	27
2.1.2.4 Outras intervenções de EEER desenvolvidas	30
2.1.3 Padrões de resposta da transição	35
2.1.4 - Outras atividades desenvolvidas em ensino clínico	37
2.2 - Atividades não planejadas	40
3 - INTERVENÇÃO PREVENTIVA, UM DESAFIO.	47
4 - CONCLUSÃO	52
BIBLIOGRAFIA	54
APÊNDICES	64

Apêndice 1 – Entrevista realizada na visita aos locais de Ensino Clínico

Apêndice 2 – Planejamento das Atividades, Indicadores e Critérios de Avaliação

Apêndice 3 – Cronograma

Apêndice 4 – Jornal de Aprendizagem realizado em Contexto Comunitário

Apêndice 5 – Plano de cuidados de enfermagem de reabilitação realizado em contexto comunitário

Apêndice 6 – Plano de sessão da formação “Cuidar da pessoa com alteração da mobilidade, posicionamentos e transferências”

Apêndice 7 – Sessão de formação “Cuidar da pessoa com alteração da mobilidade, posicionamentos e transferências”

Apêndice 8 – Folheto realizado para a sessão de formação “Cuidar da pessoa com alteração da mobilidade, posicionamentos e transferências”

Apêndice 9 – Plano de sessão da formação “Pessoa com patologia da anca”

Apêndice 10 – Sessão de formação “Pessoa com patologia da anca”

Apêndice 11 – Plano de sessão de formação “Alteração da deglutição, segurança do doente na alimentação”

Apêndice 12 – Sessão de formação “Alteração da deglutição, segurança do doente na alimentação”

Apêndice 13 – Plano de cuidados de enfermagem de reabilitação realizado em contexto hospitalar

Apêndice 14 – Guia de cuidados de reabilitação

Apêndice 15 – Consulta pré operatória de enfermagem de reabilitação

Índice de Figuras

Figura 1: Competências desenvolvidas e elementos contemplados através da Avaliação de ER.

Figura 2: Competências desenvolvidas e elementos contemplados na intervenção de ER aos ISCO.

1 - INTRODUÇÃO

Desde o nascimento até à morte, a vida é marcada por sucessivas transições únicas e de profundo carácter pessoal, indispensáveis ao desenvolvimento humano. Todo o processo que envolve a cirurgia ortopédica representa para o idoso que a esta é sujeito uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro, caracterizando-se esses períodos por momentos de instabilidade, algo que se enquadra segundo Chick e Meleis (1986) no conceito de transição. Segundo esta autora, estes momentos de instabilidade são precedidos e sucedidos por momentos de estabilidade e é nestes momentos de instabilidade que os enfermeiros assistem os clientes e famílias de forma a os ajudar enfrentar as mudanças e exigências que as transições trazem para o seu quotidiano (Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher, 2000).

São várias as patologias ortopédicas cujo tratamento geralmente passa pelo tratamento cirúrgico, patologias que podem ser agregadas em dois grupos: as doenças reumáticas e do sistema musculoesquelético (DRM)¹ e as patologias traumáticas².

As DRM são nos países desenvolvidos, o grupo de doenças mais frequentes da raça humana, devendo ser assumidas como um importante problema económico e social, cujas consequências negativas, em termos de saúde pública, têm tendência para crescer, tendo em conta os atuais estilos de vida e o aumento da longevidade da população, (Direção Geral de Saúde (DGS), 2004). As DRM são comprovadamente as doenças crónicas que mais limitam o estado de saúde dos portugueses, sendo os doentes reumáticos os doentes crónicos que reportam pior qualidade de vida, (Sociedade Portuguesa de Reumatologia, 2014).

As patologias traumáticas, nomeadamente as fraturas da extremidade superior do fémur (FESF) são um dos problemas músculoesqueléticos mais comuns na pessoa idosa, constituindo um problema a nível mundial com consequências no sistema de cuidados de saúde e na pessoa individualmente e na sua família, ocorrendo normalmente na população com idade superior a 65 anos, com um pico médio de incidência nos 80 anos de idade. Neste grupo etário, as fraturas são resultantes de

¹ Doença onde há uma alteração funcional do sistema muscular e esquelético não associada a causa traumática, que inclui as doenças inflamatórias, as degenerativas e as metabólicas, das quais se destacam a osteoartrite e a osteoporose (Lucas e Monjardino, 2010)

² relacionadas com traumatismos como fraturas, entorses e luxações. (Lucas e Monjardino, 2010)

um traumatismo mínimo ou moderado, normalmente consequência de queda (DGS, 2003). Os índices de mortalidade associados a estas fraturas são elevados e a maioria dos idosos, depois deste evento crítico, não consegue recuperar a sua função anterior à fratura, situação que tem consequências negativas na vida do idoso, leva a alteração da dinâmica familiar e acarreta elevados custos económicos para a sociedade (Preto, Mendes, Novo e Prior, 2011; DGS, 2003; Baixinho 2008).

O tratamento das DRM depende da gravidade da situação e inicialmente pode passar pelo tratamento conservador, com uma combinação de medidas não farmacológicas³ e farmacológicas⁴. Nos casos irremediavelmente evoluídos, quando o tratamento conservador se mostra ineficaz e a pessoa apresenta dor intensa que a incapacita gravemente, o tratamento cirúrgico é aconselhado. O tratamento das FESF habitualmente é cirúrgico e deverá ser feito nas primeiras 48 horas para evitar a ocorrência de complicações (Sousa e Carvalho, 2016) e dependendo da zona da fratura passa pela osteossíntese do fémur ou pela substituição total da articulação coxofemoral.

Neste relatório procuro ter uma visão abrangente da transição associada à cirurgia ortopédica, transição que se inicia aquando do confronto com a necessidade de tratamento cirúrgico para o tratamento da patologia ortopédica, prolonga-se durante o internamento e não cessa no momento da alta hospitalar e onde a intervenção a nível comunitário é fundamental.

O referencial teórico que guiou e sustentou esta etapa do meu percurso de especialização em ER foi a Teoria de Médio Alcance da Transição de Afaf Meleis e nesta estrutura teórica podemos reconhecer a existência de três constructos basilares que são a natureza da transição, as condições de transição e os padrões de resposta.

Ao nível da natureza das transições podemos identificar quatro tipos de transições particulares, mais especificamente, as transições de desenvolvimento⁵,

³ Redução de peso, correção de anomalias articulares, desvios axiais e as dismetrias dos membros; evitar a sobrecarga articular e os traumatismos repetitivos; fortalecimento muscular; tentar a correção de defeitos proprioceptivos que condicionarão anomalias biomecânicas repetidas ao longo da vida (DGS 2004).

⁴ A terapêutica farmacológica dirigida aos sintomas pode ser de aplicação tópica, sistémica, intrarticular e periarticular. Esta última é muito útil para alívio das frequentes situações inflamatórias dos tecidos moles adjacentes à articulação. Existem, também, fármacos que modificam os sintomas de uma forma lenta e duradoura, podendo atrasar a evolução da doença, (DGS 2004).

⁵ As transições de **desenvolvimento** são as que ocorrem ao longo do ciclo vital dos clientes/ indivíduos (ex.: como a adolescência, quando se forma a identidade sexual ou na “crise de meia-idade”)

situacionais⁶, de saúde-doença⁷ e organizacionais⁸. (Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher, 2010).

Sobre as condições da transição são identificados os fatores que irão influenciar positiva ou negativamente o decurso de uma dada transição. Estes foram definidos de condições facilitadoras e inibidoras e dividem-se principalmente em três tipos: pessoais, comunitárias e sociais.

Ao nível dos padrões de resposta identificamos dois tipos, indicadores de processo e indicadores de resultado. Os indicadores de processo permitem apurar se a vivência da transição está a dirigir a pessoa no sentido de uma transição saudável ou na direção da vulnerabilidade e risco, o que permite a avaliação e intervenção de enfermagem com vista à promoção de resultados saudáveis. Os indicadores de resultado permitem apurar se a transição se constituiu como um evento saudável na vida da pessoa, sendo um indicador o desenvolvimento de competências e condutas ao longo de todo o processo de transição para gerir a nova situação (Meleis et al., 2010). Deste modo, o domínio das habilidades e comportamentos necessários para gerir novas situações, bem como a reformulação da identidade, são indicadores da conclusão de uma transição saudável, resultado que deve ser também expectável no processo de transição do idoso que é sujeito a cirurgia ortopédica.

Os enfermeiros, inseridos no contexto de equipa interdisciplinar, são os principais agentes facilitadores dos clientes e famílias que experienciam transições, intervindo sobre as mudanças e exigências que se refletem no quotidiano das mesmas, tendo a missão de capacitar a pessoa/família na gestão saudável e positiva dos períodos transicionais de instabilidade, preparando e informando os clientes através de um processo de aquisição de novas competências relacionadas com a experiência de transição (Meleis e Trangenstein, 2010; Meleis et al. 2010).

É a variedade de cuidados de enfermagem gerais e sobretudo específicos que leva a que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) surja como um elemento fundamental da equipa interdisciplinar ao longo das várias transições vividas pelos idosos sujeitos a cirurgia ortopédica (ISCO). Dentro destas

⁶ As transições **situacionais** estão relacionadas com a mudança de papéis nos vários contextos onde o cliente/indivíduo está envolvido, incluindo a adição ou perda de um membro da família, através do nascimento ou da morte

⁷ As transições **saúde-doença**, incluem as mudanças súbitas de papel que resultam da alteração de um estado de bem-estar para uma doença aguda ou crónica ou, de outro modo, de um estado de cronicidade para um novo de bem-estar que, no entanto, engloba a cronicidade;

⁸ As transições **organizacionais** ocorrem no contexto ambiental dos clientes e são precipitadas pelas mudanças que ocorrem ao nível do contexto social, político e económico (ex.: as mudanças de líder, implementação de novas políticas ou práticas, mudanças na comunidade, saída do emprego) (Meleis et al., 2010, Meleis, 2012).

intervenções destaco as intervenções relacionadas com o internamento hospitalar que buscam a preparação do regresso a casa após cirurgia ortopédica, estando esta intervenção de preparação do regresso a casa inerente às competências específicas do enfermeiro de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros (OE) 2010), fazendo estas intervenções parte da missão dos cuidados de ER (OE, 2011).

No cuidado ao ISCO, o EEER no seio da equipa interdisciplinar⁹ deve posicionar-se como elemento capacitador¹⁰ ao disponibilizar ações de autocuidado¹¹ e de educação terapêutica, promovendo o crescimento educativo da pessoa face a uma nova experiência de vida, e suprimindo os défices temporários, com vista à sua autonomização e ao retorno às suas atividades de vida diária. Deste modo, o processo de reabilitação¹² deve ser baseado na disponibilização de recursos e de uma combinação de recursos cuja articulação e complementaridade façam sentido para as pessoas que intervêm neste processo (Hesbeen, 2003). Assim, Hoeman (2000) diz-nos que o EEER no seio da equipa interdisciplinar deve posicionar-se como um agente de mudança e perito¹³, fornecendo aos doentes e famílias conhecimentos que lhes permitam desenvolver estratégias de resolução de problemas que potenciem comportamentos de adaptação positivos, potenciadores de uma qualidade de vida ótima.

A problemática anteriormente descrita mostra-nos uma vasta área de atuação para o EEER, uma vez que segundo a OE (2010) este é detentor de elevado conhecimento e experiência que lhe permitem tomar decisões que visem a promoção da saúde e a prevenção de complicações assim como o tratamento e a reabilitação, maximizando o potencial da pessoa. Para isso, este profissional concebe, implementa e monitoriza planos de cuidados de enfermagem de reabilitação (PCER) baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas, que visam melhorar as funções

⁹ Hoeman (2011) define equipa interdisciplinar como sendo composta por membros de várias disciplinas, em que a equipa como um todo identifica os seus objetivos. Esta multiplicidade caracterizadora da equipa de reabilitação é “vital, porque oferece ao doente um ambiente humano diversificado” (Hesbeen, 2003)

¹⁰ A OE (2011) refere que a capacitação significa “atuar em parceria com indivíduos ou grupos para obter o seu empoderamento para a saúde através da mobilização de recursos humanos e materiais, facultando o acesso às informações de saúde, facilitando o desenvolvimento de competências pessoais e apoiando o acesso aos processos políticos que configuram as políticas públicas que afetam a saúde, a fim de promover e proteger a sua saúde”.

¹¹ Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária (International Council of Nurses (ICN), 2015)

¹² No processo de reabilitação, para além da pessoa alvo dos cuidados e sua família, são englobados diversos profissionais. Para Hesbeen (2003), a palavra “processo” significa a capacidade para se movimentar, para se dirigir ao outro para fazerem o caminho juntos.

¹³ De acordo com Benner (2001) perito é aquele que atua tendo por base uma compreensão aprofundada da situação global, contribuindo para a promoção da autonomia da pessoa, capacitando quando necessário a família/cuidador no processo do cuidar, equacionando todas as variáveis que possam emergir.

residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades que se instalaram por doença ou acidente nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca e ortopédica (OE 2010).

Sobre as intervenções de ER durante o internamento hospitalar, o reconhecimento das complicações que poderão afetar o idoso, numa fase pré-operatória tem o potencial de influenciar positivamente a evolução cirúrgica (Dhesi, 2012; Kim, Park, Koo, Han e Kim, 2013). Posteriormente ao reconhecimento de possíveis complicações, Kisner e Colby (2009) referem que o programa de reabilitação deve compor-se por uma sequência de exercícios terapêuticos e treino funcional, que integre permanentemente a educação para a saúde. Embora deva ser iniciado na fase pré-operatória no caso de cirurgias eletivas ou assim que possível nas cirurgias de urgência, este programa deve ser continuado no pós-operatório, baseando-se na avaliação inicial e contínua do cliente. Para o efeito, as intervenções mais sensíveis ao âmbito específico de atuação do EEER a serem desenvolvidas no pós-operatório devem incluir o ensino e incentivo à realização de exercícios isométricos da musculatura peri articular da articulação lesionada, o ensino e treino acerca da mobilidade no leito, transferências e levantar, ensino e incentivo ao treino de marcha (assim que seja possível), aconselhamento quanto à aquisição de produtos de apoio, ensino e treino do cliente e/ou família quanto ao uso correto de equipamentos adaptativos, aconselhamento quanto às modificações no contexto domiciliário e/ou profissional tendo em vista a sua melhor adaptação do cliente à nova condição de saúde, aconselhamento do retorno progressivo da atividade física, profissional e sexual e ensino e treino quanto à integração no seu quotidiano de uma mecânica corporal adequada (Marek e Boehulein, 2010). Fontana e Schweitzer (2010) acrescentam que nesta fase também deve ser feita massagem no sentido do retorno venoso para redução do edema e deve também ser realizada massagem no sentido horário na região abdominal para melhorar o peristaltismo intestinal e fortalecer a musculatura abdominal e intervertebral principalmente nas situações de imobilidade. Parente et al. (2009) refere que no caso da Artroplastia total da anca (ATA¹⁴), no pós-

¹⁴ Em alguns momentos deste relatório vou dar relevo à ATA por ser uma das cirurgias ortopédicas mais complexas, que acarreta mais riscos e cuja recuperação mais depende dos cuidados do EEER.

operatório o programa de reabilitação deverá incidir, entre outros, na prevenção de luxação e no treino das Atividades de Vida Diária (AVD¹⁵).

Todo o processo de reabilitação pré e pós operatório tem como objetivo a preparar o cliente para a alta hospitalar. Segundo a DGS (2004), uma boa preparação desta etapa é essencial para reduzir o tempo de internamento, o numero de readmissões e também para assegurar o sucesso da reintegração dos doentes e suas famílias na comunidade. A Associação Ortopédica Britânica (2006) citada por Walker (2012) refere que é no pré-operatório que a preparação para a alta deve começar, através da avaliação pré-operatória, avaliação que deve ter em conta para além da avaliação tradicionalmente efetuada pelos enfermeiros, as circunstâncias familiares e a disponibilidade de cuidadores após a alta. Refere também que as necessidades de alta dos doentes devem ser avaliadas bem antes da cirurgia, tendo em conta o ambiente, o apoio social e os papéis sociais. Logo nesta fase os profissionais de saúde devem prestar ao cuidador familiar¹⁶ (CF) a conveniente informação e orientação para que este possa, se assim o entender, sob a supervisão da equipa, colaborar na prestação de cuidados à pessoa internada, o que torna imprescindível que os profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, considerem os CF parceiros nos cuidados.

Sendir et al., (2013) refere que a base para uma preparação ideal do regresso a casa é o cuidado centrado no cliente e CF, passando as intervenções de enfermagem por incorporar estratégias de ensino para atender às necessidades de aprendizagem de ambos, considerando o tempo limitado disponível para o ensino. As necessidades de saúde são a base para a formulação do plano de cuidados e intervenções adequadas e são estas necessidades que o enfermeiro de reabilitação deve valorizar na sua intervenção junto do cliente e sua família, quando planeia o seu regresso a casa. Os mesmos autores referem que as intervenções do programa de reabilitação devem incluir diretrizes para AVD, incluindo as atividades devem ser restritas, a quantidade de exercício que é apropriado e como equilibrar as atividades e o repouso à medida que os níveis de atividade aumentam e as rotinas usuais

¹⁵ O termo AVD refere-se no contexto da reabilitação ao conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia a dia (OE, 2011)

¹⁶ Verifiquei que o papel de cuidador geralmente é assumido por um familiar próximo do cliente, por isso neste relatório utilizo o termo "cuidador familiar (CF)" para me referir ao elemento da rede social do idoso que lhe presta cuidados regulares, não remunerados, na ausência de um vínculo formal ou estatutário, definição de "cuidador informal" defendida por Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006).

retomam depois da alta. É necessário informar os clientes e família sobre as possíveis complicações, como as reconhecer e prevenir. Devem ser fornecidas informações sobre o controle da dor, incluindo informações sobre o momento apropriado para tomar os analgésicos. A informação sobre as potenciais complicações deve ser reforçada durante este processo. O mesmo autor refere ainda que as instruções de alta devem ser dadas por escrito e revistas com os doentes antes da alta. No caso de o cliente regressar a casa com alguma dependência nas AVD e necessite do cuidador familiar para a realização da(s) mesma(s), é importante que o enfermeiro capacite o CF para o desempenho deste papel de forma a garantir a continuidade dos cuidados ao cliente no domicílio (Schumacher, 1995).

Nos vários domínios de intervenção mencionados, importa salientar que as intervenções apresentadas apenas sugerem uma linha orientadora. Na conceção de um PCER estas intervenções devem ter em atenção o estilo de aprendizagem de cada pessoa e devem ser permanentemente adequadas e modificadas, de acordo com as necessidades, habilidades e avaliação contínua no pós-operatório da pessoa a quem é dirigido.

A interseção do gosto pelo tema com a relevância que a intervenção do EEER pode ter ao nível desta transição despertou em mim uma forte motivação para o estudo desta temática, temática que tem uma forte ligação com a minha experiência profissional, decorrida num serviço de especialidades cirúrgicas, onde os clientes aqui admitidos são maioritariamente idosos com patologias ortopédicas cujo tratamento geralmente inclui a cirurgia ortopédica.

Emerge assim o presente trabalho, com o tema: “O processo de transição do idoso¹⁷ sujeito a cirurgia ortopédica” realizado no âmbito do VII Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Face às razões que apresento para sustentar a opção pela temática e o modelo teórico e conceptual utilizado, defini para esta etapa do meu percurso formativo o objetivo geral: desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação através da intervenção no processo de transição da pessoa idosa sujeita a cirurgia ortopédica.

¹⁷ A reabilitação ortopédica na pessoa idosa não difere tecnicamente da reabilitação no adulto, no entanto, as particularidades associadas a esta faixa etária obrigam a uma abordagem e a uma intervenção que tenha em conta as características específicas e a situação concreta a ele associada.

Defini ainda como objetivos específicos: Desenvolver uma prática profissional, responsável e ética na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa idosa sujeita a cirurgia ortopédica; Promover um ambiente seguro e centrado na pessoa que favoreça uma relação terapêutica e de confiança; Desenvolver capacidades de gestão de cuidados à pessoa sujeita a cirurgia ortopédica de acordo com os recursos existentes; Adquirir/aprofundar conhecimentos que fundamentem as intervenções e a tomada de decisão no exercício da prática especializada de reabilitação; Identificar as alterações que determinam limitação da atividade passível da intervenção do EEER da pessoa idosa sujeita a cirurgia ortopédica; Planear e implementar intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa sujeita a cirurgia ortopédica, para minimizar ou prevenir complicações pós cirúrgicas; Elaborar e implementar programas de treino que visem a adaptação da pessoa idosa sujeita a cirurgia ortopédica e a maximização da sua autonomia, facilitando o seu processo de transição; Avaliar o resultado das intervenções implementadas.

Estes objetivos foram elaborados no segundo semestre aquando da realização do Projeto de Formação, projeto onde elaborei um plano de atividades para serem desenvolvidas em estágio, atividades que previ que conduziriam ao desenvolvimento de conhecimento, capacidades e competências de mestre, bem como ao desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais comuns de enfermeiro especialista e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). (O plano de atividades pode ser consultado no Apêndice 2).

Foram estes objetivos assim como as orientações previstas no Documento Orientador do Estágio com Relatório, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação e também pelo Quadro de Qualificações para o Ensino Superior em Portugal (Quadro Nacional de Qualificações) - qualificações de segundo ciclo¹⁸ que guiaram o meu percurso de ensino clínico (EC), no sentido de desenvolver competências inerentes à temática definida, às competências específicas comuns e específicas do EEER.

O presente relatório é fundamentalmente uma reflexão escrita, que pretende espelhar o desenvolvimento em contexto da prática clínica especializada todo o meu

¹⁸ As qualificações no quadro nacional de qualificações para o ensino superior são descritas no decreto-lei nº 74/2006, de 24 de março. Os descritores para os três ciclos de estudos estão muito próximos dos descritores de Dublin.

percurso de aprendizagem. A nível estrutural está organizado em cinco capítulos. O primeiro contempla a presente introdução, onde pretendo dar a conhecer a contextualização e a justificação sucinta da pertinência da problemática escolhida, elencando o enquadramento concetual que lhe é subjacente, tendo por base os pressupostos e referenciais teóricos de Meleis e os resultados da evidência científica.

No segundo capítulo é feita a descrição e análise crítica do percurso desenvolvido e competências adquiridas. Este capítulo divide-se em dois subcapítulos, no primeiro descrevo as atividades planeadas e no segundo as atividades não planeadas. No subcapítulo onde descrevo as atividades planeadas ao longo do EC abordo as atividades desenvolvidas no âmbito da elaboração, implementação e avaliação do PCER e também abordo as outras atividades desenvolvidas no EC que não estão diretamente relacionadas com a prestação de cuidados aos ISCO. Neste subcapítulo opto por me socorrer de alguns dos componentes da teoria da transição de Meleis de forma a dar à organização deste trabalho um suporte baseado nesta teoria. No subcapítulo onde descrevo as atividades desenvolvidas que não foram previamente planeadas destaco as intervenções de enfermagem que desenvolvi na recuperação dos défices de outros clientes que não os ISCO e onde se descrevo outras atividades que considere de relevância para a minha aprendizagem de desenvolvimento de competências.

No terceiro capítulo exponho uma problemática vivenciada no EC e na minha prática profissional e os resultados da evidência científica sobre essa problemática. Ainda neste capítulo serão apresentadas as perspetivas de desenvolvimento e de continuidade do trabalho começado, tendo em vista a sua implementação na minha prática diária.

No quarto e último capítulo são apresentadas as principais conclusões relativamente à temática abordada, é feita a avaliação e perspetivas trabalho para o futuro, onde pretendo expor, de forma crítica e reflexiva, os resultados obtidos mais relevantes que resultaram do percurso desenvolvido, assim como as principais dificuldades sentidas.

2 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

No percurso de aquisição de competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista, para além da formação teórica, a formação em contexto de estágio assume uma vital importância uma vez que possibilita o desenvolvimento de competências clínicas, integração de teoria e prática, criação de disposições para a investigação, socialização profissional e formação da identidade profissional através da sucessão de experiências socioclínicas e identificação de modelos profissionais (Abreu, 2007). Neste capítulo pretendo descrever e analisar crítica e reflexivamente as atividades que realizei em contexto de estágio, atividades que foram um dos veículos necessários para o processo de desenvolvimento pessoal e profissional que está implícito ao desenvolvimento de competências de Mestre definidos pela Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, I.P. e Direção-Geral do Ensino Superior, competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do EEER, definidos pela OE nos seus regulamentos.

Estas atividades foram planeadas no segundo semestre aquando da elaboração do projeto de formação e numa das etapas dessa elaboração, visitei os locais de estágio e realizei uma entrevista¹⁹ semiestruturada aos enfermeiros chefes dos respetivos serviços, visita e entrevista que tiveram como objetivo recolher informações destes contextos de cuidados de forma a que o projeto de formação que estava a elaborar fosse um projeto realista, adequado à dinâmica e funcionamento dos locais de estágio e que ao mesmo tempo fosse de encontro aos principais domínios de intervenção especializada de ER nestes locais. Em função das situações vivenciadas em contexto de estágio, para além do desenvolvimento das atividades previamente planeadas, em ambos os contextos de estágio, desenvolvi atividades que não estavam planeadas, mas que mesmo não estando planeadas contribuíram para o meu processo de (aprendizagem) aquisição de competências gerais e específicas de ER.

Iniciei a formação em contexto de estágio num contexto de cuidados de saúde primários, integrado no seio de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), equipa que se destina a prestar cuidados de saúde multidisciplinares, em contexto domiciliário e em parceria e articulação com os recursos da comunidade, a

¹⁹ o guião da entrevista pode ser consultado no apêndice 1.

utentes e famílias em situação de dependência transitória ou crónica, doença terminal, ou processo de convalescença, cuja situação, não requer internamento. Os principais clientes admitidos para reabilitação²⁰ são clientes com alterações motoras decorridas de cirurgia ortopédica, síndromes de imobilidade e clientes com alterações sensoriomotoras decorridas essencialmente de AVC. Para além disso, também são admitidos para reabilitação em contexto domiciliário, clientes com alterações motoras e/ou respiratórias e/ou neurológicas em estadio final de doença oncológica, situação de saúde alvo de cuidados de reabilitação que eu desconhecia e que por isso foi alvo de uma reflexão que pode ser consultada no anexo 4.

O segundo e último estágio decorreu em contexto hospitalar, num serviço de internamento de ortopedia onde os principais motivos de admissão para tratamento ortopédico são DRM, patologias traumáticas do ombro e joelho, fraturas proximais do fémur e politraumatismos. Ambos os contextos de estágios me permitiram uma prática de cuidados de reabilitação direcionada para a temática abordada, no contexto hospitalar nos momentos pré-operatório, pós-operatório e preparação da alta e no contexto comunitário na fase de convalescença no domicílio.

Apesar do desenvolvimento de conhecimentos e competências ter decorrido em dois locais de ensino clínico distintos e cada um com particularidades únicas, neste relatório não procuro realizar uma separação em termos de organização das aprendizagens realizadas em cada contexto, mas sim, evidenciar particularidades específicas de cada um à medida que as temáticas são abordadas ao longo do trabalho. Esta ideia fundamenta-se no facto de se procurar valorizar esta transição enquanto um processo tal como descrito acima.

Durante o processo de aprendizagem em contexto de estágio, procurei criar as condições propícias à aprendizagem e à realização das atividades que responderiam à operacionalização do projeto de formação que me conduziria à realização dos objetivos definidos e por conseguinte ao desenvolvimento de competências de EEER.

De forma a criar um ambiente propício à aprendizagem, em ambos os contextos procurei integrar-me de forma progressiva na equipa de enfermagem e também na equipa multidisciplinar, integração esta que exigiu da minha parte a criação de um ambiente relacional saudável através da ponderação, observação, reflexão e sensatez para me saber posicionar enquanto estudante e enquanto profissional com

²⁰ Segundo o relatório de Monitorização da rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2015, 45% dos clientes admitidos na ECCI têm necessidade de Cuidados de Reabilitação.

competências certificadas e experiência, oscilando entre uma posição mais observadora e uma posição mais ativa e dinâmica, de forma a conquistar progressivamente a confiança do Enfermeiros Orientadores (EO) e dos diversos elementos das equipas que integrei. Neste período de integração, os EO foram informados dos objetivos para o estágio e das correspondentes atividades planeadas, de forma a que em conjunto pudéssemos definir estratégias para atingir os objetivos e identificar os limites à aplicação do projeto de formação de forma a poder redefinir novas estratégias de aprendizagem, tendo em conta os objetivos definidos. Depois de uma fase inicial marcada maioritariamente por momentos de observação face aos cuidados e atividades desenvolvidas pelo EEER, sob supervisão do EEER comecei a prestar CER, assumindo gradualmente o meu papel na equipa.

Logo na fase inicial dos estágios, em ambos os contextos de cuidados, através da observação e recolha de informação junto dos EEER, outros elementos da equipa, assim como através da participação nas reuniões multidisciplinares, consulta de normas, protocolos e projetos instituídos, desenvolvi conhecimentos sobre as características do serviço e da equipa, nomeadamente sobre o espaço físico, recursos humanos e materiais, dinâmica de trabalho, assim como as principais características necessidades de cuidados de ER dos clientes alvo dos cuidados. Nesta fase também procurei conhecer e familiarizar-me com o programa informático onde são feitos os registos de ER e perceber quais os Instrumentos de avaliação utilizados na avaliação dos clientes alvo dos cuidados de ER²¹.

2.1 Atividades planeadas

Durante esta etapa do meu percurso formativo, com o objetivo promover um processo de transição o mais saudável possível aos idosos sujeitos a cirurgia ortopédica a quem prestei cuidados de ER, elaborei e implementei PCER²² que tiveram como objetivo recuperar o que é possível recuperar ao nível das funções

²¹ Com estas atividades procurei a concretização do objetivo “Desenvolver uma prática profissional, responsável e ética na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa idosa sujeita a cirurgia ortopédica”.

²² As atividades desenvolvidas durante todo o processo desde a avaliação inicial, elaboração do PCER e a criação de ambiente seguro para a implementação dos PCER, permitiram-me atingir os objetivos: “Desenvolver uma prática profissional, responsável e ética na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa idosa sujeita a cirurgia ortopédica”; “identificar as alterações que determinam limitação da atividade passível da intervenção do EEER da pessoa idosa sujeita a cirurgia ortopédica”; “adquirir/aprofundar conhecimentos que fundamentem as intervenções e a tomada de decisão no exercício da prática especializada de reabilitação”; “Promover um ambiente seguro e centrado na pessoa e família que favoreça uma relação terapêutica e de confiança”; “Planear e implementar intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa idosa sujeita a cirurgia ortopédica, para minimizar ou prevenir complicações pós cirúrgicas”; “Elaborar e implementar programas de treino que visem a adaptação da pessoa idosa sujeita a cirurgia ortopédica e a maximização da sua autonomia, facilitando o seu processo de transição”.

perdidas e promover uma adaptação destes às limitações causadas pela cirurgia, capacitando-o para a realização das AVD da forma mais autónoma possível, tendo em vista a maximização da autonomia, a reintegração na sociedade e a melhoria da qualidade de vida.

Em função da experiência de ensino clínico, considero como principais componentes da minha intervenção de ER ao longo da transição vivenciada pelos ISCO a avaliação inicial e contínua de ER e as intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas.

2.1.1 Avaliação de enfermagem de reabilitação

Em ambos os contextos de prestação de cuidados a minha intervenção iniciou-se com a avaliação de ER do ISCO, para esta etapa, recolhi dados provenientes das passagens de turno (em contexto hospitalar), do processo clínico (notas médicas, de enfermagem, exames auxiliares de diagnóstico) e da avaliação objetiva do idoso²³. Também avaliei o suporte familiar e também avaliei as condições do domicílio e as condições de acesso ao mesmo, principalmente a nível de barreiras arquitetónicas e condições de segurança para a realização das AVD. Durante o processo de reabilitação, é expectável que o idoso tenha dúvidas e por isso, logo na fase diagnóstica procurei dar espaço ao idoso para questionar, expressar dúvidas e sentimentos de forma a avaliar as suas necessidades de informação e ao mesmo tempo estabelecer com este uma relação terapêutica e de empatia que lhe transmita confiança, segurança e conforto emocional e também promova a sua adesão ao programa de reabilitação.

Tal como preconizado por Meleis, durante a avaliação procurei ter em conta as condições de transição no sentido de avaliar condições facilitadoras que pudessem constituir um recurso para o cliente e para o planeamento dos cuidados ou condições inibidoras que pudessem aumentar a vulnerabilidade da pessoa à transição.

Através das avaliações efetuadas aos ISCO durante este percurso destaco como condições facilitadoras ao nível pessoal a motivação. Bastos (2004) considera que a motivação aumenta a adoção e manutenção de comportamentos adequados e facilita a adesão ao processo terapêutico com benefício direto na saúde da pessoa. A

²³ avaliei o estado de consciência, a dor, força, amplitude articular e sensibilidade no membro afetado. Também avaliei a função respiratória através do exame objetivo do tórax, inspeção, palpação e auscultação, padrão respiratório, presença de dispneia, presença de tosse, dor, febre, consulta do processo clínico e observação da Radiografia do tórax, comparando-a com a auscultação.

minha experiência corrobora essa teoria, e ao longo deste percurso verifiquei que a adesão ao PCER é diretamente proporcional à motivação e também verifiquei que os idosos motivados se empenham ao máximo na execução dos exercícios recomendados. A adesão ao PCER e o empenho no mesmo leva a resultados funcionais favoráveis, melhoria do estado de saúde que funcionou como catalisador na adesão a este plano. O conhecimento sobre o processo de reabilitação, a confiança nos profissionais, a capacidade funcional da pessoa, a capacidade cognitiva e crenças religiosas são outros fatores facilitadores pessoais verificados.

Ao nível dos fatores facilitadores comunitárias e sociais destaco o adequado ambiente domiciliário, o suporte familiar e social, o acesso a serviços de reabilitação.

Como condições inibidoras que poderiam dificultar o processo de transição realço a nível pessoal a desmotivação. Se a motivação é um poderoso facilitador do processo de transição, a desmotivação é um poderoso inibidor uma vez que tende a encaminhar os idosos no sentido de uma menor adesão e um menor empenho no PCER. Sobre esta temática, tornou-se evidente que a negociação de objetivos reais com o ISCO e cuidador se relevou uma estratégia importante no fortalecimento da relação terapêutica e manutenção da motivação no programa de Reabilitação. Nestes idosos desmotivados, o EEER tem o dever de os ajudar a encontrar a sua motivação para investirem no seu processo de reabilitação, caso contrário o programa, por mais rigoroso que seja corre um sério risco de ser um fracasso. A ansiedade, o risco de queda e a menor capacidade funcional constituem-se também fatores inibidores da transição do ISCO.

Ao nível social e comunitário apresentam-se como condições inibidoras do processo de transição a ausência de cuidador, a existência de barreiras arquitetónicas, domicílio desajustado às necessidades, escassos recursos económicos, reduzido suporte social e familiar, a dificuldade em estabelecer objetivos realistas, suporte comunitário débil.

A mobilização e utilização de instrumentos de medida para avaliação foi outra das competências desenvolvidas. Esta avaliação foi feita através de instrumentos de avaliação que procurei que fossem simples, práticos, válidos, eficientes e reconhecidos pela comunidade científica pelo elevado rigor e reduzida subjetividade, entre as quais a MIF, escala de coma de Glasgow, escala de Morse, escala de Berg, escala de Lower, escala de Ashworth, escala numérica da dor e o goniómetro

Foi através das atividades previamente descritas que foi possível atingir o objetivo “Identificar as alterações que determinam limitação da atividade passível da intervenção do EEER da pessoa idosa sujeita a cirurgia ortopédica” e desenvolver as competências que são descritas na figura 1.

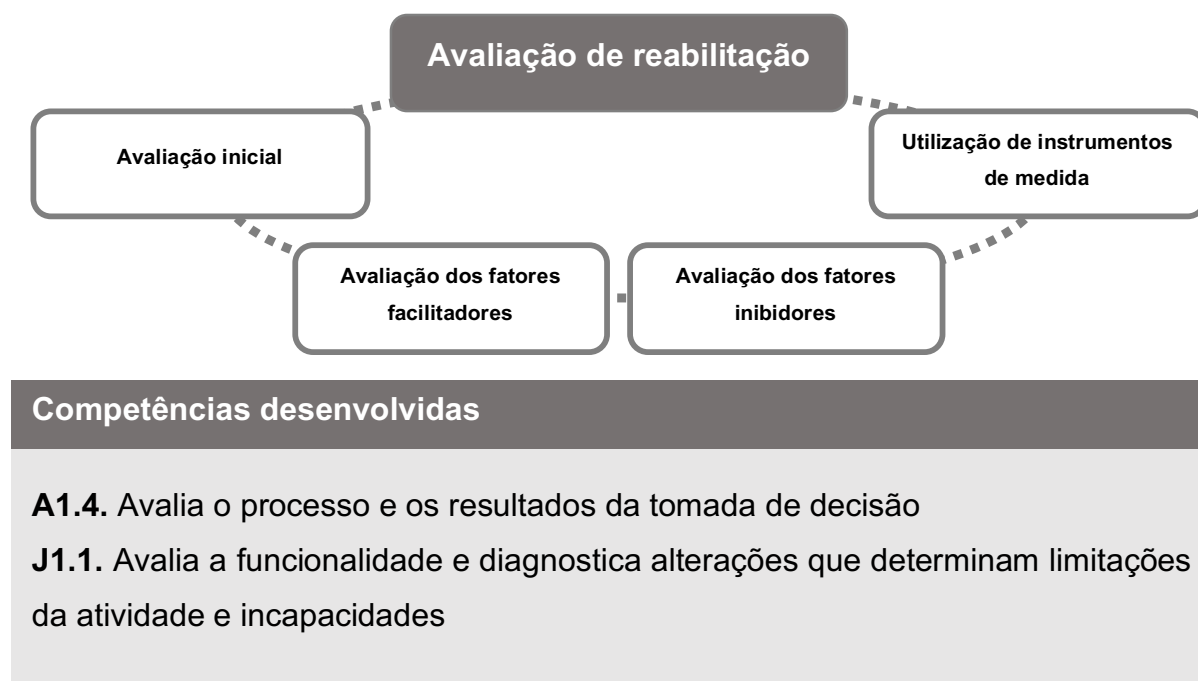


Figura 1: Competências desenvolvidas e elementos contemplados através da Avaliação de ER.

2.1.2 Intervenções de EEER desenvolvidas

A gestão²⁴ da informação recolhida, a reflexão sobre a mesma à luz da teoria de Meleis, a formulação dos diagnósticos e a definição de objetivos e discussão dos PCER com os ISCO e seus CF sempre que possível foram o ponto de partida para a elaboração dos PCER. Pela grande variedade de atividades que implementei, opto por realizar o seu agrupamento por: prevenção de complicações, reabilitação funcional, treino de AVD e outras intervenções. A intervenção educacional e a integração do ISCO e CF esteve sempre presente durante o processo de forma a os capacitar com conhecimentos que lhes permitam responder de forma eficaz às necessidades que estão presentes e que podem surgir ao longo da transição.

²⁴ A gestão da informação recolhida compreende analisar e aprofundar os dados, descobrir as suas relações, perceber e interpretar, ao dar sentido a esta informação, com julgamento clínico, que conduz aos diagnósticos de enfermagem e planificação de cuidados particulares e adequados às reais necessidade da pessoa, bem como, identificar e reconhecer a necessidade imediata de vigilância e cuidados (Phaneuf, 2001).

2.1.2.1 Prevenção de complicações

Um dos domínios de intervenção do enfermeiro de reabilitação passa pela prevenção de complicações relacionadas com a cirurgia. Um dos riscos muito associados à cirurgia é o risco de infeções pulmonares, risco acrescido nos idosos devido à atrofia do epitélio ciliado provoca uma diminuição na efetividade da limpeza das vias aéreas e por isso, caso não haja nenhuma contraindicação, assim que possível foram incluídos no PCER exercícios de reeducação funcional respiratória (RFR)²⁵ uma vez que estes são fundamentais para a redução deste risco (Mihra e Orriss, 2012; Cordeiro e Menoita, 2012). Antes de iniciar o ensino sobre estes exercícios avaliei o conhecimento do idoso sobre os mesmos e caso verificasse potencial de melhoria, ensinei sobre eles. De seguida, incluí no PCER o treino destes exercícios, corrigindo sempre que necessário.

