



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

**A intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na promoção da  
readaptação funcional da pessoa submetida a  
amputação do membro inferior**

**Helena Susana dos Santos Tiago**



**Lisboa  
2022**



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

Relatório de Estágio

**A intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na promoção da  
readaptação funcional da pessoa submetida a  
amputação do membro inferior**

**Helena Susana dos Santos Tiago**

---

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria de Fátima Mendes Marques

---

**Lisboa**

**2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“A reabilitação, mais do que uma disciplina, é o testemunho de um espírito particular, o do interesse sentido pelo futuro da pessoa, mesmo quando a cura ou reparação do seu corpo – regresso do mesmo à normalidade – deixam de ser possíveis.”

***Walter Hesbeen***

## **AGRADECIMENTOS**

Dedico os meus mais sinceros e reconhecidos agradecimentos:

À Professora orientadora M<sup>a</sup> Fátima Marques, que contribuiu em todo o processo de aprendizagem, com uma orientação exemplar, sempre com humanismo e compreensão.

Ao meu filho e ao meu marido pela partilha de momentos agitados, pelo companheirismo e apoio incondicional.

Aos meus pais, que toleram a minha ausência em muitos momentos.

Aos meus irmãos, que foram essenciais neste processo de aprendizagem, e contribuíram para a finalização desta etapa com sucesso.

Obrigada!

## **ABREVIATURAS**

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

AVD - Atividades de Vida Diária

EC - Ensino Clínico

EE - Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER - Enfermagem de Reabilitação

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FES - Falls Efficacy Scale

MI - Membro Inferior

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PE - Projeto de Estágio

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UC - Unidade Curricular

## RESUMO

A cirurgia de amputação major, nomeadamente amputação do membro inferior, afeta de forma irremediável o ser humano, originando limitação funcional.

A pessoa submetida a amputação do membro inferior enfrenta diversos desafios decorrentes da cirurgia, nomeadamente, a perda da qualidade de vida em muitos domínios. Estudos recentes destacam complicações relacionadas com a cirurgia de amputação do membro inferior (MI), como a perda da função física, perda de autonomia, preocupação a nível económico e preocupação com alteração da imagem corporal.

A literatura evidencia a importância da intervenção da Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a amputação do MI, referindo ganhos para a pessoa em todas as dimensões afetadas, quer físicas, na reabilitação funcional, ou psicológicas na alteração de imagem corporal.

O presente relatório pretende, com base na prática clínica, espelhar intervenções de Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a amputação do membro inferior, que promovam ações preventivas, assegure a capacidade funcional, previnam complicações, que minimizem o impacto das incapacidades instaladas.

Ressaltando que a abrangência da Enfermagem de Reabilitação não se esgota num tema/projeto, foram realizadas intervenções e atividades em outras áreas de Enfermagem de Reabilitação, que serão descritas no presente Relatório de Estágio. Nesse sentido, objetiva-se a demonstração da aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER.

Para a elaboração e implementação dos processos de cuidados de ER foi selecionada a teoria de Enfermagem *Nursing as Caring*. Esta é uma teoria de médio alcance, desenvolvida por Anne Boykin e Savina Schoenhof.

**Palavras-Chave:** Amputação do Membro Inferior; Reabilitação Funcional; Enfermagem de Reabilitação

## **ABSTRACT**

Major amputation surgery, namely lower limb amputation, affects irremediably the human being, leading to functional limitation.

The person who undergoes lower limb amputation faces several challenges arising from surgery, namely the loss of quality of life in many areas.

Recent studies highlight complications related to lower limb (LL) amputation surgery, such as loss of physical function, loss of autonomy, economic concern and concern about body image alteration.

The literature shows the importance of the Rehabilitation Nursing intervention in the person submitted to amputation of the LL, mentioning gains for the person submitted in all dimensions affected, whether physical, in functional rehabilitation, or psychological in the alteration of body image.

The present report intends, based on clinical practice, to mirror Rehabilitation Nursing interventions in the person submitted to amputation of the lower limb, that promotes preventive actions, ensures functional capacity, prevents complications, reduces the impact of installed disabilities.

Emphasizing that the scope of Rehabilitation Nursing is not limited to one theme/project, interventions and activities were carried out in other areas of Rehabilitation Nursing, which will be described in this Internship Report. In this sense, the objective is to demonstrate the acquisition and development of the common and specific competencies of Rehabilitation Nursing.

For the elaboration and implementation of rehabilitation nursing care processes, the nursing theory *Nursing as Caring* – A model of transformation of practice was selected. This is a medium-range theory, developed by Anne Boykin and Savina Schoenhof.

**Keywords:** Lower Limb Amputation; Functional Rehabilitation; Rehabilitation Nursing

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	10
1.COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA .....	13
1.1. Enquadramento Conceptual do Tema.....	13
1.1.1. A associação entre pandemia provocada pelo SARS-CoV-2 com o aumento da incidência de cirurgias de amputação do(s) membro(s) inferior(es). .....	14
1.1.2. A importância da readaptação funcional à pessoa submetida a cirurgias de amputação do(s) membro(s) inferior(es). .....	15
1.2. Quadro Teórico de Referência em Enfermagem .....	19
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....	23
2.1. Prestar cuidados de enfermagem especializada de acordo com os princípios éticos, centrados na pessoa e sua família. ....	25
2.2. Ampliar conhecimentos teóricos e técnicos na área da prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a amputação do membro inferior e sua família. / Analisar as necessidades de intervenção especializada no domínio da Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a amputação do membro inferior e sua família .....	27
2.3. Analisar a atuação do EEER no contexto dos locais de estágio, compreendendo a sua articulação com a equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e comunidade. 32	
2.4. Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados à pessoa e família. ....	35
2.5. Implementar intervenções de EER à pessoa e família que visem a maximização da funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa. / Capacitar a pessoa submetida a amputação do membro inferior e família, em processo de recuperação, na promoção da funcionalidade. ....	36
3. AVALIAÇÃO GLOBAL DO TRABALHO DESENVOLVIDO EM ESTÁGIO .....	40
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	47
APÊNDICES.....	52
Apêndice I – Projeto de Estágio	
Apêndice II - Folheto Amputação do membro inferior: Posicionamentos a evitar	

Apêndice III - Procedimento sectorial: Monitorização do risco de queda e prevenção da queda em ambiente domiciliário.