Nas situações em que verifiquei na avaliação inicial a presença de secreções, a higiene broncopulmonar foi mandatária, de forma a prevenir e limitar a infeção e atelectasia, promover a eficiência das trocas gasosas e reduzir o trabalho respiratório (Branco et al. 2012). Nestas situações, a minha intervenção passou pela mobilização das secreções brônquicas através da drenagem postural (DP)²⁶. Foi a partir da auscultação pulmonar, tolerância do idoso e contraindicações para certas posições que determinei a melhor posição a adotar, variando o tempo na posição por norma entre 15 a 60 minutos como refere (Yokota, Godoy, Ceribelli, 2006), modificados conforme a tolerância e o estado do cliente a nível hemodinâmico. Para auxiliar na progressão das secreções, depois de verificar se não havia contraindicações²⁷, associei as manobras acessórias, nomeadamente a percussão, vibração, compressão uma vez que a associação destas à drenagem postural ajuda na limpeza das vias

²⁵ Nas situações em que os idosos colaboravam comecei por ensinar a posição de descanso e relaxamento e a consciencialização e controle dos tempos respiratórios. Segundo Menoita e Cordeiro (2012), a tomada de consciência da respiração e o controlo e dissociação dos tempos respiratórios, inspirando pelo nariz e expirando com lábios semicerrados pela boca reduz a tensão física e psicológica. Também realizei técnicas de reeducação abdomino diafragmática e de reeducação costal global e seletiva, em posição sentado ou deitado e com o auxílio do bastão, que permitiram prevenir e corrigir defeitos ventilatórios e melhorar a ventilação alveolar.

²⁶ A DP realiza-se colocando a pessoa em diversas posições, baseadas nas divisões segmentares da árvore brônquica, de modo que, pela ação da gravidade promova a progressão e drenagem das secreções (Kisner e Colby, 2009)

²⁷ A percussão é contraindicada logo após as refeições ou quando há presença de ruídos sibilantes exacerbados, na crise asmática, edema agudo do pulmão, fratura de costelas, cardiopatia grave, hemoptise, arritmia cardíaca importantes, pericardite, metástase do pulmão ou mediastino, certos casos de pós cirúrgico, osteoporose, derrame pleural, enfisema, pneumotórax não drenado, tuberculose pulmonar ativa, medicação anticoagulante sistémica ou úlceras de pressão no tórax (Faling, 1986) (Liebano, Hassen, Racy, Corrêa, 2009) (Olazaball (2003), (Hoeman, 2011), (Azeredo, 1993). Constituem contraindicações das vibrações torácicas a presença de enfisema subcutâneo, osteoporose, metástases costais, deficiências da coagulação, hemorragia pulmonar, broncospasmos, tuberculose, dor torácica, presença de contusões pulmonares (Postiaux, 2004). A compressão é contraindicada nos casos de fraturas de costelas; osteoporose, sobre costelas flutuantes ou pneumotórax espontâneo não controlado; edema agudo de pulmão; cardiopatias valvulares; extravasamento de líquidos nos espaços pleurais e em estado de crise respiratória (Liebano et al, 2009). Na infeção respiratória não inclui a vibração, compressão e vibração uma vez que a literatura não é consensual sobre o seu uso devido à propagação da infeção. (Branco et al., 2012).

aéreas (Hoeman, 2000). Procurei sempre iniciar estas manobras 15 minutos depois da administração das nebulizações com broncodilatadores, se prescritas.

Para a expulsão de secreções brônquicas, incluí no PCER ensino e treino sobre tosse²⁸, e ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR)²⁹. (Branco et al., 2012; Cordeiro e Menoita, 2012).

Nas situações em que os clientes tinham secreções e apresentam incapacidade para iniciar voluntariamente a tosse, a minha atuação, depois da realização da terapêutica de posição e pela aplicação de manobras de mobilização de secreções caso não houvessem contraindicações, passou pela aspiração de secreções traqueobrônquicas.

A RFR esteve muito presente durante o meu estágio devido ao facto de ter dirigido a minha ação para a população idosa e também devido facto de ter prestado cuidados de reabilitação a idosos sujeitos a um elevado tempo de imobilidade³⁰ decorrente de certas patologias ortopédicas (como fraturas do fémur), situação de saúde que aumenta o risco de desenvolvimento de alterações respiratórias e musculoesqueléticas, uma vez que nesta condição se verifica a diminuição dos movimentos diafragmáticos, redução da amplitude dos movimentos torácicos e respiração superficial com subsequente aumento da frequência respiratória (OE, 2013). Associado à ineficácia do revestimento ciliar e à diminuição da força dos músculos abdominais, que diminuem a eficácia da tosse, existe acumulação de secreções (OE, 2013), podendo surgir complicações respiratórias (como a Infecção respiratória), verificada em alguns clientes a quem prestei cuidados em ambos os contextos de estágio. Nestas situações só iniciei a RFR quando a infeção estava controlada uma vez que esta só deve ser iniciada após a estabilização da fase aguda da doença (Cordeiro e Menoita, 2012). A minha atuação passou pelo ensino sobre respiração diafragmática, ensino da tosse, drenagem de secreções associadas a manobras acessórias e drenagem postural, exercícios de expansão torácica global e

²⁸ Tosse assistida (A tosse pode ser assistida com uma manobra simultânea de compressão da base do tórax e/ou do abdómen, de forma a acelerar o fluxo aéreo e torna-la mais eficaz. É preferencialmente realizada na posição sentada. Indicada sobretudo em crianças, doentes debilitados ou fatigados); Dirigida (A tosse dirigida consiste na solicitação deste mecanismo no momento oportuno, após mobilização prévia das secreções. Pode aumentar-se a sua eficácia assistindo-a com uma manobra simultânea de compressão da base do tórax e/ou de contenção abdominal) e provocada (A tosse provocada é desencadeada de forma reflexa por uma pressão breve exercida pelo polegar sobre a traqueia, na área da chanfradura esternal. Esta pressão estimula os recetores de estiramento que, a par com os recetores de irritação, correspondem a áreas tussígenas reflexas. Pode associar-se a uma pressão de contenção abdominal, sendo a resposta variável de pessoa para pessoa) (Branco et al., 2012)

²⁹ O CATR consiste em controlo da respiração/ respiração abdomino diafragmática, exercícios de expansão torácica, controlo da respiração/ respiração abdomino diafragmática, Huff (técnica de expiração forçada). (Cordeiro e Menoita, 2012)

³⁰ devido a tratamentos conservadores por fraturas de colo do fémur, tratamento que em algumas situações vivenciadas levou a imobilidade no leito de 5 semanas.

seletiva e CATR. Posicionei a pessoa em fowler (proporciona uma ventilação mais eficaz), semi fowler e decúbito lateral para o lado não afetado. O primeiro segmento a ser drenado deve ser aquele em que se verifica a presença de mais secreções. Procurei fazer nebulização com soro fisiológico previamente à sessão de RFR porque fluidifica as secreções e melhora na sua progressão, facilitando a sua expulsão.

Para prevenção de complicações também foi minha prática a realização dos exercícios musculares e articulares assim que possível uma vez que a realização destes, para além de potenciar as capacidades físicas do idoso, são fundamentais para evitar o risco de infeções pulmonares e trombose venosa profunda em contextos cirúrgicos (Sequeira, 2010).

2.1.2.2 Reabilitação funcional

Um outro domínio de intervenção do enfermeiro de reabilitação relaciona-se com as sinergias musculares e articulares que interferem na capacidade funcional para o desempenho das AVD e têm uma relação significativa com o grau de dependência apresentado pelos idosos. No sentido de potenciar as capacidades físicas do idoso, os PCER elaborados contemplaram exercícios musculares e articulares³¹ com especial incidência no membro operado, embora também tenham incidido sobre os restantes membros uma vez que para a realização das diferentes AVD é necessário o envolvimento de todos os membros, exercícios que numa fase inicial do processo de reabilitação são realizados no leito. Antes de realizar os ensinamentos sobre estes exercícios, avaliei o conhecimento do idoso sobre os exercícios musculares e articulares a realizar no leito e caso verificasse potencial de melhoria dos conhecimentos sobre os exercícios musculares e articulares, fiz ensinamentos³² sobre estes até melhorar estes conhecimentos. Posteriormente, caso não houvesse contraindicação, o PCER passou pelo treino destes exercícios, assistindo-o no membro afetado³³, esclarecendo dúvidas e fazendo pequenas correções, sempre que necessário.

³¹ Entre eles exercícios isométricos dos quadríceps e dos glúteos, com manutenção da amplitude do movimento dentro dos limites e orientações em função da técnica cirúrgica; exercícios da articulação tibiotársica, flexão ativa da anca e abdução isométrica da anca dentro dos limites e orientações em função da técnica cirúrgica e tolerância à dor (estes dois últimos com ajuda do EEER numa fase inicial). Kisner & Colby (2009).

³² Muitas vezes na prática as três fases do processo ensino/aprendizagem (ensino, instrução e treino) são de difícil dissociação e são trabalhadas em conjunto. Neste relatório a fase de instrução é omitida uma vez que na descrição das atividades incluiu esta etapa na fase de ensino.

³³ Os exercícios foram realizados através de técnica musculartoarticular ativa, passiva ou ativa assistida, mediante a avaliação inicial da força e tônus muscular, respeitando a amplitude do movimento dentro dos limites e orientações em função da técnica cirúrgica e o limiar de dor e fadiga apresentados pelo idoso.

Algumas cirurgias ortopédicas implicam restrições na amplitude articular e na carga que a pessoa que a esta cirurgia é sujeita pode efetuar no membro operado. No caso da ATA com abordagem cirúrgica posterior³⁴ (abordagem cirúrgica mais comumente usada globalmente e a única observada em ambos os contextos de estágio), estas restrições passam por não exercer carga contraindicada no membro operado, não efetuar flexão da articulação coxofemoral acima dos 90°, manter os membros inferiores em abdução e evitar a rotação interna do membro operado (Neves, Sarmiento, Carvalho, Silvério, 2008). Estas restrições definem algumas precauções com os respetivos movimentos funcionais usados na realização das AVD, nomeadamente nas AVD, transferência (entrar e sair da cama/sentar-se e levantar-se), Locomoção (subir e descer escadas), vestuário (vestir e despir a parte inferior) e higiene pessoal (higienizar os membros inferiores), precauções estas relacionadas com a integridade da nova articulação. (Logo que pertinente avaliei o conhecimento dos idosos sobre as precauções a ter e caso verificasse potencial de melhoria sobre estas ensinei sobre as mesmas)

2.1.2.3 Treino de AVD

Depois dos exercícios no leito, o PCER passou pela transferência do idoso da cama para a cadeira. Em contexto hospitalar, antes de realizar a transferência, questionei o idoso no sentido de perceber de que lado este entra e sai da cama no domicílio de forma a direcionar o PCER à realidade que o idoso encontrará no domicílio. Depois disso, avaliei o conhecimento do idoso sobre a técnica a utilizar na realização desta AVD e sobre as precauções a ter com o sentar e levantar, ensinando caso verificasse potencial de melhoria deste conhecimento, especialmente sobre o sentar na sanita e em superfícies baixas. Seguidamente incentivei-o a transferir-se usando a técnica ensinada, assistindo-o e corrigindo os movimentos sempre que necessário.

No caso da ATA, depois da transferência da cama para a cadeira, o PCER deve progredir para o treino de marcha com dispositivo auxiliar (Kisner e Colby, 2009). Na minha prestação de cuidados, não progredi para esta fase sem antes avaliar o

³⁴ É feita uma incisão da fáscia lata que recobre o grande glúteo, que posteriormente é separado até aos pequenos rotadores externos. Como o nervo ciático é imediatamente posterior aos pequenos rotadores externos, ele é identificado e protegido. De seguida faz-se tenectomia dos pequenos rotadores externos e do piriforme nos seus locais de inserção no grande trocânter. Cabeça e colo femorais são então expostos após incisão da cápsula articular posterior, procedendo-se à luxação da cabeça através da rotação interna da anca, e à osteotomia do colo do fémur. Após remoção do colo, é possível aceder ao acetábulo e fémur proximal. (Petis, Howard, Lanting, Vasarhelyi, 2015)

equilíbrio corporal³⁵ uma vez que segundo a OE (2013), só quando o cliente apresenta bom equilíbrio estático de pé é que se deve iniciar o treino de deambulação. Numa fase inicial o idoso necessitará de um auxiliar de marcha para andar, que inicialmente será o andariço uma vez que este auxiliar de marcha dá uma maior estabilidade que qualquer outro auxiliar de marcha e está indicado em situações de fraqueza muscular dos membros superiores e inferiores, visíveis na grande maioria dos idosos sujeitos a esta cirurgia (e posteriormente as muletas canadianas). Antes de iniciar os ensinamentos, avaliei o conhecimento dos idosos sobre estes dispositivos e caso verificasse potencial de melhoria, ensinei sobre eles. Posteriormente avaliei o conhecimento dos idosos sobre técnica de andar com estes auxiliares de marcha³⁶ em superfícies planas e a subir e descer escadas. Caso verificasse potencial de melhoria destes conhecimentos, fiz ensino sobre esta técnica, demonstrando a técnica sempre que necessário. Não parti para o treino de locomoção sem antes avaliar o conhecimento dos idosos sobre as medidas para manter a segurança do ambiente aquando da deambulação com auxiliar de marcha³⁷ e o conhecimento sobre adaptação deste auxiliar de marcha, ensinando sempre que verificasse potencial de melhoria destes conhecimentos. Ainda antes de iniciar o treino de locomoção, em conjunto com o idoso foram estabelecidas metas realistas e foram definidos pontos de repouso em caso de necessidade. A distância percorrida aquando da realização deste treino foi sendo aumentada gradualmente ao longo do PR (programa de reabilitação) (definida em função da tolerância ao esforço). Quando verifiquei que o idoso apresentava equilíbrio (e capacidade) usando canadianas parti para o treino de marcha com canadianas e quando verifiquei que o idoso reunia condições ao nível de força e equilíbrio, iniciei o treino de subir e descer escadas. Nesta fase também foi avaliado o conhecimento do idoso sobre técnica para alcançar objetos do chão, ensinado caso verificasse

³⁵ Em relação a este foco, avaliei se o idoso tem equilíbrio estático e dinâmico sentado, equilíbrio estático e dinâmico em pé, se adota posições viciosas, se apresenta deformidades da coluna, avaliei se tem dismetria dedo/nariz, calcanhar joelho e se suporta o peso em diferentes posições. Na minha prática em contexto hospitalar, verifiquei que grande parte dos idosos apresentam alterações neste equilíbrio, principalmente no equilíbrio dinâmico em pé, nas primeiras vezes que se levantaram, facto que pode ser explicado pelas alterações cardiovasculares e musculoesqueléticas decorrentes da cirurgia e do período de imobilidade no leito, alterações que poderão ser agravadas pelas alterações no equilíbrio decorrentes do envelhecimento. Nestas situações, apliquei um dispositivo auxiliar e voltei a avaliar o equilíbrio. Caso este se mantivesse comprometido orientei o idoso a executar técnica de treino de equilíbrio até este deixar de estar comprometido e poder progredir para o treino de marcha com dispositivo auxiliar em segurança.

³⁶ Para uma correta deambulação com muletas (canadianas) ou andariço, o cliente deve partir de uma posição em que tem os pés paralelos e ligeiramente afastados e o apoio das muletas cerca de 15 cm à frente e ao lado dos pés. A sequência do movimento com canadianas ou andariço é avançar as duas canadianas/andariço e, a seguir, o membro inferior afetado, seguidamente transferir o peso do corpo para as canadianas/andariço e por último, avançar o membro inferior saudável (OE, 2013).

³⁷ A segurança do ambiente deve ser assegurada, verificando sempre o piso, nomeadamente se encontra limpo e seco, sem barreiras que dificultam a deambulação e se as borrachas dos auxiliares de marcha se apresentam intactas. O cliente deve usar calçado fechado com bom apoio e solas antiderrapantes (OE, 2013).

potencial de melhoria destes conhecimentos. Posteriormente, assim que o idoso reunisse condições físicas para tal, foi treinada esta técnica.

Em contexto hospitalar o treino de adaptação para a realização das restantes AVD afetadas (nomeadamente higiene, vestir e despir) foi feito à medida da necessidade de execução destas atividades. No domicílio, para avaliar a capacidade e o conhecimento dos idosos para a realização destas atividades e treinar a realização das mesmas foram agendados os cuidados de higiene do idoso para a hora da nossa visita domiciliária. Antes da realização destas atividades, voltei a avaliar os conhecimentos do idoso sobre os as precauções a ter com os movimentos funcionais na realização destas atividades e sobre a técnica para a realização das mesmas e caso verificasse potencial de melhoria voltei a ensinar. Depois de garantir que estes tinham os conhecimentos necessários para realizarem as AVD em segurança, incentivei a realização destas AVD e caso verificasse potencial para estes melhorarem esta capacidade, treinei com eles a realização das AVD.

Para a realização das AVD comprometidas o recurso a estratégias adaptativas para a realização das mesmas fez parte do PCER, tendo sido encontradas em conjunto com o cliente e familiar cuidador as formas mais adequadas para a realização das AVD de forma segura e o mais autónoma possível. Estas estratégias adaptativas muitas vezes englobaram recurso a produtos de apoio³⁸ pelo que, a prescrição e capacitação para o seu uso fez parte do PCER. A nível comunitário, numa população maioritariamente carenciada de recursos económicos como a que encontrei neste contexto de estágio³⁹, um grande desafio à atuação do EEER é a gestão ao nível dos recursos, gestão esta que faz o EEER muitas vezes recorrer à imaginação para a utilização de objetos que o cliente tem no domicílio que possam substituir os produtos de apoio essenciais ao processo de reabilitação. Na minha prestação de cuidados de reabilitação tentei sempre utilizar produtos de apoio que o cliente já tivesse ou adaptar objetos que o cliente já tivesse na sua posse e quando esta adaptação não era possível e o cliente não tivesse recursos económicos para adquirir o produto de apoio essencial ao seu processo de reabilitação, encaminhei a situação para os parceiros da comunidade responsáveis pelo empréstimo destes produtos.

³⁸ segundo (Menoita, Sousa, Alvo e Vieira, 2012), as ajudas técnicas ou produtos de apoio são meios indispensáveis ao bem-estar, autonomia, integração e qualidade de vida das pessoas, de modo a permitir uma atividade mais independente, com menor esforço e dor, com o menor dispêndio de energia e maior comodidade.

³⁹ A população da RNCCI mantém características semelhantes: envelhecida e maioritariamente feminina, com baixo nível de escolaridade, carenciada e com elevada incapacidade e dependência (ACSS, 2015)

Antes deste treino de AVD verifiquei se o ambiente era ajustado às necessidades do cliente alvo dos cuidados de reabilitação e se este ambiente promovia a autonomia e a segurança na realização das AVD. Em alguns domicílios onde prestei cuidados de reabilitação, face à dependência apresentado pelos clientes, houve a necessidade de alteração da disposição de algum mobiliário e também a disposição dos objetos no domicílio de forma a facilitar a execução destas atividades e garantir a segurança do idoso aquando da execução das mesmas. No caso dos idosos sujeitos a ATA, sempre que possível esta alteração passou por alterar a sanita, deixar a casa de banho, quarto e áreas de estar no mesmo andar, aplicação de barras de apoio na casa de banho, aplicação de luzes noturnas nos locais onde o idoso anda durante a noite, colocação de roupas ou acessórios em gavetas que estejam ao nível da cintura, colocação dos utensílios de cozinha que necessita com mais frequência em armários que estejam ao nível da sua cintura e retirada de tapetes do chão (ou o seu uso com material antiderrapante). Em relação ao mobiliário e objetos que não permitam ao idoso deslocar-se entre as várias divisões a pé de forma segura, foram mudados de lugar ou retirados do trajeto feito pelo idoso. Nas situações em que o idoso tinha um animal de estimação em casa, junto do idoso e familiar cuidador consideramos a colocação temporária do animal em casa de um familiar ou amigo uma vez que a presença deste é um fator de risco para eventuais quedas. Em contexto hospitalar através da descrição do cliente e família avaliei as condições do domicílio, adaptando a realização das AVD neste contexto às condições que o idoso encontrará em casa e alertando e informando para a necessidade de alterações deste sempre que necessário.

2.1.2.4 Outras intervenções de EEER desenvolvidas

Durante o estágio quer em contexto domiciliário quer hospitalar, verifiquei que os idosos sujeitos a ATA não colocaram questões relativamente às precauções a ter no regresso à atividade sexual. O facto de os clientes não colocarem questões sobre esta temática não significa que não tivessem dúvidas nem preocupações acerca do retorno à atividade sexual, tal como demonstrado num estudo realizado por Dahm, Jacofsky e Lewallen (2004) onde 89% das pessoas desejavam ter tido mais informação sobre o retorno à atividade sexual após a artroplastia total da anca. Este facto poderá ser explicado por estes não se sentirem confortáveis em falar

abertamente sobre este assunto que ainda hoje acaba por ser um tabu, especialmente em idades mais avançadas (Laffosse, Tricoire, Chiron e Puget 2008). Sempre que pertinente avaliei os conhecimentos dos idosos sobre as precauções a ter no regresso à atividade sexual⁴⁰ e caso verificasse potencial de melhoria deste conhecimento ensinei sobre estas precauções até melhorarem este conhecimento.

A avaliação dos conhecimentos do idoso sobre técnica de entrar e sair do carro também fez parte dos PCER dirigidos a estes clientes. Caso verificasse potencial de melhoria destes conhecimentos, ensinei sobre esta técnica até estes melhorarem estes conhecimentos. Nesta fase também reforcei a importância de o idoso retornar ou iniciar uma atividade física regular com objetivo de manter ou melhorar a qualidade óssea, possibilitando assim melhor fixação da prótese, o aumento ou a manutenção da resistência e força muscular, benefícios importantes para prevenir as quedas (Melo, 2009). Apesar de a atividade física ser benéfica, reforcei que este não deverá iniciar atividade física, desportiva ou de lazer que nunca realizou anteriormente nem realizar atividades complexas que necessitem de grande técnica devido ao risco de lesão e/ou compromisso da integridade da prótese. Nesta fase também informei os idosos sobre possíveis complicações e sinais de alerta destas complicações como dor, encurtamento da perna, perda de função, alterações na sensibilidade.

Sempre que era necessário fazer alterações em contexto domiciliário, a minha ação passou por juntamente com o cliente e cuidador evitar que estas alterações conduzissem a uma despersonalização do ambiente domiciliário, procurando sempre encontrar forma de garantir que o domicílio garantisse a autonomia e segurança do idoso tentando sempre manter ao máximo este continuasse o mais parecido com o ambiente habitual do idoso, evitando que aconteça o que verifiquei em alguns domicílios que prestei cuidados, onde a medicação e os produtos de apoio passou a substituir a decoração da casa, a cama de casal foi trocada por uma cama articulada, à casa de banho adicionados apoios, removidos móveis e outros artefactos, tornando o ambiente domiciliário demasiado “hospitalizado”, com uma nova disposição que facilita o acesso aos cuidados ao cliente, mas que acabam por despersonalizar o ambiente.

Na passagem pelo contexto comunitário, verifiquei que ainda existem muitos clientes privados de sair de casa e de utilizar os recursos da comunidade por barreiras

⁴⁰ Posições sexuais permitidas, contraindicadas e tempo de retoma a esta atividade.

arquitetónicas. Normalmente pela presença de escadas, ruas demasiado estreitas com carros estacionados nos acessos e por más condições do piso da rua. Estes acabam por sair de casa apenas para recorrer ao hospital e fazem-no com auxílio dos bombeiros que os transportam em cadeira de rodas até à ambulância, tornando-os sempre dependentes destes profissionais para as suas deslocações ao exterior. Na passagem por este contexto de cuidados e ao confrontar-me com as dificuldades que estes idosos se confrontam diariamente, verifiquei que embora haja muita legislação relativa à acessibilidade do cidadão com mobilidade reduzida⁴¹, esta nem sempre é aplicada. A minha atuação em relação a este tema passou por contactar a gestão de condomínio sempre que o prédio tinha barreiras arquitetónicas no acesso ao mesmo e também abordei essa questão numa reunião com os parceiros sociais (representantes da câmara municipal, PSP), representantes que se comprometeram a analisar e resolver as situações abordadas.

Durante todo o processo de transição vivenciado pelo ISCO procurei incluir o CF, inclusão que para além de contribuir para a sua preparação para o papel de cuidador, transmite segurança, afeto e suporte emocional ao cliente durante o internamento hospitalar, sendo um elemento motivador do cliente, contribuindo para a sua manutenção da estabilidade físico-emocional (Beuter, Brondani, Szareski, Lana, Alvim 2009; Pryor, 2011).

Para além de ser uma prática com comprovados benefícios para o cliente e para o cuidador, prestar ao cuidador familiar a conveniente informação e orientação para que este possa, se assim o entender, sob a supervisão da equipa, colaborar na prestação de cuidados ao cliente internado é uma obrigação prevista na lei⁴², obrigação que torna imprescindível que os profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, considerem os cuidadores parceiros nos cuidados, e que trabalhem no sentido de implementar esta filosofia na sua prática diária.

Na minha prática procurei sempre trazer o CF para o hospital e integra-lo nos cuidados, contudo verifiquei que esta prática constitui uma alteração de paradigma muito enraizado nas instituições hospitalares, desencadeando mudança no modo com se organizam os cuidados. Para a integração do cuidador familiar nos cuidados prestados a nível hospitalar, alterei rotinas muito enraizadas no hospital, como por exemplo o horário da prestação de cuidados de higiene que normalmente são

⁴¹ Decreto-Lei nº163/2006, de 8 de Agosto.

⁴² Artigo 5º, do Decreto-Lei 106/2009 de 14 de Setembro.

efetuados durante a manhã e em algumas situações deixei para o período da tarde de forma a coincidir com o período das visitas, para poder integrar o cuidador no treino desta AVD.

Em contexto domiciliário, a integração do familiar cuidador nos cuidados para além de ser uma boa prática é uma obrigação do EEER uma vez que no domicílio, o cuidador familiar é quem assume muitas das intervenções ao cliente alvo dos cuidados. Mais do que em qualquer outro contexto, no domicílio, o cuidador familiar deve ser incluído no PCER pelo enfermeiro de reabilitação, devendo as intervenções do EEER ser direcionadas tanto para o cliente, como para o cuidador uma vez que a não inclusão do cuidador familiar nos cuidados pode ditar o insucesso do programa de reabilitação.

Nas situações em que o cuidador familiar reunia vontade e capacidade para exercer esse papel, de forma geral, verifiquei uma tendência natural para o cuidador familiar substituir o cliente dependente na execução de determinadas atividades. Esta tendência para a substituição pode ser atribuída a razões de ordem prática, porque se faz mais rápido a atividade substituindo o cliente ou porque o cuidador familiar não tem a real noção das potencialidades da pessoa dependente. Neste sentido, nas atividades de capacitação do cuidador familiar para assistir o familiar na realização das AVD pretendi que o cuidador familiar apenas substituísse o cliente apenas no que ele não for capaz de fazer uma vez que a substituição apenas é desejável a partir do momento em que existe uma incapacidade total para o desempenho de determinada atividade (Sequeira, 2010).

A inclusão do CF nos cuidados prestados, para além dos benefícios referidos, também foi importante para avaliar a capacidade do familiar para desempenhar o papel de cuidador⁴³ papel que pode envolver a realização de tarefas física e emocionalmente desgastantes para as quais este familiar pode não ter capacidade como aconteceu em algumas situações ao longo do estágio, onde o cuidador familiar era o cônjuge de um idoso, também ele idoso, com limitações funcionais que o impossibilitavam de assumir este papel na plenitude. A nível hospitalar, quando verifiquei estas situações, informei a equipa de gestão de altas que o cuidador não reunia condições para cuidar do idoso no domicílio, situação que na impossibilidade

⁴³ Interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém; interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde; membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de um prestador de cuidados; expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente a cuidar de membro da família dependente (ICN, 2015).

de haver outro cuidador faria com que este tivesse que ser encaminhado para uma unidade de convalescença da RNCCI. Na ECCI, sempre que verifiquei esta situação, em articulação com a assistente social foi efetuada referência para outras entidades, de média ou longa duração conforme a situação assim o exigisse.

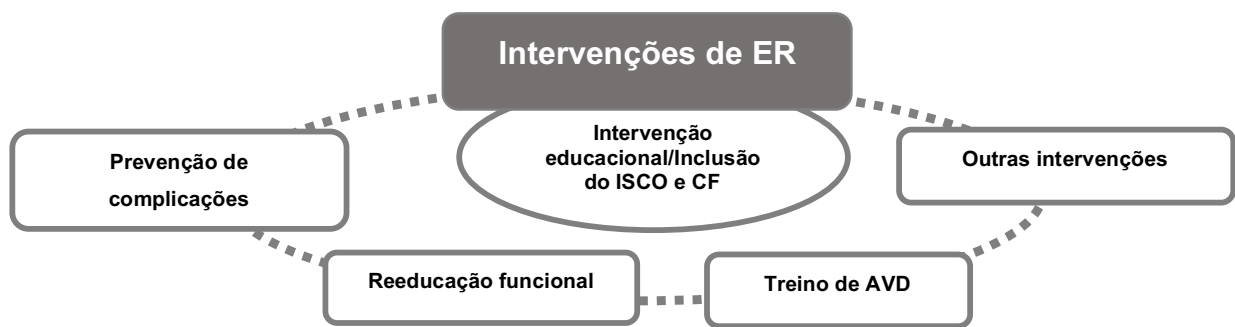
Reconhecer o cuidador familiar como parceiro nos cuidados, é ao mesmo tempo reconhecer, que também ele necessita da atenção dos cuidados de ER, por isso estive desperto para as necessidades destes.

Neste contexto verifiquei em algumas situações que o cuidador assumiu os cuidados por uma imposição de circunstâncias, não tendo esta situação sido opcional, um ato pensado ou decidido em conjunto. Também verifiquei que alguns cuidadores face à atividade laboral se viam obrigados a gerir o seu tempo e a dividir-se entre a sua atividade laboral, com os afazeres domésticos, com os filhos, entre outros. Deste modo, procurei conhecer devidamente os recursos do cuidador, tanto pessoais como sociais, de forma a que em conjunto com este encontrasse estratégias e recursos de apoio de forma a diminuir a sua sobrecarga física, psicológica e económica.

Tendo em conta que a repetição continuada de movimentos e o esforço físico associado ao cuidador pode ser o responsável pela instalação de lesões musculoesqueléticas, quer em contexto hospitalar quer comunitário, avaliei os seus conhecimentos sobre técnicas para prevenir lesões e caso houvesse potencial para melhoria destes conhecimentos, promovi com os cuidadores momentos de ensino de técnicas preventivas, como o planeamento dos movimentos, o aumento da base de sustentação, fletir os joelhos e colocar a força nos músculos abdominais e nos membros inferiores, utilizar os membros superiores como alavancas e mantê-los junto ao tronco, colocar a pessoa o mais próximo possível do nosso corpo no levante, assim como puxar e deslizar em vez de empurrar e elevar (OE, 2013).

Foi através das intervenções implementadas que abordei anteriormente que foi possível atingir alguns dos objetivos⁴⁴ delineados assim como desenvolver algumas das competências específicas do EEER e comuns do EE, competências que se encontram descritas na figura 2.

⁴⁴ “Promover um ambiente seguro e centrado na pessoa que favoreça uma relação terapêutica e de confiança”; “Adquirir/aprofundar conhecimentos que fundamentem as intervenções e a tomada de decisão no exercício da prática especializada de reabilitação”; “Planear e implementar intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa sujeita a cirurgia ortopédica, para minimizar ou prevenir complicações pós cirúrgicas”; “Elaborar e implementar programas de treino que visem a adaptação da pessoa idosa sujeita a cirurgia ortopédica e a maximização da sua autonomia, facilitando o seu processo de transição”.



Competências desenvolvidas

- J1.2.** Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade
- J1.3.** Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade
- J2.1.** Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida
- J2.2.** Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social
- J3.1.** Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório
- A1.1.** Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada
- A2.2.** Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente

Figura 2: Competências desenvolvidas e domínios de intervenção contemplados na intervenção de ER aos ISCO.

2.1.3 Padrões de resposta da transição

Numa prática da qual deve fazer parte uma avaliação continua do estado de saúde dos clientes alvo dos cuidados, torna-se fundamental tanto para o EEER como para a pessoa compreender a evolução do processo de transição e para isso é necessário, segundo a teoria das transições atender à existência de padrões de resposta, que se subdividem em dois tipos, indicadores de processo e indicadores de resultado. Os indicadores de processo permitem apurar se a vivencia da transição está a dirigir a pessoa no sentido de uma transição saudável ou na direção da vulnerabilidade e risco, o que permite a avaliação e intervenção de enfermagem com vista à promoção de resultados saudáveis. Os indicadores de resultado permitem apurar se a transição se constituiu como um evento saudável na vida da pessoa, sendo um indicador o desenvolvimento de competências e condutas ao longo de todo o processo de transição para gerir a nova situação (Meleis et al., 2010). Deste modo, o domínio das habilidades e comportamentos necessários para gerir novas situações,

bem como a reformulação da identidade, são indicadores da conclusão de uma transição saudável, resultado que deve ser também expectável no processo de transição hospital-domicílio do idoso que é sujeito a cirurgia ortopédica. À medida que as pessoas se aproximam de um período de estabilidade, inerente ao término do processo de transição saúde-doença relacionada com a cirurgia ortopédica, os seus níveis de mestria irão indicar-nos os ganhos em saúde atingidos no decurso de toda a experiência. Por outro lado, uma transição saudável deve envolver uma reformulação da identidade da pessoa da qual resulta a incorporação de novos conhecimentos com o objetivo de alterar os seus próprios comportamentos (Meleis et al, 2010).

Para compreender a evolução deste processo, durante a implementação dos planos de cuidados foi sempre minha preocupação avaliar o resultado das intervenções implementadas, e para isso monitorizei a situação de saúde do cliente de forma a confrontar os resultados alcançados com os objetivos definidos de forma a perceber o resultado das intervenções implementadas, ponderando a necessidade de reformulação do PCER.

A avaliação sistemática do idoso através de instrumentos de avaliação foi importante na minha prática pois ajudou-me a medir a incapacidade do idoso, monitorizar os progressos, medir a eficácia do PCER, fundamentar a tomada de decisão e documentar os benefícios das intervenções de reabilitação, permitindo também uniformizar a linguagem, o que facilitou a monitorização da evolução do estado de saúde (OE, 2004). O devido registo desta monitorização pode servir vários objetivos, como ter implicações legais sobre os deveres profissionais, promover a coordenação de cuidados, disponibilizar dados objetivos sobre benefícios e qualidade de cuidados de saúde, justificar dotações e quantificar custos económicos associados aos cuidados de saúde (Kelly-Hayes e Phipps, 2011). Sequeira (2010), reforça que cada vez mais é necessário utilizar instrumentos de avaliação como suporte de apoio à tomada de decisão clínica em enfermagem. O registo da avaliação efetuada através de instrumentos de avaliação também permite a elaboração de indicadores de saúde no sentido de promover a qualidade dos cuidados e identificar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Através desta prática desenvolvida consegui atingir o objetivo “Avaliar o resultado das intervenções implementadas”. Estas atividades permitiram-me desenvolver as competências: **J1.4.** Avalia os resultados das intervenções

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

2.1.4 - Outras atividades desenvolvidas em ensino clínico

Da minha observação dos contextos de estágio, percebi que na plataforma informática onde são efetuados os registos dos cuidados de enfermagem, o recurso a instrumentos de avaliação para uma avaliação completa que caracterize a real condição de saúde da pessoa e o registo da avaliação sistemática necessária para a implementação e readaptação de programas de Reabilitação que visem a excelência dos cuidados ao cliente, é uma área com potencial para melhoria em ambos os contextos de estágio. Com o objetivo de participar na melhoria contínua da qualidade destes contextos, elaborei o documento que permite ajudar o EEER na avaliação mais adequada de cada situação, ajudando também a caracterizar a condição de saúde da pessoa com maior clareza do ponto de vista da resposta humana às transições decorrentes da alteração do estado de saúde, sendo um suporte para a posterior tomada de decisão relativamente às áreas consideradas mais prementes e necessárias para o desenvolvimento em particular da EEER. (documento pode ser consultado no apêndice 14)

Para a fundamentação de todo este percurso, suportei a minha prática em conhecimentos adquiridos em contexto de formação formal, e adquiridos através da pesquisa bibliográfica, suportada em livros técnico científicos e artigos científicos acedidos através de bases de dados informáticas nomeadamente “CINAHL, MEDLINE, B-ON e GOOGLE ACADÉMICO”. Nesta pesquisa também incluí dissertações de Mestrado e Doutoramento com relevância para o tema.

A evidência científica encontrada foi partilhada e discutida junto dos EO e Docente orientador, e transportada para o contexto de cuidados, ação que proporcionou a discussão de ideais, a troca de experiências e a complementaridade de perspetivas.

Sobre estas pesquisas quero realçar a partilha com a equipa de enfermagem sobre o trabalho feito noutras instituições hospitalares no caso da ATA e sobre a evidência científica sobre os ganhos em saúde de uma intervenção prévia à cirurgia. Com esta minha ação considero ter desempenhado um papel colaborativo de suporte no desenvolvimento de iniciativas estratégicas na área da qualidade nas equipas interdisciplinares que integrei.

Das atividades desenvolvidas ao longo deste percurso também quero destacar a minha colaboração num projeto de formação Contínua para cuidadores formais⁴⁵ dos parceiros que prestam cuidados em regime de apoio domiciliário aos utentes abrangidos pela ECCL, intitulado “Formar para cuidar”. Este projeto, através de um conjunto de sessões de formação ministradas por diferentes grupos profissionais (enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas), pretende dotar estas cuidadoras de mais conhecimentos especializados no que respeita a às necessidades formativas previamente identificadas. A minha participação neste projeto passou pela realização de duas sessões de formação teórico práticas intituladas “mobilizações e posicionamentos” (Apêndice 7). Tendo em conta que a informação que se transmite oralmente pode não ser totalmente retida, elaborei também um folheto para servir de guia orientador para uma posterior consulta (Apêndice 8). Estas sessões foram momentos de partilha de experiências acerca das barreiras que ambos enfrentamos todos os dias aquando da prestação de cuidados nos domicílios e para além de dotar estas cuidadoras de conhecimentos que irão contribuir a melhoria ao nível da qualidade e segurança dos cuidados, foram momentos que fomentaram o espírito de equipa, que geraram sentimentos de confiança entre os parceiros comunitários. Apesar de não ter feito uma avaliação formal da sessão de formação, notei uma franca melhoria ao nível dos posicionamentos efetuados por estes cuidadores, acreditando que esta sessão contribuiu para a adoção de práticas seguras (para si e para os clientes) aquando da sua prestação de cuidados.

Para além desta participação, em contexto hospitalar, em conjunto com outro aluno da ER a realizar o estágio no mesmo local, realizei duas sessões de formação dirigidas à equipa de enfermagem intituladas “Alteração da deglutição – segurança do doente na alimentação” e “Pessoa com patologia da anca – processo de reabilitação” (Apêndices 10 e 12 respetivamente). As sessões ministradas foram baseadas num diagnóstico de necessidades formativas, durante a observação da prestação de cuidados da equipa. De realçar que estas sessões tiveram muita adesão por parte da equipa e que se revelaram um excelente momento de aproximação e de confiança entre nós alunos e a equipa de enfermagem. Apesar de não ter avaliado formalmente as sessões, considero que estas foram muito pertinentes e que contribuíram para a

⁴⁵ Os cuidadores formais são profissionais contratados, com carácter remuneratório, para a prestação de cuidados no domicílio ou instituição, tendo que haver uma preparação específica para este papel, estando integrados numa atividade profissional, que incluem atividades inerentes ao conteúdo do exercício laboral, de acordo com competências própria (Sousa, 2011).

melhoria dos cuidados prestados nesta instituição. Foi com grande agrado que verifiquei que alguns enfermeiros da equipa recorreram a nós, em situações ulteriores e informais, a fim de obter o esclarecimento de alguma técnica ou procedimento que deveriam adotar perante as situações apresentadas nas sessões.

Durante este percurso, era meu objetivo e tive oportunidade de desenvolver capacidades de gestão de cuidados à pessoa sujeita a cirurgia ortopédica de acordo com os recursos existentes. Na ECCI que integrei vigora o modelo de gestão de caso, sobressaindo a figura do “gestor de caso”⁴⁶, papel que pode ser desempenhado por qualquer profissional da equipa mas que habitualmente é desempenhado pelo enfermeiro, uma vez que este é reconhecido por toda a equipa multidisciplinar como o profissional em melhor situação para responder em momento oportuno, com qualidade, às necessidades e potencialidades do cliente, de modo a garantir a eficiência e eficácia e segurança na prestação de cuidados. No caso específico do EEER este é o gestor de caso de todos os clientes que necessitem de cuidados de reabilitação e durante o meu percurso na comunidade, sob orientação do enfermeiro orientador, tive a oportunidade de participar em algumas atividades inerentes ao desempenho do papel de gestor de caso dos doentes referenciados para cuidados de reabilitação, nomeadamente a participação na discussão dos seus casos nas reuniões interdisciplinares, na negociação do PCER com o utente e sua família, permanente atualização dos diagnósticos e intervenções nos sistemas de informação, referenciação para outros prestadores de cuidados de saúde, articulação com outros serviços de saúde, unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde e recursos da comunidade, gestão eficiente do tempo de permanência do utente na ECCI e criação de condições para a alta e decisão da alta. Uma outra função do gestor de caso que tive a oportunidade de realizar neste contexto de estágio foi a transmissão de informação aos clientes e cuidadores sobre os recursos existentes na comunidade que possam prestar apoio à pessoa que deles necessite e que facilite a sua reinserção na sociedade. Para a concretização deste objetivo também quero realçar a minha participação nas reuniões multidisciplinares, reuniões onde verifiquei a responsabilidade que o EEER tem ao nível da tomada de decisão sobre situações como o planeamento de alta, planeamento de cuidados, (discussão com o cuidador)

⁴⁶ De acordo com Martins e Fernandes (2010), a gestão de caso é um processo de gestão de cuidados que visa disponibilizar um serviço direcionado e coerente, evitando a fragmentação de cuidados. A seleção do gestor de caso é decidida pela equipa multidisciplinar, com base na problemática predominante da situação de cada utente ou família, podendo, no entanto, haver necessidade de mudança do gestor de caso.

escolha da tipologia de cuidados continuados para encaminhamento dos clientes depois da alta hospitalar e decisão sobre a necessidade de alteração de internamento noutras unidades da RNCCI. Nestas reuniões também verifiquei por parte do EEER a responsabilidade pela formalização de pareceres sobre estratégias que melhorem a reintegração social e familiar.

Através do desenvolvimento das atividades supramencionadas consegui atingir entre outros o objetivo: “Desenvolver capacidades de gestão de cuidados à pessoa sujeita a cirurgia ortopédica de acordo com os recursos existentes”. Em relação às competências desenvolvi as competências comuns do Enfermeiro Especialista: **B1.1.** Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade **B2.2.** Planeia programas de melhoria contínua **B2.3.** Lidera programas de melhoria **D2.1.** Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade, **C1.1.** Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, **C2.1.** Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.

2.2 - Atividades não planeadas

Em ambos os contextos de estágio, para além de ter prestado CER a idosos sujeitos a cirurgia ortopédica, também prestei CER clientes que sofreram a instalação súbita de alguma doença ou do agravar de uma doença prévia, nomeadamente AVC⁴⁷.

A avaliação destes clientes foi semelhante à descrita anteriormente, acrescentando na avaliação objetiva do cliente a avaliação da negligência hemiespacial e unilateral; linguagem e pares cranianos uma vez que a instalação desta patologia gera uma alteração neurológica capaz de gerar para além de alterações motoras, alterações relacionadas com a comunicação, deglutição, motricidade facial, eliminação, sexualidade bem como a nível visual, sensorial, emocional, social e cognitivo, decorrendo por períodos variáveis, dependendo da área afetada, gravidade da lesão e estado de saúde (Menoita et al. 2012; Silva, 2010).

⁴⁷ Em relação a diagnósticos associados aos motivos de referência na ECCL, 20,1% dizem respeito a doença vascular cerebral aguda (ACSS, 2015). Em contexto hospitalar, apesar de o estágio ter sido realizado num serviço de internamento de ortopedia, com a abertura do plano de contingência da gripe que coincidiu com a realização do estágio neste contexto, foram admitidos neste serviço, para além dos doentes de especialidades cirúrgicas, doentes de especialidades médicas, nomeadamente clientes na fase aguda de AVC.

Opto por descrever apenas as intervenções no âmbito da transição saúde doença (ao nível da intervenção na recuperação dos défices) uma vez que a intervenção na transição situacional foi em tudo semelhante à descrita para os ISCO.

Na prestação de cuidados de ER a clientes com negligência unilateral, hemiparesia e hemiplegia decorrentes de AVC, inicialmente foram realizados exercícios musculares e articulares, exercícios essenciais para a recuperação do cliente com estas alterações, uma vez que para além de prevenirem contraturas e o atrofio muscular e a rigidez articular, estimulam a integração do lado do corpo afetado e estimulam também a plasticidade neuronal, permitem readquirir o esquema corporal, exercitar mecanismos de reflexo postural, estimular a sensibilidade propriocetiva, melhorar o equilíbrio, inibir a espasticidade, facilitar as atividades na cama, preparar a pessoa para a posição de sentada e ortostática (Menoita et al. 2012; Hoeman, 2011; Jonhstone, 1987). Na sua realização procurei proporcionar um ambiente confortável, que minimizasse as distrações, de forma a que a pessoa se encontrasse concentrada, aprendendo a controlar cada músculo individualmente treinando posteriormente a coordenação (Kottke, 1994). Estes exercícios foram efetuados bilateralmente, uma vez que o lado do corpo que aparentemente está são, também é inervado por uma percentagem reduzida de fibras que sofreram lesão.

A literatura aponta que são necessárias centenas ou milhares de repetições de movimentos para que reaprenda as funções perdidas ou “esquecidas” e de acordo com Menoita et al. (2012) os exercícios devem ser realizados 2 a 3 vezes por dia; repetidas no mínimo 10 vezes em cada movimento; executadas até ao limite da dor, fadiga cumulativa, tolerância de acordo com a reação da pessoa; realizadas de forma coordenada e repetida, sendo essencial este aspeto para a formação do engrama motor na pessoa na fase de sequelas de AVC; controladas, segurando o segmento a mobilizar em torno das articulações; efetuadas do segmento distal para o proximal. De forma a aumentar a estimulação sensorial que promova a plasticidade neuronal, incentivei o cliente a observar e pensar sobre o movimento, uma vez que segundo Kottke (1994), o SNC necessita de receber a mesma informação várias vezes de forma ordenada para poder torná-las funcionais. Como esta atividade necessita de grande capacidade de atenção e concentração por parte dos clientes, foi usada essencialmente em clientes sem alterações significativas do estado de consciência. Para este aumento dos estímulos sensoriais do lado mais afetado, também foi minha preocupação abordar o cliente pelo lado mais afetado e gerir o ambiente forma a usar

a facilitação cruzada, dispondo a mesa de cabeceira e todos os objetos do cliente do lado do corpo afetado. O PCER incluiu ainda ensinamentos sobre automobilizações, que para além de evitarem contraturas e atrofia muscular, estimulam a reativação do tônus e força muscular e ajudam a integrar o hemitopo negligenciado nos casos de negligência (Hoeman, 2000).

Para além dos exercícios de mobilização dos segmentos corporais e gestão do ambiente, no PCER dirigido a estes clientes foram incluídas atividades terapêuticas como rolar para o lado mais e menos afetado, a ponte, a rotação controlada da anca e carga no cotovelo. Estas atividades foram realizadas com o intuito de numa fase inicial, promover a mobilidade, a integração do hemitopo no esquema corporal, estimular a sensibilidade, reeducar o reflexo postural e favorecer o alinhamento corporal e assim preparar o cliente para o levantar e para a posterior marcha (Menoita et al. 2012).

Depois destes exercícios e atividades terapêuticas, logo que possível incentivei o cliente a transferir-se para a cadeira de rodas, apoiando-o pelo lado mais afetado. Dei sempre preferência à cadeira de rodas em detrimento do cadeirão uma vez que esta permite um melhor alinhamento corporal e permite adaptar uma superfície de trabalho que permite que o cliente visualize o membro negligenciado, ajudando na reintegração do mesmo e facilitando as automobilizações. O sentar na cama antes da transferência e a passagem para a posição de pé que incentivei os clientes a realizarem antes de se transferirem para a cadeira de rodas para além de favorecerem a sensibilidade postural e propriocepção, serviram também para avaliar o equilíbrio sentado e em pé, equilíbrio passível de estar alterado pela diminuição de força no lado mais afetado e/ou comprometimento de região cerebral relacionada com a coordenação motora.

Nestas situações incentivei o idoso a realizar exercícios de coordenação e equilíbrio estático e dinâmico, inicialmente sentado na cadeira de rodas⁴⁸ e posteriormente em pé⁴⁹, treino este que permite readquirir o equilíbrio, despertar o mecanismo de reflexo postural; melhorar a postura e imagem corporal; estimular a sensibilidade proprioceptiva; evitar quedas; reabilitar o lado lesado (em situações de hemiparesia ou hemiplegia); estabilidade completa no sentar; preparar para a

⁴⁸ Equilíbrio estático e dinâmico sentado; inclinação lateral do tronco, avião, Flexão do tronco (OE, 2009)

⁴⁹ Foram realizados exercícios como flexão e extensão, abdução e adução da coxofemural, flexão e extensão da femurotibial, transferência de peso de um membro inferior para o outro, flexão lateral do tronco, dorsiflexão e flexão plantar da tibiotársica, aumentando progressivamente as repetições de acordo com o desempenho do cliente.

transferência e preparar para a realização das AVD (André, 2006). Procurei fazer estes exercícios em frente ao espelho (quadriculado) para que o estímulo visual favorecesse a integração do membro negligenciado, e o cliente corrigisse a sua postura.

No caso dos clientes onde a AVD locomoção estava comprometida ou em risco de estar, esteve no topo das minhas prioridades o treino de marcha uma vez que a dependência na marcha na pessoa idosa acaba por implicar dependência nas demais AVD. Para além disso, a perda de mobilidade acarreta a privação da participação social e familiar, atividades muito valorizadas pelos clientes a quem prestei cuidados. Só parti para o treino desta AVD quando verificava equilíbrio estático e dinâmico sentado e equilíbrio estático de pé. Quando esta AVD está comprometida devido ao AVC, existem técnicas específicas para a sua realização que são do domínio específico do enfermeiro de reabilitação e que fizeram parte dos PCER por mim elaborados. Para além disso também incluí no PCER o treino das restantes AVD afetadas.

Clientes com alteração no controlo vesical também foram alvo dos cuidados prestados em contexto domiciliário. Exercícios de fortalecimento muscular da musculatura pélvica que fortaleçam os elementos de sustentação dos órgãos pélvicos e melhorem a resistência uretral, podem ser determinantes para a recuperação da autonomia na eliminação assim como a definição de rotinas para a eliminação é uma estratégia facilitadora do controlo da mesma (Menoita et al., 2012; Sequeira, 2010). Aqui minha intervenção foi desde o ensino e incentivo à execução de exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, ensino sobre autocontrolo e ingestão hídrica passando também pelo aconselhamento sobre material adaptativo. Nas situações em que verifiquei que havia uma alteração das funções cerebrais que impeçam o controlo voluntário da eliminação, a minha intervenção passou por estimular o cliente a estar atento à sensação vesical e estimular o utente a urinar através de estímulos verbais e percussão suprapúbica, intervenção que segundo Lourenço e Mendes (2010) favorece a controlo voluntário da eliminação.

Devido à alteração na mobilidade a que alguns clientes estiveram sujeitos, uma alteração frequentemente verificada foi a alteração ao nível da eliminação intestinal. Segundo Hoeman (2011), uma correta intervenção em relação a este autocuidado, passa por uma avaliação que contemple o conhecimento acerca das rotinas e padrões intestinais da pessoa. Através deste conhecimento é possível ajustar face aos hábitos

da mesma uma dieta individualizada e fomentar a atividade física, mediante as capacidades da pessoa. Durante o ensino clínico foram vários os momentos de ensino tanto à pessoa como à família sobre a importância da prevenção da ocorrência de obstipação assim como ensino sobre estratégias de prevenção desta complicação, nomeadamente a implementação de uma dieta com predomínio de fibras e de ingestão de líquidos; instituição de horários para as refeições (se possível estimular a evacuar após as refeições e antes da higiene e educando no sentido de melhorar o padrão intestinal), através da realização da massagem abdominal no sentido do fluxo intestinal, estimulação da ampola retal e uso de terapêutica laxante em último recurso.

Para além de ter prestado cuidados de reabilitação a clientes com as alterações acima referidas, em ambos os contextos de estágio também prestei cuidados a clientes com disfagia. No caso do AVC, nos primeiros 3 dias pode afetar 42 a 72 % dos clientes que sofrem este acidente (Donovan, Daniels, Edmiaston, Weinhardt, Summers, Mitchell, 2013), podendo reverter espontaneamente ao fim de 48 horas (Itaqui, Favero, Ribeiro, Barea, Almeida, Mancopes, 2011), passando a ação do ER pela identificação desta complicação e uma intervenção que promova uma deglutição segura, prevenindo as complicações decorrentes desta alteração.

Quando verificava na avaliação inicial que esta estava comprometida, na minha prática de ER aplicada a estes clientes, sentei o cliente e incentivei-o a realizar exercícios com os lábios, exercícios com a língua e exercícios com a musculatura facial (Como encher a boca de ar, assobiar, fazer caretas) de forma a aumentar a força muscular e contribuir, através das memórias, para a reaprendizagem dos movimentos esquecidos. Depois, ainda sem alimentos na boca, estimei o cliente a realizar exercícios que melhoram o controlo do bolo alimentar e a executar manobras facilitadores da deglutição⁵⁰. Durante a alimentação destes clientes proporcionei um ambiente calmo de forma a evitar distrações durante a alimentação, coloquei a comida no seu campo de visão, evitei alimentos com duas consistências e alimentos que se liquidifiquem rapidamente. Para promover um aumento da sensibilidade, e assim promover uma maior consciência e controlo do processo de deglutição, alimentei o cliente com uma colher de inox e procurei fornecer alimentos mais quentes

⁵⁰ Caso o cliente tivesse capacidade para tal incentivei-o a realizar a manobra supraglótica (1º Inspirar fundo – 2º sustar a respiração – 3º Introduzir o alimento e engolir com a respiração ainda suspensa - 4º Tossir para expulsar o resíduo alimentar (se houver) - 5º Respirar normalmente), Manobra de Mendelson (Com os dedos - polegar e indicador - elevar a laringe e segurá-la em cima no momento da deglutição), deglutição múltipla (Deglutir duas vezes seguidas. Esta manobra ajuda a limpeza da cavidade oral após engolir uma primeira vez) e Manobra de Masuko (Deglutir com a língua entre os dentes. Esta manobra ajuda a aumentar a constrição das paredes laterais e posteriores da faringe, favorecendo a progressão do bolo alimentar). Hoeman (2011)

(estimulação térmica) ou mais ácidos (pela estimulação do paladar). Durante a mastigação estimei-os a massajarem a face lateral da face (principalmente do lado mais afetado), ação que evita que fique comida acumulada no lado mais afetado e também incentivei o cliente a fazer movimentos com a língua como que a “varrer o céu da boca”, movimento que ajuda a misturar o bolo alimentar com a saliva e a levá-lo para a parte posterior da boca. Antes de o cliente engolir incentivei-o a inclinar o pescoço para o lado menos afetado e a virar a cabeça para o lado mais afetado, movimento que faz uma adução das pregas vocais do lado afetado encerra a faringe do lado para o qual a cabeça esta rodada e a gravidade dirige os alimentos para o lado mais funcional da faringe. No fim verifiquei a acumulação de comida na boca e monitorizei a tosse e outros sinais de aspiração⁵¹. Depois da alimentação deixei o cliente com a cabeceira elevada 30 a 45 minutos. Monitorizei o peso e os sinais de desidratação.

As alterações nos pares cranianos envolvidos na deglutição, para além de condicionarem a deglutição podem interferir na fala, na comunicação não-verbal, na autoimagem e no sorrir. Caso verificasse essas alterações, incluí no PCER ensino e treino de exercícios de reeducação da musculatura facial tendo em vista o restauro da motricidade da face, lábios e língua. Estes exercícios estimulam os recetores propriocetivos e sensoriais uma vez que melhoram a circulação na zona lesada e consequentemente elevam o metabolismo celular, estimulando o trofismo muscular (Menoita et al, 2012; Cardoso, Rainho, Quitério, Cruz, Magano, Castro, 2011).

Estas atividades apesar de não estarem planeadas foram muito importantes para o meu processo de aquisição de conhecimentos e competências de EEER, tendo contrinuido para o desenvolvimento das competências: **J1.1.** Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades, **J1.2.** Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade, **J1.3.** Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, **J2.1.**

⁵¹ Tosse, cianose, lacrimejo, sensação de bolo ou nó na garganta, alteração nos sons respiratórios, dor torácica durante a alimentação, dispneia, gorgolejo à auscultação, esforço respiratório, “fazer caretas”, saída de saliva pela boca, aumento de secreções, regurgitação nasal, rubor facial, movimentos excessivos da língua, dessaturação de cerca de 2% (Avaliei a SpO2 antes e depois da alimentação uma vez que de acordo com Jacques e Cardoso (2011) a monitorização da SpO2 pode ser relevante, uma vez que foi encontrada uma variação $\geq 2\%$, antes e depois da alimentação, em pessoas com disfagia).

Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida, **J3.1.** Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório e **J3.2.** Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados.

3 - INTERVENÇÃO PREVENTIVA, UM DESAFIO.

O avanço científico e tecnológico, associado ao avanço do conhecimento médico nesta área fez com que a cirurgia ortopédica evoluísse muito nos últimos anos, verificando-se uma melhoria nos procedimentos cirúrgicos assim como na qualidade dos materiais utilizados, evolução esta que se traduz numa melhoria quer ao nível da segurança do procedimento quer ao nível da recuperação pós cirúrgicos, proporcionando cada vez mais qualidade de vida à pessoa que a este tratamento se sujeita.

A melhoria ao nível da segurança cirúrgica faz com que pessoas em idade mais avançada que outrora não reuniam condições físicas para serem sujeitas a este tratamento, atualmente a ele se possam submeter, a melhoria ao nível do procedimento e dos materiais utilizados faz com que esta cirurgia seja utilizada para tratar DRM FESF de pessoas cada vez em idades mais jovens, havendo assim um maior numero de pessoas que podem beneficiar desta cirurgia (Sendir, Buyukilmaz e Musovi, 2013)

O ambiente económico atual e os orçamentos de saúde restritos, associados a uma tendência crescente da necessidade desta intervenção cirúrgica, levam as instituições de saúde à adoção de várias medidas que têm como finalidade a contenção de custos, observando-se uma tendência para a redução dos tempos de internamento nas unidades hospitalares, o que leva à necessidade de mudanças ao nível da prestação de cuidados de saúde. (Entidade Reguladora da Saúde, 2014)

Na preparação para (esta transição que é) a cirurgia ortopédica (eletiva) e para todo o processo de reabilitação inerente à cirurgia, os enfermeiros têm a necessidade de transmitir muita informação e neste atual modelo de prestação de cuidados há pouco tempo de contacto com o cliente, sendo esta preparação muitas vezes feita de forma rápida e com um fluxo intenso de informação, sem tempo suficiente para que a pessoa assimile a informação recebida, formule questões para si relevantes e assim satisfaça as suas necessidades de informação relacionadas com o procedimento cirúrgico. Este facto pode ter um efeito dramático na preparação física e psicológica da pessoa quer para a cirurgia quer para todo o processo de reabilitação no pós-operatório, principalmente na população idosa, uma vez os doentes mais velhos têm

maiores necessidades de informação⁵² do que os seus homólogos mais jovens (Sendir, Buyukilmaz, e Musovi 2013).

Segundo Meleis et al. (2010), a facilitação destes processos de transição pressupõe uma intervenção preventiva que ocorre antes das transições ou antes das consequências e uma intervenção terapêutica, que sucede às consequências das transições. Zagonel (1999) revela-nos que a intervenção do enfermeiro na transição é mais evidente nos períodos antecipatórios, de preparação para a mudança de papéis e de prevenção dos efeitos negativos.

Tendo em vista a consciencialização, compromisso e envolvimento permanente da pessoa no seu processo de transição, é imperativo que esta tenha a perceção, conhecimento e compreensão sobre as alterações que ocorrem e que está a viver (Meleis et al, 2010). Na ótica de Meleis (2012), a preparação da pessoa com conhecimento prévio ao momento de transição pode ser um agente facilitador deste processo e o enfermeiro através do planeamento de atividades de aprendizagem que aumentem os conhecimentos das pessoas e suas habilidades, tem o poder de influenciar e potenciar estes fatores no processo de transição, que se traduzam positivamente, na gestão dos processos de saúde-doença e no desenvolvimento da aptidão máxima.

No tocante à problemática em estudo, são evidentes na literatura os benefícios da educação prévia à cirurgia, intervenção que quando implementada nesta fase, reduz a dor no pós-operatório, reduz os níveis de ansiedade, reduz as complicações pós-operatórias, garante maior segurança, maior disponibilidade e envolvimento do doente na realização dos exercícios de reabilitação pós-operatórios, o que promove uma recuperação mais rápida contribuindo assim para uma maior satisfação da pessoa alvo dos cuidados para com todo o processo (Marek e Boehnlein, 2010; Gonçalves e Braga, 2012; McDonald, S., Page, M., Beringer, K., Wasiak, J. e Sprowson, A., 2014). Brown, Topp, Brosky e Lajoie (2012), num estudo realizado a pessoas sujeitas a Artroplastia total do joelho (ATJ) constataram que as intervenções educacionais, quando apenas implementadas no momento pós-operatório, atrasam os resultados funcionais, assim como a qualidade de vida no pós-operatório. Este facto em parte pode ser explicado porque a necessidade de se mobilizar do membro

⁵² As necessidades de informação que as pessoas submetidas a cirurgia ortopédica referem ser importantes são relacionadas com o tratamento de feridas, indicações sobre retorno à atividade, controlo da dor, gestão dos medicamentos analgésicos, autocuidado pós-operatório, aconselhamento sobre o controlo de sintomas, coordenação e acompanhamento pelos recursos comunitários, (Sendir et al., 2013).

operado 24 horas após a cirurgia é difícil de ser compreendida pelos doentes, a menos que eles estejam devidamente informados (Kosev, Sokolov, Pavlova, Valentinov, Andonov e Petrova, 2015).

Nesta linha de pensamento, Cooke, Walker, Aitken, Freeman, Pavey e Cantril (2015) afirma que a educação pré-operatória reduziu significativamente os níveis de dor, ansiedade, melhorando também a autoeficácia⁵³ do doente durante a hospitalização. Clarke et al., (2012) citado por Ingadottir, Stark, Leino-Kilpi, Sigurdardottir, Valkeapaa e Unosson (2014) afirma que esta educação trás ganhos significativos em saúde como por exemplo a redução do numero de quedas no pós-operatório e redução do tempo de internamento. Já Chen, Chen e Lin, (2013) acrescentam como benefícios da intervenção educacional pré-operatória uma maior disponibilidade e envolvimento do doente na realização dos exercícios de reabilitação pós-operatórios e aumento da satisfação deste face a todo o processo. Barksdale e Backer (2005), citado por Ingadottir et al (2014), referem que a educação do doente ajuda a prevenir complicações pós-operatórias sendo uma intervenção fundamental para garantir a sua segurança, já Nigussie, Belachew e Wolancho (2014) concluíram no seu estudo que se consegue reduzir o nível de ansiedade do doente cirúrgico através do fornecimento de informação no período pré-operatório. Em estudos Portugueses sobre a intervenção do EEER no período pré operatório de ATA, verificou-se melhoria no desempenho das AVD e diminuição do tempo de internamento (Fernandes, 2011), melhoria ao nível da dor e da independência nas AVD, da amplitude de movimentos articulares e dos níveis de ansiedade (Violante, 2014). Na intervenção do EEER no período pré operatório de ATJ, verificou-se melhoria da força muscular, amplitudes de movimentos articulares, do equilíbrio e no desempenho das AVD (Borges, 2015).

Estes resultados forneceram evidências sobre os ganhos em saúde e benefícios físicos e psicológicos que a preparação pré-operatória pode proporcionar aos clientes sujeitos a cirurgia ortopédica, enfatizando a importância e a necessidade da implementação de um programa de reabilitação do qual faça parte um plano educacional iniciado logo na fase pré-operatória tendo em vista a preparação do cliente para a cirurgia e assim a obtenção de maiores ganhos em saúde.

⁵³ Constructo psicológico individual e que se refere à confiança do indivíduo na realização de um determinado comportamento e ser capaz de superar os obstáculos na concretização desse comportamento (Petronilho, 2012).

Apesar dos comprovados benefícios, é um facto que muitas vezes, toda esta educação pré operatória não é devidamente efetuada. Num estudo sobre idosos submetidos a Artroplastia total da anca (ATA), Demir, e Erdil (2013) verificaram que o conhecimento dos idosos sujeitos a ATA no momento da admissão no serviço foi muito baixo. Os mesmos autores observaram que no momento do internamento, os doentes e família, na sua maioria eram informados apenas pelo médico sobre a cirurgia e que essa informação não se revelou suficiente, uma vez que os doentes exigiram mais informações do que as que receberam, especialmente informações sobre todo o processo de recuperação pós-operatória. Esta falta de satisfação das necessidades de informação antes da cirurgia aliada às preocupações relacionadas com as consequências físicas e socioeconómicas, segundo (Ko, Wu, e Lin, 2013) faz com que a maioria dos idosos que vão ser submetidos a cirurgia ortopédica possam apresentar quadros emocionais negativos, estado que os pode conduzir a processos de coping⁵⁴ prolongados e pouco eficazes, inibindo assim o processo de transição.

Um aspeto que considero ter potencial de melhoria na implementação deste projeto foi ao nível do tempo de contacto (que considero insuficiente) com os idosos sujeitos a cirurgia para a devida avaliação implementação do PCER, tendo em vista a preparação para a cirurgia. Numa população idosa, a implementação de um PCER exige muito tempo e o tempo de contacto disponível nem sempre foi o ideal/necessário para poder garantir a segurança do idoso no regresso a casa uma vez que este exige muito tempo e caso o idoso tenha um débil conhecimento prévio sobre todo o processo no momento de admissão, como aconteceu na grande maioria das situações vivenciadas em contexto de estágio, exige ainda mais tempo. Embora os esforços desenvolvidos tenham sido no sentido de aplicar este plano de cuidados a todos os idosos sujeitos a cirurgia, a sua concretização nem sempre foi possível uma vez os reduzidos tempos de internamento não o permitem, verificando-se em muitas situações que os idosos regressam ao domicílio com níveis consideráveis de dependência nas AVD e sem os conhecimentos e aptidões necessárias para que possa garantir a segurança no domicílio (processo de transição pouco saudável).

Uma estratégia passível de ser adotada para suprimir o reduzido tempo de contacto do EEER com estes idosos é a implementação de um plano educacional antes do internamento, como acontece em algumas instituições hospitalares

⁵⁴ Gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico (ICN, 2015)

portuguesas. Nesta estratégia, a intervenção educacional abordada e a adaptação do domicílio para a nova condição de saúde são abordadas antes do internamento de forma a que a preparação física e psicológica para a cirurgia fosse efetiva, a implementação do plano de cuidados fosse mais rápida e o idoso já tivesse o domicílio preparado às suas necessidades quando tivesse alta, facilitando o processo de transição.

Para tal, os ISCO programada beneficiariam de uma consulta de enfermagem de reabilitação pré-operatória com o objetivo de capacitar estes idosos e família para o processo de transição, consulta que idealizei que pode ser consultada no apêndice 15.

4 - CONCLUSÃO

Ao longo deste período de aquisição de competências de EEER considero que redefini a minha perspetiva sobre as transições vivenciadas pelas pessoas a experienciar uma situação de doença, especialmente as transições vivenciadas pelos ISCO e suas famílias.

O PCER dirigido aos idosos não difere tecnicamente do PCER dirigido às pessoas mais jovens, contudo o idoso tem especificidades que fazem com que este plano tenha que ser mais flexível e que na grande maioria das vezes demore mais tempo a ser implementado. Uma destas especificidades relaciona-se com as comorbilidades associadas. Aqui surgiu uma das grandes dificuldades sentidas, dificuldade relacionada com a elaboração e implementação do PCER a idosos com outras patologias associadas. Sobre esta dificuldade destaco a importância do desenvolvimento das atividades não planeadas uma vez que me alargaram os conhecimentos a outras patologias verificadas em alguns idosos a quem prestei cuidados de reabilitação e que também devem ser incluídas no PCER.

Considero que disponho agora de uma melhor abordagem ao ISCO, estando mais desperto para os fatores facilitadores e inibidores da transição por eles vivenciada. Em relação aos fatores inibidores do processo de transição, destaco a dependência na marcha uma vez que esta dependência acaba por estender-se às demais atividades, condicionando a execução plena de atividades como: tomar banho, transferir-se, vestir e despir, usar a casa de banho e alimentar-se. Para além da dependência que causa na realização das AVD, esta perda de mobilidade acarreta a privação da participação social e familiar que foram muito valorizadas pela grande parte dos idosos a quem prestei cuidados de reabilitação.

O facto de ter iniciado o estágio na comunidade foi uma mais valia uma vez que me fez perceber o quão é importante respeitar os limites da intervenção do EEER em contexto hospitalar, e por isso, reconhecer a importância da capacitação do cuidador e a importância da necessidade de referenciação e encaminhamento para outros prestadores de cuidados de saúde na comunidade, de forma a garantir a continuidade e a segurança dos cuidados nos contextos reais da pessoa e sua família.

Se por um lado a reabilitação em contexto domiciliário pode ser um fator facilitador do processo de transição, por outro lado pode ser castradora da evolução da reabilitação da pessoa, tornando-se um fator inibidor deste processo, situação

verificada em habitações precárias, pobreza, más condições de higiene e de alimentação. Uma dificuldade sentida foi a capacidade de adaptação do PCER às diferentes e sempre imprevisíveis condições que me deparei neste contexto de cuidados.

Neste campo de estágio verifiquei que é na sua casa que o cliente e cuidador familiar experimentam as verdadeiras dificuldades de lidar com as incapacidades e limitações físicas. Se por um lado vivem o conforto do lar, por outro, tudo parece inadequado e parece constituir um obstáculo, principalmente as atividades relacionadas com as AVD locomoção, higiene, transferência, vestir e despir. Para além disso, fez-me perceber que tal como refere Pereira (2011), o período pós-alta significa para os cuidadores sentimentos de desamparo, de dúvida e de *stress* pelo que é fundamental a construção de uma relação de parceria com os cuidadores, onde é importante o envolvimento dos mesmos nos cuidados à pessoa, logo em contexto de internamento hospitalar.

Em suma, considero que atingi todos os objetivos delineados para esta etapa e que superei as minhas expectativas em relação a todo o processo de especialização em enfermagem de reabilitação, considerando-me hoje um enfermeiro com mais recursos para proporcionar um processo de transição mais saudável aos clientes a quem presto cuidados no meu dia a dia.

A nível de perspetiva futura, espero poder implementar a consulta de ER pré operatória abordada anteriormente e desenvolver investigação sobre o impacto da preparação pré operatória no idoso durante o período de internamento e posteriormente no regresso ao domicílio.

BIBLIOGRAFIA

Abreu, W. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto clínico . Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas*. Coimbra: Formasau.

ACSS (2015). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 1o Semestre de 2015*. Ministério da Saúde, Lisboa.

Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, I.P. e Direção-Geral do Ensino Superior (2013). *Relatório de Referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações*. Lisboa.

André, C. (2006) - *Manual de AVC*. Rio de Janeiro: Revinter.

Azeredo C. (1993). *Fisioterapia respiratória moderna*. São Paulo: Editora Manole.

Baixinho, C. (2008) – Capacidade de marcha após fractura do colo do fémur – revisão sistemática da literatura. Referência. Coimbra. ISSN 0874-0283. Nº 8 p. 79-86.

Bastos, F. (2004). *Adesão e Gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2: participação das pessoas no plano educacional*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto.

Benner, P. (2001) – *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora. ISBN 972-8535-97-X

Beuter, M., Brondani, C., Szareski, C., Lana, L., Alvim, N., (2009). Perfil de familiares acompanhantes: Contribuições para a acção educativa da enfermagem. Rev. Min. Enfermagem; 13(1): 28-33, Jan./Mar.

Borges, S. (2015). Resultados da implementação de um programa de reabilitação em utentes submetidos a artroplastia total do joelho. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Instituto Politécnico de Bragança. Acessível em:

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/12000/1/Sandra%20Cristina%20Soeiro%20Correia%20Borges.pdf>

Branco, P., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A., Maia, J. (2012) *Temas de Reabilitação: Reabilitação Respiratória*, Porto: Servier

Brown, K., Topp, R., Brosky, J. A., Lajoie, A. S. (2012) Prehabilitation and Quality of life three months after total knee arthroplasty: a pilot study. *Perceptual & Motor Skills: Physical Development & Measurement*. 115 (3) 765-774

Cardoso, A.; Raíno, J.; Quitério, P.; Cruz, V.; Magano, A.; Castro, M. (2011). Avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC – Revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*. Vol. 3. n.º 5. PP:135-143

Chen, S., Chen, C., Lin, P. (2013) The effect of educational intervention on the pain and rehabilitation performance of patients who undergo a total knee replacement. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 279–287, doi: 10.1111/jocn.12466

Chick, N., Meleis, A. (1986). *Transitions: a nursing concern*. Nursing research methodology. California-San Francisco: Aspen Publication.

Cooke, M., Walker, R., Aitken, L., Freeman, A., Pavey, S., Cantril, R., (2015) Pre-operative self-efficacy education vs. usual care for patients undergoing joint replacement surgery: a pilot randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 30, 74-82. DOI: 10.1111/scs.12223.

Dahm D., Jacofsky D., Lewallen D., (2004) Surgeons rarely discuss sexual activity with patients after THA. *Clin Orthop Relat Res.*; 428: 237-40.

Demir, S., Erdil, F.(2013) Effectiveness of home monitoring according to the Model of Living in hip replacement surgery patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1226–1241, doi: 10.1111/jocn.12255

Direção Geral da Saúde (2003). *Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur no*

Idoso: Recomendações para a Intervenção Terapêutica. Lisboa.

Direção Geral de Saúde (2004) Circular Normativa nº12/DGCG de 02 de Junho, Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas.

Dhesi, J (2012) – Case study – Proactive Care of Older People undergoing surgery (POPS) service. Acedido em 10/10/2017, através: http://www.bgs.org.uk/index.php?option=com_content&id=2033:case-study-proactive-care-of-older-people-undergoingsurgerypopsservice&catid=194:casestudies&Itemid=820

Donovan, N., Daniels, S., Edmiaston, J., Weinhardt, J., Summers, D., Mitchell, P. (2013). Dysphagia screening: state of the art: invitational conference proceeding from the State-of-the-Art Nursing Symposium, International Stroke Conference 2012. Stroke; a Journal of Cerebral Circulation, 44(4), e24–31. doi:10.1161/STR.0b013e3182877f57

Entidade Reguladora da Saúde (2014) Gestão da lista de inscritos para cirurgia no SNS. Acedido em 2/4/2017. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1106/ERS_-_Estudo_SIGIC_2014.pdf.

Faling, L., (1986). Pulmonary rehabilitation: physical modalities. In: Clin Chest Med. nº 4, , p. 599-617.

Fernandes, S. (2011) O ensino pré-operatório na pessoa submetida a artroplastia total da anca. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior De Saúde do Instituto Politécnico De Viseu. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2203/2/FERNANDES%2C%20Silvia%20Cristina%20Monteiro%20-%20P%3%A1ginas%20Prelim.pdf>

Fontana, S., Schveitzer, V. (2010). Abordagem fisioterapêutica no tratamento pré-operatório de um paciente com tração esquelética após fratura da diáfise do fêmur. Revista Digital-Buenos Aires, 145.

Gonçalves, S., Braga, M., (2012). Comunicar, Informar e Educar na Ansiedade Pré-Operatória – desenvolvimento de uma intervenção breve. *Psiquiatria Clínica*, 33 (2), 99-108.

Hesbeen, W. (2003) - *A Reabilitação - criar novos caminhos*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-43-6.

Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. Loures: Lusociência.

Hoeman, S. (2011) – *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4a edição. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-31-4.

Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projecto*. Loures: Lusociência.

International Council of Nurses, (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 10-6-2017. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/CIPE2015Online.aspx>

Ingadottir, B., Stark, A., Leino-Kilpi, H., Sigurdardottir, A. K., Valkeapaa, K., Unosson, M. (2014) The fulfilment of knowledge expectations during the perioperative period of patients undergoing knee arthroplasty – a Nordic perspective. *Journal of clinical nursing*. 23, 2896-2908, DOI: 10.1111/jocn.12552

Itaquy, R., Favero, S., Ribeiro, M., Barea, L., Almeida, S., & Mancopes, R. (2011). Disfagia e acidente vascular cerebral: relação entre o grau de severidade e o nível de comprometimento neurológico. *J Soc. Bras. Fonoaudiol* 23 (4), 385- 389.

Jacques, A., Cardoso, C. (2011). Acidente Vascular Cerebral e sequelas fonoaudiológicas: atuação em área hospitalar. *Rev. Neurocienc* 19 (2), 229- 236.

Jonhstone, M. (1987) - Princípios de reabilitação do doente hemiplégico: Texto de apoio no 1. São Paulo: Editora Manole Lda.

Kelly-Hayes, M., Phipps, A. (2011). Avaliação da função e medidas de resultados. In Hoeman, S. (2011) – *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4a edição. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-31-4.

Kim, K., Park, K., Koo, K., Han, H., Kim, C. (2013) - Comprehensive geriatric assessment can predict postoperative morbidity and mortality in elderly patients undergoing elective surgery. *Elsivier*. Volume 56. P.507-512.

Kisner, C., & Colby, L. (2009). *Exercícios terapêuticos: Fundamentos e técnicas*. São Paulo: Manole 2009.

Ko, L., Wu, F., Lin, C. (2013) A survey of patients' quality of life and health-care needs prior to undergoing total joint replacement surgery. *International Journal of Nursing Practice*. 19. 415–422. DOI:10.1111/ijn.12081

Kosev, P., Sokolov, T., Pavlova, I., Valentinov, B., Andonov, J., Petrova, N. (2015) Fast track surgery in total knee arthroplasty - a review. *Journal of IMAB*. 21 (3) 837-839

Kottke, F. (1994). Exercício terapêutico para desenvolvimento da coordenação Neuromuscular. *Krusen: tratado de medicina física e reabilitação*. 4aed. São Paulo: Manole, pp 439-465.

Laffosse J., Tricoire J., Chiron P., Puget J., (2008) Sexual function before and after primary total hip arthroplasty. *Joint Bone Spine*. 75: 189-94.

Liebano, R., Hassen, A., Racy, H., Corrêa, J., (2009). Principais manobras cinesioterapêuticas manuais utilizadas na fisioterapia respiratória: descrição das técnicas. In: *Rev. Ciênc. Méd.*, Campinas, 18 (1) (jan./fev.). p. 35-45.

Lourenço, C., Mendes, R. (2010) - Traumatismo crânio encefálico: um trauma familiar.

Sinais Vitais. ISSN-0872-0844. Coimbra, p. 49-59.

Lucas, R., Monjardino, M. (2010). O estado da reumatologia em Portugal. Lisboa, Observatório Nacional das Doenças Reumáticas – Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas.

Marek, F., Boehulein, M. (2010). A Enfermagem Perioperatória. In Phipps, S., Monahan, F., Sands, J., Neighbors, N., Marek, J. & Green, C. (Eds). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspetivas de saúde e doença*. (I. M. Ligeiro, L. C. Leal, H. S. Azevedo, Trad) (8a ed.) (Vol 1, pp. 245-311) Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Medical-Cirurgical Nursing: Health and illness perspectives, 8th ed., 2007).

Martins, M., Fernandes, P., (2010). O Gestor de Caso: aplicabilidade do conceito. Castelo Branco: IPCB. ESALD.

McDonald, S., Page, M., Beringer ,K., Wasiak, J., Sprowson, A., (2014), Preoperative education for hip or knee replacement. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 5. Art. No.: CD003526. DOI: 10.1002/14651858.CD003526.pub3.

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. In: A. I. Meleis. Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.

Meleis, A. & Trangenstein, P. (2010). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. In: A. I. Meleis. Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.

Meleis, A. I. (2012). Theoretical Nursing: development and progress. (5.a Edition). Philadelphia: Wolters Kulwer Health | Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-60547-211-9.

Melo A., (2009) Atividade física e esportiva após artroplastia de quadril. Rev Bras Med Esporte, 15(5): 389-391

Mihra, P., Orriss, S. (2012). Patient Post-Operative Therapy Guide - Physiotherapy and Occupational Therapy. James Paget University Hospitals NHS Foundation Trust

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., Vieira, C. (2012). REABILITAR A PESSOA COM AVC: Contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusociência.

Menoita, E., Cordeiro, M., (2012). Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas. 1a ed, Loures: Lusociência, ISBN: 978-972-8930-86-8

Neves, R., Sarmento, M., Carvalho, P., Silvério, S., (2008) Inovação em ortopedia: a cirurgia minimamente invasiva da anca. Revista Cidade Solidária: Revista da Santa Casa da Misericórdia. Lisboa. ISSN 0874-2952. Ano XI, nº 20 p. 90-95.

Nigussie, S., Belachew, T. & Wolancho, W. (2014). Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. BioMed Central Surgery, 14 (1), 1-10. Disponível em: <http://bmcsurg.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2482-1467?site=bmcsurg.biomedcentral.com>. doi: 10.1186/1471-2482-14-67

Olazabal, (2003). Métodos de limpeza das vias aéreas. In: Gomes, M. e Sottomayor, R. (2003). Tratado de Pneumologia Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Lisboa: Permanyer Portugal. p. 1807 – 1812.