ANEXOS ..... 113

Anexo I - Declaração de formadora (contexto hospitalar)

Anexo II - Declaração de formadora (contexto comunitário)

Anexo III - Declaração de participação no Webinar: Projetos, Percursos e Desafios para Enfermagem de Reabilitação

Anexo IV - Declaração de participação no Webinar: Formação, Investigação e Exercício Clínico

Anexo V - Declaração de participação no Webinar: Redação de Artigos Científicos

## INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio foi elaborado no âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com a duração de três semestres letivos, entre outubro de 2020 e março de 2022.

No decorrer do 2º semestre, previamente à realização do ensino clínico (EC), foi construído e desenvolvido um projeto de estágio (Apêndice I) que incidiu em dois aspetos: o primeiro, o estudo aprofundado de uma temática na área da readaptação funcional da pessoa submetidas a amputação do membro inferior, na perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). O segundo, a operacionalização das ferramentas necessárias para o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e competências específicas do EEER, indo ao encontro dos descritores de Dublin, a nível do 2º ciclo de Mestre (Decreto-Lei 74/2006, 2006; Joint Quality Initiative, 2004).

A decisão pelo estudo aprofundado na área da readaptação funcional da pessoa submetida a amputação do membro inferior deveu-se ao interesse pessoal e profissional na temática. A seleção do tema convergiu da preocupação partilhada entre a professora orientadora com a estudante, autora do presente relatório, sobre o aumento da incidência das cirurgias de amputação do(s) membro(s) inferior(es). Verificando-se relação do atual aumento da incidência, referida anteriormente, à atual crise pandémica resultante do vírus SARS-CoV-2 (OECD, 2021).

A nível pessoal, este fenómeno influenciou a estudante a, num futuro próximo, a exercer as suas funções no serviço de Cirurgia Geral.

No que concerne à pessoa submetida a amputação do membro inferior, esta encontra-se numa situação de vulnerabilidade acrescida: após a cirurgia surgem questões relacionadas a incapacidade e com alterações na autoimagem (Chesnay & Anderson, 2008). Amoah et al., (2018) salientam preocupações com a imagem corporal que impõem a necessidade de aprender a ajustar-se às mudanças, às suas capacidades físicas e a aparência alterada, e ainda, destaca as preocupações a nível económico, sendo que após a amputação existe um período de dependência do cônjuge, filhos ou de terceiros.

Armstrong (2015) considera que as intervenções de reabilitação, como o fortalecimento muscular, treino de equilíbrio, treino de marcha, as quais irão promover o retorno da pessoa a uma sensação de autonomia irá, simultaneamente, promover à pessoa uma sensação de independência semelhante à sua situação anterior à cirurgia, fazendo-a sentir-se no seu bem-estar, o mais pleno possível.

Pacheco e Fraga (2012) afirmam que a intervenção de reabilitação precoce, no pós-operatório, como a readaptação funcional respiratória, as mobilizações e fortalecimento muscular, à pessoa amputada potencia aumento da flexibilidade muscular, manutenção da massa muscular e manutenção da capacidade respiratória. Consequentemente, irá estimular uma maior confiança da pessoa perante o seu estado de saúde. Neste sentido, o EEER prescreve, implementa, monitoriza e avalia as intervenções que promovam ações preventivas, que assegurem a capacidade funcional, previnam complicações, que minimizem o impacto das incapacidades instaladas e promovam o treino das atividades de vida diária (AVD) (Regulamento n.º 350/2015, 2018)

Abordando as alterações músculo esqueléticas, numa revisão sistemática limitada a estudos observacionais, incluindo transversais e estudos de caso, foi observada a existência de evidências para a presença de aumento da flexão lateral do tronco em direção ao membro amputado em participantes com a amputação transfemoral e amputação transtibial, juntamente com aumento da inclinação pélvica anterior. Estas observações, foram identificadas durante a fase de apoio da caminhada (Devan et al., 2015). Contestação que legitima a intervenção do EEER, sendo que o mesmo promove a maximização da funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa, concebendo sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões, à sua reabilitação, capacitação e à autogestão.

Neste sentido, o EEER realiza e incentiva a pessoa a executar mobilizações do membro residual, tendo sempre em conta a dor que apresenta. A mobilização dos membros e fortalecimento muscular deve ser realizada com mobilizações passivas, ativas assistidas, e posteriormente ativas. Devem ser realizados exercícios isométricos e isotónicos em todos os membros, com o objetivo de promover o equilíbrio muscular. Desta forma, é mantida a integridade das estruturas articulares, a amplitude do movimento, conservada a flexibilidade e evitada a formação de aderências e contraturas (Pacheco & Fraga, 2012).

De forma a atingir o desenvolvimento das competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o EE e o EEER, foi realizada formação em contexto de estágio, perpetuando o desenvolvimento de competências através da reflexão, orientação e suporte profissional, sendo estes fatores, considerados fundamentais para o desenvolvimento pessoal e profissional (Carvalho, 2016) .

Para a obtenção as competências comuns e específicas para o EEER foram delineados os seguintes objetivos gerais:

1. Desenvolver competências comuns do EE e específicas do EEER, na promoção da readaptação funcional da pessoa/família submetidas a amputação do membro inferior.

2. Desenvolver competências comuns do EE e específicas do EEER, na pessoa com alterações sensoriomotoras, cardíacas, neurológicas, respiratórias, cognitivas, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

No sentido promover a intervenção na pessoa maximizando a sua capacidade funcional, capacitando-a para o desempenho do autocuidado, realização das AVD, e de forma a não descuidar das vertentes e dimensões que sustentam a Enfermagem de Reabilitação, garantido a prestação de cuidados centrados na pessoa, tendo em conta os planos /objetivos da mesma, foi optado pela aplicação da teoria de *Nursing as Caring*, desenvolvida por Anne Boykin e Savina Schoenhof, em 2013.