Ordem dos Enfermeiros (2001) Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2004). Quadro de Referência para a construção de indicadores de Qualidade e produtividade na Enfermagem. Suplemento da Revista Ordem dos enfermeiros. Lisboa. No 13.

Ordem dos Enfermeiros.(2009). Guia de boa prática e cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com traumatismo vértebro medular. Série I. Número 2.1ª

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

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

Ordem dos enfermeiros (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.

Pereira, H. (2011). Subitamente cuidadores informais! A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida à Universidade de Lisboa.

Parente, C. et al. (2009) - “Artroplastia da Anca”. Enfermagem em Ortotraumatologia. Coimbra: Formasau, p.129-163.

Petis S, Howard J., Lanting B., Vasarhelyi E., (2015), Surgical approach in primary total hip arthroplasty: anatomy, technique and clinical outcomes. Can J Surg. 58(2):128-139. doi:10.1503/cjs.007214.

Petronilho, F. (2012) - *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Edições Formasau.

Phaneuf, M. (2001) – *Planificação de cuidados – um sistema integrado e personalizado*. Quarteto. Coimbra, 2001. 428p. ISBN 972-8535-78-3.

Postiaux, G. (2004). *Fisioterapia Respiratória Pediátrica: o tratamento guiado por ausculta pulmonar*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Preto,L., Mendes, E., Novo, A., Prior, A. (2011) – Estudos teóricos/ ensaios: Prevenção de fracturas da extremidade proximal do fémur em idosos. Eficácia dos protectores da anca. Revista Transdisciplinar de Gerontologia. Volume IV. Nº 1 .

Pryor, J. (2011). Lidar com o cliente e a família. In Hoeman, S. (2011) – *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4a edição. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-31-4.

Schumacher, K. (1995). Family Caregiver Role Acquisition: Role-Making Through Situated Interaction. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 9 (3), 211-226.

Secretariado Nacional de Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, (2009). Acessibilidade e mobilidade para todos – Apontamentos para uma melhor interpretação do DL 163/2006 de 8 de Agosto. ISBN 978-989-8051-04-2. Disponível em: <http://www.inr.pt/uploads/docs/acessibilidade/GuiaAcessEmobi.pdf>

Sendir, M., Buyukilmaz, F., Musovi, D. (2013) Patients' Discharge Information Needs After Total Hip and Knee Arthroplasty: A Quasi-Qualitative Pilot Study. *Rehabilitation Nursing*, 38, 264–271.

Sequeira, C. (2010) - *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: LIDEL. ISBN:978-972-757-717-0.

Silva, E. (2010) Reabilitação após o AVC. Tese de Mestrado Integrado em Medicina

Universidade do Porto, Faculdade de Medicina.

Sociedade Portuguesa de Reumatologia (2014). EpiReumaPt: Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Portugal. Acedido a 5-5-2017. Disponível em: http://www.reumacensus.org/pdf/quadriptico_resultados_epireumapt.pdf

Sousa, I.; Figueiredo, D.; Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família: os cuidados familiares na velhice* (2.a ed.) Porto: Ambar.

Sousa, L., Carvalho, M. (2016). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em contexto de internamento e ortopedia. In Sousa, L., Marques-Vieira, C., (2017) *Cuidados de enfermagem de reabilitação ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta.

Sousa, M., (2011) O cuidador de acção directa a idosos: papel no sistema de cuidados; Patient Care , vol 16, nº 171, pág. 60-66.

Violante, A. (2014). Efetividade de Ensino Pré-Operatório em Doentes Submetidos a Artroplastia Total da Anca. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação., Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=31410&code=883>

Walker, J. (2012) Care of Patients undergoing joint replacement. Nursing older people. 24 (1), 14-19

Yokota, C, Godoy, A, Ceribelli, M. (2006). Fisioterapia Respiratória em pacientes sob ventilação mecânica. In: Rev. Ciênc. Méd., Campinas 15 (4) (jul./Ago.). p.339-345.

Zagonel, P. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. Revista Latino- Americana Enfermagem, 7(3), 25-32.

APÊNDICES

Apêndice 1

7º Curso de Especialização e Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Guião de Entrevista

Hospital

UCC

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

	• Quais as principais necessidades de intervenção do EEER identifica, na pessoa sujeita a cirurgia ortopédica? (Sant'ago do Outão) • Quais as principais necessidades de intervenção do EEER identifica, na população utilizadora dos serviços das UCC?(UCC Seixal) • Quais os diagnósticos de enfermagem mais comuns da população assistida sensíveis à intervenção do EEER? • Que intervenções desenvolve especificamente juntos dos utentes submetidos a cirurgia ortopédica nos momentos pré e pós operatório? (Sant'ago do Outão) • Quais as principais complicações que ocorrem com maior frequência na pessoa sujeita a cirurgia ortopédica? (Sant'ago do Outão) • Quais as principais complicações que ocorrem com maior frequência nos utilizadores da UCC? (UCC Seixal) • Qual o impacto das suas intervenções junto da pessoa sujeita a cirurgia ortopédica? (Sant'ago do Outão) • Qual o impacto das suas intervenções à população que presta cuidados de enfermagem de reabilitação? (UCC Seixal)
Continuidade de cuidados	• Como avalia a sua intervenção, que indicadores utiliza? • Como são realizados os registos de enfermagem de reabilitação? • De que forma a família dos utentes é envolvida no plano de reabilitação? • Como garante a continuidade de cuidados entre turnos e no domicílio/ comunidade? • Como é decidida a alta, qual o papel do EEER nessa decisão e como é encaminhado o utente?
Autonomia, organização do trabalho e relação interdisciplinar	• Como organiza o seu trabalho ao longo do turno e que tipo de atividades são prioritárias? • Articula a sua intervenção com a restante equipa de enfermagem e com elementos de outros grupos profissionais? (quais e de que forma é feita a articulação) • Existe algum planeamento conjunto relativamente a planos de intervenção para cada utente?
Gestão de recursos de enfermagem de reabilitação	• Qual a cobertura da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação nos diferentes turnos? • Quais as funções atribuídas ao EEER? • Qual a relevância da enfermagem de reabilitação na equipa? • Que ganhos identifica junto da equipa, utentes e na gestão do serviço?

Outras atividades	• Qual o envolvimento dos EEER na formação do serviço? • Que outras funções o EEER desempenha no serviço? • Existe no serviço/instituição algum projeto de melhoria continua dos cuidados implementados/ em implementação?
-------------------	--

Apêndice 2

1 – Desenvolver uma prática profissional, responsável e ética na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa idosa sujeita a cirurgia ortopédica.

Domínios e competências

A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção

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

Atividades e Estratégias

- Observar a dinâmica do serviço e a intervenção e articulação dos diferentes profissionais;
- Conhecimento da dinâmica e funcionamento/organização do serviço através de diálogo com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora;
- Consultar e analisar de forma crítica os manuais, normas e protocolos instituídos no serviço;
- Conhecer as normas e diretivas internas relacionadas com a prestação de cuidados de reabilitação;
- Utilizar os instrumentos de avaliação e registo de enfermagem de reabilitação preconizados pela instituição;
- Conhecer as características da população alvo e os recursos disponíveis;
- Fundamentar a tomada de decisão em princípios éticos e conhecimento científico;
- Debater com a enfermeira orientadora e com a professora orientadora situações da prática de cuidados que sejam geradoras de questões éticas e profissionais;
- Realizar diariamente com a enfermeira orientadora pequenos momentos de análise das práticas que permitam identificar aprendizagens já consolidadas e necessidades de aperfeiçoamento e correção.

Indicadores e critérios de avaliação

- Participa ativamente nas atividades de serviço e conhece a sua dinâmica;
- Demonstra iniciativa para identificar elementos indispensáveis à sua prática em termos de dinâmica de serviço;
- Planeia os cuidados de enfermagem e atua considerando as normas e protocolos do serviço;
- Demonstra bom relacionamento com a equipa no sentido da cooperação com os elementos e especificamente com a enfermeira orientadora;
- Utiliza os instrumentos de avaliação e registo usados no serviço a fim de conseguir desenvolver as melhores práticas;
- Envolve a pessoa e família/cuidador no processo de cuidados e na tomada de decisões;
- Reúne periodicamente com a professora orientadora e com a enfermeira orientadora de modo a analisar o seu percurso e as práticas desenvolvidas;
- Demonstra interesse em progredir no desenvolvimento da prática especializada.

2 – Promover um ambiente seguro e centrado na pessoa que favoreça uma relação terapêutica e de confiança.

Domínios e competências

B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

Atividades e Estratégias

- Estimular a pessoa e família/cuidador a expressar sentimentos e preocupações;
- Procurar esclarecer a pessoa e família/cuidador fornecendo toda a informação solicitada dentro dos limites éticos e legais;
- Estimular a participação da pessoa e família nos processos de tomada de decisão;
- Envolver a família/cuidador na promoção de um ambiente seguro;
- Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação garantindo a privacidade e confidencialidade da pessoa;
- Conhecer e respeitar os procedimentos e protocolos do serviço para os diferentes momentos da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação;
- Colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação;
- Promover um ambiente seguro que permita à pessoa a participação nos cuidados em segurança;
- Ensinar e treinar a pessoa para a necessidade de cumprir princípios básicos de segurança no seu quotidiano.

Indicadores e critérios de avaliação

- Demonstra e promove o respeito pela pessoa e família/cuidador;
- Demonstra disponibilidade quando solicitado;
- Comunica de forma assertiva e clara, valida as interpretações e propostas de intervenção;
- Esclarece a pessoa e estimula a sua participação na tomada de decisão;
- Envolve a pessoa e família/cuidador nos cuidados;
- A pessoa e família/cuidador manifestam interesse na relação terapêutica;
- Colabora com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados de reabilitação;
- Promove a segurança da pessoa durante a prestação de cuidados;
- Promove a aplicação dos princípios ergonômicos.

3 – Desenvolver capacidades de gestão de cuidados à pessoa sujeita a cirurgia ortopédica de acordo com os recursos existentes.

Domínios e competências

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

B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade

C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipe de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional

Atividades e Estratégias

- Consultar manuais e normas do serviço, regulamentos e protocolos da instituição;
- Compreender os diversos papéis e funções dos diversos elementos da equipe multidisciplinar;
- Participar na construção da tomada de decisão em equipa;
- Participar em projetos de melhoria da qualidade dos cuidados (UP's, quedas, dor,...);
- Identificar a necessidade de referenciação para outros profissionais ou nível de cuidados;
- Transmitir a informação acerca da evolução clínica da pessoa e necessidade de cuidados;
- Identificar e mobilizar os recursos existentes;
- Desenvolver competências técnicas de EEER.

Indicadores e critérios de avaliação

- Desenvolve a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação em estreita colaboração com a equipa;
- Participa na tomada de decisões dando o seu contributo como perito na sua área;
- Reconhece os limites da sua intervenção e a necessidade de intervenção de outros profissionais.

4 – Adquirir/aprofundar conhecimentos que fundamentem as intervenções e a tomada de decisão no exercício da prática especializada de reabilitação

Domínios e competências

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Atividades e Estratégias

- Realizar pesquisa bibliográfica sobre a reabilitação da pessoa idosa sujeita a cirurgia ortopédica e outras temáticas que se mostrem pertinentes;
- Utilizar a evidência científica para sustentar a prática clínica na área da enfermagem de reabilitação;
- Participar nas reuniões da equipa multidisciplinar;
- Esclarecer dúvidas e debater situações clínicas com a enfermeira orientadora e com a professora orientadora;
- Análise crítica de situações clínicas, com vista à articulação e integração da base de conhecimentos teóricos, com a prestação de cuidados especializados.

Indicadores e critérios de avaliação

- Realiza pesquisa bibliográfica;
- Utiliza a evidência científica, produzida pela investigação para sustentar a prática clínica na área da enfermagem de reabilitação;
- Tem iniciativa e procura rentabilizar as oportunidades de aprendizagem e formação na área da especialidade;
- Participa nas reuniões da equipa multidisciplinar;
- Esclarece dúvidas com o professor orientador e enfermeiro orientador.

5 – Identificar as alterações que determinam limitação da atividade passível da intervenção do EEER da pessoa idosa sujeita a cirurgia ortopédica.

Domínios e competências

J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Atividades e Estratégias

- Avaliar a pessoa e o seu contexto através da realização de uma entrevista para colheita de dados;
- Consultar o processo clínico de forma a obter informação pertinente acerca da pessoa;
- Avaliar a funcionalidade e a alteração da mesma decorrente da patologia ortopédica e a alteração que pode decorrer da cirurgia através de escalas e outros instrumentos pertinentes de avaliação;
- Identificar as alterações da funcionalidade que determinam limitações da atividade e participação;
- Identificar os fatores facilitadores e inibidores do processo de reabilitação;
- Envolver a família/cuidador sempre que se justifique;
- Avaliar os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição.

Indicadores e critérios de avaliação

- Recolhe informação pertinente que permita perceber o modo como a pessoa está a vivenciar a situação;
- Utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar a funcionalidade da pessoa;
- Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinem limitações da atividade e participação;
- Identifica os fatores facilitadores e inibidores do processo de reabilitação;
- Identifica as potencialidades da pessoa e família/cuidador;
- Avalia os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição;
- Elabora diagnósticos de enfermagem adequados e identifica necessidade de intervenção.

6 – Planear e implementar intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa idosa sujeita a cirurgia ortopédica, para minimizar ou prevenir complicações pós cirúrgicas.

Domínios e competências

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

Atividades e Estratégias

- Avaliar a pessoa e o seu contexto através da realização de uma entrevista para colheita de dados;
- Consultar o processo clínico de forma a obter informação pertinente acerca da pessoa;
- Avaliar a funcionalidade e a alteração da mesma decorrente da patologia ortopédica e a alteração que pode decorrer da cirurgia através de escalas e outros instrumentos pertinentes de avaliação;
- Identificar as alterações da funcionalidade que determinam limitações da atividade e participação;
- Identificar os fatores facilitadores e inibidores do processo de reabilitação;
- Envolver a família/cuidador sempre que se justifique;
- Avaliar os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição.

Indicadores e critérios de avaliação

- Consultar bibliografia pertinente;
- Desenvolver capacidades de auscultação pulmonar;
- Desenvolver capacidades de avaliação de RX tórax;
- Desenvolver competências na avaliação de exames laboratoriais;
- Desenvolver conhecimentos e competências técnicas na área da reabilitação funcional respiratória ao doente cirúrgico.

7 – Elaborar e implementar programas de treino que visem a adaptação da pessoa idosa sujeita a cirurgia ortopédica e a maximização da sua autonomia, facilitando o seu processo de transição.

Domínios e competências

J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.
J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

Atividades e Estratégias

- Consulta de bibliografia pertinente;
- Procura de momentos de aprendizagem de crescente complexidade ao longo do ensino clínico;
- Ensinar e treinar a pessoa idosa e família/cuidador sobre técnicas específicas tendo em vista o autocuidado e a autonomia da pessoa idosa sujeita a cirurgia ortopédica (ex: treino de AVD, prevenção de UP, prevenção de quedas,...)
- Ensinar e treinar a utilização de produtos de apoio (ex: cadeira de duche, alteador de sanita, ...)
- Planear a alta com a equipa multidisciplinar e a pessoa e família/cuidador;
- Promover a continuidade de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação dando orientações para a alta e avaliando as condições do domicílio.

Indicadores e critérios de avaliação

- Ensina sobre treinos específicos de AVD e sobre utilização de produtos de apoio;
- Planeia a alta atempadamente de modo a antecipar algumas dificuldades que possam surgir.

8 – Avaliar o resultado das intervenções implementadas

Domínios e competências

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

Atividades e Estratégias

- Monitorizar a implementação e os resultados dos programas de intervenção através da observação da evolução da pessoa alvo dos cuidados aplicando instrumentos de medida padronizados e da avaliação do grau de dependência/independência;
- Aplicar escalas e instrumentos de medida para avaliar os ganhos em saúde;
- Analisar os resultados;
- Reformular o plano de intervenção de acordo com a avaliação/progresso da pessoa;
- Elaborar registos adequados que promovam a visibilidade da eficácia dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Indicadores e critérios de avaliação

- Monitoriza a implementação e os resultados dos programas de intervenção;
- Usa indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem;
- Analisa criticamente os resultados obtidos em função dos objetivos delineados;
- Reformula o plano de intervenção sempre que se justifique.

Apêndice 3

Cronograma

[illegible]

Apêndice 4



7º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Estágio UCC

Jornal de aprendizagem

Paulo Mendes

Prof.^a Orientadora – Vanda Marques Pinto

Enf.^a Orientadora – **[Redacted Name]**

Lisboa

Novembro 2016

No contexto do meu estágio de vertente comunitária, numa UCC, integrado na equipe de cuidados continuados integrados (ECI) na prestação de cuidados a uma doente com patologia oncológica em fase terminal pude vivenciar algumas situações que me motivaram a refletir sobre a intervenção do Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EER) na pessoa em fase avançada de doença.

A situação vivida refere-se à admissão na ECI de uma utente encaminhada do Instituto Português de Oncologia (IPO). Trata-se de uma senhora com 45 anos de idade, com um tumor da mama estadio IV, com metastização em várias zonas do corpo. Reside com o marido e o filho de 7 anos. Vem com indicação para tratamento da ferida maligna que tem na mama e reabilitação no domicílio, mantendo também o acompanhamento pela equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos do IPO para apoio e aconselhamento à utente e à nossa equipa.

No primeiro contacto aquando da primeira visita domiciliária para admissão na equipa encontrámos uma utente consciente e orientada, apresentava limitações muito significativas na realização das Atividades de Vida Diária (AVD) decorrente do cansaço fácil a pequenos esforços, dependendo de terceiros para realização das mesmas. A nível respiratório apresenta tosse produtiva, não conseguindo expelir as secreções.

O primeiro contacto com esta utente chocou-me. Chocou-me o facto de ser uma mulher jovem, muito emagrecida, com um ar tão débil, tão frágil e desprotegido. Depois deste primeiro contacto pensei que a utente não teria condições para estar no domicílio, como não tenho experiência com estes doentes pensei que com aquele estado de saúde estivessem internados numa unidade hospitalar. Não estava à espera e não estava preparado para encontrar uma utente assim. Senti que estava desprovido de conhecimentos a nível da prestação de cuidados paliativos a utentes com patologia oncológica, em fim de vida.

Depois da constatação da complexidade da situação clínica e condição de saúde da utente, muitas coisas me ocorreram, nomeadamente se esta pessoa tinha critério para ser seguida pela nossa equipa. Relembrando os critérios de referenciação para admissão na ECI percebi que têm critério para ser admitidas nesta equipa:

- Pessoas em situação de dependência e que reúna condições no domicílio para lhe serem prestados os cuidados de que necessita;
- Pessoas portadoras de diversos tipos e níveis de dependência e que não se possam deslocar do seu domicílio;
- Pessoas com necessidade de cuidados que excedam a carteira básica das USF/UCSP, as quais possuam situações de saúde que pela sua intensidade e complexidade de cuidados necessitem de intervenções sequenciais;
- Pessoas com necessidade de cuidados domiciliários nos sete dias da semana;
- **Pessoas com necessidade de cuidados paliativos, incluindo compensação sintomática, possível de realizar no domicílio. (UMCCI, 2008).**

Face a isto, percebi que esta utente reúne todas as condições para ser admitida na ECCI uma vez que reúne condições no domicílio para lhe serem prestados os cuidados que necessita, é dependente e não se consegue deslocar do seu domicílio, necessita de cuidados domiciliários nos 7 dias da semana e é uma utente com necessidade de cuidados paliativos, passíveis de serem realizados no domicílio.

Perante esta situação não percebi logo qual a intervenção que o enfermeiro de reabilitação poderia ter numa situação como esta, questionei-me se esta pessoa necessitaria ou não de cuidados especializados de reabilitação neste estadio de doença tão avançado. Esta situação levou-me a refletir sobre o papel do EEER e a sua intervenção na pessoa com doença oncológica em fim de vida, uma vez que não estou habituado a lidar com doentes com esta patologia em estadio tão avançado de doença, muito menos no domicílio. Posto isto, considerei ser fundamental clarificar o que são cuidados paliativos, quais os princípios que regem esta filosofia de cuidados e quais os sintomas e complicações mais frequentes nestas situações.

Os cuidados paliativos segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) são cuidados que visam melhorar a qualidade de vida dos utentes e famílias que enfrentam problemas que resultam de uma doença incurável e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, recorrendo ao diagnóstico

precoce e ao tratamento rigoroso dos problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais (Neto, 2010)

A associação portuguesa de cuidados paliativos (APCP) advoga que estes cuidados devem ser cuidados preventivos pois pretendem prevenir o sofrimento gerado por sintomas (como dor, fadiga e dispneia), pelas múltiplas perdas (físicas e psicológicas) associadas à doença crónica e avançada, e reduzir o risco de lutos patológicos. Deverão assentar numa intervenção interdisciplinar em que a pessoa e família são o centro gerador das decisões, e ajudar a pessoa em fase avançada de doença a viver tão ativamente quanto possível até à sua morte.

São cuidados de saúde que devem integrar uma filosofia de cuidados com o intuito do alívio do sofrimento, integrando não só medidas não farmacológicas e farmacológicas para o controlo sintomático mas também uma comunicação com a pessoa e família e outros profissionais de saúde, apoio na tomada de decisão e respeito pelos objetivos e preferências da pessoa e família (APCP, 2014).

As pessoas com condição de saúde que devem ser encaradas como necessitando de cuidados paliativos segundo a APCP são:

- Crianças e adultos com malformações congénitas ou outras situações que dependem de terapêutica de suporte de vida e/ou apoio de longa duração para as atividades de vida diárias;
- Pessoas com qualquer doença aguda, grave e ameaçadora da vida (como por exemplo traumatismos graves, leucemia, acidente vascular cerebral) onde a cura ou a reversibilidade é um objetivo realista, mas a situação em si própria ou o seu tratamento tem significativos efeitos negativos, dando origem a uma qualidade de vida fraca e/ou sofrimento;
- Pessoas com doença crónica progressiva (doença vascular periférica, neoplasia, insuficiência renal ou hepática, acidente vascular cerebral com significativa incapacidade funcional, doença cardíaca ou pulmonar avançada, fragilidade, doenças neurovegetativas e demência);
- Pessoas com doença ameaçadora da vida, que escolhem não fazer tratamento orientado para a doença ou de suporte/prolongamento da vida e que requeiram este tipo de cuidados;

- Pessoas com lesões crônicas e limitativas, resultantes de acidentes ou outras formas de trauma;
- Pessoas seriamente doentes ou em fase terminal (demência em estadio final, cancro terminal, acidente vascular gravemente incapacitante) que não têm possibilidade de recuperação ou estabilização e, para os quais, os cuidados paliativos intensivos são o objetivo predominante dos cuidados no tempo de vida remanescente (APCP, 2014)

Quando a cura já não é alcançável, face à evolução da doença e a sobrevivência não é possível, a disponibilização de uma filosofia associada aos cuidados paliativos, permite satisfazer um conjunto de necessidades determinadas pelo sofrimento. Durante esta evolução, o ideal seria que existisse uma parceria e uma progressão entre cuidados ditos curativos e cuidados paliativos. No início da doença (após confirmação da incurabilidade) o foco da intervenção pode ser o controlo da mesma, com recurso às várias especialidades médicas envolvidas, sendo que a abordagem dos cuidados paliativos pretende contribuir para a otimização da qualidade de vida. Numa fase mais avançada, a abordagem dos cuidados paliativos assumirá um papel mais relevante, considerando que as terapêuticas dirigidas à doença tornam-se menos efetivas (APCP, 2010).

A prestação de cuidados em cuidados paliativos deverá residir em vários pressupostos:

- Prevenir sintomas indesejáveis, trata-los adequadamente, diminuindo o sofrimento da pessoa;
- Manter o equilíbrio entre os princípios éticos, considerando nomeadamente os princípios da beneficência e não maleficência (nas intervenções terapêuticas devemos assegurar o melhor para a pessoa sem lhe causar danos, não intervindo se não houver a garantia de alívio do sofrimento); o princípio da justiça (os custos não deverão exercer pressão na tomada de decisão clínica); e o princípio da autonomia, promovendo a tomada de decisão informada e ponderada por parte da pessoa e nas situações em que a pessoa está impedida de expressar a sua vontade, é o médico que assume a tomada de decisão, tendo em conta a opinião da família;

- Evitar a futilidade diagnóstica e terapêutica, travando o conjunto de recursos (exames e terapêutica) que se revelem agressivos, inúteis e desadequados face à situação evolutiva e irreversível da doença, podendo causar sofrimento acrescido à pessoa e família;
- Estabelecer um prognóstico, considerando elementos qualitativos (quais os resultados possíveis), quantitativos (qual a probabilidade de acontecerem) e temporal (ao fim de quanto tempo), de forma a assumir a condição de irreversibilidade de determinada situação clínica (Neto, 2010)

Neste contexto, tive a oportunidade de cuidar desta utente e na primeira visita domiciliária pude logo constatar que a intervenção do EEER é fundamental no acompanhamento e orientação de vários exercícios de reeducação respiratória, na gestão da dispneia, tosse e esforço. Refiro-me a exercícios de controlo da respiração, técnicas de limpeza das vias aéreas, exercícios de expansão pulmonar e de conservação de energia, promovendo o relaxamento e controlo da ansiedade decorrente da dispneia. Logo nesta primeira intervenção, o impacto da nossa intervenção foi muito notório e viu-se uma melhoria significativa a nível respiratório uma vez que a utente durante os exercícios expeliu muitas secreções e no fim da sessão referiu que respirava melhor. Esta intervenção deixou-me bastante satisfeito, uma vez que o efeito da minha intervenção foi muito notório, havendo uma melhoria muito significativa da utente.

Depois do sucesso da primeira intervenção, no segundo dia tinha planeado fazer outra sessão de reeducação funcional respiratória, contudo isso não foi possível uma vez que a utente estava com muita dor e fadiga e dispneia. Neste dia a intervenção passou por reforço dos ensinamentos de conservação de energia, ensino sobre posições de descanso e controlo da ansiedade decorrente da dispneia através da técnica de dissociação dos tempos respiratórios.

Neto (2010) alerta para a complexidade da avaliação e controlo sintomático, e como tentativa de objetivar a intervenção, enumera os princípios gerais a considerar avaliar antes de tratar, através da determinação da causa e impacto emocional e físico do sintoma; explicar a causa dos sintomas e as medidas terapêuticas à pessoa e família, prevenir a manifestação do sintoma através da antecipação de medidas terapêuticas, perante determinada situação clínica; implementar uma estratégia

terapêutica mista, com medidas farmacológicas e não farmacológicas; monitorizar os sintomas.

A dispneia é um sintoma muito frequente na pessoa com doença avançada e tende a ser mais prevalente à medida que a doença progride. É descrito como uma sensação subjetiva de falta de ar e dificuldade respiratória, que pode ser influenciada por vários fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais, dificultando a gestão do sintoma. (Azevedo, 2010).

O tratamento da dispneia pode ser baseado em medidas farmacológicas como corticoides, broncodilatadores, opioides, benzodiazepinas e psicotrópicos, e não farmacológicas específicas como oxigenoterapia, ventilação não invasiva e o ensino de técnicas de reeducação funcional respiratória como o controlo da respiração, técnicas de drenagem de secreções e relaxamento. As opções terapêuticas deverão ter em conta a gravidade do sintoma e o seu impacto do ponto de vista funcional e da qualidade de vida. (Azevedo, 2010)

Também muito frequente nesta fase de doença avançada é a tosse. O controlo deste sintoma pretende prevenir complicações que possam trazer maior sofrimento à pessoa, quando muito intensa e prolongada, tais como náuseas, vômitos, refluxo gastroesofágico, anorexia, cefaleia e tonturas, dores musculares, arritmias, perturbações do sono, entre outras. O tratamento deste sintoma pode passar por medidas farmacológicas como antibióticos, broncodilatadores, mucolíticos, antitússicos, diuréticos, opioides, corticoides, butilescopolamina, entre outros, e não farmacológicas específicas como o ensino de técnicas de reeducação funcional respiratória como o controlo da respiração, técnicas de limpeza das vias aéreas e aspiração de secreções se necessária (Azevedo, 2010).

Por último a fadiga, que pode ser definida como um sintoma subjetivo e inespecífico de exaustão física e psíquica, de causa multifatorial. Como medidas gerais considera-se investigar as causas da fadiga, avaliando e explorando como o utente e família o significado e impacto deste sintoma, escutar receios, suspender a terapêutica que possa contribuir para o aumento da sua intensidade e corrigir causas possíveis (hipercalcémias, anemias, infeções, alterações do sono, entre outras) (Nascimento, 2010).

Numa situação de doença avançada, o controlo da fadiga visa manter a capacidade funcional e minimizar as perdas da pessoa, recorrendo a medidas farmacológicas e/ou não farmacológicas. Adaptar as atividades de vida, fornecer equipamentos necessários à promoção da autonomia, utilizar técnicas de conservação de energia e mobilização, são intervenções não farmacológicas que podem trazer uma melhoria significativa, no sentido de minimizar ao máximo o impacto do sintoma na pessoa (Nascimento, 2010).

Perante a complexidade do tema, concluo que a minha abordagem aquando do primeiro contacto com a utente não foi a mais correta, foi uma abordagem leviana sem reunir a maior parte dos princípios gerais dos cuidados paliativos e da avaliação dos sintomas anteriormente mencionados, para além de ter feito uma avaliação redutora da pessoa, dos meios e dos recursos disponíveis, por desconhecimento acerca da prestação deste tipo de cuidados. Apesar de ter tido uma intervenção eficaz ao nível da função respiratória na minha primeira abordagem à utente, a intervenção do EEER deve abranger muito mais do que a intervenção direta, muito mais que a realização de uns exercícios.

Tal como em qualquer situação clínica, a gestão eficaz do período de fim de vida da pessoa com cancro é fundamental e requer uma abordagem multidisciplinar, comunicação eficaz e adequada e controlo sintomático, controlo sintomático este que recai sobre controlo de sintomas como a dor, dispneia, fadiga, tosse e perturbações do sono. A prestação de cuidados a esta utente durante cerca de 4 semanas mostrou-me que a intervenção do EEER ao contrário do que eu imaginava inicialmente é muito vasta e neste caso passou por: promover a continuidade de cuidados fazendo sempre a ligação com a equipe de cuidados paliativos do IPO; promover o potencial de autonomia da utente na realização das AVD; apoiar a consciencialização do marido da utente na transição para o exercício do papel do cuidador; dar conhecimento e aconselhamento sobre material de apoio necessário; promover a supressão de barreiras arquitetónicas no domicílio; prevenir complicações como o risco de úlceras por pressão, quedas e infeções respiratórias; diminuir o número de reinternamentos através do controlo de sintomas quer pela via farmacológica com ajuste e monitorização da eficácia da terapêutica analgésica e terapêutica inalatória por exemplo, quer pela via não farmacológica, através das

técnicas de reeducação funcional respiratória por exemplo; elaboração e implementação de um plano de reabilitação que vise manter e otimizar a sua capacidade funcional, independência e qualidade de vida, plano este que deve ser muito flexível uma vez que a variação de sintomas fazia parte do dia a dia desta doente; reduzir stress e exaustão do marido, mostrando total disponibilidade para este expressar os seus sentimentos, intervindo de acordo com a progressão da doença e o sofrimento da doente e família, orientando e encaminhando a nível social; estabelecer o elo de ligação hospital/comunidade para uma melhor e mais eficaz resposta no controlo de sintomas.

Com esta intervenção percebi que embora a reabilitação em cuidados paliativos não elimine os danos causados pela doença, é certo que atenua os sintomas. Para além disso uniu a utente e o marido em torno do objetivo comum de atuar contra o declínio funcional, fazendo com que este declínio não fosse sentido de uma maneira solitária, isolada da equipe de saúde. Era nosso objetivo fornecer acompanhamento a esta utente até ao fim de vida, contudo não foi possível uma vez que esta teve um descontrolo de sintomas muito severo e o marido decidiu levar a esposa para o hospital, onde acabaria por falecer 3 dias depois.

Com a fundamental orientação da enfermeira orientadora e pesquisas efetuadas, estou em condições de afirmar que o trabalho desenvolvido com esta utente me ajudou a desenvolver algumas competências de EEER, uma vez que este, segundo a OE, concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa. A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos doentes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades.

Para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida (OE, 2010), competências estas que vão de encontro a todo o trabalho realizado com esta utente e família.

Apesar do aumento da atenção à qualidade de vida nos cuidados terminais, a meu ver o papel da reabilitação nessa fase continua a despertar dúvidas. Os objetivos da reabilitação e dos cuidados paliativos podem, à primeira vista, parecer incompatíveis, contudo, por todos os motivos enumerados anteriormente não o são.

De modo a melhorar a minha intervenção enquanto futuro EEER devo continuar a aumentar o meu nível de conhecimento sobre a disciplina de reabilitação porque só um elevado conhecimento sobre esta é que me fará prestar cuidados de qualidade, abrangentes e holísticos em todas as fases do ciclo de vida da pessoa.

Bibliografia:

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. FAQ. Consultado a 19/11/2016, do web site da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos:

<http://www.apcp.com.pt/faq.html>;

Azevedo, P. (2010). Dispneia. In Barbosa, A. & Neto, I.G. (2ªed). Manual de Cuidados Paliativos. (pp. 191 – 202). Lisboa: Núcleo de Cuidados paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

Azevedo, P. (2010). Tosse. In Barbosa, A. & Neto, I.G. (2ªed). Manual de Cuidados Paliativos. (pp. 203 – 211). Lisboa: Núcleo de Cuidados paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

Nascimento, H. (2010). Astenia. In Barbosa, A. & Neto, I.G. (2ªed). Manual de Cuidados Paliativos. (pp. 213 – 228). Lisboa: Núcleo de Cuidados paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

Neto, I.G. (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In Barbosa, A. & Neto, I.G. (2ªed). Manual de Cuidados Paliativos. (pp. 1 – 42). Lisboa: Núcleo de Cuidados paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

Neto, I.G. (2010). Modelos de controlo sintomático. In Barbosa, A. & Neto, I.G. (2ªed). Manual de Cuidados Paliativos. (pp. 61 – 67). Lisboa: Núcleo de Cuidados paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

Ordem dos Enfermeiros (2010). Legislação da OE - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Consultado a 20/11/2016, do web site da Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Diretiva Técnica Nº1: Critérios gerais de referenciação de doentes para unidades de internamento, de ambulatório e de equipas da RNCCI. Lisboa: UMCCI, 2008.

Apêndice 5



7º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Estágio UCC

Estudo de caso

Paulo Mendes

Prof.^a Orientadora – Vanda Marques Pinto

Enf.^a Orientadora – **Maria João Morais**

Lisboa

Novembro 2016

Introdução

O estudo de caso aqui apresentado é referente à Sr^a M.M., utente que está ao cuidado da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) onde me encontro a realizar o estágio.

O plano de cuidados foi elaborado para uma utente que era independente e ficou parcialmente dependente depois de sofrer um AVC isquémico.

A intervenção de enfermagem de reabilitação teve início a 20 de Outubro de 2016, momento em que foi estabelecido o primeiro contacto com a utente e seus cuidadores, durante o momento de admissão na ECCI.

O trabalho encontra-se dividido em capítulos onde no primeiro é apresentada a utente em causa e a respetiva avaliação inicial e no segundo é apresentado o plano de cuidados de reabilitação. Por último é feita uma apreciação da atuação do enfermeiro de reabilitação nesta situação.

Pretendo com a elaboração deste trabalho desenvolver competências técnica e científicas de enfermagem de reabilitação.

Recolha de dados

Identificação do utente

Nome: MM

Idade: 68A

Língua materna: Portuguesa

Nacionalidade: Portuguesa

Pessoa significativa: Filha

Estado civil: Viúva

Antecedentes Pessoais

Patologias conhecidas

- Diabetes Mellitus tipo 2 não insulino-tratada desde há 20 anos;
- Hipertensão arterial não controlada;
- Fibrilhação auricular paroxística;
- Dislipidémia mista;
- Status pós acidente de viação sem sequelas.

História de doença atual

A Sr^a MM sentiu um mal estar e hemiparésia à esquerda no dia 10 de Outubro, sendo levada ao SU do hospital da sua área de residência. Foi observada pelo neurologista e no mesmo dia realizou TAC CE que revelou lesão isquémica do lado direito, não estando especificada a área lesada, no processo que nos foi facultado. Esteve internada durante 5 dias e teve alta para o domicílio. Foi encaminhada para a ECCI para reabilitação no domicílio, ficando a aguardar marcação de fisioterapia no hospital.

Utente vivia sozinha num apartamento R/C com condições de habitabilidade razoáveis, com 4 degraus de acesso ao exterior, onde se mantém a residir mas atualmente acompanhada pela filha. Atualmente tem como principais cuidadores os três filhos que vão alternando a presença na casa da utente para a satisfação das suas necessidades.

No dia da admissão na ECCI encontramos uma utente que necessita de ajuda elevada para vestir\despir, supervisão na utilização do sanitário e ajuda mínima para

lavar o corpo. Uma utente com dependência moderada na marcha, dependência elevada para subir e descer escadas e que tem como sequelas: ptose palpebral direita, parésia facial esquerda, hemiparésia esquerda de predomínio distal com incapacidade para os movimentos finos com a mão esquerda e dismetria à esquerda.

Propõe-se como objetivos de enfermagem de reabilitação:

- Treino de AVD, nomeadamente no autocuidado vestir\despir;
- Gestão de ambiente com prevenção de quedas;
- Ensino de técnicas de transferências;
- Treino de fortalecimento muscular, equilíbrio, coordenação;
- Treino de marcha com andarilho;
- Reabilitação de musculatura facial.

Diagnóstico clínico

AVC isquémico em fase isodensa de provável etiologia cardioembólica.

Medicação habitual

- Varfarina;
- Indapamida;
- Amlodipina;
- Fenofibrato + pravastatina;
- Fluoxetina;
- Paracetamol;
- Dapagliflozina;
- Gliclazida;
- Acarbose;
- Metformina/vildagliptina

Avaliação de enfermagem de reabilitação (20 outubro de 2016)

A Srª MM encontra-se deitada numa cama de casal, no seu quarto. Apresenta bom estado geral, pele e mucosas coradas e hidratadas. Aspeto cuidado. Altura aproximada de 1m 60cm e aproximadamente 70kg.

TA: 189/89 mm/hg;

FC: 95 bpm;

BMT: 132 mg/dl;

FR: 16 ciclos/min, respiração predominantemente torácica, regular e superficial;

T: 36 °C;

Dor: 0 (escala numérica).

Estado de consciência:

Neste caso clínico, a Srª MM encontra-se no estado de consciência plena, responde adequadamente a estímulos, está desperta e consciente do ambiente que a rodeia e à sua situação clínica.

Segundo a avaliação realizada pela escala de comas de Glasgow a Srª MM apresenta um score de 15.

Estado de orientação:

Apresenta orientação auto e alopsíquica.

Memória e atenção:

A Srª MM não apresenta alterações da memória sendo capaz de descrever eventos e situações vividas anteriormente, assim como eventos mais recentes como dizer o que tomou ao pequeno almoço por exemplo.

Linguagem:

Ao nível da linguagem a Srª MM não apresenta alterações de compreensão e nomeação, sendo capaz de ter um discurso espontâneo quando solicitada.

Pares cranianos:

I – Olfativo: Sem alterações;

II – Ótico: Sem alterações da acuidade visual e sem alterações do campo de visão;

III – Motor ocular comum/ IV – Patético e VI – Motor ocular externo: Discreta anisocoria com resposta pupilar mais rápida no olho esquerdo. Ptose palpebral direita. Oculomotricidade extrínseca comprometida no lado direito;

V – Trigêmio: Sem alterações;

VII – Facial: Ptose palpebral no lado direito, apagamento do sulco nasogeniano e desvio da comissura labial esquerdo.

VIII – Auditivo: ligeira hipoacusia. Não tem equilíbrio na posição ortostática;

IX – Glossofaríngeo: Sem alterações;

X – Pneumogástrico: sem alterações;

XI – Espinhal – sem alterações;

XII – Úvula centrada e movimentos da língua mantidos contudo a Sr^a MM refere algum acumular de líquidos na fossa piriforme.

Força muscular – Avaliada segundo a escala de Lower:

Apresenta força 5/5 (movimento normal contra a gravidade e resistência) ao nível dos movimentos articulares da cabeça e pescoço. Apresenta força 5/5 em todos os segmentos articulares do hemitopo direito e 4/5 (raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade) em todos os segmentos articulares do hemitopo esquerdo.

Deglutição:

Sem alterações, deglute todas as consistências de alimentos sem dificuldades

Tonicidade:

Segundo a escala de Ashworth não apresenta aumento do tônus muscular em nenhum segmento articular.

Coordenação motora:

A nível do MSE é visível uma descoordenação motora dos movimentos aquando da realização da prova índice – nariz e prova de indicação de barany.

Sensibilidade:

A nível da sensibilidade superficial, apresenta sensibilidade tátil, térmica e dolorosa mantida em todo o corpo.