O presente relatório pretende espelhar o desenvolvimento teórico-prático das competências mencionadas, relacionando-as com as aprendizagens adquiridas ao longo do percurso realizado. O mesmo será estruturado da seguinte forma: primeiramente, será apresentado o enquadramento conceptual da temática em estudo, que inclui: a revisão narrativa da literatura realizada na fase de construção do projeto de estágio, englobando o conceito de amputação; prevalência da amputação do membro inferior; o impacto da cirurgia de amputação do membro inferior na pessoa, na sua família e na sociedade; a associação entre pandemia provocada pelo SARS-CoV-2 com o aumento da incidência de cirurgias de amputação do(s) membro(s) inferior(es); a importância da readaptação funcional à pessoa submetida a cirurgia de amputação do(s) membro(s) inferior(es) e a descrição e análise da teoria de enfermagem selecionada para sustentar todo este percurso. Seguidamente, será relatado e analisado o desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Nesse sentido, será realizada uma breve elucidação dos locais de estágio, prosseguindo da descrição e análise de cada um dos objetivos específicos e respetivas atividades planeadas, abarcando a exposição da análise e reflexão das competências desenvolvidas em contexto de estágio.

O presente trabalho académico foi realizado de acordo com as normas de elaboração de trabalhos de natureza científica em vigor na Escola no momento da sua construção. Segue ainda as orientações APA 7ª edição, no que diz respeito às referências bibliográficas.

# 1.COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

Visando o aumento do conhecimento sobre a temática, procurando informação credível, foi realizada uma revisão narrativa da literatura. A mesma permitiu aprofundar de conhecimentos necessários para a prestação de cuidados de Enfermagem diferenciados e especializados.

A revisão narrativa da literatura suportou o enquadramento conceptual do projeto de estágio<sup>1</sup> e do presente relatório de estágio.

## 1.1. Enquadramento Conceptual do Tema

A amputação é definida como a perda, cirúrgica ou traumática, de um segmento do corpo, sendo aplicada aquando de uma lesão que tenha afetado de uma forma irremediável o ser humano, originando limitação funcional (Matos et al., 2018).

A amputação do membro inferior tem na sua origem várias etiologias, nomeadamente, traumatismo, neoplasia, infeção, patologia vascular periférica ou diabetes *mellitus* tipo I e II, sendo esta última responsável por cerca de metade das amputações não traumáticas (Machado Vaz et al., 2012). Verifica-se consenso na literatura existente sobre as causas que poderão originar a necessidade de amputação, sendo que a indicação mais frequente é a isquemia de membro inferior, tendo como base a patologia diabetes *mellitus* (80,6%), patologia isquémica coronariana (66,2%) e hipertensão (68,2%) (Benavent et al., 2020). Um estudo de coorte retrospectivo, realizado recentemente, está em consonância com o acima exposto: identifica que lesões nos pés relacionadas com a diabetes *mellitus* são uma das principais causas de amputações não traumáticas de membros.

Relativamente à classificação da amputação do(s) membro(s) inferior(es), é considerada uma amputação *minor* a que inclui a desarticulação de dedos, como no caso da amputação transmetatarsica ou transtársica. No caso de a amputação realizar-se ao nível da tibiotársica, terço médio da perna, desarticulação do joelho, supracondiliana, transfemoral, desarticulação da coxa ou hemipelvectomia, esta é definida como amputação *major*. As amputações do membro inferior podem ser efetuadas pela região supramaleolar ou pela região transtibial. A desarticulação da anca é rara e está associada à presença de neoplasias, embora também possa ser decorrente de um processo progressivo de isquemia do membro (Teixeira et al., 2002).

São apontados como fatores de risco modificáveis para a amputação: a diabetes *mellitus*, amputações *minors*, a necessidade de hemodiálise e ângulo de dorsiflexão do

---

<sup>1</sup> Neste capítulo há anexos que advêm do projeto de estágio, realizado pela estudante, no ano letivo 2020/2021

tornozelo, concluindo que indivíduos nestas circunstâncias, consideradas de risco, beneficiam de um plano de reabilitação, sendo que, quando usufruem de reabilitação, diminuem de forma significativa o risco de necessidade de amputação (Imaoka et al., 2021).

No que se refere à prevalência de amputação do(s) membro(s) inferior(es), nos Estados Unidos verificaram-se 1,6 milhão de pessoas em 2005 submetidas a este procedimento, estimando-se um aumento de 3 milhões antecipados em 2050 (Ziegler-Graham et al., 2008). Os últimos estudos mostram que no mundo existem mais de 202 milhões de pessoas amputadas decorrente de doença vascular periférica, envolvendo a amputação do membro inferior (sendo entre 30.000 e 50.000 pessoas por ano nos EUA). No Reino Unido, no ano de 2014, foi estimada uma média de 8,2 / 100.000 amputações. Em relação a Espanha, os valores estimados são de 7,6 / 100.000, colocando Espanha como o segundo país do mundo com o maior número de amputações, depois dos EUA (Benavent et al., 2020).

Relativamente a Portugal, no período de 2000 a 2015 o número total de amputações foi de 84187, verificando-se em média 5000 amputações anuais. Fazendo a diferenciação por distritos, Lisboa foi destacada, sendo o distrito com maior prevalência de amputações (Matos et al., 2018).

### **1.1.1. A associação entre pandemia provocada pelo SARS-CoV-2 com o aumento da incidência de cirurgias de amputação do(s) membro(s) inferior(es).**

No que diz respeito ao aumento da incidência de amputações do MI, um estudo coorte retrospectivo, realizado em França, que incluiu os dados hospitalares de todas as pessoas hospitalizadas em França por diabetes *mellitus*, de janeiro a outubro de 2020, em que foi feita uma comparação dos resultados com o ano anterior (sem pandemia), reconheceu fatores que influenciaram negativamente o estado dos indivíduos em estudo. Em primeiro lugar, identificaram que durante o confinamento as pessoas evitavam deslocar-se para avaliação médica, com receio de contrair o vírus. Posteriormente, verificaram que os profissionais de saúde responsáveis pela área da diabetes *mellitus* tinham sido mobilizados para áreas de elevada incidência de covid-19, resultando numa diminuição de disponibilidade para as pessoas com diabetes *mellitus* e, conseqüentemente, para tratamento de feridas diabéticas, levando a um agravamento do estado de saúde destas pessoas (Mariet et al., 2021). No que concerne à doença vascular periférica, este mesmo estudo identificou uma associação entre a trombose arterial de extremidade inferior e a infeção por SARS-CoV-2, afirmando a existência de uma evidência crescente de que a coagulopatia ou vasculopatia, em doentes com covid-19, é a principal razão para o aumento das amputações dos membros inferiores. Embora o aumento das amputações em pessoas com covid-19, neste estudo, não tenha sido diretamente relacionado a pessoas com diabetes *mellitus*, o mesmo afirma que estas pessoas

também foram fortemente afetadas por essa complicação da infeção pelo SARS-CoV-2 (Mariet et al., 2021).

Neste seguimento, na Finlândia, uma análise estatística publicada no *British Journal of Surgery*, reconhece que o número de amputações descritas como menores dos membros inferiores diminuiu, verificando o aumento das amputações major, correlacionam esse facto com a indisponibilidade dos profissionais de saúde para o tratamento de feridas e a dificuldade de admissão das pessoas ao hospital por restrições de bloqueio e recomendações de distanciamento social (Vuorlaakso et al., 2021).

Ainda, um estudo realizado na Índia, corrobora o estudo anterior acima exposto, relatando a observação de um atraso na procura de cuidados de saúde durante o período pandémico, em comparação com o período pré-pandémico. Reconhecem um notável aumento do número de amputações major, revelando o efeito indireto da pandemia sobre as pessoas com diabetes *mellitus*, provocando aumento da incidência da cirurgia de amputação do(s) membro(s) inferior(es) (Viswanathan & Nachimuthu, 2021).

No que diz respeito a Portugal, na fase de elaboração do projeto, não foram encontrados estudos que afirmassem a associação entre pandemia provocada pelo SARS-CoV-2 e o aumento da incidência de cirurgias de amputação do(s) membro(s) inferior(es). Contudo, para a elaboração do presente relatório, foi realizada nova pesquisa, tendo sido confirmado que durante a fase inicial da pandemia de COVID-19, as restrições nas áreas de saúde levaram a que muitos serviços essenciais de saúde fossem adiados ou totalmente abandonados. Verificou-se uma queda nas consultas presenciais de atenção primária, de 66% em Portugal, nomeadamente, a consulta de diabetes *mellitus*, onde estava incluído o controlo de pés diabéticos (OECD, 2021).

Portugal é apontado como o país mais afetado, logo a seguir à Hungria, devido às necessidades de cuidados médicos não atendidos durante os primeiros 12 meses da pandemia, 2020 a 2021. Ainda de acordo com a OCDE (2021), o número de amputações em Portugal aumentou, representando um dos piores resultados a nível europeu (OCDE, 2021).

### **1.1.2. A importância da readaptação funcional à pessoa submetida a cirurgias de amputação do(s) membro(s) inferior(es).**

Após revisão narrativa da literatura, foram identificados problemas de diversas origens relacionados com a amputação do membro inferior, considerando-se esta uma das consequências mais devastadoras da doença arterial periférica. Os dados de morbilidade e mortalidade relacionados a este procedimento mostram resultados negativos. Além da perda de qualidade de vida em muitos domínios, a amputação do(s) membro(s) inferior(es) tem um impacto significativo e complexo nos gastos com saúde (Kolossváry et al., 2015).

Ao nível de complicações para a saúde, a literatura reporta uma proporção de complicações relacionadas à pessoa submetida a cirurgia de amputação de um membro. Esta cirurgia resulta em diversos desafios. Um estudo exploratório de abordagem qualitativa destaca as alterações a nível físico e psicológico, considerando que as pessoas submetidas a este procedimento sofrem várias transformações, como a perda da função física. Salienta preocupações com a imagem corporal que impõem a necessidade de aprender a ajustar-se às mudanças, às suas capacidades físicas e a aparência alterada, e ainda, destaca as preocupações a nível económico, sendo que após a amputação existe um período de dependência do cônjuge, filhos, outros familiares, pessoa significativa e de terceiros (Amoah et al., 2018).

Face ao número elevado de pessoas submetidas a amputação, torna-se imperativa a intervenção do EEER, sendo que o mesmo possui um papel fundamental, fazendo a diferença na adaptação destas pessoas à sua nova condição de saúde, intervindo no desenvolvimento do máximo potencial, da autonomia funcional, através dos ensinamentos, instrução e treino das suas atividades de vida diária (AVD). Os objetivos do EEER passam por prevenir complicações, promover o aumento muscular e da amplitude dos movimentos articulares, e promover a autonomia nos diferentes domínios do autocuidado (Lourenço et al., 2021).

Neste sentido, o EEER detém competências específicas, podendo através de uma avaliação funcional precoce e atividades de promoção do autocuidado, readaptação e reeducação funcional da pessoa submetida a amputação, diminuir assim o impacto da incapacidade. O EEER prescreve, implementa, monitoriza e avalia as intervenções que promovam ações preventivas, que assegurem a capacidade funcional, previnem complicações, que minimizem o impacto das incapacidades instaladas e promovam o treino das atividades de vida diária (AVD) (Regulamento n.º 350/2015, 2018)

Aludindo o uso da prótese, de salientar que esta é considerada como um grande auxiliar para pessoas que sofreram amputações. Isto porque o seu uso favorece uma adaptação a um novo modo de vida, possibilita que a pessoa realize as suas atividades diárias e mantenha a sua independência, simultaneamente contribuiu para o aumento da autoestima. Os fatos mencionados são considerados de extrema importância para a pessoa que sofreu o processo de amputação de um membro ou de parte dele (Luza et al., 2020).

No âmbito da adaptação ao uso de próteses, Jefferies et al., (2019) esta fase de adaptação revela-se desafiante para as pessoas submetidas a amputação. Contudo, a compreensão e o conhecimento dos profissionais de saúde sobre os desafios enfrentados pelos usuários de próteses revelam-se como fatores facilitadores para a superação das dificuldades (Jefferies et al., 2019). Esta compreensão e conhecimento irá ajudar os EEER a apoiar as pessoas/família, facilitando o processo de adaptação. Neste sentido, importa a