Equilíbrio:

Apresenta equilíbrio na posição de sentado, equilíbrio dinâmico instável na posição de sentado e desequilíbrio na posição ortostática.

Marcha:

Impossível sem ajuda por desequilíbrio na posição ortostática.

Avaliação da dependência e riscos

Para se projetarem intervenções congruentes com a avaliação global da utente é importante avaliar o risco do desenvolvimento de úlceras por pressão, o risco de quedas, a capacidade para realizar as suas AVD assim como avaliar a medida da independência funcional.

Avaliação do risco de desenvolver UP's (escala de Braden)

		Pontuação				Avaliação	
		1	2	3	4	20\10	10\11
Fatores de risco	Perceção sensorial	Completamente Limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação	3	4
	Humidade	Constantemente húmida	Muito húmida	Ocasionalmente húmida	Raramente húmida	4	4
	Atividade física	Acamada	Restrita à cadeira	Caminha ocasionalmente	Caminha frequentemente	3	3
	Mobilidade	Completamente imobilizada	Muito limitada	Levemente limitada	Nenhuma limitação	3	3
	Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente	3	3
	Fricção e deslizamento	Problema	Potencial para problema	Nenhum problema		2	3
Total						18	20
Legenda		Alto Risco – Pontuação ≤ 16			Baixo Risco – Pontuação ≥ 17		

Escala de Atividades de vida diária (índice de Katz)

Atividades Pontos (1 ou 0)	Independente (1 ponto)	Dependente (0 pontos)	Avaliação	
			20\10	10\11
Banho	Independente (necessita de ajuda	Dependente (necessita de	0	1

	apenas para lavar uma parte do corpo, p.ex.costas ou extremidades)	ajuda para lavar mais que uma parte do corpo; necessita de ajuda para entrar e sair da banheira; não se lava sozinha)		
Vestir	Independente (escolhe a roupa adequada, veste-a e aperta-a; exclui atar os sapatos)	Dependente (precisa de ajuda para se vestir; não é capaz de se vestir)	0	1
Usar a sanita	Independente (não necessita de ajuda para entrar e sair do wc; usa a sanita, limpa-se e veste-se adequadamente; pode usar urinol pela noite)	Dependente (usa urinol ou arrastadeira ou necessita de ajuda para aceder e utilizar a sanita)	0	0
Transferência	Independente (não necessita de ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama; pode usar ajudas técnicas, p.ex. bengala)	Dependente (necessita de alguma ajuda para se deitar ou levantar da cama/ cadeira; está acamado)	0	1
Continência	Independente (controlo completo da micção e	Dependente (incontinência total ou parcial	1	1

	defecação)	vesical e/ou fecal; utilização de enemas, algália, urinol ou arrastadeira)		
Alimentação	Independente (leva a comida do prato à boca sem ajuda; exclui cortar a carne)	Dependente (necessita de ajuda para comer; não come em absoluto ou necessita de nutrição entérica / parentérica)	1	1
Total			2	5
Legenda 6 – Independente 5 – Dependência ligeira 3-4 - Dependência moderada 1-2 – Dependência grave 0 – Dependência total				

Avaliação do risco de queda

Avaliar equilíbrio através do índice de Tinetti		Avaliação	
		20\10	10\11
Sentado	Escorrega (0) Equilibrado (1)	1	1
Levantando	Incapaz (0) Usa os braços (1) Sem os braços (2)	0	1
Tentativas de levante	Incapaz (0) Mais de uma tentativa (1) Única tentativa (2)	1	2

Em pé 5 segundos	Desequilibrado (0) Estável com suporte (1) Estável sem suporte (2)	0	1
Equilibrado em pé	Desequilibrado (0) Suporte ou base de sustentação 12 cm (1) Sem suporte e base estreita (2)	0	1
Teste dos 3 tempos (examinador empurra levemente o externo do utente, que deve ficar de pés juntos)	Começa a cair (0) Agarra ou balança (1) Equilibrado (2)	0	1
Olhos fechados	Desequilibrado, instável (0) Equilibrado (1)	0	0
Girando 360°	Passos descontínuos (0) Passos contínuos (1) Instável (0)	0	0
	Estável (1)	0	0
Sentando	Inseguro, erra distância (0) Usa braços ou movimentos bruscos (1) Seguro (2)	1	2
Total		3	9

Avaliação da marcha através do índice de Tinetti		Avaliação	
		20\10	10\11
Índice da marcha	Hesitação ou várias tentativas para iniciar (0) Sem hesitação (1)	0	1
Comprimento e altura dos passos	a) Pé Direito - Não ultrapassa o pé esquerdo (0) - Ultrapassa o pé esquerdo (1) - Não sai completamente do chão (0)	0	1
		1	1

	- Sai completamente do chão (1) b) Pé esquerdo - Não ultrapassa o pé direito (0) - Ultrapassa o pé direito (1) - Não sai completamente do chão (0) - Sai completamente do chão (1)	0	1
		1	1
Simetria dos passos	Passos diferentes (0) Passos semelhantes (1)	0	0
Continuidade dos passos	Paradas ou passos descontínuos (0) Passos contínuos (1)	0	0
Direção	Desvio nítido (0) Desvio leve ou moderado ou uso de apoio (1) Linha reta sem apoio (bengala ou andarilho) (2)	0	1
Tronco	Balanço grave ou uso de apoio (0) Flexão dos joelhos ou abertura dos braços (1) Sem flexão, balanço, não usa os braços ou apoio (2)	0	1
Distância dos tornozelos	Tornozelos separados (0) Tornozelos quase se tocam enquanto anda (1)	1	1
Total		3	8
Total (equilíbrio e marcha)		6	17
Legenda <u>0 – 19 Alto risco de queda</u> 19 – 24 Moderado risco de queda 24 – 28 Baixo risco			

Avaliação da funcionalidade (escala da medida da independência funcional (MIF))

Níveis	7 – Independência completa (em segurança e tempo normal) 6 – Independência modificada (Ajuda técnica)	Sem ajuda
	5 – Supervisão 4 – Ajuda mínima (indivíduo $\geq 75\%$) 3 – Ajuda moderada (indivíduo $\geq 50\%$) 2 – Ajuda máxima (indivíduo $\geq 25\%$)	Com Ajuda

	1 - Ajuda total (indivíduo ≥ 0%)		
AUTOUIDADOS		20\10	10\11
A – Alimentação		7	7
B – Higiene Pessoal		4	7
C – Banho (Lavar o corpo)		4	7
D – Vestir metade superior		2	6
E – Vestir metade inferior		2	6
F – Utilização de sanita		5	6
CONTROLO DE ESFINCTERES			
G – Bexiga		7	7
H - Intestino		7	7
MOBILIDADE			
I – Leito, cadeira, cadeira de rodas		4	5
J – Sanita		4	5
K – Banheiro, duche		4	5
LOCOMOÇÃO			
L – Marcha/cadeira de rodas		3	4
M – Escadas		2	4
COMUNICAÇÃO			
N – Compreensão		7	7
O – Expressão		7	7
COGNIÇÃO SOCIAL			
P – Interação social		5	6
Q – Resolução de problemas		5	6
R – Memória		7	7

Total	86	109
--------------	-----------	------------

Plano de Cuidados de enfermagem de reabilitação

Com base na avaliação que foi feita inicialmente foi elaborado o programa de intervenção do enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação.

Este plano cuidados de enfermagem de reabilitação está integrado no processo de enfermagem, tem por base os contributos da teoria das transições da Meleis e adota a linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). Está organizado por foco de atenção a partir do qual é elaborado o diagnóstico de enfermagem, seguidamente são incorporadas as intervenções de enfermagem de reabilitação compreendidas como as necessárias para o aumento da funcionalidade, mobilidade e independência da utente, tendo em vista uma transição o mais saudável possível neste momento de transição saúde doença que a utente está a viver.

De referir que os focos de atenção com interesse para este trabalho, a partir do qual foi desenvolvido o plano de reabilitação são: Parésia, autocuidado, mobilidade, equilíbrio Corporal, andar e queda. O campo de atuação da enfermagem não se baliza apenas nos focos atrás referidos, pois outros foram alvo de análise e criação de planos de cuidados, contudo, ao longo deste trabalho a incidência clínica observada apenas se reflete nos focos referidos que são os focos com maior interesse para a reabilitação.

Foco: Parésia

Diagnóstico: Paralisia facial da hemiface direita
Intervenções de enfermagem de reabilitação
<u>Do tipo instruir \ treinar:</u> • Instruir técnica de exercícios de reeducação da musculatura da face; • Treinar técnica de exercícios de reeducação da musculatura da face; • Instruir técnica de oclusão ocular alternada por períodos de uma hora. <u>Do tipo avaliar:</u> • Avaliar aprendizagem de habilidades técnica de exercícios de reeducação da

musculatura da face.
Avaliação
No dia 20\10 foram instruídos e treinados os exercícios que a Srª MM pode realizar para melhorar a simetria facial. 5 dias depois questionei a realização dos mesmos e a resposta da Srª MM foi afirmativa, repetindo e exemplificando os exercícios. No dia 10\11 ainda mantém parésia da hemiface mas mais discreta, o desvio da comissura labial está mais discreto, havendo também uma melhoria da ptose palpebral. A utente revela melhoria quanto ao acumular de líquidos na fossa piriforme.

Foco: Autocuidado

Diagnóstico: Autocuidado vestir/despir dependente em grau elevado (entende-se por grau elevado a pessoa que apresenta valor de 2 no item vestir metade superior e inferior na escala da MIF)
Intervenções de enfermagem de reabilitação
<u>Do tipo executar:</u> - Assistir no autocuidado vestir/despir <u>Do tipo instruir \ treinar:</u> - Instruir técnica de vestir/despir; - Treinar técnica de vestir/despir; <u>Do tipo avaliar:</u> - Avaliar aprendizagem da técnica de vestir/despir; <u>Do tipo monitorizar:</u> - Monitorizar capacidade de vestir/despir através da escala MIF
Avaliação
Utente dependente no vestir, necessitando de ajuda parcial para a realização desta tarefa. 5 dias depois de ter instruído e treinado técnica de vestir\despir pedi à Srª MM para exemplificar a técnica de vestir\despir e a resposta da Srª MM foi afirmativa, repetindo e exemplificados os exercícios. No dia 20\10 tinha score de 3 no item vestir\despir parte superior e inferior e no dia 10\11 já apresentava score de 6 no item vestir\despir quer parte inferior do corpo quer parte superior na escala da MIF, sendo autónoma, apenas necessitando de

tempo acima do razoável para a realização da tarefa.

Foco: Mobilidade

Diagnóstico Mobilidade comprometida no hemicorpo esquerdo.

Intervenções de enfermagem de reabilitação

Do tipo monitorizar:

- Monitorizar força muscular através da escala de lower;
- Monitorizar tonicidade através da escala de tonicidade de Ashworth;
- Monitorizar amplitude articular;

Do tipo instruir \ treinar:

- Instruir técnica de exercícios isométricos;
- Treinar exercícios isométricos;
- Instruir técnica de exercícios isotónicos;
- Treinar exercícios isotónicos.
- Instruir exercícios músculo articulares ativos assistidos
- Treinar exercícios músculo articulares ativos assistidos
- Instruir técnica de exercícios músculo articulares ativos resistidos;
- Treinar técnica de exercícios músculo articulares ativos resistidos.

Do tipo avaliar:

- Avaliar aprendizagem de habilidades técnica de exercícios músculo articulares ativos

Do tipo executar:

- Executar técnica de exercícios músculo articulares passivos.

Avaliação

Depois de instruir e treinar os exercícios, peço à Sr^a MM para fazer os exercícios sozinha, pedido este que é feito pela utente de forma satisfatória.

No dia da avaliação apresenta força de 4\5 no hemicorpo esquerdo, no dia 10\11 já apresenta força 5\5 em todo o corpo.

Na mão esquerda apresenta uma franca melhoria, já apresentando alguma motricidade fina sendo capaz de por exemplo apertar e desapertar a tampa da garrafa de água e abotoar e desabotoar botões do seu casaco.

Foco: Equilíbrio corporal

Diagnóstico: Equilíbrio corporal comprometido na posição ortostática
Intervenções de enfermagem de reabilitação
<u>Do tipo executar:</u> • Treinar equilíbrio estático e dinâmico sentado; • Treinar equilíbrio estático e dinâmico em pé. <u>Do tipo monitorizar:</u> • Monitorizar o equilíbrio através do índice de Tinetti. <u>Do tipo avaliar:</u> • Avaliar o equilíbrio.
Avaliação
No dia 20\10 apresenta score de 3 na avaliação do equilíbrio do índice de Tinetti. No dia 10\11 já apresenta um score de 9 nessa mesma escala, significa que houve uma melhoria no equilíbrio em pé, tendo agora equilíbrio estável com andarilho.

Foco: andar

Diagnóstico: Andar comprometido
Intervenções de enfermagem de reabilitação
<u>Do tipo executar:</u> • Assistir no auto cuidado andar; • Assistir no auto cuidado transferência; <u>Do tipo instruir \ treinar:</u> • Instruir técnica de marcha; • Instruir técnica de marcha com ajudas técnicas; • Treinar técnica de marcha com ajudas técnicas; • Treinar técnica de marcha; • Instruir técnica de transferência; • Treinar técnica de transferência; • Instruir técnica de transposição de obstáculos; • Treinar técnica de transposição de obstáculos. <u>Do tipo avaliar:</u> • Avaliar aprendizagem de habilidades técnica de marcha;

• Avaliar aprendizagem de habilidades transferência de obstáculos • Avaliar aprendizagem de habilidades técnica de transferência. <u>Do tipo monitorizar:</u> • Monitorizar capacidade de marcha através do índice de marcha de Tinetti.
Avaliação
Utente demonstra exercícios que lhe foram recomendados, significando que aprendeu o que foi treinado e instruído. No dia da primeira avaliação apresentava score de 3 na avaliação da marcha no Índice de Tinetti. No dia 10\11 já apresenta score de 8 nesta avaliação. Apesar da melhoria ainda não apresenta marcha eficaz sem ajudas técnicas. A utente apresenta uma melhoria nas transferências, sendo agora autónoma com ajudas técnicas sob supervisão.

Foco: Queda

Risco de queda em grau elevado (entende-se por grau elevado a pessoa que apresenta score entre 0-19 na escala de Tinetti)
Intervenções de enfermagem de reabilitação
<u>Do tipo executar:</u> • Assistir na transferência <u>Do tipo instruir \ treinar:</u> • Instruir técnica de transferência; • Treinar técnica de transferência; • Instruir técnica de transposição de obstáculos; • Treinar técnica de transposição de obstáculos; • Instruir utente e família sobre gestão do ambiente físico. <u>Do tipo avaliar:</u> • Avaliar aprendizagem de habilidades técnica de transferência; • Avaliar aprendizagem de habilidades técnica de transposição de obstáculos; • Avaliar aprendizagem da gestão do ambiente físico; • Avaliar ambiente físico. <u>Do tipo monitorizar:</u> • Monitorizar Risco de queda através do índice de Tinetti.

Avaliação
Tanto no dia 20\10 como no dia 10\11 apresenta elevado risco de queda, com score < a 19 na escala de Tinetti. Contudo houve uma evolução de 6 para 18 de uma avaliação para outra, significando que o risco de queda diminuiu. A utente apresenta uma melhoria nas transferências, sendo agora autónoma com ajudas técnicas.

Apreciação final

A escolha do caso da Sr^a MM para a elaboração deste trabalho residiu no facto de esta ser uma utente que outrora era independente nas atividades de vida e que agora se encontra dependente de terceiros para a realização das tarefas diárias.

Promover a adaptação da Sr^a MM ao seu domicílio nesta nova condição de saúde e ajuda-la a lidar com as suas limitações, fazendo com que se mantenha motiva e empenhada neste processo de reabilitação que é sempre moroso e difícil, foi para mim um desafio muito gratificante. Pude constatar que ao longo da nossa intervenção houve ganhos significativos em termos de aquisição de força, melhoria do equilíbrio, melhoria da qualidade da marcha, melhoria da motricidade fina ao nível da mão esquerda e consequentemente melhoria da funcionalidade e consequente aumento da autonomia da utente, contudo o trabalho que foi desenvolvido até agora deve ser continuado porque apesar da melhoria, a utente continua a necessitar de manter o programa de reabilitação.

De acordo com o processo transicional vivenciado pela Sr^a MM considero que esta se encontra num processo de transição saúde/doença, uma vez que neste âmbito a utente e seus cuidadores têm consciência do processo que experienciam. A utente e os seus cuidadores tiveram sempre uma postura ativa, com sentido de empenho e de colaboração no programa, fatores estes que são facilitadores deste processo de transição.

A elaboração deste plano de cuidados foi muito importante para o meu percurso formativo pois permitiu desenvolver competências nos diferentes passos para a elaboração de um programa de reabilitação, como a colheita de dados, exame neurológico, identificação das necessidades reais da utente no seu domicílio. Já a aplicação do plano de cuidados de reabilitação fez-me perceber que o programa de

reabilitação não é estático nem linear e que tem necessidade de uma reformulação constante.

A implementação de escalas e instrumentos de medida permitiu monitorizar a intervenção, como preconizado pela OE, demonstrando a eficácia dos cuidados prestados exigindo reformulações constantes no programa de reabilitação.

Bibliografia:

Apóstolo, J. (2012), Instrumentos para avaliação em geriatria. Documento de apoio. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em: http://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509. Acedido a 20\10\2016.

Conselho internacional de Enfermeiras. (2011). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Versão 2.

Ordem dos Enfermeiros.(2009). Guia de boa prática e cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com traumatismo vértebro medular. Série I. Número 2.

Apêndice 6



7º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Estágio UCC

Plano de sessão

- Cuidar da pessoa com alteração da mobilidade, posicionamentos e transferências -

Paulo Mendes

Prof.^a Orientadora – Vanda Marques Pinto

Enf.^a Orientadora – **[Redacted Name]**

Lisboa

Novembro 2016

Tema: Cuidar da pessoa com alteração da mobilidade, posicionamentos e transferências.

Objetivos:

Dotar as auxiliares de ação médica de conhecimentos sobre os cuidados à pessoa com alteração da mobilidade.

Destinatários:

Auxiliares de ação médica dos parceiros comunitários da UCC.

Duração: 14h00 – 16h00

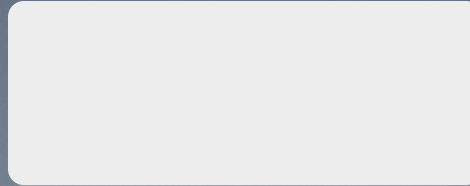
Local: Sala de reuniões da Unidade de longa duração e manutenção ARIFA.

Data da realização: 16/11/2016

Conteúdos	Meios e recursos	Metodologia	Tempo previsto
Introdução à sessão: Apresentação dos objetivos da sessão	Projeção visual em datashow	Exposição oral	5 minutos
Desenvolvimento: Causas de alteração da mobilidade; Consequências da imobilidade; Posicionamentos; • Princípios gerais; • Posicionamentos mais frequentes; Transferências; • Objetivos das transferências; • Princípios básicos; • Mobilidade na cama; • Transferência cama cadeira de rodas; • Corrigir posicionamentos na cadeira de rodas; • Corrigir posicionamentos no cadeirão.	Projeção visual em datashow. Cadeira de rodas Cadeirão Cama articulada Lençóis	Exposição oral Demonstração Interação e discussão	100 minutos
Conclusão: Síntese dos principais aspetos abordados; Troca de experiências.	Projeção visual em datashow	Exposição oral	15 minutos

Apêndice 7

Formar para cuidar



Cuidar da pessoa com alteração da mobilidade

- Posicionamentos e transferências.

ENFERMEIRA MARIA JOÃO MORAIS
ENFERMEIRO PAULO MENDES



Novembro 2016

Fonte: <https://recolhatampinhas.webnode.pt/album/galeria-de-fotos/pessoa-na-cadeira-de-rodas-thumb2083279-jpg/>

Sumário

- ▶ Causas das alterações da mobilidade;
- ▶ Consequências da imobilidade;
- ▶ Posicionamentos;
- ▶ Transferências.

Causas das alterações da mobilidade

- ▶ Doenças crónicas
- ▶ Doenças respiratórias
- ▶ Alterações psicológicas
- ▶ Doenças cardíacas
- ▶ Envelhecimento
- ▶ Dor intensa
- ▶ Problemas orto-traumatológicos
- ▶ Desnutrição
- ▶ Doenças neurológicas
- ▶ Défice neurosensorial

Consequências da imobilidade

- ▶ Alterações respiratórias
- ▶ Alterações cardiovasculares
- ▶ Alterações gastrointestinais
- ▶ Alterações urinárias
- ▶ Alterações metabólicas
- ▶ Alterações no sistema nervoso
- ▶ Alterações na pele e tegumentos
- ▶ Alterações músculo - esqueléticas

Posicionamentos

«POSICIONAR É COLOCAR ALGUÉM OU ALGUMA COISA EM DETERMINADA POSIÇÃO».

Posicionamentos - Princípios gerais

- ▶ Instruir a pessoa e família sobre o procedimento;
- ▶ Solicitar a colaboração da pessoa de acordo com as suas capacidades;
- ▶ Posicionamento de 2 em 2 horas;
- ▶ Em qualquer posicionamento, a pessoa deve ficar confortável, o peso corporal distribuído equitativamente, respeitando o alinhamento corporal e reduzindo as tensões articulares e musculares.

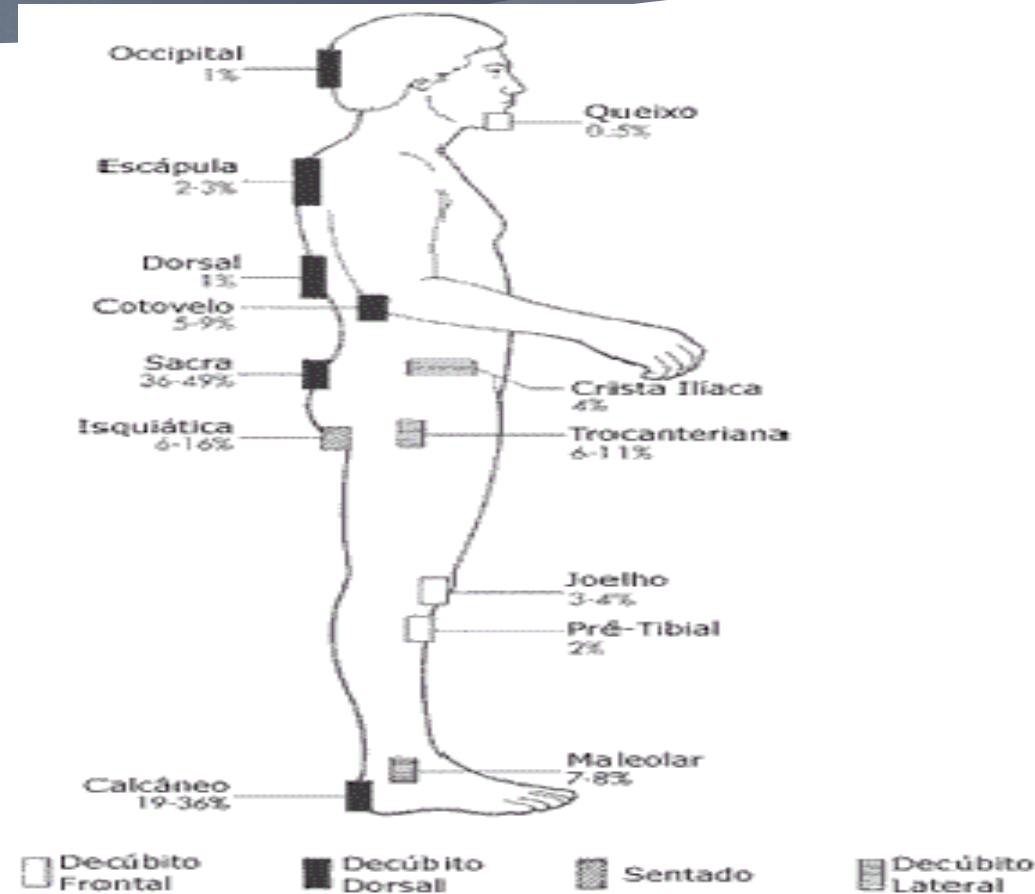
Posicionamentos - Princípios gerais

Na alternância de decúbito:

- ▶ reposicionar a pessoa usando movimentos suaves e firmes de modo a que a pressão seja aliviada ou redistribuída, as diferentes articulações assumam diferentes posições e as zonas de pressão também sejam diferentes;
- ▶ Evitar posicionar a pessoa em contacto direto com dispositivos médicos, tais como tubos e sistemas de drenagem;
- ▶ Avaliar regularmente a pele. Se a pessoa não responde favoravelmente conforme o esperado, devem ser reconsiderados a frequência e o método de posicionamento;
- ▶ Utilizar ajudas de transferência para evitar a fricção e a torção. No caso da utilização do resguardo, este deve ser colocado desde a região escapulo-umeral até à região poplíteia.

Posicionamentos - Princípios gerais

zonas de pressão, a frequência de ulceração e os posicionamentos com que se relacionam



Posicionamentos mais frequentes

- ▶ DECÚBITO DORSAL
- ▶ DECÚBITO LATERAL
- ▶ DECÚBITO SEMIDORSAL
- ▶ DECÚBITO VENTRAL
- ▶ DECÚBITO SEMIVENTRAL
- ▶ POSIÇÃO DE FOWLER

Posicionamentos mais frequentes

DECÚBITO DORSAL

DECÚBITO LATERAL

DECÚBITO SEMIDORSAL

DECÚBITO VENTRAL

DECÚBITO SEMIVENTRAL

POSIÇÃO DE FOWLER



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

- ▶ Almofada na cabeça até ao nível dos ombros
- ▶ Membros superiores em rotação interna com ou sem flexão do antebraço
- ▶ Punho estendido e a mão em posição funcional

Posicionamentos mais frequentes

DECÚBITO DORSAL

DECÚBITO LATERAL

DECÚBITO SEMIDORSAL

DECÚBITO VENTRAL

DECÚBITO SEMIVENTRAL

POSIÇÃO DE FOWLER



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

- ▶ Membros inferiores em posição anatómica
- ▶ Joelhos com ligeira flexão
- ▶ Pés apoiados em superfície firme a 90°
- ▶ Calcâneos aliviados de pressão

Posicionamentos mais frequentes

DECÚBITO DORSAL

DECÚBITO LATERAL

DECÚBITO SEMIDORSAL

DECÚBITO VENTRAL

DECÚBITO SEMIVENTRAL

POSIÇÃO DE FOWLER



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

- ▶ Cabeça sobre a almofada que deve ter a altura do ombro ao pescoço
- ▶ Membro superior que fica sobre a cama em flexão, com projecção do ombro e a mão na altura do rosto
- ▶ Membro superior do lado contrário com o ombro a 90° e braço apoiado em almofada, virado para baixo com punho e dedos em extensão.

Posicionamentos mais frequentes

DECÚBITO DORSAL

DECÚBITO LATERAL

DECÚBITO SEMIDORSAL

DECÚBITO VENTRAL

DECÚBITO SEMIVENTRAL

POSIÇÃO DE FOWLER



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

- ▶ Membro inferior do lado da cama com ligeira flexão do joelho
- ▶ Membro inferior do lado contrário sobre almofada, articulação da anca e joelho a 90° e pé em posição neutra.

Posicionamentos mais frequentes

DECÚBITO DORSAL

DECÚBITO LATERAL

DECÚBITO SEMIDORSAL

DECÚBITO VENTRAL

DECÚBITO SEMIVENTRAL

POSIÇÃO DE FOWLER



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

- ▶ Membro superior do lado da cama ligeiramente aberto com a mão virada para baixo ou com cotovelo fletido e mão virada para cima apoiada em almofada
- ▶ Membro superior do lado contrário apoiado em almofada, ligeiramente aberto, cotovelo em ligeira flexão, punho em posição neutra, mão virada para baixo.

Posicionamentos mais frequentes

DECÚBITO DORSAL

DECÚBITO LATERAL

DECÚBITO SEMIDORSAL

DECÚBITO VENTRAL

DECÚBITO SEMIVENTRAL

POSIÇÃO DE FOWLER



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

- ▶ Membro inferior do lado da cama com anca e joelho em ligeira flexão, pé em posição neutra
- ▶ Membro inferior do lado contrário apoiado em almofada com anca e joelho em extensão ou ligeira flexão e pé em posição neutra.

Posicionamentos mais frequentes

DECÚBITO DORSAL

DECÚBITO LATERAL

DECÚBITO SEMIDORSAL

DECÚBITO VENTRAL

DECÚBITO SEMIVENTRAL

POSIÇÃO DE FOWLER



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

- ▶ Cabeça lateralizada com ou sem almofada baixa e se necessário colocar almofada na região abdominal para reduzir pressão na região mamária e genitais.
- ▶ Membros superiores em extensão ao longo do corpo ou abertos e cotovelo fletido (para cima ou para baixo)
- ▶ Membros inferiores em extensão ligeiramente abertos, ligeira flexão dos joelhos, pés apoiados em almofada de forma a que os dedos dos pés não toquem na cama.

Posicionamentos mais frequentes

DECÚBITO DORSAL

DECÚBITO LATERAL

DECÚBITO SEMIDORSAL

DECÚBITO VENTRAL

DECÚBITO SEMIVENTRAL

POSIÇÃO DE FOWLER



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

- ▶ Membro superior do lado da cama ao longo do corpo, do lado contrário ombro em ligeira flexão, flexão do cotovelo, extensão do punho e dedos
- ▶ Membro inferior do lado da cama com extensão da anca e joelho, do lado contrário anca a 45°, flexão do joelho e pé em posição neutra.



Posicionamentos mais frequentes

DECÚBITO DORSAL

DECÚBITO LATERAL

DECÚBITO SEMIDORSAL

DECÚBITO VENTRAL

DECÚBITO SEMIVENTRAL

POSIÇÃO DE FOWLER



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

- ▶ Membros superiores com ligeira flexão do ombro, flexão do cotovelo, mãos viradas para baixo (com ou sem almofada)
- ▶ Membros inferiores com a anca em flexão, pernas ligeiramente afastadas e joelhos em flexão (com ou sem almofada nos joelhos e pés)

Transferências

PADRÃO DE MOVIMENTO PELO QUAL SE MOVE UMA PESSOA DE UMA SUPERFÍCIE PARA OUTRA.

Transferências - objetivos

- ▶ Prevenir complicações da imobilidade
- ▶ Promover o conforto e a qualidade de vida

Transferências – princípios básicos

- ▶ Segurar a pessoa com firmeza
- ▶ Para a mobilização de doentes o ideal é usar meios auxiliares específicos que facilitem a transferência, tais como: elevadores mecânicos, tábuas de transferência, cintos com pegas, pranchas ou resguardos
- ▶ A mobilização deve ser feita com o número de elementos adequado à situação física e grau de dependência do doente
- ▶ Para a prevenção do risco de quedas é fundamental que a pessoa a transferir esteja vestida e calçada de forma apropriada. Recomenda-se o uso de calças, bem como o uso de calçado fechado e antiderrapante.

Transferências - Mobilidade na cama (2 pessoas)

- ▶ Ajustar a altura da cama de acordo com o centro de gravidade do profissional e o tipo de procedimento a realizar.
- ▶ Nas técnicas de mobilização, o profissional deve manter um bom alinhamento corporal, fletir o tronco até 10° e fletir ligeiramente os joelhos, utilizando os músculos dos membros inferiores em substituição dos dorsolombares em movimentos de esforço
- ▶ deve ser feito, preferencialmente, por dois profissionais em movimentos sincronizados e usando, quando possível, auxiliares como, por exemplo, o resguardo (enrolado).



Transferências - Mobilidade na cama (1 pessoa)

- Mobilizar por partes, em primeiro lugar a parte superior do corpo (cintura escapular e região dorsal) e, em seguida, a parte inferior (cintura pélvica e membros inferiores);



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

Transferências – cama para Cadeira de rodas

- ▶ Preparar a cadeira de rodas (travar as rodas, elevar ou retirar o apoio de braço mais próximo do leito e afastar os pedais) ou cadeirão e colocar a cadeira de rodas ou cadeirão paralelo à cama;
- ▶ a pessoa deve fletir os joelhos;
- ▶ Colocar uma mão ao nível da região escapulo-umeral e outra nos joelhos e rodar a pessoa;
- ▶ Assistir na elevação do tronco com uma mão e simultaneamente fazer pressão nos membros inferiores na direção do chão, ajudando-a a sentar-se com um movimento coordenado;
- ▶ Descer a base da cama de forma a que os pés fiquem assentes no chão e assegurar-se de que a pessoa está calçada ou usa meias antiderrapantes

Maria João Morais
Paulo Mendes



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

Transferências – cama para Cadeira de rodas

- ▶ Solicitar à pessoa para inclinar o tronco a fim de transferir o peso para a frente e assumir a posição de pé;
- ▶ Assistir a pessoa durante a transferência, colocando as mãos na região dorsolombar. Se possível, pedir-lhe para se apoiar no braço oposto da cadeira;
- ▶ Colocar os pés nos pedais de apoio da cadeira, que devem estar ajustados de forma a que a pessoa mantenha flexão da anca e joelho a 90°;
- ▶ Se necessário, colocar superfície de trabalho para apoio dos membros superiores.



Transferências – Cama para Cadeira de rodas (pessoa muito dependente)

- ▶ Transferência com 2 pessoas do mesmo lado da cama;
- ▶ Puxar a pessoa para a extremidade da cama;
- ▶ Na parte superior do corpo passar os antebraços sob as axilas da pessoa de modo a segurá-lhe os antebraços junto ao tronco. Para maior estabilidade e diminuir a carga sobre o ombro da pessoa deve segurar o antebraço esquerdo com a mão direita e o antebraço direito com a mão esquerda



Transferências – Cama para Cadeira de rodas (pessoa muito dependente)

- ▶ O outro elemento, responsável pela transferência da parte inferior do corpo da pessoa, coloca-se de frente para a cama com os antebraços sob os membros inferiores;
- ▶ A transferência é feita em bloco, colocando a pessoa na cadeira/cadeirão.



Transferências - Corrigir posicionamento na cadeira (ajuda parcial)

28

- ▶ Aproximar os pés da pessoa do cadeirão;
- ▶ Solicitar à pessoa que incline o tronco para a frente;
- ▶ Elevar a pessoa e voltar a sentá-la (verificar se a região poplíteia está próxima do cadeirão);
- ▶ Verificar se os joelhos e coxofemoral têm um ângulo de 90° de flexão e se a região dorsal está apoiada na cadeira/cadeirão.



Transferências - Corrigir posicionamento na cadeira de rodas (ajuda total)

29

- ▶ Coloca-se por trás da cadeira, passando os antebraços sob as axilas da pessoa de modo a segurar-lhe os antebraços. Segurar o antebraço esquerdo com a mão direita e o antebraço direito com a mão esquerda.
- ▶ Fletir os joelhos e alinhar a coluna vertebral;
- ▶ Efetuar extensão dos membros inferiores segurando firmemente o tronco da pessoa.
- ▶ Colocar a força nos quadríceps e reposicionar a pessoa na cadeira, verificando o apoio lombar e o ângulo da anca e joelhos.



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

Transferências - Corrigir posicionamento no cadeirão (ajuda total)

30

- ▶ Feito por 2 pessoas, usando resguardo;
- ▶ Os profissionais devem colocar-se um à esquerda e outro à direita da cadeira/cadeirão;
- ▶ Enrolar o resguardo e segurar firmemente com uma mão ao nível dos ombros da pessoa e outra ao nível do cavado poplíteo;
- ▶ Elevar, com o resguardo, os membros inferiores;
- ▶ Mantendo os membros inferiores elevados, puxar o resguardo junto aos ombros no sentido ascendente;
- ▶ Reposicionar a pessoa na cadeira, verificando o apoio lombar e o ângulo da anca e joelhos.

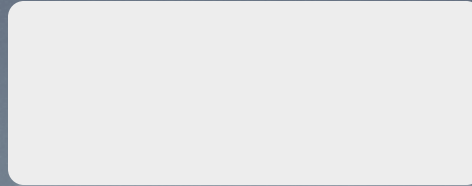


Bibliografia

- ▶ Cuidados à Pessoa com Alteração da Mobilidade - Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação, Ordem dos Enfermeiros (2013).

<https://recolhatampinhas.webnode.pt/album/galeria-de-fotos/pessoa-na- cadeira-de-rodas-thumb2083279-jpg/>

Formar para cuidar



Cuidar da pessoa com alteração da mobilidade

- Posicionamentos e transferências.

ENFERMEIRA MARIA JOÃO MORAIS
ENFERMEIRO PAULO MENDES



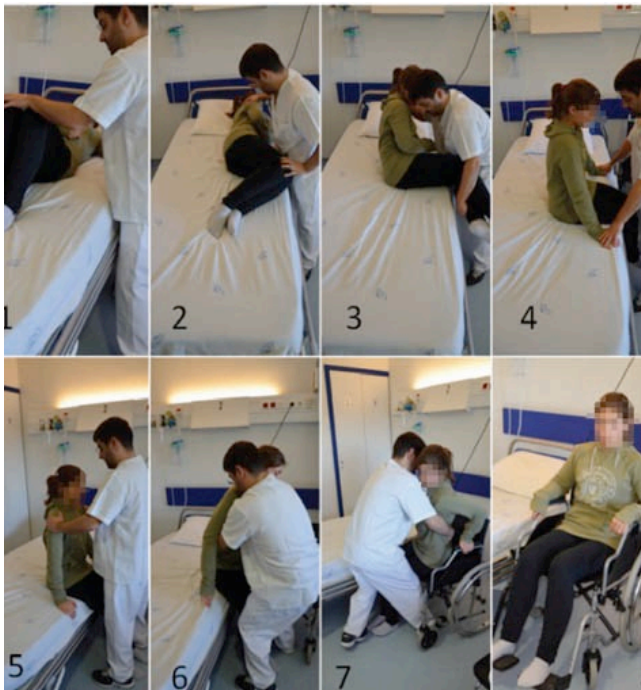
Novembro 2016

Fonte: <https://recolhatampinhas.webnode.pt/album/galeria-de-fotos/pessoa-na-cadeira-de-rodas-thumb2083279-jpg/>

Apêndice 8

Transferências (cama - cadeira de rodas)

Com ajuda parcial (1 pessoa)



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

Com ajuda total (2 pessoas)



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

Lembre-se que...

- Sempre que possível deve utilizar meios auxiliares específicos que facilitem a transferência, tais como: elevadores mecânicos, tábuas de transferência, cintos com pegas, pranchas ou resguardos;
- A mobilização deve ser feita com o número de elementos adequado à situação física e grau de dependência do doente ;
- Para a prevenção do risco de quedas é fundamental que a pessoa a transferir esteja vestida e calçada de forma apropriada. Recomenda-se o uso de calças, bem como o uso de calçado fechado e antiderrapante.

Guia de orientação



Fonte: <https://recolhatampinhas.webnode.pt/album/galeria-de-fotos/pessoa-na-cadeira-de-rodas-thumb2083279-jpg/>

Cuidar da pessoa com limitação da mobilidade

- Posicionamentos e transferências

Informação para Cuidadores

Novembro de 2016

Bibliografia: Cuidados à Pessoa com Alteração da Mobilidade - Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação, Ordem dos Enfermeiros (2013); <https://recolhatampinhas.webnode.pt/album/galeria-de-fotos/pessoa-na-cadeira-de-rodas-thumb2083279-jpg/>

Elaborado por:

Maria João Morais, Enf^a Mestre e Especialista em Enfermagem de Reabilitação

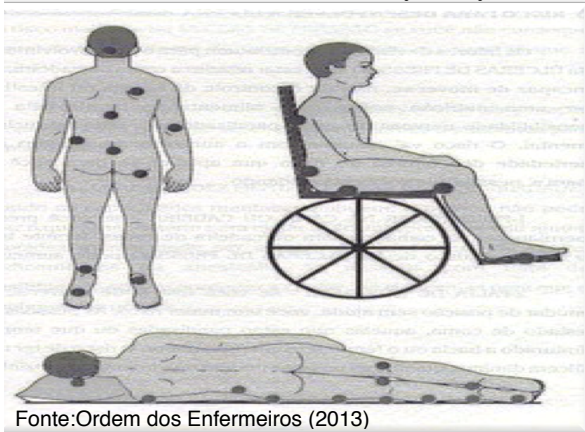
Paulo Mendes, Aluno de Mestrado e especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Posicionamentos

Os posicionamentos são fundamentais na prestação de cuidados à pessoa com limitação da mobilidade pois;

- Promovem o conforto e o bem estar e autonomia;
- Estimulam a circulação, a respiração e a regulação do trânsito intestinal;
- Previnem alterações da força muscular e articular;
- Previnem problemas da pele, nomeadamente úlceras por pressão (feridas difíceis de cicatrizar).

Zonas corporais mais suscetíveis de desenvolverem úlceras por pressão



Fonte:Ordem dos Enfermeiros (2013)

Decúbito Lateral (deitado de lado)
Orelha, anca, ombro, joelho, tornozelos.