intervenção na realização de treinos específicos de AVD, nomeadamente utilizando produtos de apoio, assim como os treinos inerentes à atividade e exercício físico. Também é de realçar o ensino e supervisão da utilização de próteses, tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa (Regulamento n.º 392/2019. Ordem dos Enfermeiros, 2019). De salientar que o EEER possui conhecimento e mobiliza, selecionando e prescrevendo produtos de apoio, identificando os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos processos terapêuticos complexos, facilitadores para a transição saúde/doença e ou incapacidade, como é exigido no Regulamento de Competências Específicas do EE (Regulamento n.º 392/2019. Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Sobre a alteração da imagem corporal, Armstrong (2015) considera que as intervenções de reabilitação, as quais irão promover o retorno da pessoa a uma sensação de autonomia, referindo como exemplo a capacitação para a utilização auxiliares de marcha, uso de próteses, exercícios e orientação, são intervenções particularmente eficazes para reequilibrar as perceções negativas e as preocupações com a imagem corporal. Por outras palavras, a readaptação funcional que irá atuar na promoção da autonomia, maximizando o seu potencial e atuando também no ambiente, minimizando e gerindo obstáculos que coloquem ou possam colocar a pessoa numa situação de desvantagem, irá, simultaneamente, promover à pessoa uma sensação de autonomia e independência semelhante à sua situação anterior à cirurgia, fazendo-a sentir-se no seu bem-estar, o mais pleno possível.

Relativamente aos profissionais de saúde envolvidos no processo de readaptação funcional das pessoas submetidas a uma amputação major, a intervenção multidisciplinar resulta em conquistas para as pessoas e família no restabelecimento de alguma autonomia/independência em suas vidas (Graham et al., 2019)

No que diz respeito ao pós-operatório, correspondente ao período em que a pessoa é transferida da sala de cirurgia, para a unidade pós-operatória adequada, terminando no momento da alta da pessoa na instituição cirúrgica ou hospital (Horowitz & Mcculloch, 2019), Pacheco e Fraga (2012), afirmam que a intervenção de reabilitação neste período, potencia aumento da flexibilidade muscular, manutenção da massa muscular e manutenção da capacidade respiratória. Consequentemente, irá estimular uma maior confiança da pessoa perante o seu estado de saúde. Lourenço et al., (2021) corrobora, afirmando que a intervenções do EEER precoce, além de prevenir complicações, como a atrofia muscular e rigidez muscular, também diminui o tempo de internamento das pessoas nas instituições. As pessoas submetidas à intervenção do EEER no pós-operatório, apresentam aumento da função física, maior probabilidade de adquirir uma prótese do membro inferior no primeiro ano após a amputação, e ainda, apresentam maior taxa de sobrevivência no primeiro ano após a amputação (Neves, 2017).

Neste seguimento, EEER com o objetivo de prevenir complicações, evitar e corrigir alterações posturais, ventilatórias e de forma a diminuir o esforço, aumentando o desempenho dos músculos respiratórios, realiza a reeducação funcional respiratória, centrando-se no ensino e treino de posições de descanso, consciencialização dos tempos respiratórios, controlo da respiração e respiração abdomino-diafragmática (Cordeiro & Menoita, 2012).

Na pessoa submetida a amputação major do MI, os posicionamentos revelam-se de extrema importância, pelo que a pessoa deve ser posicionada e/ou instruída a manter o alinhamento corporal, prevenindo deformidades e contraturas no coto (Pastre et al., 2005).

Com o objetivo de prevenir complicações que possam advir da imobilidade, o EEER realiza e incentiva a pessoa a executar mobilizações do membro residual, tendo sempre em conta a dor que apresenta. A mobilização dos membros e fortalecimento muscular deve ser realizada com mobilizações passivas, ativas assistidas, e posteriormente ativas. Devem ser realizados exercícios isométricos e isotônicos em todos os membros, com o objetivo de promover o equilíbrio muscular. Desta forma, é mantida a integridade das estruturas articulares, a amplitude do movimento, conservada a flexibilidade e evitada a formação de aderências e contraturas (Pacheco & Fraga, 2012).

Em relação à ligadura do membro residual, esta deve ser realizada com ligaduras elásticas, sem pregas, enfatizando as voltas angulares, exercendo uma pressão distal, e realizada em forma tipo oito ou em espiral, com o objetivo de diminuir, de modelar o coto, prevenir a estase venosa, proteger o revestimento cutâneo e diminuir a dor (Matsumura et al., 2013; Pastre et al., 2005).

No sentido de promover a adaptação do coto para a posterior utilização de prótese, deve ser realizada a dessensibilização do coto. A dessensibilização do coto é a realização de um estímulo externo, muito importante, realizado com recurso de materiais de superfície áspera, fina e de diferentes temperaturas que irão auxiliar no desenvolvimento da sensibilidade da região amputada. Independente do nível de amputação, estes movimentos ajudam a evitar dores intensas e auxiliam o coto a reconhecer diferentes sensações de frio e calor. Assim, devem ser realizados movimentos lentos e graduais, iniciando com estímulos mais finos, como o algodão, progredindo para estímulos mais ásperos, recorrendo por exemplo a sacos de areia, utilizando diversos estímulos de diferentes texturas (Pastre et al., 2005).

Concernindo à alteração de imagem corporal, as intervenções acima descritas tais como os posicionamentos, as mobilizações, aplicação da ligadura do coto, dessensibilização e o fortalecimento muscular, irão contribuir para o retorno da pessoa a uma sensação de autonomia e independência, consecutivamente contribuirá para a aceitação e diminuição da perceção negativa sobre a sua imagem corporal (Armstrong, 2015).

Abordando a reinserção e exercício da cidadania da pessoa submetida a amputação, uma revisão sistemática da literatura realizada por Rodrigues (2017) conclui que a reabilitação especializada e precoce tem influência direta na reinserção da pessoa que foi submetida a amputação, no seu domicílio. Nesse mesmo estudo, foram identificadas diferenças na reinserção dessas mesmas pessoas com base na precocidade da intervenção instituída, bem como no tipo de reabilitação fornecida. Afere ainda que a aquisição e sucesso do uso de uma prótese do membro inferior, durante o primeiro ano pós-amputação, se encontra relacionado com o tipo de reabilitação recebido no período pós-cirúrgico.

Sintetizando, tratando-se de pessoas com doenças crônicas, o EEER assume o papel e a responsabilidade de prevenir complicações. No âmbito das suas competências, reconhece sinais e sintomas de agravamento da situação da pessoa, previne deformidades, mantendo o alinhamento correto do corpo; planeia e implementa um programa de reabilitação adequado à pessoa, respondendo aos objetivos do próprio; programa intervenções de enfermagem que encorajem a pessoa responsabilizar-se pelas AVD logo que possível; reforça os progressos da pessoa dando feedback positivo; trabalha com a restante equipa multidisciplinar, potenciando um plano consistente e coordenado de reabilitação; envolve as pessoas significativas no plano de reabilitação; reavalia os objetivos periodicamente e reformula outros se necessário; realiza ensinamentos à pessoa e família, informando sobre as limitações da pessoa e as expectativas da reabilitação (Hoeman, 2011; Phipps et al., 2006).

Face ao exposto anteriormente, torna-se explícito a pertinência e a importância da atuação do EEER na readaptação funcional a pessoas submetidas a cirurgia de amputação do membro inferior no pós-operatório. As suas intervenções têm impacto na pessoa nas suas diversas dimensões alteradas, quer a nível da dimensão física, psicológica, social ou laboral, sendo estas consideradas as dimensões mais afetadas (Santos, 2019), segundo a análise de artigos incluídos na revisão narrativa realizada.

De realçar que a reabilitação tem como finalidade a análise prevenção e gestão de obstáculos que dão ou poderão dar origem a uma condição de desvantagem (Hesbeen, 2001). A função de EEER é prevenir, recuperar e habilitar de novo as pessoas vítimas de doença súbita ou crónica que provoque défice cognitivo, motor ou sensorial, ajudando as mesmas a criar uma maneira de viver com sentido, compatível com as capacidades que dispõem (Regulamento n.º 350/2015, 2018).

## **1.2. Quadro Teórico de Referência em Enfermagem**

Como alicerce para o presente projeto, foi selecionada a teoria de Enfermagem *Nursing as Caring* – Um modelo de transformação da prática. Esta é uma teoria de médio alcance, desenvolvida por Anne Boykin e Savina Schoenhofer (Boykin & Schoenhofer, 2013).

*Nursing as Caring*, sustenta-se em princípios como: pessoas cuidam em virtude da sua humanidade; pessoas são inteiras ou completas em cada momento; todas as pessoas são cuidadoras; conhecer-se como pessoa é um processo de viver baseado no cuidado; a personalidade é aprimorada através da participação em relacionamentos estimulantes com o cuidado de outras pessoas; a enfermagem é uma disciplina e uma profissão.

Tem como seu domínio cuidar e nutrir, fornecendo uma perspectiva de cuidar em enfermagem que permite a sua aplicação em todos os contextos de cuidado, podendo ser aplicada de forma isolada ou em combinação com outras teorias. Na perspectiva da Enfermagem como cuidar, todas as intervenções e atividades devem refletir o pressuposto fundamental de que 'as pessoas cuidam em virtude da sua humanidade'. Neste seguimento, o enfermeiro não estuda o empírico da patologia para entender um *déficit* percebido, mas para se tornar competente em extrair o conhecimento específico para conhecer a 'pessoa como um todo no momento' (Boykin & Schoenhofer, 2013).

As autoras apoiam a teoria nos ingredientes necessários para cuidar de Mayeroff, sendo estes: Conhecimento; Honestidade; Confiança; Humildade; Esperança; Coragem e Paciência.

Mencionam como conceitos-chaves da teoria *Nursing as Caring*: a situação de enfermagem; convite direto; relação no cuidado; apelos para cuidar; respostas dos cuidados; a dança das pessoas cuidadoras e dança dos cuidadores vivos.

Para as autoras, o foco da 'enfermagem como disciplina e como profissão' envolve a predisposição de entrar no mundo do Outro, com a intenção de conhecê-lo como pessoa que cuida. É no conhecimento do Outro que os 'apelos à enfermagem' são ouvidos (Boykin & Schoenhofer, 2013).

A 'situação de enfermagem' é reconhecida como o locus onde é aplicado todo o conhecimento detido e onde decorrem todas as práticas de enfermagem, revelando-se como uma experiência única, vivida e compartilhada entre o enfermeiro e a pessoa. Nessa situação, o enfermeiro baseia-se no conhecimento pessoal, empírico e ético para dar vida à arte da enfermagem, criando uma abordagem única para o cuidado, a partir dos sonhos e objetivos de quem é cuidado (Boykin & Schoenhofer, 2013). Este pressuposto é igualmente defendido por Hesbeen, (2001) que defende que o cuidado deve de fazer sentido para a outra pessoa, tendo o EEER a missão de ajudar as pessoas a criarem uma maneira de viver com sentido para elas, e compatível com a sua situação, independentemente da sua condição, sendo esta uma visão igualmente explanada no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 350/2015, 2018). Segundo estas teóricas, no sentido formal da enfermagem profissional a 'situação de enfermagem' ocorre quando a pessoa procura, deseja e aceita o serviço de enfermagem e quando o EEER,

'dando resposta ao apelo', oferece o serviço profissional de enfermagem. Este pressuposto está intrinsecamente relacionado com o conceito de capacitação e *Empowerment*. Neste sentido, o EEER no desenvolvimento da sua prática oferece suporte à pessoa que permita o empoderamento e a sua capacitação. Para o efeito, implementa atividades que maximizem as suas capacidades funcionais e um melhor desempenho a nível motor, cardíaco, respiratório e desenvolvimento pessoal, sendo esta uma competência específica do EEER esplanada no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Referindo à 'dança das pessoas cuidadoras', este conceito refere-se a um momento centrado na pessoa, que proporciona um ritmo alternado e honra a riqueza do contexto, direcionando as estruturas e processos institucionais para assegurar o respeito pelas contribuições de todos os envolvidos na situação de enfermagem. Esta é uma competência do domínio do EE, sendo que o mesmo realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Por seu turno, 'Dança do Cuidadores Vivos' amplia esses valores em situações de enfermagem, recorrendo ao envolvimento de máquinas dotadas de inteligência artificial avançadas como parceiros no cuidado (Boykin & Schoenhofer, 2013).

A Enfermagem como cuidar assinala como alicerces para a prática, o conhecimento do enfermeiro como pessoa que cuida, em dimensões mais aprofundadas e ampliadas. Nesse sentido, torna-se necessária a detenção de autoconhecimento, assim como um compromisso deliberado para desenvolver esse conhecimento.