Decúbito dorsal (deitado de costas)
Cabeça, cotovelos, nádegas, região sagrada e calcanhares.

Para posicionar uma pessoa dependente deve:

- Instruir pessoa e família;
- Pedir colaboração da pessoa;
- Deixar a pessoa confortável;
- Deixar o peso corporal distribuído equitativamente;
- Respeitar o alinhamento corporal;
- Manter os lençóis esticados;
- Manter a roupa da pessoa sem rugas;
- Evitar posicionar em contacto direto com dispositivos médicos;
- Evitar a fricção e a torção;
- Avaliar regularmente a pele.

Frequência dos Posicionamentos

Determinada por:

- Mobilidade da pessoa;
- Condição global da pele;
- Condição clínica global;
- Objetivos do tratamento.

A pessoa em situação de imobilidade deve ser posicionada de 2 em 2 horas, durante as 24 horas.

Posicionamentos mais utilizados

Decúbito dorsal



Fonte:Ordem dos Enfermeiros (2013)

Decúbito lateral



Fonte:Ordem dos Enfermeiros (2013)

Decúbito semidorsal



Fonte:Ordem dos Enfermeiros (2013)

Apêndice 9



7º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Estágio ortopedia

Plano de sessão

- Pessoa com patologia da anca -

Paulo Mendes

Prof.^a Orientadora – Vanda Marques Pinto

Enf.^a Orientadora – Mariana Jaisio

Lisboa

Janeiro 2017

Tema: Pessoa com patologia da anca, intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Objetivos:

Dotar os novos enfermeiros de conhecimentos sobre a fisiopatologia da patologia da anca e cuidados a ter na prestação de cuidados a estes clientes.

Diagnóstico:

Durante o estágio foram admitidos no serviço novos enfermeiros e a partir daí surgiu a necessidade de dotar estes de conhecimentos específicos sobre a patologia da anca de forma a garantir a qualidade da sua integração.

Destinatários:

Enfermeiros do serviço de ortopedia

Duração: 14h00 – 15h00

Local: Sala de reuniões da Unidade hospitalar.

Conteúdos	Meios e recursos	Metodologia	Tempo previsto
Introdução à sessão: Apresentação dos objetivos da sessão	Projeção visual em datashow	Exposição oral	5 minutos
Desenvolvimento: Fisiopatologia da patologia da anca; • Coxartrose • Fraturas da extremidade proximal do fémur Tratamento cirúrgico • Artroplastia total da anca • Osteossíntese Reabilitação da pessoa submetida a ATA • Pré operatório • Pós operatório • Exercícios • Ensinos • Evidência científica	Projeção visual em datashow	Exposição oral Demonstração Interação e discussão	50 minutos
Conclusão: Síntese dos principais aspetos abordados; Troca de experiências.	Projeção visual em datashow	Exposição oral	5 minutos

Apêndice 10

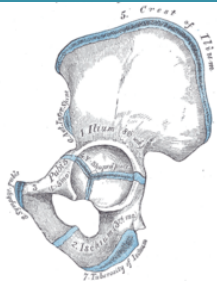
PESSOA COM PATOLOGIA DA ANCA

= PROCESSO DE REABILITAÇÃO =

Paulo Mendes . Sérgio Pereira

Orientador: 

Docente: Prof.ª Dra. Vanda Marques Pinto



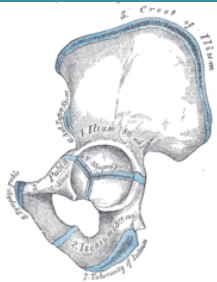
Patologia da Anca

Coxartrose

Fraturas da extremidade proximal do fémur

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

(Melo, 2009)



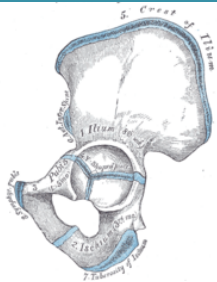
Patologia da Anca

Coxartrose

Fraturas da extremidade proximal do fémur

- Quebra na continuidade da epífise proximal do fémur
- Pode ocorrer em 3 zonas anatómicas distintas:
 - colo
 - região trocantérica
 - região subtrocantérica
- Fratura da epífise proximal do fémur
 - mortalidade e morbidade, aumenta com a idade e com as doenças associadas
 - causa mais comum de morte traumática depois dos 75 anos

(DGS 2003)

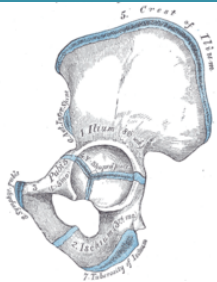


Patologia da Anca

Coxartrose

Fraturas da extremidade proximal do fêmur

- As fraturas trocantéricas e as fraturas do colo do fêmur
 - caucasianos
 - mulher após a menopausa
 - picos de incidência na sétima e oitava década de vida
- O índice de mortalidade e morbidade são elevados
 - apenas 50% dos idosos retomam a sua função anterior
 - ao fim de 6 meses 17-30% vêm a falecer



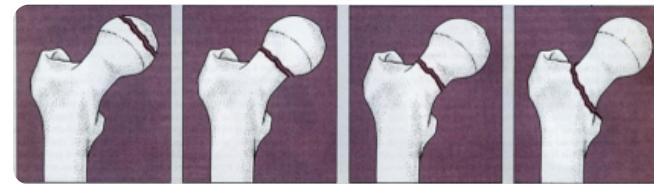
Patologia da Anca

Coxartrose

Fraturas da
extremidade
proximal do fêmur

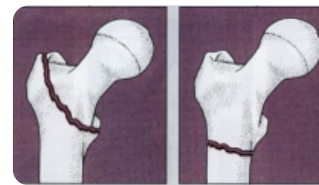
Classificação

- Intra-capsulares

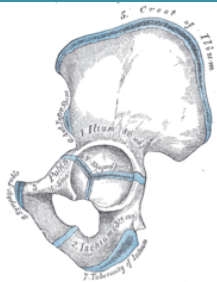


Fonte: Fernandes (2016)

- Extra-capsulares



Fonte: Fernandes (2016)

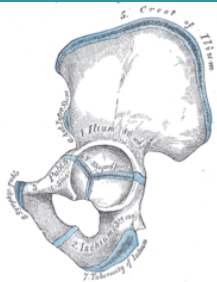


Patologia da Anca

Coxartrose

Fraturas da
extremidade
proximal do fêmur

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



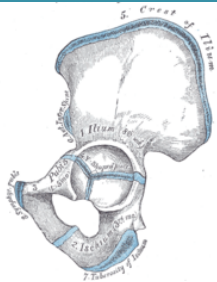
Patologia da Anca

Coxartrose

Fraturas da
extremidade
proximal do fêmur

O tratamento cirúrgico – **objetivos**

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



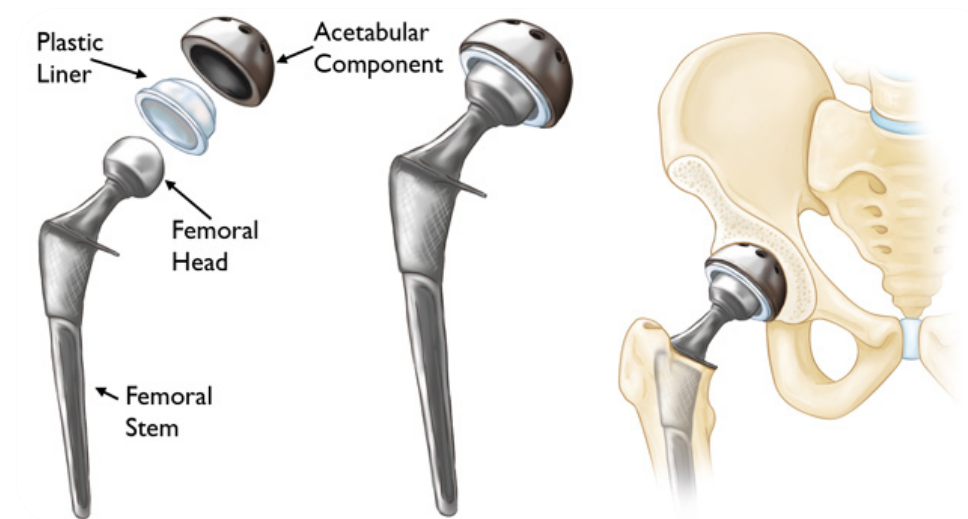
Tratamento Cirúrgico

Artroplastia Total da Anca

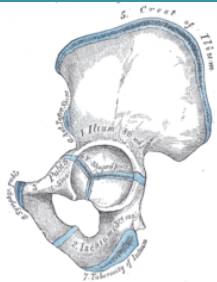
Osteossíntese

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

(Filipe, Afonso e Lima, 2007)



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



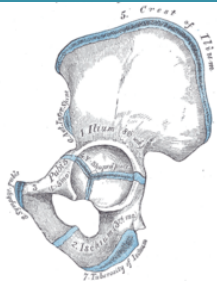
Tratamento Cirúrgico

Artroplastia Total da Anca

Osteossíntese

- Causas mais frequentes de dor e disfunção da anca e que estão na origem da maioria das indicações para a ATA
 - grande incidência na população idosa
 - osteoartrose primária ou secundária
 - osteonecrose da cabeça femoral
 - doença inflamatória da anca
 - fratura do colo do fêmur

(DGS, 2013)

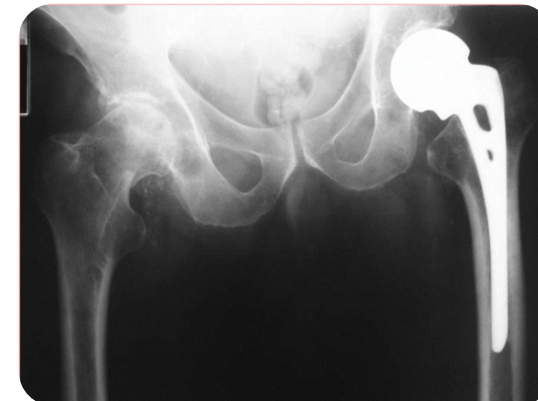


Tratamento Cirúrgico

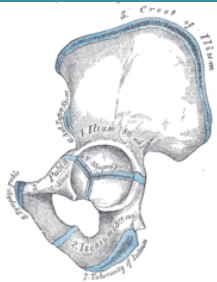
Artroplastia Total da Anca

Osteossíntese

- Cefálica
- Total
- Cimentada
- Não cimentada
- Híbrida



Fonte: Fernandes (2016)



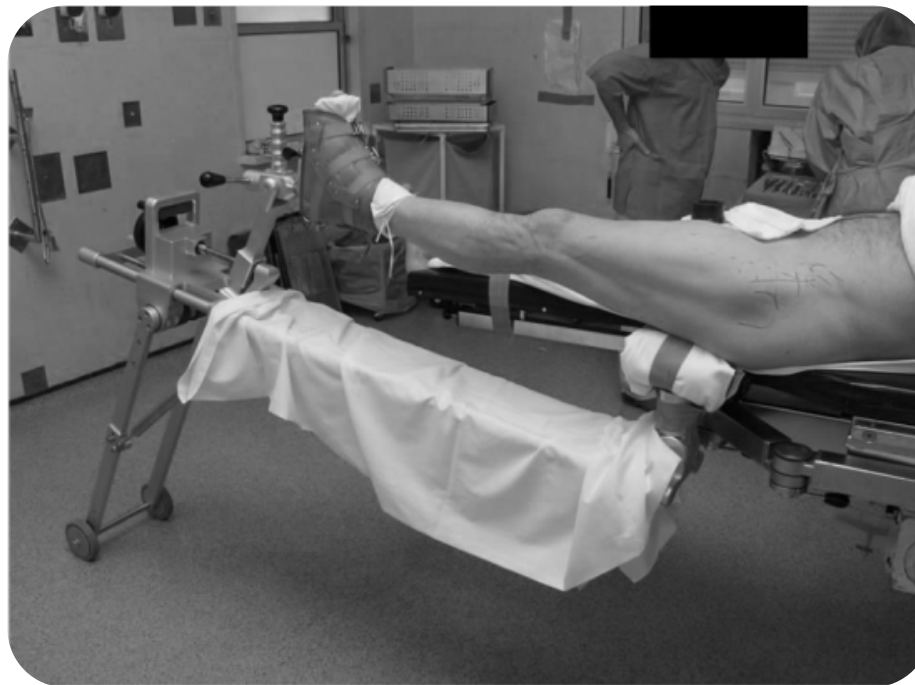
Tratamento Cirúrgico

Artroplastia Total da Anca

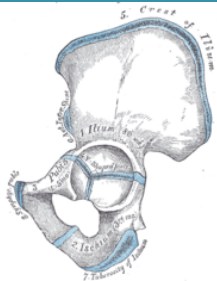
Osteossíntese

Vias de Abordagem

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



Fonte: Fernandes (2016)



Tratamento Cirúrgico

Artroplastia Total da Anca

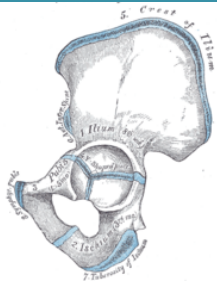
Osteossíntese

Vias de Abordagem

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



Fonte: Fernandes (2016)



Tratamento Cirúrgico

Artroplastia Total da Anca

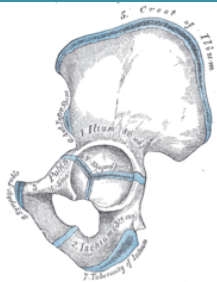
Osteossíntese

Vias de Abordagem

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



Fonte: Fernandes (2016)



Tratamento Cirúrgico

Artroplastia Total da Anca

Osteossíntese

Vias de Abordagem

- Posterior ou de Moore
- Músculos estirados

Médio e pequeno glúteo (Abdutor, rot. Int.)



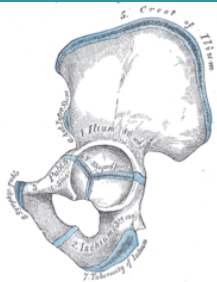
Grande glúteo
(Extensor, abd., rot. ext.)

Gêmeos pélvicos
(Abdutor, rot. ext.)

Tensor da fáscia lata
(Flexor, abd., rot. int.)



Fonte: Fernandes (2016)



Vias de Abordagem

- Posterior ou de Moore
- Músculos seccionados

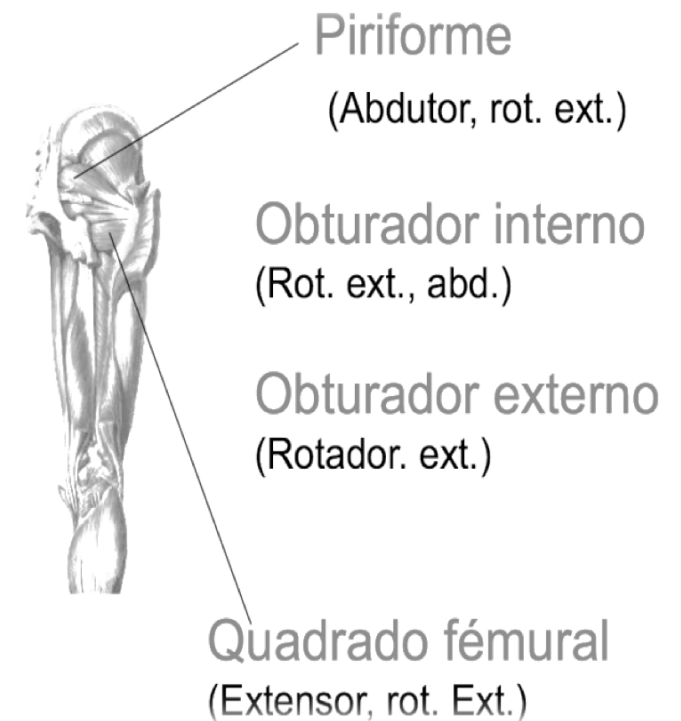
Tratamento Cirúrgico

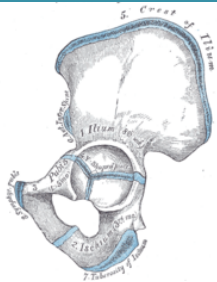
Artroplastia Total da Anca

Osteossíntese



Fonte: Fernandes (2016)



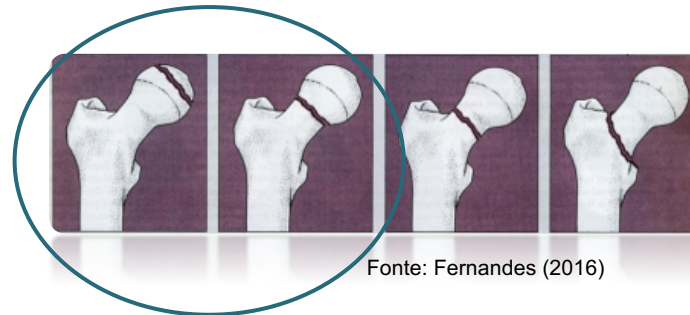


Tratamento Cirúrgico

Artroplastia Total da Anca

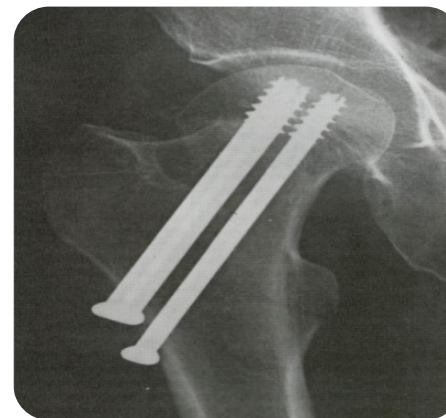
Osteossíntese

Tratamento cirúrgico para fraturas intra-capsulares

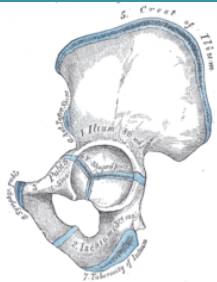


Fonte: Fernandes (2016)

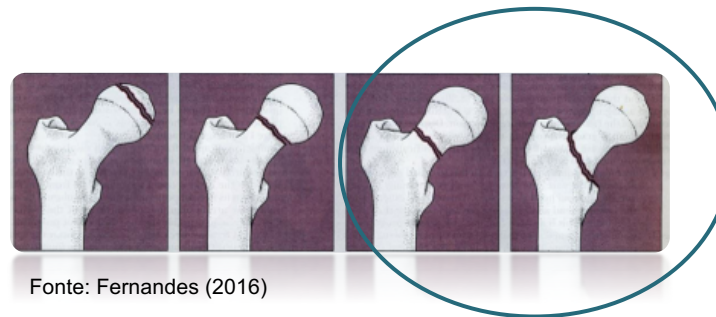
Osteossínteses com parafusos canulados



Fonte: Fernandes (2016)



Tratamento cirúrgico para fraturas intra-capsulares



Fonte: Fernandes (2016)

Tratamento Cirúrgico

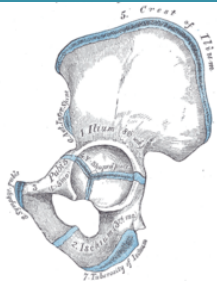
Artroplastia Total da Anca

Osteossíntese

Osteossínteses com hemiartroplastia (artroplastia de Moore e artroplastia bipolar)



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

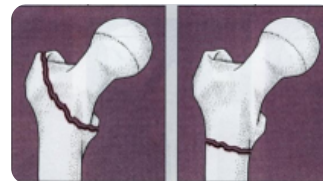


Tratamento Cirúrgico

Artroplastia Total da Anca

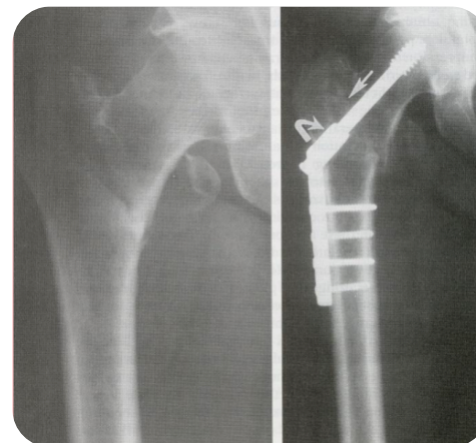
Osteossíntese

Tratamento cirúrgico para fracturas extra-capsulares

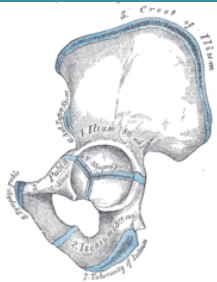


Fonte: Fernandes (2016)

Osteossínteses com placa e parafusos - DHS



Fonte: Fernandes (2016)



Tratamento cirúrgico para fracturas extra-capsulares



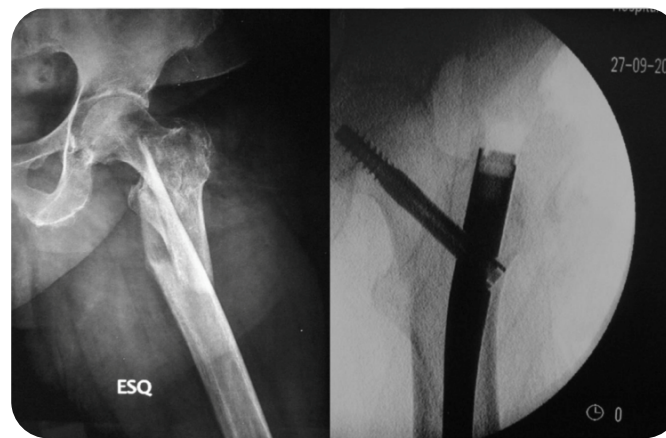
Fonte: Fernandes (2016)

Tratamento Cirúrgico

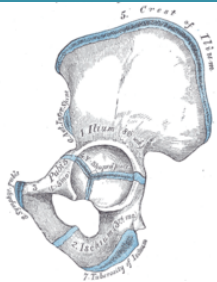
Artroplastia Total da Anca

Osteossíntese

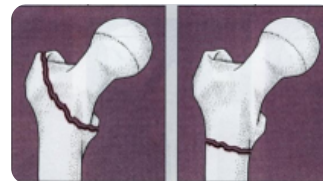
Osteossínteses com cavilha endomedular: Gamma; PFNa



Fonte: Fernandes (2016)



Tratamento cirúrgico para fracturas extra-capsulares



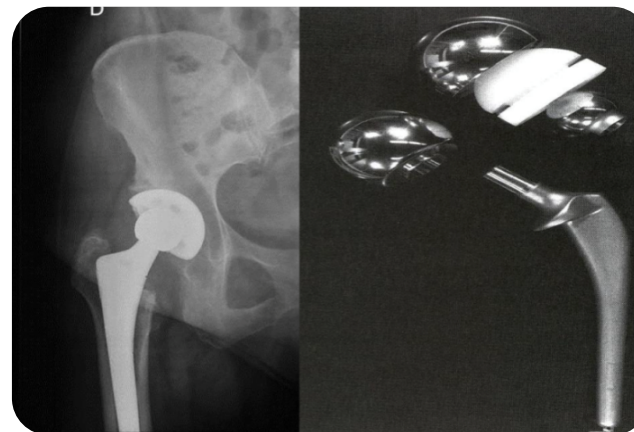
Fonte: Fernandes (2016)

Tratamento Cirúrgico

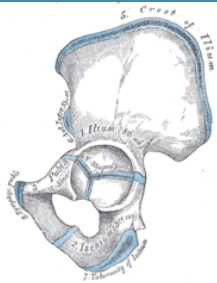
Artroplastia Total da Anca

Osteossíntese

Osteossínteses com Artroplastia Total da Anca



Fonte: Fernandes (2016)

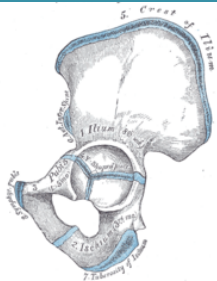


Tratamento Cirúrgico

Artroplastia Total da Anca

Osteossíntese

- Complicações cirúrgicas
 - Infecção
 - Descelamento
 - Dismetria
 - Fenómenos tromboembólicos



Reabilitação da pessoa submetida a ATA

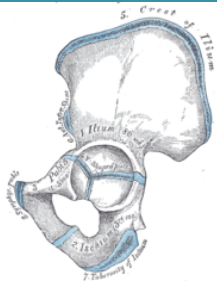
Pré-operatório

Pós-operatório

Exercícios

Ensinos

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



Reabilitação da pessoa submetida a ATA

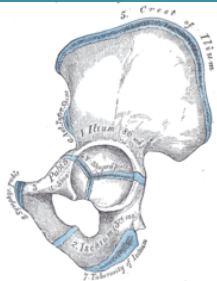
Pré-operatório

Pós-operatório

Exercícios

Ensinos

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



Reabilitação da pessoa submetida a ATA

Pré-operatório

Pós-operatório

Exercícios

Ensinos

Posicionamentos permitidos (Via posterior ou de moore)

- Decúbito Dorsal

- Triângulo de abdução
- Membro inferior operado alinhado



- Decúbito semi-dorsal esquerdo (são)

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



- Decúbito semi-dorsal esquerdo (operado)

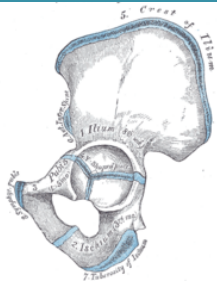
- Membro inferior (lado operado) com flexão $<90^\circ$



Fonte: Fernandes (2016)

- Decúbito lateral para o lado são e para o lado operado

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



Reabilitação da pessoa submetida a ATA

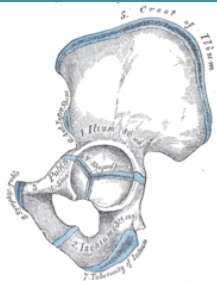
Pré-operatório

Pós-operatório

Exercícios

Ensinos

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



Reabilitação da pessoa submetida a ATA

Pré-operatório

Pós-operatório

Exercícios

Ensinos

- **Exercícios isométricos**

- Contração abdominal, glúteos, quadricípites e isquiotibiais



Fonte: Fernandes (2016)



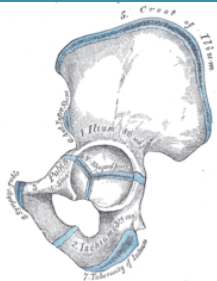
- **Exercícios isotônicos**

- Flexão plantar/ Dorsiflexão



Fonte: Fernandes (2016)





Reabilitação da pessoa submetida a ATA

Pré-operatório

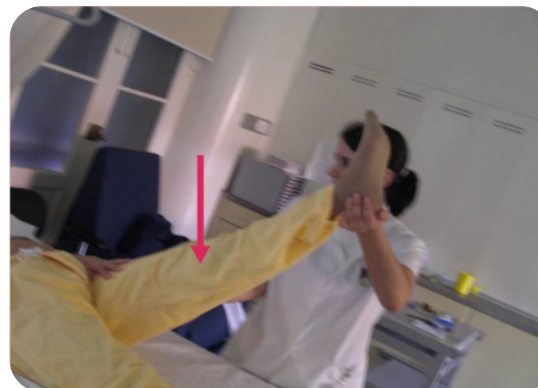
Pós-operatório

Exercícios

Ensinos

- **Exercícios isotônicos – Flexão/ Extensão ACF**

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



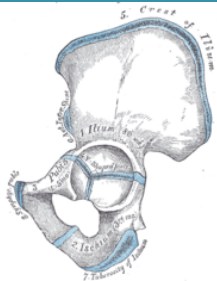
Fonte: Fernandes (2016)

- **Exercícios isotônicos – Abdução/Adução**

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



Fonte: Fernandes (2016)



Reabilitação da pessoa submetida a ATA

Pré-operatório

Pós-operatório

Exercícios

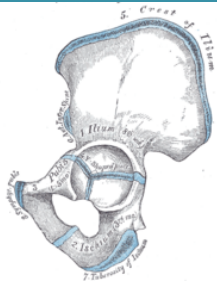
Ensinos

- **Levante**

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



Fonte: Fernandes (2016)



Reabilitação da pessoa submetida a ATA

Pré-operatório

Pós-operatório

Exercícios

Ensinos

- **Sentar na cadeira**

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

- **Levantar da cadeira**

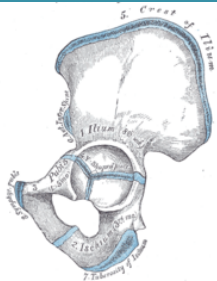
- Aproximar o corpo da extremidade da cadeira
- Apoiar as mãos na cadeira fazendo força com o membro não operado e mantendo o membro operado em extensão



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



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



Reabilitação da pessoa submetida a ATA

Pré-operatório

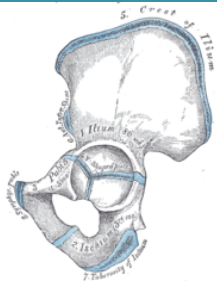
Pós-operatório

Exercícios

Ensinos

- Treino de marcha

- Avaliação do equilíbrio (Escala de Tinetti)
- Nas próteses cimentadas a pessoa pode fazer carga total no membro operado, nas não cimentadas deverá fazer carga parcial, aumentando gradualmente a carga, salvo indicação médica contrária
- A subida de escadas faz-se movendo primeiro o membro não operado, depois o aparelho e o membro operado; para descer escadas, o membro operado e o aparelho são movidos primeiro, depois o membro não operado. O aparelho e o membro operado movem-se sempre juntos.



Reabilitação da pessoa submetida a ATA

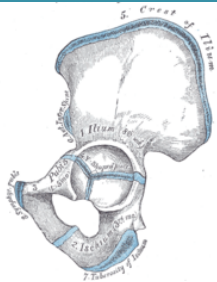
Pré-operatório

Pós-operatório

Exercícios

Ensinos

- **Aparelho de suporte duplo (andarilho)**
 - O andarilho avança primeiro, seguindo-se o membro operado e depois o membro não operado
- **Canadianas**
 - Marcha a 3 pontos: as canadianas avançam, seguidas pelo membro operado e depois pelo não operado;
 - Marcha a 4 pontos: uma canadiana avança, seguida pelo membro operado; a canadiana oposta avança seguida pelo membro não operado



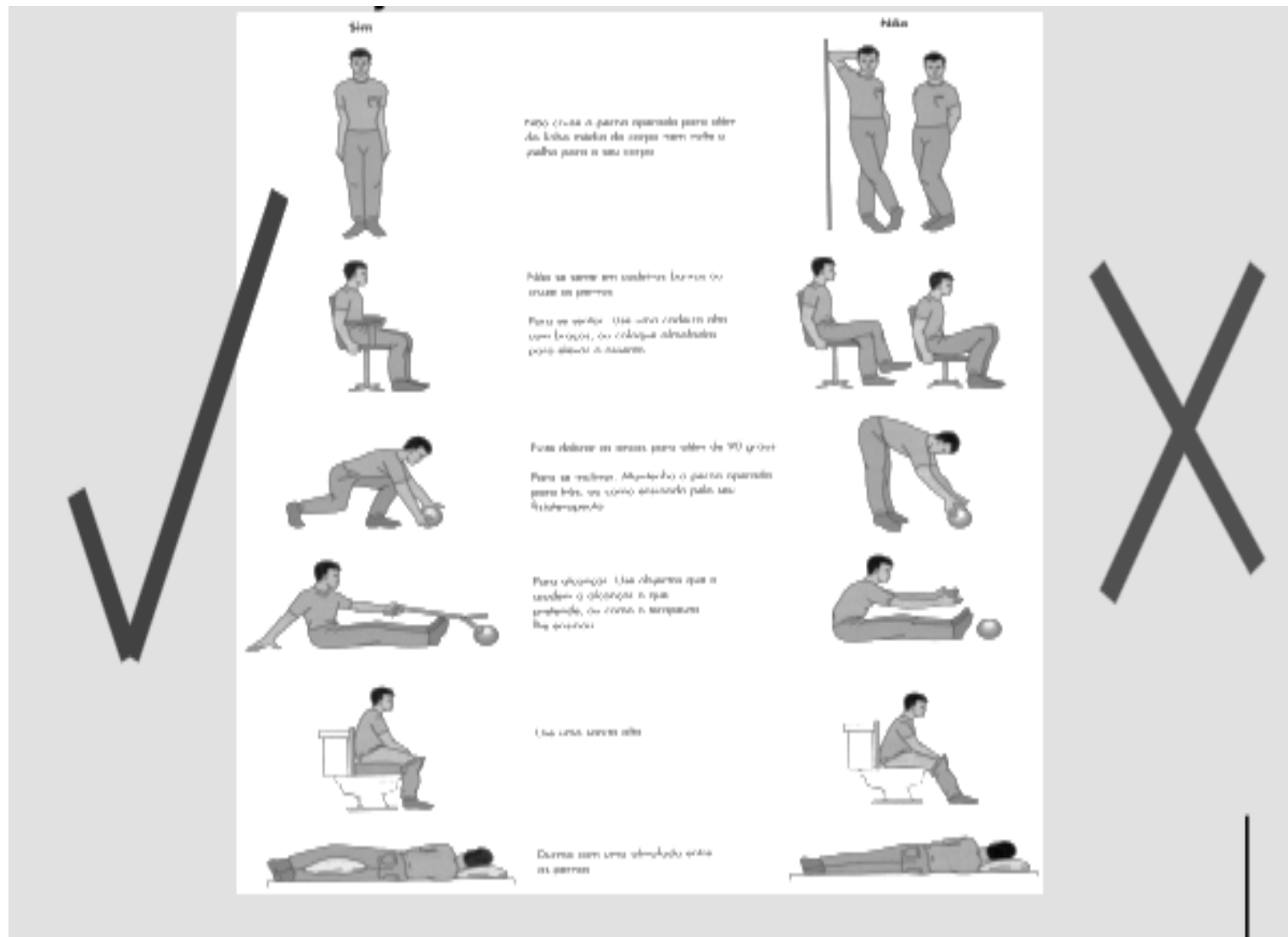
Reabilitação da pessoa submetida a ATA

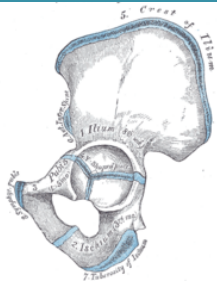
Pré-operatório

Pós-operatório

Exercícios

Ensinos





Reabilitação da pessoa submetida a ATA

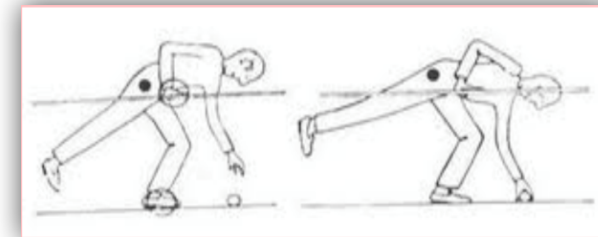
Pré-operatório

Pós-operatório

Exercícios

Ensinos

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



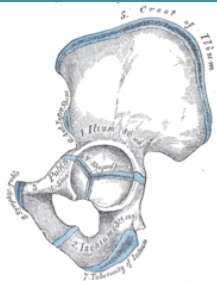
Fonte: Fernandes (2016)



Fonte: Fernandes (2016)



Fonte: Fernandes (2016)

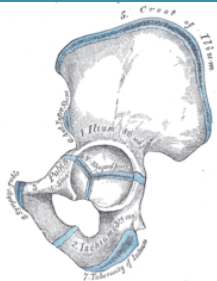


Reabilitação da pessoa submetida a ATA

Evidência científica

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

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

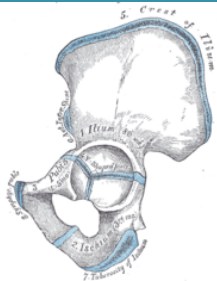


Reabilitação da pessoa submetida a ATA

Evidência científica

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

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

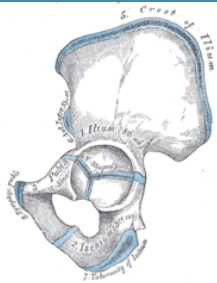


Reabilitação da pessoa submetida a ATA

Evidência científica

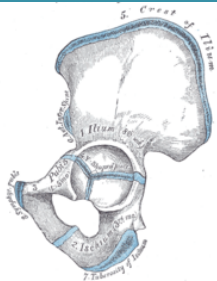
- O *follow-up*, nos casos de internamentos reduzidos, a realização do seguimento pós-alta, assume um papel de grande destaque, quer seja presencial no domicílio, via e-mail, via telefone ou em consulta, representa um fator positivo no controlo da ansiedade e receios bem como permite o esclarecimento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

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



Bibliografia

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



Bibliografia

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

Apêndice 11



7º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Estágio ortopedia

Plano de sessão

- Alteração da deglutição -

Paulo Mendes

Prof.^a Orientadora – Vanda Marques Pinto

Enf.^a Orientadora – Mariana Tatisio

Lisboa

Fevereiro 2017

Tema: Alteração da deglutição, segurança do doente na alimentação

Objetivos:

Dotar os enfermeiros e auxiliares de ação médica de conhecimentos sobre a fisiologia da deglutição, possíveis alterações na deglutição e cuidados a ter na alimentação de doentes com esta alteração.

Diagnóstico:

Durante o estágio, com a abertura do plano de contingência da gripe passaram a ser admitidos no serviço de ortopedia, para além dos doentes do foro ortopédico, doentes do foro médico, facto que implica a prestação de cuidados a doentes com alterações na deglutição, alteração pouco frequente nos doentes com patologia ortopédica. Deste facto surgiu a necessidade de dotar os enfermeiros e auxiliares de ação médica de conhecimentos específicos sobre a alteração na deglutição e cuidados a ter na alimentação destes de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados a clientes com esta alteração.

Destinatários:

Enfermeiros do serviço de ortopedia

Duração: 14h00 – 15h00

Local: Sala de reuniões da Unidade hospitalar.