Atinente à aplicação da teoria na dimensão da gestão e liderança, as autoras referem que o enfermeiro deverá refletir na singularidade da sua disciplina, possibilitando que as contribuições únicas da enfermagem sejam garantidas. Neste ponto de vista, invoca-se a expectativa de que o papel de gestão de cuidados a que o EEER deverá atentar e assumir, nos seus serviços no âmbito da gestão, deverá ser sustentada num paradigma de valores articulados com a teoria '*Nursing as Caring*'. Esta teoria, refere a importância e a necessidade de as instituições envolverem-se, criando assim condições que influenciam os cuidados positivamente e a implementação de uma cultura de cuidados com base no metaparadigma de enfermagem. Menciona ainda que as organizações/instituições devem envolver-se e comprometer-se, atuando para que os enfermeiros e equipas multidisciplinares consigam passar de momentos de centramento na pessoa para uma prestação contínua de cuidados verdadeiramente centrados na pessoa e que todas as pessoas tenham uma boa experiência de cuidados (Boykin & Schoenhofer, 2013; McCormack & McCance, 2019).

Neste contexto, os EEER no exercício de função de gestão de cuidados, devem ser capazes de articular as contribuições únicas da enfermagem a outros membros da equipa interdisciplinar de saúde, devendo assim na sua intervenção gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta dos pares e a articulação na equipa de saúde, sendo esta uma competência comum do enfermeiro especialista, nomeadamente no que diz respeito às competências do domínio da gestão dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019)

Face ao exposto, a seleção da presente teoria prende-se ao facto de a mesma revelar-se como uma estrutura orientadora no exercício profissional na prática de cuidados centrados na pessoa, na educação e na liderança.

## **2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Neste capítulo, será exposta a perspectiva e análise das atividades realizadas nos contextos de prática clínica. As atividades que serão descritas, enquanto estudante de Enfermagem de Reabilitação, foram um dos veículos necessários para o processo de desenvolvimento pessoal e profissional que está implícito ao desenvolvimento de competências. O desenvolvimento de competências será estruturado e analisado de acordo com os objetivos específicos.

Na elaboração do projeto, foram definidos objetivos gerais e objetivos específicos, sendo que os mesmos objetivam a aquisição e desenvolvimento das competências definidas nos regulamentos de competências comuns do EE e específicas do EEER, e foram definidos com base nos documentos supracitados, dando resposta aos objetivos gerais, sendo estes: desenvolver competências comuns do EE e específicas do EEER, na promoção da readaptação funcional da pessoa/família submetidas a amputação do membro inferior; desenvolver competências comuns do EE e específicas do EEER, na pessoa com alterações sensoriomotoras, cardíacas, neurológicas, respiratórias, cognitivas, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Prestar cuidados de enfermagem especializada, de acordo com os princípios éticos, centrados na pessoa e sua família.
- Ampliar conhecimentos teóricos e técnicos na área da prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a amputação do membro inferior e sua família.
- Analisar a atuação do EEER no contexto dos locais de estágio, compreendendo a sua articulação com a equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e comunidade.
- Analisar as necessidades de intervenção especializada no domínio da Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a amputação do membro inferior e sua família.
- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados à pessoa e família.
- Capacitar a pessoa submetida a amputação do membro inferior e família, em processo de recuperação, na promoção da funcionalidade.
- Implementar intervenções de enfermagem especializada em reabilitação à pessoa e família que visem a maximização da funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Os locais de estágio foram selecionados tendo em consideração a possibilidade do desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER, permitindo a mobilização e a aplicação dos conhecimentos desenvolvidos nas UC's e aumentando a obtenção de conhecimentos técnico-científicos.

De forma a abranger os dois contextos da prática clínica, o estágio foi realizado em contexto hospitalar e em contexto comunitário.

Em contexto hospitalar, o estágio decorreu no serviço de cirurgia geral, de um centro hospitalar da região de Lisboa. Este tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde, adotando para tal as melhores práticas clínicas, promovendo uma eficaz utilização dos recursos disponíveis, abrangendo, ainda, as áreas de investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados. Apesar de no serviço não existir uma equipa de ER, a enfermeira orientadora, prestava cuidados de enfermagem de reabilitação e articulava os mesmos com a equipa de saúde, nomeadamente, os enfermeiros, a fisioterapeuta, nutricionista, psicóloga e assistente social.

Em contexto comunitário, o estágio realizou-se num Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). A UCC tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, colimando a obtenção de ganhos em saúde. Integram vários projetos como “Capacitar para cuidar”, “Parentalidade de risco” “Envelhecimento ativo” e por último de evidenciar o projeto “Reabilitar+”, onde era inserida a pessoa com necessidades de reabilitação. Neste projeto, da responsabilidade de uma equipa de EEER, são identificados e priorizados problemas da população, relacionados com a reabilitação de pessoas com doenças cerebrovasculares, fraturas ósseas, doença respiratória e outras dependências físicas por parte da UCC, nos projetos de ECCI e Reabilitação nas ECCI. O projeto “Reabilitar +” visa a promoção de uma maior autonomia e adaptação eficaz à vida. Desenvolve ações dirigidas ou integradas no projeto das ECCI, com população alvo que preencha os critérios de admissão ao projeto de intervenção.

Devido a contingências relacionadas com a pandemia provocada pelo SARS-CoV-2, não foi possível a realização de estágio nos locais inicialmente definidos. A reestruturação dos locais de estágio implicou alterações também ao nível do período temporal. De modo a maximizar a aprendizagem, o estágio em contexto hospitalar foi iniciado mais cedo, devido à oportunidade de, no momento, aprender a cuidar de uma pessoa e família em situação de amputação major.

Desta forma, mantendo os mesmos critérios de seleção dos locais de estágio acima já referidos, o estágio decorreu primeiramente em contexto hospitalar, entre o dia 27 de setembro de 2021 a 10 de dezembro de 2021. Posteriormente, entre 13 de dezembro de 2021 a 28 de janeiro de 2022, decorreu o estágio em contexto comunitário.

As atividades definidas para responder aos objetivos específicos foram elaboradas na fase inicial da formação académica, pelo que, ao longo do percurso, houve necessidade de reformulação, reavaliação e adaptação ao contexto clínico.

De seguida, será feita a descrição e análise das atividades desenvolvidas em função dos objetivos e desenvolvimento das competências do EE e EEER.