Conteúdos	Meios e recursos	Metodologia	Tempo previsto
Introdução à sessão: Apresentação dos objetivos da sessão	Projeção visual em datashow	Exposição oral	5 minutos
Desenvolvimento: Processo de deglutição Alterações na deglutição • Etiologia • Disfagia • Complicações Avaliação da deglutição Intervenções • Técnicas compensatórias • Mudanças voluntárias na deglutição • Exercícios • Outras intervenções	Projeção visual em datashow	Exposição oral	50 minutos
Conclusão: Síntese dos principais aspetos abordados; Troca de experiências.	Projeção visual em datashow	Exposição oral	5 minutos

Apêndice 12

= Alteração da Deglutição = segurança do doente na alimentação

Enfº Sérgio Pereira

Enfº Paulo Mendes

Docente: Prof. Dra. Vanda Marques Pinto

Orientadora: Enfª Mariana Iatisin

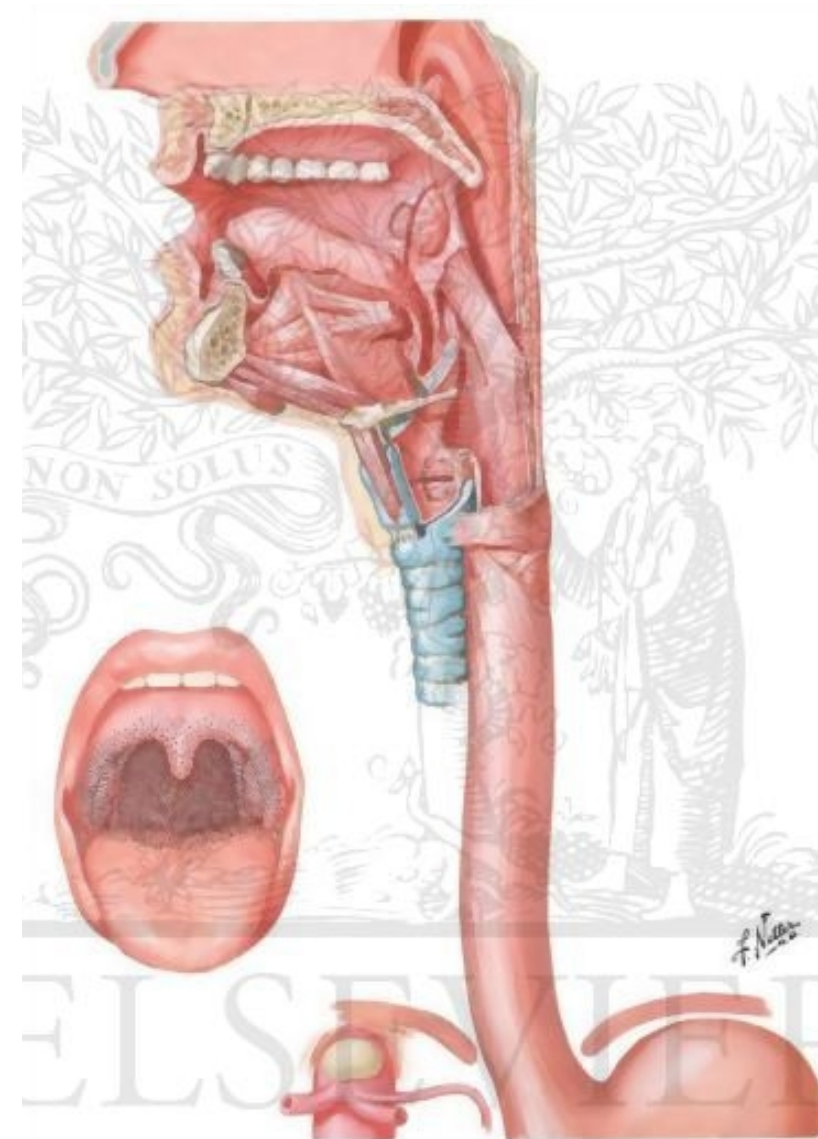
Deglutição

Processo

Alterações

Complicações

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



Deglutição

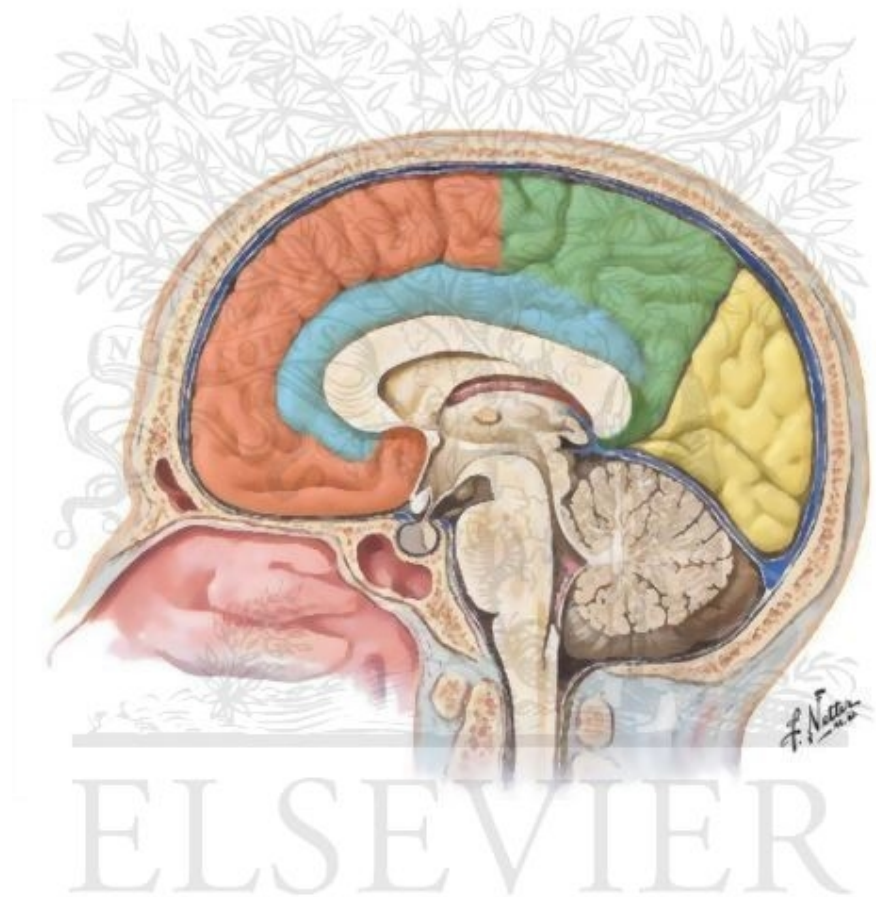
Processo

Alterações

Complicações

- O início voluntário da deglutição ocorre :

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



Etiologia

Deglutição

Processo

Alterações

Complicações

- **Neurogénica**

- Acidente vascular cerebral (27-80%)
- Parkinson (35-82%)
- Esclerose Múltipla (33-75%)
- Demências/Alzheimer (24-50%)
- Doenças neurónio motor (até 70-90%)

- **Mecânica**

- Alterações congénitas (sem dados)
- Lesões estruturais decorrentes de cirurgias (3.6-10%)
- Relacionadas com Intubação traqueal (3-62%)
- Processos oncológicos cabeça/pescoço (28-72%)
- Radioterapia (dados muito variáveis)
- Processos agudos inflamatórios e infecciosos (sem dados)

Deglutição

Processo

Alterações

Complicações

Etiologia

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

Relacionado com alterações:

Deglutição

Processo

Alterações

Complicações

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



Reflexo de deglutição presente não é suficiente para uma deglutição segura

Deglutição

Processo

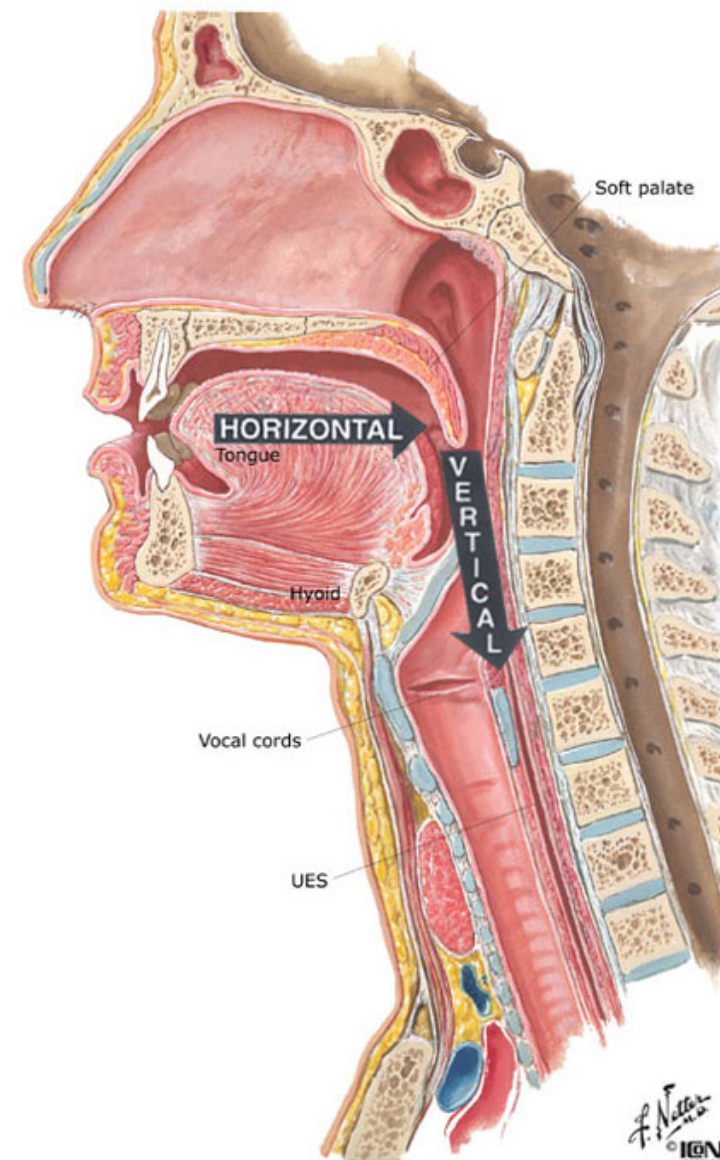
Alterações

Complicações

Disfagia

Pode estar presente em vários níveis:

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



42% a 72% nos primeiros 3 dias pós AVC

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

20 a 30% aspiração silenciosa das pessoas com disfagia

(Donovan, NJ et al, 2013)

Deglutição

Processo

Alterações

Complicações

- Desnutrição
- Desidratação
- Aspiração
- Pneumonia
- Morte



Aumento do tempo de internamento

Maior dependência na altura da alta

Pares cranianos – deglutição

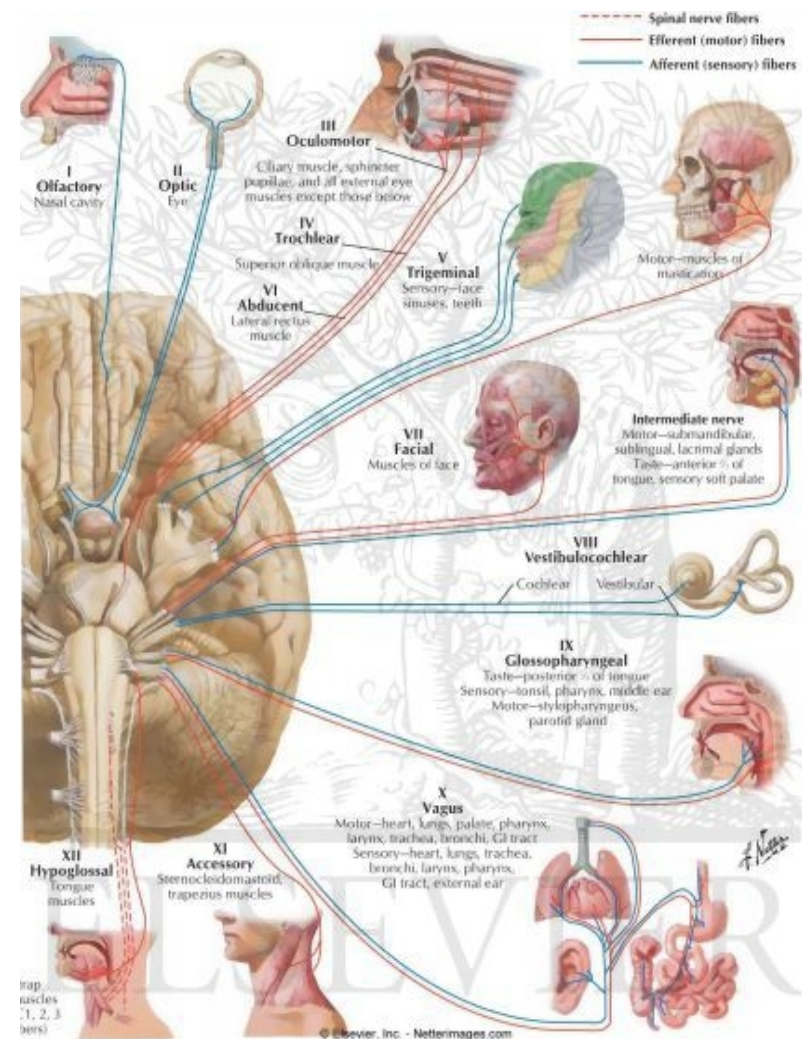
Enfermeiro E. E. Reabilitação

Avaliação

Intervenções

Outras intervenções

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



© ELSEVIER, INC. – NETTERIMAGES.COM

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

Processo de deglutição

Divide-se em quatro fases:

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

Enfermeiro E. E.
Reabilitação
Avaliação

Intervenções
Outras intervenções

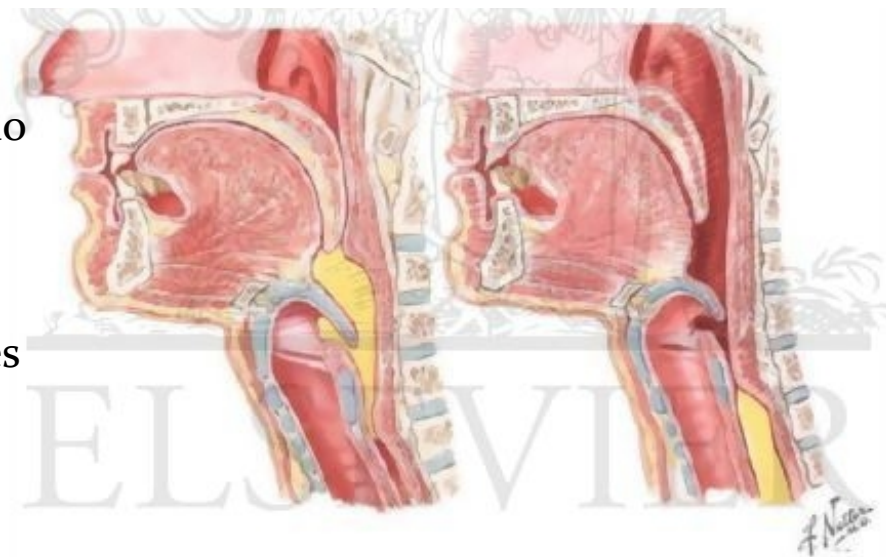
Processo de deglutição

Divide-se em quatro fases:

Enfermeiro E. E.
Reabilitação
Avaliação

Intervenções
Outras intervenções

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



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

Avaliação do processo de deglutição

Enfermeiro E. E.
Reabilitação

Avaliação

Intervenções
Outras intervenções

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

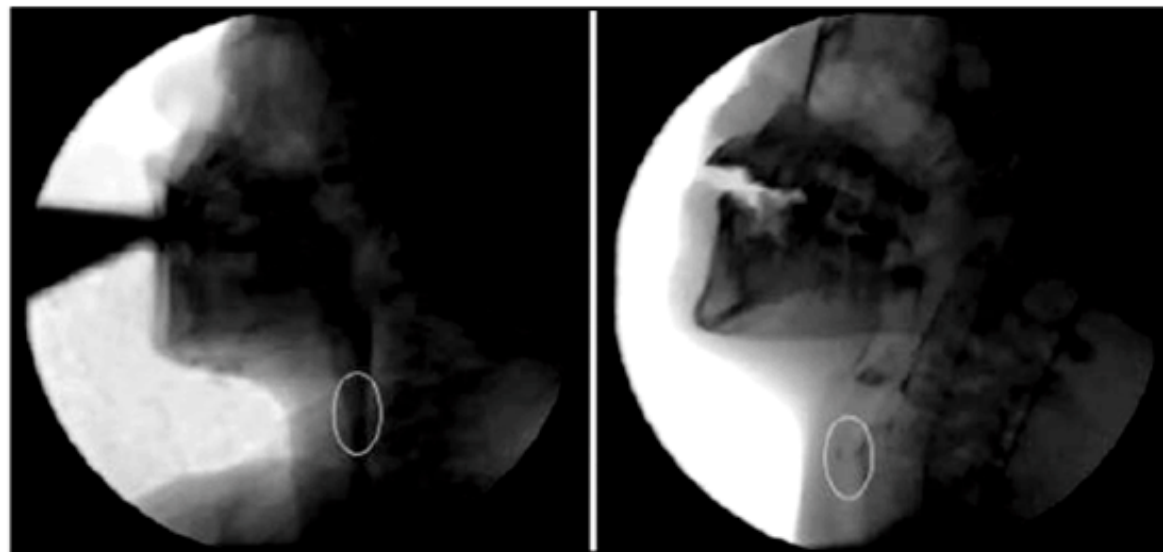


Fig 2. Imagem fluoroscópica mostrando o momento da deglutição normal (à esquerda) e o momento da deglutição com aspiração traqueal (à direita).

Avaliação da deglutição

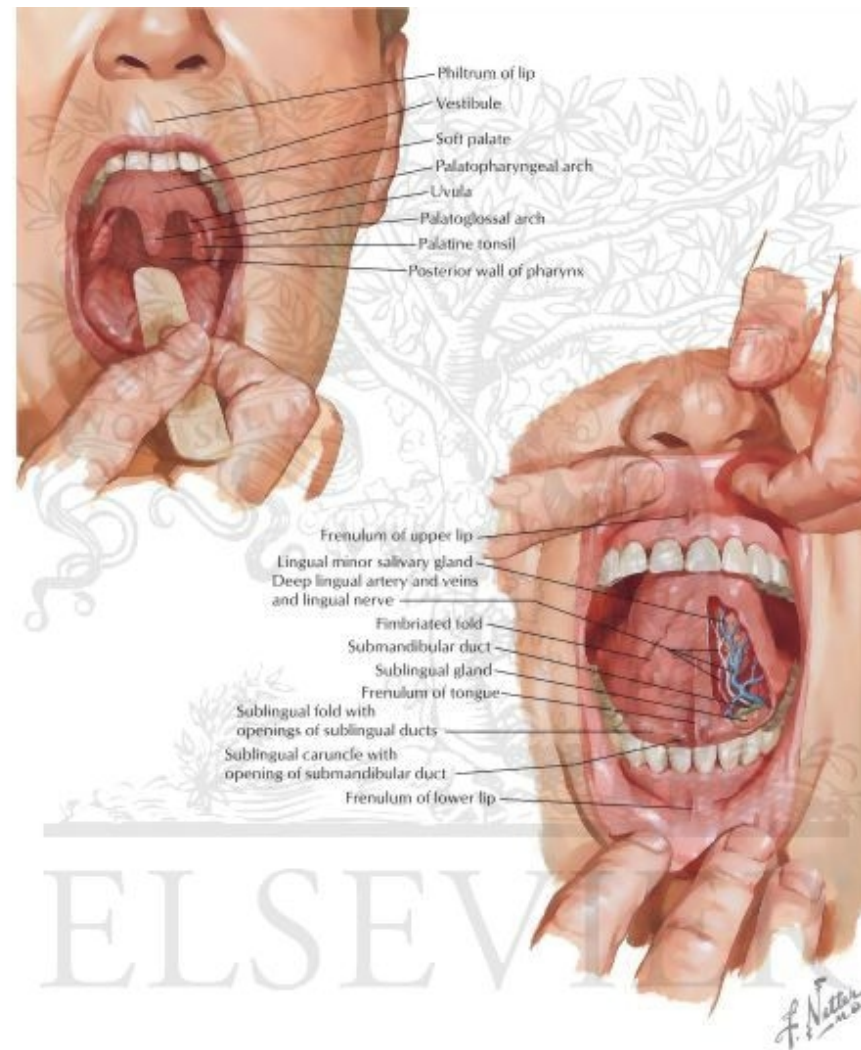
Enfermeiro E. E. Reabilitação

Avaliação

Intervenções

Outras intervenções

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



Avaliação da deglutição

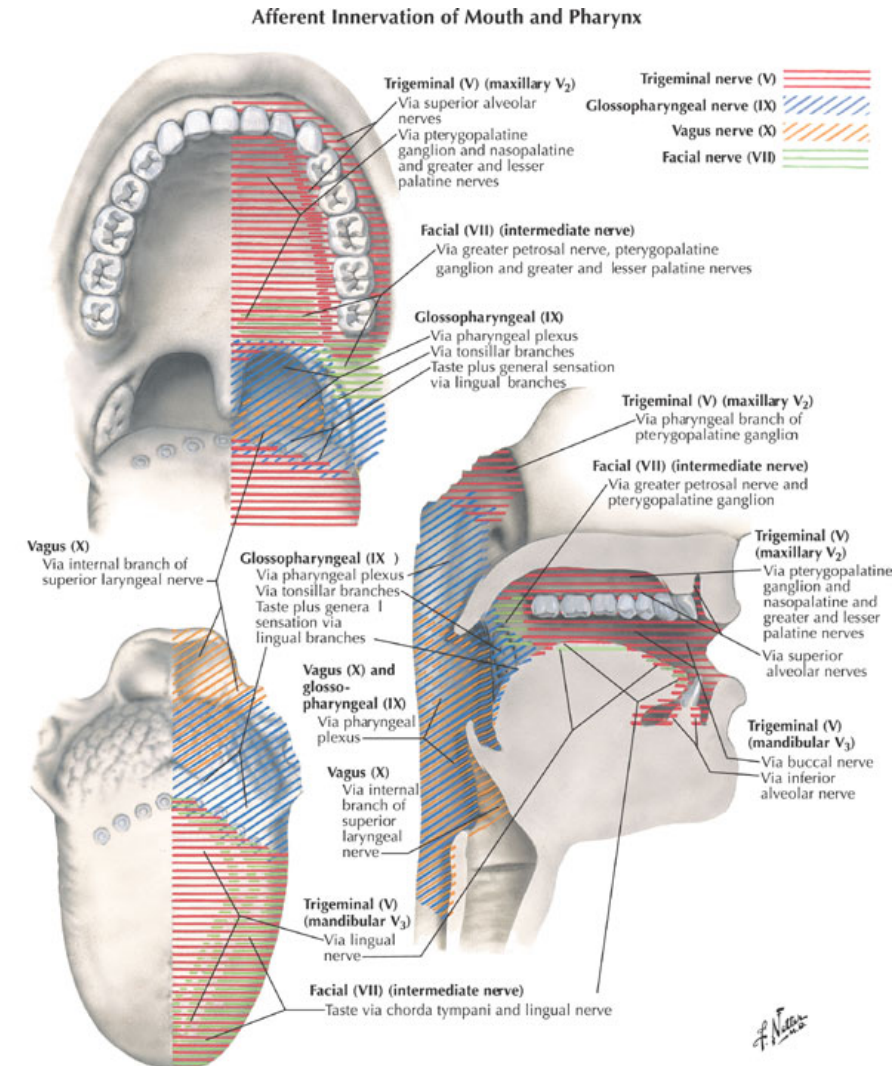
Enfermeiro E. E. Reabilitação

Avaliação

Intervenções

Outras intervenções

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



Avaliação da parésia facial

Enfermeiro E. E.
Reabilitação

Avaliação

Intervenções

Outras intervenções

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

Técnicas compensatórias

Enfermeiro E. E. Reabilitação

Avaliação

Intervenções

Outras intervenções

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

Mudanças voluntárias na deglutição

Enfermeiro E. E. Reabilitação

Avaliação

Intervenções

Outras intervenções

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



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

Exercícios

Enfermeiro E. E.
Reabilitação

Avaliação

Intervenções

Outras intervenções

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

Enfermeiro E. E.
Reabilitação

Avaliação

Intervenções

Outras intervenções

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

Enfermeiro E. E.
Reabilitação

Avaliação

Intervenções

Outras intervenções

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

Enfermeiro E. E.
Reabilitação

Avaliação

Intervenções

Outras intervenções

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

Enfermeiro E. E.
Reabilitação

Avaliação

Intervenções

Outras intervenções

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

*-Alimentação em doentes com disfagia fornecida pelo
ENFERMEIRO-*

BIBLIOGRAFIA

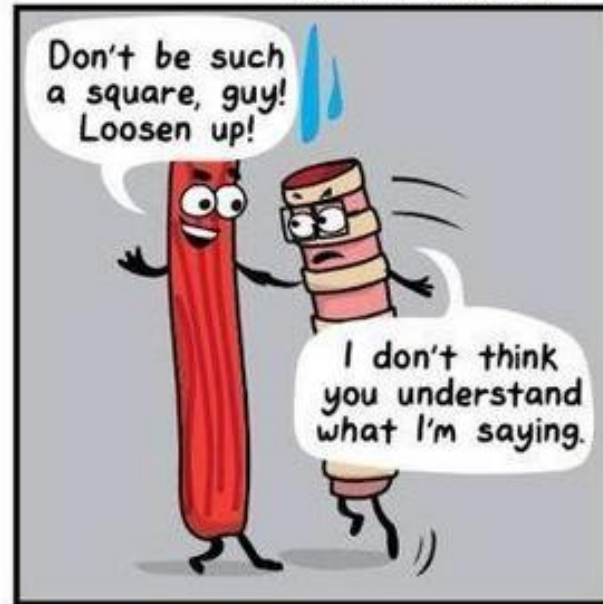
- Carvalhal, Alexandra (2013). Segurança do Doente à Alimentação – Intervenção de Enfermagem na Capacidade de Deglutição. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Tese de Mestrado. Lisboa
- Hoeman, S.P. (2008) – *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ª Edição), Loures: Lusodidacta.
- Menoita, E.C. (2014) – Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC – Contributos Para um Envelhecer Resiliente. Loures: Lusociência
- Unidade Curricular de Enfermagem de Reabilitação II (aula alterações deglutição) Enfº. Ricardo Braga, ESEL, 2016
- <https://www.emaze.com/@AQWOTLT/Presentation-Name>
- <https://www.netterimages.com/>
- <https://www.youtube.com/watch?v=Bb8V4IQORM>



©2014 The Awkward Yeti



theAwkwardYeti.com



theAwkwardYeti.com

Apêndice 13



7º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Estágio ortopedia

Estudo de caso

Paulo Mendes

Prof.^a Orientadora – Vanda Marques Pinto

Enf.^a Orientadora – Mariana Tatisio

Lisboa

Janeiro 2017

Introdução

O estudo de caso aqui apresentado é referente ao Sr. FV, cliente internado no serviço de ortopedia onde me encontro a realizar o estágio.

A intervenção de enfermagem de reabilitação teve início a 23 de Janeiro de 2017, momento em que foi estabelecido o primeiro contacto com o cliente e seus cuidadores, durante o momento de admissão no serviço e terminou no dia 27 do mesmo mês, dia em que teve alta hospitalar.

O trabalho encontra-se dividido em 3 capítulos onde no primeiro é abordada a avaliação inicial, o segundo onde é abordada a avaliação de enfermagem de reabilitação, o terceiro onde é demonstrado o plano de cuidados e o quarto onde é feita uma avaliação global do programa.

Avaliação inicial

Nome: FV

Idade: 65 anos

Língua materna: Portuguesa

Nacionalidade: Portuguesa

Profissão: Mecânico

Estado civil: Casado

Habilitações literárias: 4ª classe

Antecedentes pessoais:

- Hipertensão arterial;
- Dislipidémia.

Condições de habitação e acessibilidade: vive num apartamento no 2º andar sem elevador. Tem 4 degraus para chegar à entrada do prédio com corrimão. As escadas para o acesso ao apartamento têm corrimão do lado direito (a subir).

Agregado familiar: vive com a esposa.

Pessoa significativa: Esposa.

Medicação habitual:

- Losartan 50mg + hidroclorotiazina 12.5mg;
- Sinvastatina 20mg.

Diagnóstico médico: Fratura do colo do fémur do lado direito.

Cirurgia: Artroplastia total da anca.

História pessoal

O Sr. FV pesa cerca de 90 Kg e mede 170cm. Apresenta-se colaborante, comunicativo, mas revela ansiedade devido às limitações que esta patologia ortopédica lhe trará. Relativamente ao suporte familiar, refere que vive com a esposa e que os seus dois filhos os visitam regularmente. A nível profissional é mecânico de profissão e revela ansiedade em relação à possibilidade de futuramente não poder continuar a desempenhar a sua profissão.

História de doença atual

O Srº FV sofreu uma queda accidental no seu local de trabalho (oficina de mecânico), sentindo uma dor “muito forte” e perda de funcionalidade no membro inferior direito. No serviço de urgência foi observado pelo médico ortopedista e fez RX da anca que

revelou fratura do colo do fêmur do lado direito. Ficou internado para correção cirúrgica da fratura com tração cutânea de 3Kg até à cirurgia que ocorreu cerca de 48 horas depois do incidente.

Avaliação de enfermagem de reabilitação (1º dia depois da cirurgia)

Estado de consciência

O Srª FV encontra-se no estado de consciência plena, está desperto e consciente do ambiente que a rodeia e à sua situação clínica. Segundo a avaliação realizada pela escala de comas de Glasgow apresenta um score de 15.

Dados objetivos:

Inspeção Estática: tipo de tórax normal, com estado nutricional e desenvolvimento muscular adequado;

Inspeção Dinâmica: Apresenta Frequência Respiratória que oscila entre os 16 e 18 ciclos/min com ritmo regular, de padrão toracoabdominal, com amplitude normal.

Percussão: som normal à percussão em todo tórax.

Auscultação Pulmonar: murmúrio vesicular mantido bilateralmente

Sinais vitais: TA: 145/73 mm/hg; FC: 82 bpm; T: 36 °C.

Dor: 4 (escala numérica).

Edema:

Apresenta edema em todo o membro inferior direito (66 cm na coxa direita e 60 na coxa esquerda, 39 cm na poplítea direita e 33 na esquerda, 42 cm no gêmeo direito e 39 no esquerdo, 30 cm no tornozelo direito e 28 no esquerdo). Pulsos femoral, poplíteo, tibial posterior e anterior e pedioso mantidos. Pele com ligeira equimose na zona peri sutura.

Força muscular

- Membro inferior direito

Segmentos	Movimentos	Grau de força (Escala de Lower)
Coxo femoral	Flexão	1/5
	Extensão	1/5
	Adução	1/5
	Abdução	1/5
	Rotação interna	2/5
	Rotação externa	2/5
Joelho	Flexão	5/5
	Extensão	5/5
Tibiotársica	Flexão plantar	5/5
	Flexão dorsal	5/5
	Inversão	5/5
	Eversão	5/5
Dedos	Flexão	5/5
	Extensão	5/5
	Adução	5/5
	Abdução	5/5

Apresenta força 5/5 nos restantes segmentos corporais

Amplitude articular:

AMPLITUDE ARTICULAR (goniometria)		
Coxofemoral	Flexão (120°)	40°
	Extensão (30°)	10°
	Adução (30°)	-

	Abdução (45°)	20°
	Rotação interna (45°)	-
	Rotação externa (45°)	20°
Joelho	Flexão (135°)	90°
	Extensão (0°)	0°
Tibiotársica	Flexão plantar (50°)	50°
	Dorsiflexão (20°)	20°

Tónus muscular:

Sem alterações

Sensibilidade:

A nível da sensibilidade superficial, apresenta sensibilidade tátil, térmica e dolorosa mantida em todo o corpo.

Avaliação do risco de desenvolver UP's (escala de Braden)

		Pontuação				Avaliação
		1	2	3	4	
Fatores de risco	Perceção sensorial	Completamente Limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação	4
	Humidade	Constantemente húmida	Muito húmida	Ocasionalmente húmida	Raramente húmida	4
	Atividade física	Acamada	Restrita à cadeira	Caminha ocasionalmente	Caminha frequentemente	3
	Mobilidade	Completamente imobilizada	Muito limitada	Levemente limitada	Nenhuma limitação	3
	Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente	3
	Fricção e deslizamento	Problema	Potencial para problema	Nenhum problema		2
Total						19
Legenda		Alto Risco – Pontuação ≤ 16			Baixo Risco – Pontuação ≥ 17	

Avaliação do equilíbrio (escala de Berg)

1 - Posição sentada para posição em pé.	4 capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente.	2
	3 capaz de levantar-se independentemente e estabilizar-se independentemente.	
	2 capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas.	
	1 necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se.	
	0 necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se.	
2 - Permanecer em pé sem apoio	4 capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos.	2
	3 capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão.	
	2 capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.	
	1 necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.	
	0 incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.	
3 - Permanecer sentado sem apoio nas costas	4 capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos.	4
	3 capaz de permanecer sentado por 2 minutos com supervisão.	
	2 capaz de permanecer sentado por 30 segundos.	
	1 capaz de permanecer sentado por 10 segundos.	
	0 incapaz de permanecer sentado sem apoio por 10 segundos.	
4 - Posição em pé para posição sentada.	4 senta-se com segurança, com uso mínimo das mãos.	3
	3 controla a descida utilizando as mãos.	
	2 utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida.	
	1 senta-se independentemente, mas tem descida sem controle.	
	0 necessita de ajuda para sentar-se.	
5 - Transferências.	4 capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos.	1
	3 capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos.	
	2 capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão.	
	1 necessita de uma pessoa para ajudar.	
	0 necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar a tarefa com segurança.	
6 - Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados.	4 capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança.	3
	3 capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão.	
	2 capaz de permanecer em pé por 3 segundos.	

	1 incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé	
	0 necessita de ajuda para não cair.	
7 - Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos.	4 capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com segurança.	
	3 capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com supervisão.	
	2 capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 30 segundos.	
	1 necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos.	1
	0 necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos.	
8 - Alcançar à frente com o braço estendido, permanecendo em pé.	4 pode avançar à frente mais que 25cm com segurança.	
	3 pode avançar à frente mais que 12,5cm com segurança.	
	2 pode avançar à frente mais que 5cm com segurança.	
	1 pode avançar à frente, mas necessita de supervisão.	1
	0 perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo.	
9 - Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé.	4 capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança.	
	3 capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão.	
	2 incapaz de pegá-lo mas se estica, até ficar a 2-5cm do chinelo, e mantém o equilíbrio independentemente.	
	1 incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando.	1
	0 incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.	
10 - Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.	4 olha para trás de ambos os lados com boa distribuição do peso.	
	3 olha para trás somente de um lado; o lado contrário demonstra menor distribuição do peso.	
	2 vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio.	4
	1 necessita de supervisão para virar.	
	0 necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.	
11 - Girar 360°	4 capaz de girar 360° com segurança em 4 segundos ou menos.	
	3 capaz de girar 360° com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos.	
	2 capaz de girar 360° com segurança, mas lentamente.	
	1 necessita de supervisão próxima ou orientações verbais.	2
	0 necessita de ajuda enquanto gira.	
12 - Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto	4 capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos.	0
	3 capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais de 20 segundos.	
	2 capaz de completar 4 movimentos sem ajuda.	

permanece em pé sem apoio.	1 capaz de completar mais de 2 movimentos com o mínimo de ajuda.	
	0 incapaz de tentar ou necessita de ajuda para não cair.	
13 - Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente.	4 capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos.	2
	3 capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos.	
	2 capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos.	
	1 necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos.	
	0 perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar em pé.	
14 - Permanecer em pé sobre uma perna.	4 capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por mais de 10 segundos.	1
	3 capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 5-10 segundos.	
	2 capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 3 ou 4 segundos.	
	1 tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente.	
	0 incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair.	
Total		27
Observações: 41 - 56 = baixo risco de queda / equilíbrio bom; 21 - 40 = risco de queda médio/ equilíbrio médio; 0 - 20 = elevado risco de queda / equilíbrio diminuído.		

Avaliação da marcha (índice de Tinetti)

Início da marcha	Hesitação ou várias tentativas para iniciar (0) Sem hesitação (1)	0
Comprimento e altura dos passos	a) Pé Direito - Não ultrapassa o pé esquerdo (0) - Ultrapassa o pé esquerdo (1)	0
	- Não sai completamente do chão (0) - Sai completamente do chão (1)	0
	b) Pé esquerdo - Não ultrapassa o pé direito (0) - Ultrapassa o pé direito (1)	0
	- Não sai completamente do chão (0) - Sai completamente do chão (1)	1

Simetria dos passos	Passos diferentes (0)	0
	Passos semelhantes (1)	
Continuidade dos passos	Paradas ou passos descontínuos (0)	0
	Passos contínuos (1)	
Direção	Desvio nítido (0)	1
	Desvio leve ou moderado ou uso de apoio (1)	
	Linha reta sem apoio (bengala ou andarilho) (2)	
Tronco	Balanço grave ou uso de apoio (0)	0
	Flexão dos joelhos ou abertura dos braços (1)	
	Sem flexão, balanço, não usa os braços ou apoio (2)	
Distância dos tornozelos	Tornozelos separados (0)	1
	Tornozelos quase se tocam enquanto anda (1)	
Total		3

Avaliação da funcionalidade (escala da medida da independência funcional (MIF))

Níveis	7 – Independência completa (em segurança e tempo normal)	Sem ajuda
	6 – Independência modificada (Ajuda técnica)	
	5 – Supervisão	Com Ajuda
	4 – Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%)	
	3 – Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%)	
	2 – Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%)	
	1 - Ajuda total (indivíduo ≥ 0%)	
AUTOCUIDADOS		20\10
A – Alimentação		7
B – Higiene Pessoal		4
C – Banho (Lavar o corpo)		2
D – Vestir metade superior		7
E – Vestir metade inferior		2

F – Utilização de sanita	4
CONTROLO DE ESFINCTERES	
G – Bexiga	7
H - Intestino	7
MOBILIDADE	
I – Leito, cadeira, cadeira de rodas	3
J – Sanita	3
K – Banheiro, duche	3
LOCOMOÇÃO	
L – Marcha/cadeira de rodas	2
M – Escadas	1
COMUNICAÇÃO	
N – Compreensão	7
O – Expressão	7
COGNIÇÃO SOCIAL	
P – Interação social	7
Q – Resolução de problemas	7
R – Memória	7
Total	91

Plano de Cuidados de enfermagem de reabilitação

A transição que o SR. FV vive, abrange um conjunto de alterações com impacto na sua autonomia para a realização das AVD e na interação dos papéis no seu meio social e consequentemente no seu bem-estar. A fratura que sofrera e a cirurgia de correção da mesma, colocaram-no numa situação de vulnerabilidade relacionada com a capacidade de satisfação das necessidades e, implicam que este cliente incorpore novos conhecimentos sobre a sua atual condição de saúde.

Com base na avaliação que foi feita inicialmente foi elaborado um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação. Este plano de cuidados está integrado no processo de enfermagem, tem por base os contributos da teoria das transições da Meleis e adota a linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). Está organizado por foco de atenção a partir do qual é elaborado o diagnóstico de enfermagem, seguidamente são incorporadas as intervenções de enfermagem de reabilitação compreendidas como as necessárias para a prevenção de complicações, o aumento da funcionalidade, mobilidade e independência do cliente, tendo em vista uma transição o mais saudável possível neste momento de transição saúde doença que a utente está a viver.

De referir que os focos de atenção com interesse para este trabalho, a partir do qual foi desenvolvido o plano de reabilitação são: Adaptação, ventilação, movimento muscular, rigidez articular, equilíbrio corporal, andar, segurança, transferir-se e autocuidado. O campo de atuação da enfermagem não se baliza apenas nos focos atrás referidos, pois outros foram alvo de análise e criação de planos de cuidados, contudo, ao longo deste trabalho a incidência clínica observada apenas se reflete nos focos referidos que são os focos com maior interesse para a reabilitação.

Foco: adaptação

Diagnóstico: Adaptação ineficaz relacionado com a nova condição de saúde, manifestado por respostas como “o que vai ser a minha vida agora?”

Intervenções de enfermagem de reabilitação

Do tipo avaliar/monitorizar:

- Avaliar conhecimentos sobre a sua condição de saúde;
- Avaliar preocupações sobre a sua condição de saúde;
- Avaliar conhecimentos sobre o programa de reabilitação.

Do tipo ensinar:

- Ensinar sobre a nova condição de saúde;
- Ensinar sobre o programa de reabilitação.

Do tipo executar:

- Explicar ao cliente a importância do programa e atividades implementadas;
- Incentivar o cliente a colaborar no programa de reabilitação;
- Motivar o cliente através dos ganhos alcançados;
- Incentivar o envolvimento familiar no sentido de promover uma maior motivação.

Avaliação: Cliente inicialmente com uma postura passiva perante as intervenções realizadas, apresentando discurso negativista e reconhecendo estar muito ansioso. Depois da primeira intervenção senti alguns ganhos a este nível uma vez que o cliente a partir daí apresentou um discurso gradualmente menos negativista e revelou cada vez maior empenho na realização dos exercícios. No dia da alta apresenta discurso otimista e refere que vai continuar a realizar os exercícios ensinados no domicílio.

Foco: Ventilação

Diagnóstico: risco de alteração da respiração relacionado com intervenção cirúrgica.

Intervenções de enfermagem de reabilitação

Do tipo avaliar/monitorizar:

- Avaliar ritmo, simetria, tipo, amplitude da respiração;
- Avaliar sons respiratórios;

• Avaliar presença de expetoração; • Avaliar tosse; • Avaliar conhecimentos sobre exercícios respiratórios. <u>Do tipo ensinar:</u> • Ensinar consciencialização da respiração; • Ensinar exercícios abdomino diafragmáticos; • Ensinar exercícios de reeducação costal. <u>Do tipo executar:</u> • treinar exercícios ensinados. Avaliação: no dia da avaliação apresentava ritmo, simetria e amplitude respiratória dentro dos padrões normais, respiração predominantemente abdomino diafragmática. À auscultação apresentava murmúrio vesicular mantido e tosse eficaz. Não tinha conhecimentos sobre exercícios respiratórios. Durante o internamento manteve o padrão respiratório.

Foco: Movimento muscular

Diagnóstico: mobilidade comprometida no membro inferior direito
Intervenções de enfermagem de reabilitação
<u>Do tipo avaliar/monitorizar:</u> • Avaliar força muscular através da escala de lower; • Avaliar amplitude articular através de goniometria; • Avaliar conhecimentos sobre exercícios musculares e articulares; • Avaliar capacidade para realização de exercícios musculares e articulares <u>Do tipo ensinar:</u> • Ensinar técnica de exercícios isométricos; • Ensinar técnica de exercícios isotónicos; • Ensinar exercícios músculo articulares ativos assistidos • Ensinar técnica de exercícios músculo articulares ativos resistidos; <u>Do tipo executar:</u> • Executar mobilizações passivas e ativas assistidas do membro inferior direito. Avaliação

No dia da avaliação apresenta força de 1\5 em grande parte dos movimentos da articulação coxofemoral, no dia da alta hospitalar (5 dias depois) já apresenta força 3\5 nesses movimentos. A nível de amplitude articular, no dia da avaliação apresentava 40° ao nível da flexão da articulação coxofemoral, 10° na extensão, 20° na abdução e 20° na rotação externa. No dia da alta apresentava 60° na flexão, 15 na extensão, 30 na abdução e 30 na rotação externa.

No primeiro dia o cliente não apresentava conhecimentos sobre exercícios musculares e articulares, conhecimentos que foi adquirindo com a evolução do plano de cuidados.

Foco: Equilíbrio corporal

Diagnóstico: Equilíbrio corporal comprometido na posição ortostática

Intervenções de enfermagem de reabilitação

Do tipo executar:

- Treinar equilíbrio estático e dinâmico sentado;
- Treinar equilíbrio estático e dinâmico em pé.

Do tipo monitorizar:

- Monitorizar o equilíbrio através da escala de berg.

Do tipo avaliar:

- Avaliar o equilíbrio.

Avaliação: no dia da avaliação apresenta score de 27 na escala de berg. No dia da alta apresenta score de 35 na mesma escala, significando que houve uma melhoria no equilíbrio.

Foco: andar

Foco: Segurança

Diagnóstico: risco de luxação da prótese

Intervenções de enfermagem de reabilitação

Do tipo avaliar/monitorizar:

- Avaliar conhecimento sobre movimentos luxantes;
- Avaliar conhecimentos sobre posicionamentos proibidos e permitidos.

<u>Do tipo ensinar:</u> • Ensinar sobre movimentos proibidos e permitidos; • Ensinar sobre estratégias adaptativas para se posicionar.
Avaliação: no dia da primeira avaliação não tinha conhecimentos sobre os movimentos e posicionamentos proibidos e permitidos. Depois da intervenção de reabilitação revelou ter adquirido estes conhecimentos e demonstrou-os ao longo do internamento.

Risco de queda em grau moderado (entende-se por grau moderado a pessoa que apresenta score entre 21 e 40 na escala de Berg)
Intervenções de enfermagem de reabilitação
<u>Do tipo avaliar/monitorizar:</u> • Avaliar conhecimentos sobre gestão do ambiente físico. <u>Do tipo ensinar:</u> • Ensinar sobre gestão do ambiente físico. Do tipo executa: • Treinar equilíbrio.
Avaliação: no dia da avaliação apresenta escassos conhecimentos sobre gestão do ambiente físico e apresenta score de 27 na escala de berg. Apesar da melhoria, mantém risco de queda moderado (score 35 na escala de berg) no dia da alta. Durante o internamento não sofreu nenhuma queda. No dia da alta apresenta bons conhecimentos sobre gestão do ambiente físico.

Foco: transferir-se

Diagnóstico: transferência comprometida em grau moderado nas transferências leito/cadeira, para a sanita e transferência para o duche. (entende-se por grau moderado a pessoa que apresenta valor de 3 nos itens transferência na escala da MIF)
Intervenções de enfermagem de reabilitação
<u>Do tipo avaliar/monitorizar:</u>

• Avaliar/monitorizar conhecimentos da técnica de transferência; • Avaliar/monitorizar conhecimentos sobre equipamento adaptativo para transferência; • Avaliar/monitorizar capacidade de se transferir através da escala MIF; • Avaliar condições para transferência no domicílio; • Avaliar conhecimentos sobre adaptação do domicílio para a transferência. <u>Do tipo ensinar:</u> • Ensinar técnica de transferência; • Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para transferência. <u>Do tipo executar:</u> • Treinar a transferência.
Avaliação
Cliente dependente na transferência, necessitando de ajuda moderada para a realização desta tarefa. (score de 3 na MIF). Não revela conhecimentos sobre adaptação do domicílio para a transferência. No dia da alta apresenta score de 4 nos itens transferência, necessitando de ajuda mínima para realização desta tarefa. Revela conhecimentos sobre adaptação do domicílio para a transferência.

Foco: autocuidado

Diagnóstico: <u>Autocuidado vestir/despir</u> parte inferior dependente em grau elevado (entende-se por grau elevado a pessoa que apresenta valor de 2 no item vestir metade inferior na escala da MIF)
Intervenções de enfermagem de reabilitação
<u>Do tipo avaliar/monitorizar:</u> • Avaliar/monitorizar conhecimentos da técnica de vestir/despir; • Avaliar/monitorizar conhecimentos sobre equipamento adaptativo para vestir/despir; • Avaliar/monitorizar capacidade de vestir/despir através da escala MIF. <u>Do tipo ensinar:</u> • Ensinar técnica de vestir/despir;

• Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para vestir/despir. <u>Do tipo executar:</u> • Treinar o autocuidado vestir/despir.
Avaliação
Cliente dependente no vestir parte inferior, necessitando de ajuda total para a realização desta tarefa. (score de 2 na MIF) No dia da alta apresenta score de 4 no item vestir\despir parte inferior sendo autónomo, apenas necessitando de tempo acima do razoável para a realização da tarefa.

Diagnóstico: Autocuidado higiene corporal (parte inferior) dependente em grau elevado (entende-se por grau elevado a pessoa que apresenta valor de 2 no item vestir metade inferior na escala da MIF)
Intervenções de enfermagem de reabilitação
<u>Do tipo avaliar/monitorizar:</u> • Avaliar/monitorizar conhecimentos da técnica de lavar o corpo; • Avaliar/monitorizar conhecimentos sobre equipamento adaptativo para lavar o corpo; • Avaliar/monitorizar capacidade de lavar o corpo através da escala MIF; • Avaliar condições para realização deste autocuidado no domicílio; • Avaliar conhecimentos sobre adaptação do domicílio para a higiene corporal. <u>Do tipo ensinar:</u> • Ensinar técnica de lavar o corpo; • Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para lavar o corpo. <u>Do tipo executar:</u> • Treinar o autocuidado higiene corporal.
Avaliação
No dia da avaliação, o cliente é dependente em grau máximo no lavar a parte inferior do corpo, necessitando de ajuda máxima para a realização desta tarefa. (score de 2 na MIF). Não revela conhecimentos sobre adaptação do domicílio para a higiene corporal.

No dia da alta apresenta score de 4 neste item, apenas necessitando ajuda mínima para a realização da tarefa. Revela conhecimentos sobre adaptação do domicílio para a higiene corporal.

Avaliação do programa

Este programa teve a duração de 5 dias e teve como objetivo promover a adaptação deste cliente à sua nova condição de saúde e ajudá-lo a lidar com as suas limitações, fazendo com que se mantenha motivado e empenhado neste processo de reabilitação.

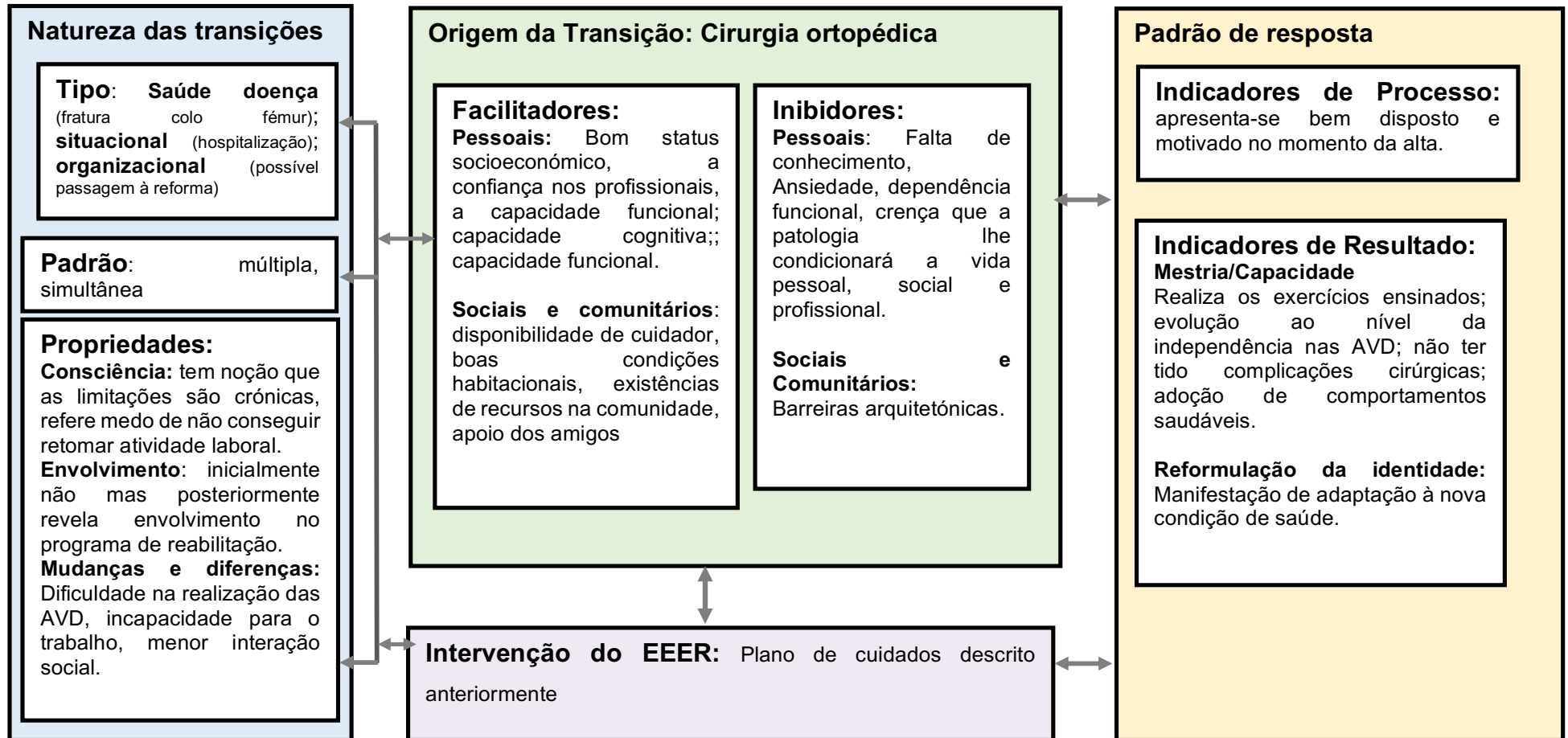
Pude constatar que ao longo da nossa intervenção houve ganhos significativos em termos de aquisição de força, melhoria ao nível da amplitude articular, melhoria do equilíbrio, melhoria da qualidade da marcha e consequentemente melhoria ao nível da funcionalidade e consequente aumento da autonomia da utente. O trabalho que foi desenvolvido até agora deve ser continuado porque apesar da melhoria, o cliente continua a necessitar de manter o programa de reabilitação.

O Sr. FV inicialmente estava desmotivado e ansioso com a sua atual condição de saúde, revelando inicialmente pouca adesão ao programa de reabilitação. Com a intervenção feita foi adotando uma postura ativa, com sentido de empenho e de colaboração no programa, fatores estes que são facilitadores deste processo de transição.

A implementação de escalas e instrumentos de medida permitiu monitorizar a intervenção, como preconizado pela OE, demonstrando a eficácia dos cuidados prestados exigindo reformulações constantes no programa de reabilitação.

O seguinte esquema mostra de forma resumida a síntese de dados à luz da Teoria das Transições segundo a perspetiva de Meleis.

Esquema da transição vivenciado pelo Sr. FV segundo Meleis



Adaptado de Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2010); Im (2010).

Bibliografia:

Apóstolo, J. (2012), Instrumentos para avaliação em geriatria. Documento de apoio. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em: http://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509. Acedido a 20\10\2016.

Conselho internacional de Enfermeiras. (2011). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Versão 2.

Meleis, A. I.; Sawyer, L.M.; Im, E.; Messias, D.K. & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. In: A. I. Meleis. Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.

Ordem dos Enfermeiros, (2009). Guia de boa prática e cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com traumatismo vertebro medular. Série I. Número 2.

Ordem dos enfermeiros (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.

Apêndice 14



7º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Estágio ortopedia

Guia de cuidados de reabilitação

Paulo Mendes

Prof.^a Orientadora – Vanda Marques Pinto

Enf.^a Orientadora – Mariana Jaisio

Lisboa

Fevereiro 2017

Fundamentação da constituição e preenchimento do documento

O presente documento de trabalho visa contribuir para um enriquecimento da avaliação e intervenção ao idoso sujeito a cirurgia ortopédica, estando mais direcionado para a artroplastia total da anca. Visa também ser um documento facilitador da elaboração de documentos de transferência aquando da transferência destes para outras unidades de saúde.

Este documento é baseado na linguagem CIPE, e reflete os diagnósticos de enfermagem de reabilitação mais frequentes e sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação durante o internamento hospitalar dos idosos que são sujeitos a cirurgia ortopédica (ATA).

O documento encontra-se organizado da seguinte forma:

- a) Avaliação inicial (dados pessoais, história de doença atual, antecedentes, condições sociais, avaliação da consciência, avaliação do risco de úlcera por pressão, avaliação da respiração, avaliação da sensibilidade, avaliação do edema, avaliação da força muscular, avaliação da amplitude articular, avaliação do equilíbrio, avaliação do risco de queda e avaliação da marcha.
- b) Intervenções de enfermagem de reabilitação divididas por focos de atenção.
- c) No final do documento avaliação da funcionalidade.

AVALIAÇÃO INICIAL	
DADOS PESSOAIS	Nome:
	Data de nascimento:
	Pofissão/situação laboral:
	Agregado familiar:
	Pessoa significativa/cuidador:
HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL	Data de admissão:
	Data da cirurgia:
	Diagnóstico:
	Cirurgia:
	Terapêutica/tratamentos prescritos:
	Exames complementares de diagnóstico:
	Data provável de alta:
ANTECEDENTES	Tipo de encaminhamento:
	Antecedentes pessoais e familiares:
	Terapêutica de ambulatório:
	Fatores de risco:
CONDIÇÕES SOCIAIS	Hábitos de vida anteriores:
	Condições habitacionais:
Observações	Envolvente social:

FOCO DE ATENÇÃO		CONSCIÊNCIA		
DATA				
HORA				
MONITORIZAR CONSCIÊNCIA (escala comas de glasgow)		Aval.		
Resposta verbal	sem resposta (1);			
	imperfectível (2);			
	inadequada (3);			
	confusa (4);			
	orientada (5);			
Abertura dos olhos	Sem resposta (1);			
	À dor (2);			
	Ao estímulo verbal (3);			
	Espontâneo (4).			
Resposta motora	Sem resposta (1);			
	Extensão (2);			
	Flexão normal (3);			
	Retira a dor (4);			
	Localiza a dor (5);			
	Obedece a ordens (6).			
SCORE				

FOCO DE ATENÇÃO		ÚLCERA		
DATA				
HORA				
MONITORIZAR RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO (escala de braden)		Aval.		
Percepção sensorial	Completamente Limitado (1)			
	Muito limitado (2)			
	Levemente limitado (3)			
	Nenhuma limitação (4)			
Humidade	Constantemente húmida (1)			
	Muito húmida (2)			
	Ocasionalmente húmida (3)			
	Raramente húmida (4)			
Atividade física	Acamada (1)			
	Restrita à cadeira (2)			
	Caminha ocasionalmente (3)			
	Caminha frequentemente (4)			
Mobilidade	Completamente imobilizada(1)			
	Muito limitada (2)			
	Levemente limitada (3)			
	Nenhuma limitação (4)			
Nutrição	Muito pobre (1)			
	Provavelmente inadequada (2)			
	Adequada (3)			
	Excelente (4)			
Fricção e deslizamento	Problema (1)			
	Potencial para problema (2)			
	Nenhum problema (3)			
SCORE				
Legenda	Alto Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto - valor final ≤ 16;			
	Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto - valor final ≥ 17			
Observações				

FOCO DE ATENÇÃO		VENTILAÇÃO		
DATA				
HORA				
MONITORIZAR VENTILAÇÃO				
Ritmo	Ritmo regular			
	Ritmo irregular			
Simetria	Simetria: simétrico			
	Simetria: assimétrico: D>E			
	Simetria: assimétrico E>D			
Amplitude	Amplitude: normal			
	Amplitude: profunda			
	Amplitude: superficial			
Tipo	abdominal			
	torácico			
	toracoabdominal			
Auscultação	murmúrio vesicular mantido			
	murmúrio vesicular aumentado			
	murmúrio vesicular diminuído			
	ruídos adventícios roncós			
	ruídos adventícios sibilos			
	ruídos adventícios ferveores			

FOCO DE ATENÇÃO		EXPETORAR		
DATA				
HORA				
MONITORIZAR EXPETORAÇÃO				
Coloração	esbranquiçada			
	amarelada			
	acastanhada			
	esverdeada			
	rosada			
	Hemático			
Tosse	eficaz			
	ineficaz			
	ausente			
Observações				

FOCO DE ATENÇÃO		SENSIBILIDADE		
DATA				
HORA				
Superficial	Tátil			
	Térmica			
	Dolorosa			

FOCO DE ATENÇÃO		EDEMA		
DATA				
HORA				
MONITORIZAR DIÂMETRO (4/4 DIAS)				
Tornozelo	Direito			
	Esquerdo			
Gémeo	Direito			
	Esquerdo			
Políteo	Direito			
	Esquerdo			
Coxa	Direito			
	Esquerdo			
MONITORIZAR PULSOS - assinalar S ou N				
Femural	Direito			
	Esquerdo			
Políteo	Direito			
	Esquerdo			
Tibial posterior	Direito			
	Esquerdo			
Tíbila anterior	Direito			
	Esquerdo			
Podioso	Direito			
	Esquerdo			
COLORAÇÃO DA PELE				
Normal				
Ruborizada				
Cianosada				
FOCO DE ATENÇÃO		MOVIMENTO CORPORAL		
DATA				
HORA				
MONITORIZAR FORÇA MUSCULAR (ESCALA DE LOWER)				
Membro superior				
Mão	Direito			
	Esquerdo			
Cotovelo	Direito			
	Esquerdo			
Ombro	Direito			
	Esquerdo			
Membro inferior				
Tibiotársica	Direito			
	Esquerdo			
Joelho	Direito			
	Esquerdo			
Coxofemural	Direito			
	Esquerdo			
MONITORIZAR AMPLITUDE ARTICULAR (GONIOMETRIA)				
Coxofemoral	Flexão (120°)			
	Extensão (30°)			
	Adução (30°)			
	Abdução (45°)			
	Rotação interna (45°)			
	Rotação externa (45°)			
Joelho	Flexão (135°)			
	Extensão (0°)			
Tibiotársica	Flexão plantar (50°)			
	Dorsiflexão (20°)			
Outro local anatómico				

FOCO DE ATENÇÃO		EQUILÍBRIO CORPORAL	
		DATA	
		HORA	
MONITORIZAR EQUILÍBRIO (Escala de equilíbrio de Berg)			
1 Posição sentada para posição em pé.	4 capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente.		
	3 capaz de levantar-se independentemente e estabilizar-se independentemente.		
	2 capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas.		
	1 necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se.		
	0 necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se.		
2 Permanecer em pé sem apoio	4 capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos.		
	3 capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão.		
	2 capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.		
	1 necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.		
	0 incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.		
3 Permanecer sentado sem apoio nas costas	4 capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos.		
	3 capaz de permanecer sentado por 2 minutos com supervisão.		
	2 capaz de permanecer sentado por 30 segundos.		
	1 capaz de permanecer sentado por 10 segundos.		
	0 incapaz de permanecer sentado sem apoio por 10 segundos.		
4 Posição em pé para posição sentada.	4 senta-se com segurança, com uso mínimo das mãos.		
	3 controla a descida utilizando as mãos.		
	2 utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida.		
	1 senta-se independentemente, mas tem descida sem controle.		
	0 necessita de ajuda para sentar-se.		
5 Transferências.	4 capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos.		
	3 capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos.		
	2 capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão.		
	1 necessita de uma pessoa para ajudar.		
	0 necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar a tarefa com segurança.		
6 Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados.	4 capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança.		
	3 capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão.		
	2 capaz de permanecer em pé por 3 segundos.		
	1 incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé		
	0 necessita de ajuda para não cair.		
7 Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos.	4 capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com segurança.		
	3 capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com supervisão.		
	2 capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 30 segundos.		
	1 necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos.		
	0 necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos.		

8 Alcançar à frente com o braço estendido, permanecendo em pé.	4 pode avançar à frente mais que 25cm com segurança.		
	3 pode avançar à frente mais que 12,5cm com segurança.		
	2 pode avançar à frente mais que 5cm com segurança.		
	1 pode avançar à frente, mas necessita de supervisão.		
	0 perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo.		
9 Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé.	4 capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança.		
	3 capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão.		
	2 incapaz de pegá-lo mas se estica, até ficar a 2-5cm do chinelo, e mantém o equilíbrio independentemente.		
	1 incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando.		
	0 incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.		
10 Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.	4 olha para trás de ambos os lados com boa distribuição do peso.		
	3 olha para trás somente de um lado, e não consegue manter a distribuição do peso.		
	2 vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio.		
	1 necessita de supervisão para virar.		
	0 necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.		
11. Girar 360°	4 capaz de girar 360o com segurança em 4 segundos ou menos.		
	3 capaz de girar 360o com segurança, mas lentamente.		
	2 capaz de girar 360o com segurança, mas lentamente.		
	1 necessita de supervisão próxima ou orientações verbais.		
	0 necessita de ajuda enquanto gira.		
12 Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio.	4 capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos.		
	3 capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais de 20 segundos.		
	2 capaz de completar 4 movimentos sem ajuda.		
	1 capaz de completar mais de 2 movimentos com o mínimo de ajuda.		
	0 incapaz de tentar ou necessita de ajuda para não cair.		
13 Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente.	4 capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos.		
	3 capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos.		
	2 capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos.		
	1 necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos.		
	0 perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar em pé.		
14 Permanecer em pé sobre uma perna.	4 capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por mais de 10 segundos.		
	3 capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 5-10 segundos.		
	2 capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 3 ou 4 segundos.		
	1 tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente.		
	0 incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair.		
Total			
Observações	41 - 56 = baixo risco de queda / equilíbrio bom; 21 - 40 = risco de queda médio/ equilíbrio médio; 0 - 20 = elevado risco de queda / equilíbrio diminuído		

FOCO DE ATENÇÃO		MOBILIDADE			
		DATA			
		HORA			
AVALIAÇÃO DA MARCHA (ÍNDICE DE TINETTI) 4/4 DIAS					
Início da marcha	Com hesitação (0)				
	Sem hesitação (1)				
Comprimento dos passos	Pé dtº				
	Não ultrapassa o pé esqº (0)				
	Ultrapassa o pé esqº (1)				
	Não sai completamente do chão (0)				
	Sai completamente do chão (1)				
	Pé esqº				
	Não ultrapassa o pé dtº (0)				
	Ultrapassa o pé dtº (1)				
	Não sai completamente do chão (0)				
	Sai completamente do chão (1)				
Simetria dos passos	Assimétricos (0)				
	Simétricos (1)				
Continuidade dos passos	Parado ou passos descontínuos (0)				
	Passos contínuos (1)				
Direção	Desvio nítido (0)				
	Desvio leve ou moderado ou uso de apoio (1)				
	Linha reta sem apoio (2)				
Tronco	Balanço grave ou uso de apoio (0)				
	Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços (1)				
	Sem flexão, balanço, não usa os braços ou apoio (2)				
Distância dos tornozelos	Tornozelos separados (0)				
	Tornozelos quase se tocam enquanto anda (1)				
Score de 12					
TRANSPOSIÇÃO DE OBSTÁCULOS (ESCADAS)					
	Capaz				
	Incapaz				
TRANSFERÊNCIAS					
	Capaz				
	Incapaz				
Observações					

VENTILAÇÃO		
Intervenções		
Ensinar técnica respiratória	Conscientização da respiração	
	Exercícios abdomino diafragmáticos	
	Exercícios de reeducação costal	
	Ensino da tosse	

MOVIMENTO MUSCULAR		
Intervenções		
Ensinar sobre movimentos luxantes	Rotação interna	
	Flexão da articulação coxofemoral acima dos 90°	
	Adução da coxofemoral pra além da linha média	
Ensinar e treinar exercícios isométricos	Contrações isométricas abdominais	
	Contrações isométricas dos glúteos	
	Contrações isométricas do quadríceps	
Ensinar e treinar exercícios isotônicos	Dorsiflexão/flexão plantar da tibiotársica	
	Flexão/extensão da articulação coxofemoral associada com extensão/flexão do joelho	
	Adução/ abdução (até à linha média) da articulação coxofemoral	

POSICIONAR-SE		
Intervenções		
Assistir a pessoa no posicionamento		
Ensinar e treinar sobre estratégias adaptativas para o posicionar-se		
Supervisionar o posicionamento	Posiciona-se sem ajuda, sem dificuldades	
	Posiciona-se sem ajuda com dificuldade	
	Posiciona-se com apoio do prestador de cuidados com dificuldade	
	Posiciona-se com o apoio do prestador de cuidados sem dificuldade	
	Posiciona-se com apoio de equipamento com dificuldade	
	Posiciona-se com apoio de equipamento sem dificuldade	

TRANSFERIR-SE		
Intervenções		
Informar sobre o uso de equipamento adaptativo para se transferir		
Ensinar e treinar estratégias adaptativas para se transferir		
Supervisionar a transferência	Transfere-se sem ajuda, sem dificuldades	
	Transfere-se sem ajuda com dificuldade	
	Transfere-se com apoio do prestador de cuidados com dificuldade	
	Transfere-se com o apoio do prestador de cuidados sem dificuldade	
	Transfere-se com apoio de equipamento com dificuldade	
	Transfere-se com apoio de equipamento sem dificuldade	

EQUILÍBRIO CORPORAL		
Intervenções		
Ensino sobre exercícios musculoesqueléticos ativos		
Treinar equilíbrio sentado		
Treinar equilíbrio em pé		

LOCOMOÇÃO		
Intervenções		
Informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado locomoção		
Ensinar e treinar o uso de estratégias adaptativas para a locomoção		
Supervisionar o andar	Andar sem ajuda, sem dificuldades	
	Andar sem ajuda com dificuldade	
	Andar com apoio do prestador de cuidados com dificuldade	
	Andar com o apoio do prestador de cuidados sem dificuldade	
	Andar com apoio de equipamento com dificuldade	
	Andar com apoio de equipamento sem dificuldade	

VESTUÁRIO		
Intervenções		
Informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado vestuário		
Ensinar e treinar sobre o autocuidado vestuário		
Supervisionar o autocuidado vestuário	Vestir-se sem ajuda, sem dificuldades	
	Vestir-se sem ajuda com dificuldade	
	Vestir-se com apoio do prestador de cuidados com dificuldade	
	Vestir-se com o apoio do prestador de cuidados sem dificuldade	
	Vestir-se com apoio de equipamento com dificuldade	
	Vestir-se com apoio de equipamento sem dificuldade	

USO DO SANITÁRIO		
Intervenções		
Informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado uso do sanitário		
Ensinar e treinar sobre o autocuidado uso do sanitário		
Supervisionar o autocuidado uso do sanitário	Usar o sanitário sem ajuda, sem dificuldades	
	Usar o sanitário sem ajuda com dificuldade	
	Usar o sanitário com apoio do prestador de cuidados com dificuldade	
	Usar o sanitário com o apoio do prestador de cuidados sem dificuldade	
	Usar o sanitário com apoio de equipamento com dificuldade	
	Usar o sanitário com apoio de equipamento sem dificuldade	

HIGIENE CORPORAL		
Intervenções		
Informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado higiene		
Ensinar e treinar sobre o autocuidado higiene		
Supervisionar o autocuidado higiene corporal	Autocuida-se sem ajuda, sem dificuldades	
	Autocuida-se sem ajuda com dificuldade	
	Autocuida-se com apoio do prestador de cuidados com	
	Autocuida-se com o apoio do prestador de cuidados sem	
	Autocuida-se com apoio de equipamento com dificuldade	
	Autocuida-se com apoio de equipamento sem dificuldade	

DOMICÍLIO		
Intervenções		
Identificar sobre barreiras na habitação		
Gerir ambiente físico		
Informar sobre recursos comunitários		
Informar sobre adaptação da habitação		
Informar sobre produtos de apoio		

AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE (MIF)		
ATIVIDADES		
A - ALIMENTAÇÃO		
B - HIGIENE PESSOAL		
C - BANHO		
D - VESTIR METADE SUPERIOR		
E - VESTIR METADE INFERIOR		
F - UTILIZAÇÃO DA SANITA		
G - CONTROLO DA URINA		
H - CONTROLO DAS FEZES		
I - TRANSFERÊNCIAS:LEITO, CADEIRA, CADEIRA DE RODAS		
J - TRANSFERÊNCIA PARA SANITA		
K - TRANSFERÊNCIAS: BANHEIRA, DUCHE		
L - LOCOMOÇÃO: MARCHA, CADEIRA DE RODAS		
M - LOCOMOÇÃO: ESCADAS		
N - COMPREENSÃO		
O - EXPRESSÃO		
P - INTERAÇÃO SOCIAL		
R - RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS		
S - MEMÓRIA		
		SCORE
NÍVEL DE FUNÇÃO		
COM AJUDA	7 - INDEPENDÊNCIA COMPLETA	
	6 - INDEPENDÊNCIA MODIFICADA	
SEM AJUDA	5 - SUPERVISÃO	
	4 - AJUDA MÍNIMA (PESSOA ≥ 75%)	
	3 - AJUDA MODERADA (PESSOA 50 A 75%)	
	2 - AJUDA MÁXIMA (PESSOA 25 A 50%)	
	1 - AJUDA TOTAL (PESSOA 0 A 25%)	

Bibliografia

Apóstolo, J. (2012), Instrumentos para avaliação em geriatria. Documento de apoio. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em: http://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509. Acedido a 20\12\2016.

Conselho internacional de Enfermeiras. (2011). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Versão 2.

Menoita, E., Cordeiro, M., (2012). Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas. 1a ed, Loures: Lusociência, ISBN: 978-972-8930-86-8

Ordem dos Enfermeiros (2009). Guia de boa prática e cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com traumatismo vertebro medular. Série I. Número 2.

Ordem dos enfermeiros (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.

Apêndice 15



7º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Estágio ortopedia

- Proposta de consulta pré operatória de enfermagem de reabilitação-

Paulo Mendes

Prof.^a Orientadora – Vanda Marques Pinto

Enf^a Orientadora – [REDACTED]

Lisboa

Fevereiro 2017

Na preparação para a artroplastia total da anca e joelho eletiva e para todo o processo de reabilitação inerente à cirurgia, os enfermeiros têm a necessidade de transmitir muita informação e neste atual modelo de prestação de cuidados há pouco tempo de contacto com o cliente, sendo esta preparação muitas vezes feita de forma rápida e com um fluxo intenso de informação, sem tempo suficiente para que o cliente assimile a informação recebida, formule questões para si relevantes e assim satisfaça as suas necessidades de informação relacionadas com o procedimento cirúrgico. Este facto pode ter um efeito dramático na preparação física e psicológica da pessoa quer para a cirurgia quer para todo o processo de reabilitação no pós-operatório, principalmente na população idosa, uma vez os doentes mais velhos têm maiores necessidades de informação¹ do que os seus homólogos mais jovens (Sendir, Buyukilmaz, e Musovi 2013).

Uma estratégia passível de ser adotada para suprimir o reduzido tempo de contacto do EEER com os clientes sujeitos a artroplastia total da anca é a implementação de um plano educacional antes do internamento, como acontece em algumas instituições hospitalares portuguesas. Nesta estratégia, a intervenção educacional abordada e a adaptação do domicílio para a nova condição de saúde são abordadas antes do internamento de forma a que a preparação física e psicológica para a cirurgia seja efetiva, a implementação do plano de cuidados seja mais rápida e o cliente já tenha o domicilio preparado às suas necessidades quando tiver alta, facilitando todo o processo de transição.

Em relação à preparação para a cirurgia, são evidentes na literatura os benefícios da educação dos clientes logo nesta fase, intervenção que quando implementada no período pré operatório, reduz a dor no pós-operatório, reduz os níveis de ansiedade, reduz as complicações pós-operatórias, garante maior segurança, maior disponibilidade e envolvimento do cliente na realização dos exercícios de reabilitação pós-operatórios, o que promove uma recuperação mais rápida contribuindo assim para uma maior satisfação do cliente alvo dos cuidados para com todo o processo (Marek e Boehnlein, 2010; Gonçalves e Braga, 2012; McDonald, S., Page, M., Beringer, K., Wasiak, J. e Sprowson, A., 2014). Brown, Topp,

¹ As necessidades de informação que as pessoas submetidas a cirurgia ortopédica referem ser importantes são relacionadas com o tratamento de feridas, indicações sobre retorno à atividade, controlo da dor, gestão dos medicamentos analgésicos, autocuidado pós-operatório, aconselhamento sobre o controlo de sintomas, coordenação e acompanhamento pelos recursos comunitários, (Sendir et al., 2013).

Brosky e Lajoie (2012), num estudo realizado a pessoas sujeitas a Artroplastia total do joelho constataram que as intervenções educacionais, quando apenas implementadas no momento pós-operatório, atrasam os resultados funcionais, assim como a qualidade de vida no pós-operatório. Este facto em parte pode ser explicado porque a necessidade de se mobilizar do membro operado 24 horas após a cirurgia é difícil de ser compreendida pelos doentes, a menos que eles estejam devidamente informados (Kosev, Sokolov, Pavlova, Valentinov, Andonov e Petrova, 2015).

Nesta linha de pensamento, Cooke et al., (2015) afirma que a educação pré-operatória reduziu significativamente os níveis de dor, ansiedade, melhorando também a autoeficácia do cliente durante a hospitalização. Clarke et al., (2012) citado por Ingadottir, Stark, Leino-Kilpi, Sigurdardottir, Valkeapaa e Unosson (2014) afirma que esta educação trás ganhos significativos em saúde como por exemplo a redução do numero de quedas no pós-operatório e a redução do tempo de internamento. Já Chen, Chen e Lin, (2013) acrescentam como benefícios da intervenção educacional pré operatória uma maior disponibilidade e envolvimento do cliente na realização dos exercícios de reabilitação pós operatórios e aumento da satisfação deste face a todo o processo. Barksdale e Backer (2005), citado por Ingadottir et al (2014), referem que a educação do cliente ajuda a prevenir complicações pós-operatórias sendo uma intervenção fundamental para garantir a sua segurança. Já Nigussie, Belachew e Wolancho (2014) concluíram no seu estudo que se consegue reduzir o nível de ansiedade do doente cirúrgico através do fornecimento de informação no período pré-operatório.

Em estudos Portugueses sobre a intervenção do EEER no período pré operatório de ATA, verificou-se nos clientes sujeitos a uma intervenção nesta fase uma melhoria no desempenho das AVD e diminuição do tempo de internamento (Fernandes, 2011), melhoria ao nível da dor e da independência nas AVD, da amplitude de movimentos articulares e dos níveis de ansiedade (Violante, 2014). Na intervenção do EEER no período pré operatório de ATJ, verificou-se melhoria da força muscular, amplitudes de movimentos articulares, do equilíbrio e no desempenho das AVD (Borges, 2015).

Estes resultados forneceram evidências sobre os ganhos em saúde e benefícios físicos e psicológicos que a preparação pré-operatória pode proporcionar aos clientes sujeitos a cirurgia ortopédica, enfatizando a importância e a necessidade da implementação de um programa de reabilitação do qual faça parte um plano

educacional iniciado logo na fase pré-operatória tendo em vista a preparação do cliente para a cirurgia e assim a obtenção de maiores ganhos em saúde.

Face ao que foi referido anteriormente, clientes sujeitos a ATA e ATJ programada beneficiariam de uma consulta de enfermagem de reabilitação pré operatória e por isso proponho a implementação desta, consulta onde será realizado ensino sobre o programa de reabilitação esperado, ensino sobre movimentos permitidos e proibidos, ensino e treino de técnicas respiratórias e de tosse úteis no pós-operatório para prevenção de problemas respiratórios e ajudar a controlar a dor, ensino sobre segurança do ambiente, ensino e treino de posicionamentos a adotar no pós operatório, o ensino e treino de exercícios musculares e articulares a realizar no pós operatório, ensino e treino da técnica para realização da AVD transferência usando produtos de apoio, ensino e treino da técnica para realização da AVD deambulação com o auxiliar de marcha, ensino e treino da a técnica para realização das AVD vestuário e higiene pessoal com auxilio de produtos de apoio.

Nesta mesma consulta serão avaliadas as condições domiciliárias e feitos aconselhamentos quanto a possíveis alteração necessárias e também aconselhamento sobre aquisição de produtos de apoio necessários, tendo em vista o regresso ao domicílio depois do internamento hospitalar.

O plano de sessão para a consulta idealizada encontra-se na pagina seguinte.

Conteúdos	Meios e recursos	Metodologia	Tempo previsto
Introdução • Apresentação do enfermeiro • Avaliar os conhecimentos dos clientes/família sobre a patologia e sobre a intervenção cirúrgica que irá realizar; • Avaliar os conhecimentos dos clientes/família sobre o programa de reabilitação; • Avaliar conhecimentos dos clientes/família sobre limitações de movimento da articulação intervencionada.	Projeção visual em datashow	Exposição oral; Interação e discussão.	20 minutos
Desenvolvimento • Ensinar sobre o procedimento cirúrgico; • Ensinar sobre o programa de reabilitação; • Ensinar sobre os posicionamentos adequados; • Ensinar sobre controlo da dor; • Ensinar sobre os meios auxiliares para realização das AVD; • Ensinar sobre exercícios respiratórios, posicionamentos no leito, exercícios musculares e realização de AVD depois da cirurgia; • Executar treino de exercícios a realizar no pós operatório; • Executar treino das AVD com os meios auxiliares; • Avaliar condições domiciliárias para realização das AVD; • Ensinar para os cuidados no domicílio; • Aconselhar alterações no domicílio (se necessário).	Projeção visual em datashow; Triângulo abdutor; Cadeira de rodas; Cadeirão; Cama articulada; Andarilho; Muletas canadianas; Alteador de sanita; Calçadeira com cabo longo; Esponja de banho com cabo longo; Calçadeira de meias.	Exposição oral; Demonstração; Interação e discussão.	80 minutos
Conclusão: Síntese das ideias principais; • Esclarecer dúvidas; • Avaliar os conhecimentos adquiridos pelo cliente e família, treino de marcha com os auxiliares de marcha • Entrega de um folheto de PTA existente no serviço.	Projeção visual em datashow	Exposição oral.	20 minutos

Bibliografia

Borges, S. (2015). Resultados da implementação de um programa de reabilitação em utentes submetidos a artroplastia total do joelho. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Instituto Politécnico de Bragança. Acessível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/12000/1/Sandra%20Cristina%20Soeiro%20Correia%20Borges.pdf>

Brown, K., Topp, R., Brosky, A., Lajoie, S. (2012) Prehabilitation and Quality of life three months after total knee arthroplasty: a pilot study. *Perceptual & Motor Skills: Physical Development & Measurement*. 115 (3) 765-774

Chen, S., Chen, C., Lin, P. (2013) The effect of educational intervention on the pain and rehabilitation performance of patients who undergo a total knee replacement. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 279–287, DOI: 10.1111/jocn.12466

Cooke, M., Walker, R., Aitken, M., Freeman, A., Pavey, S., Cantril, R., (2015) Pre-operative self-efficacy education vs. usual care for patients undergoing joint replacement surgery: a pilot randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 30, 74-82. DOI: 10.1111/scs.12223.

Fernandes, S. (2011) O ensino pré-operatório na pessoa submetida a artroplastia total da anca. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior De Saúde do Instituto Politécnico De Viseu. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2203/2/FERNANDES%20Silvia%20Cristina%20Monteiro%20-%20P%20C3%A1ginas%20Prelim.pdf>

Gonçalves, S., Braga, M., (2012). Comunicar, Informar e Educar na Ansiedade Pré-Operatória – desenvolvimento de uma intervenção breve. *Psiquiatria Clínica*, 33 (2), 99-108.

Ingadottir, B., Stark, A., Leino-Kilpi, H., Sigurdardottir, A. K., Valkeapaa, K., Unosson, M. (2014) The fulfilment of knowledge expectations during the perioperative period of

patients undergoing knee arthroplasty – a Nordic perspective. *Journal of clinical nursing*. 23, 2896-2908, DOI: 10.1111/jocn.12552

Marek, J. F. & Boehulein, M. (2010). A Enfermagem Perioperatória. In Phipps, S., Monahan, F. D., Sands, J. J., Neighbors, N., Marek, J. F. & Green, C. J. (Eds). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspetivas de saúde e doença*. (I. M. Ligeiro, L. C. Leal, H. S. Azevedo, Trad) (8a ed.) (Vol 1, pp. 245-311) Loures: Lusociência.

McDonald, S., Page, M., Beringer ,K., Wasiak, J., Sprowson, A., (2014), Preoperative education for hip or knee replacement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5. Art. No.: CD003526. DOI: 10.1002/14651858.CD003526.pub3.

Nigussie,S.,Belachew,T.,&Wolanchow,W.(2014) Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BioMed Central Surgery*, 14 (1), 1-10. DOI: 10.1186/1471-2482-14-67

Kosev, P., Sokolov, T., Pavlova, I., Valentinov, B., Andonov, J., Petrova, N. (2015) Fast track surgery in total knee arthroplasty - a review. *Journal of IMAB*. 21 (3) 837-839

Sendir, M., Buyukilmaz, F., Musovi, D. (2013) Patients' Discharge Information Needs After Total Hip and Knee Arthroplasty: A Quasi-Qualitative Pilot Study. *Rehabilitation Nursing*, 38, 264–271.

Violante, A. (2014). Efetividade de Ensino Pré-Operatório em Doentes Submetidos a Artroplastia Total da Anca. *Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.*, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=31410&code=8>