## **2.1. Prestar cuidados de enfermagem especializada de acordo com os princípios éticos, centrados na pessoa e sua família.**

As atividades planeadas para este objetivo foram implementadas ao longo de todo o ensino clínico, nos dois contextos de estágio, ciente de que as atividades propostas para este objetivo devem de estar presente como base de todas as outras as atividades realizadas.

Em retrospectiva, identifico que todas as atividades propostas para este objetivo específico foram realizadas, sendo estas consideradas essenciais, transversais, devendo estar presentes como base de qualquer intervenção de enfermagem. No entanto, com o intuito de assegurar todas as atividades para este objetivo, foi considerado pertinente/facilitador a adequada integração na equipa multidisciplinar e o conhecimento das dinâmicas e organização de ambas as instituições envolvidas. Para o efeito, como estratégias, foram utilizados como recursos as enfermeiras orientadoras e enfermeiras chefes e coordenadoras, que estiveram disponíveis para responder a questões e esclarecimentos sobre as dinâmicas e organização da instituição. De forma a complementar a informação recolhida, foi ainda realizada pesquisa sobre as instituições, consulta dos manuais, normas e regulamentos vigentes nos serviços que sustentam a qualidade da prática de cuidados.

No que concerne à adaptação na equipa, em ambos os contextos, o processo de integração na equipa multidisciplinar foi manifestamente satisfatório. Em ambos os locais, a estudante sentiu-se acolhida (Atkins, 2006). O ambiente humano e físico sentido em ambos os locais de estágio, assim como o apoio e a confiança sentida entre os pares e a sensação de ser bem-vinda na instituição foram fatores que contribuíram e estimularam o processo de aprendizagem. A existência, em ambos os contextos, de características promotoras de aprendizagem, tais como o ambiente, as condições de trabalho, as relações positivas entre os pares e a cultura organizacional foram de extrema importância (Atkins, 2006). Esses fatores permitiram a demonstração e partilha de conhecimento por parte da estudante, assim como tempo para discussão de ideias, sem receio de julgamentos pelos pares.

Porém, foi identificada dificuldade acrescida, no processo de adaptação na UCC. Relacionou-se esta dificuldade ao facto de a experiência profissional, ao longo do exercício profissional, recair em contexto hospitalar, não havendo contato anterior com o contexto comunitário. Essa situação colocou a estudante num estado equiparado ao estado de iniciada, segundo Benner, (2001)<sup>2</sup>. Essa situação induziu inicialmente a um comportamento limitado e

---

<sup>2</sup> Benner (2001) diferencia cinco estados de competência do enfermeiro: iniciado; iniciado avançado; competente; proficiente e perito.

rígido (Benner, 2001) com alguma dificuldade em integrar o conhecimento teórico e clínico adquirido na situação real em contexto domiciliário (Tanner, 2006).

Assumir o papel de estudante gerou sentimentos de insegurança e inquietação, devido à confrontação com o novo contexto e o desconhecido. Todos estes sentimentos ocasionaram uma reflexão e um questionamento sobre o cuidar em ER. Estes sentimentos foram-se diluindo ao longo do estágio, tendo sido totalmente superados e substituídos por sentimentos de entusiasmo e superação. Para ultrapassar as dificuldades mencionadas, foram essenciais a orientação proporcionada e o questionamento da estudante. Essas questões incidiam sobre o funcionamento da UCC e as tipologia/necessidades mais frequentes dos utentes. Desta forma, muniu-se de toda a informação possível, permitindo uma preparação prévia. Com esta estratégia, diminuiria o tempo necessário para integração, aumentando o tempo/disponibilidade para a prestação de cuidados de reabilitação. A experiência relatada constituiu-se como promotora da aprendizagem enquanto futura EER, na medida em que reforçou a importância da adoção de uma atitude proactiva e obtenção de conhecimento válido para superar adversidades que possam surgir.

No âmbito da implementação das atividades planeadas, foram identificadas as necessidades das pessoas/família alvo dos cuidados, promovendo o adequado estabelecimento da relação de cuidados. Para o efeito, a aplicação da teoria *Nursing as Caring*, serviu como um recurso facilitador na implementação das atividades definidas, sendo que esta teórica defende que a 'enfermagem como profissão' envolve a predisposição de entrar no mundo do Outro, com a intenção de conhecê-lo como pessoa que cuida, e que o enfermeiro deve extrair o conhecimento específico para conhecer a 'pessoa como um todo no momento'. Neste seguimento, garantindo a correta análise da informação, a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica e a implementação de medidas de prevenção e identificação de práticas de risco, foi realizada consulta documental dos processos clínicos e dos registos de cuidados dos contextos clínicos. Na posse de toda a informação disponível, tornou-se possível o estabelecimento de uma relação de cuidados assente no conhecimento pessoal, empírico e ético, conduzindo à prestação de cuidados individualizados com base nos objetivos/expectativas das pessoas (Boykin & Schoenhofer, 2013).

A título de exemplo, é descrita uma situação sobre uma senhora que havia sofrido fratura da diáfise do fémur. A senhora em questão apresentava condições a nível cognitivo e motor para iniciar o ensino e treino de marcha com canadianas. No entanto, por receio de sofrer nova queda, recusava o uso de canadianas e insistia em manter o uso do andarilho. De acordo com a teoria *Nursing as Caring*, sendo estes o conhecimento, honestidade, confiança, humildade, esperança, coragem e paciência, a senhora foi informada com honestidade sobre o seu potencial de recuperação. Simultaneamente, foi salientado que o processo de reabilitação iria decorrer ao ritmo da mesma, compreendendo e respeitando suas

necessidades e receios. Nesse sentido, desenvolver o autoconhecimento também foi importante. A identificação que a crença (baseada em fatos) do que era o melhor para a senhora não deveria ser imposto, pois colocaria em risco o estabelecimento de uma adequada relação terapêutica, foi determinante para o processo de reabilitação. Este, depende de uma boa comunicação, identificando-se o autoconhecimento como um dos pré-requisitos necessários para a prestação de cuidado centrado na pessoa, segundo o modelo do cuidado centrado na pessoa de McCormack e McCance (2006), além do respeito pelas pessoas, direito individual à autodeterminação e compreensão.

No decorrer do processo de reabilitação, a verificação por parte da senhora de que seus medos, suas necessidades e vontades estavam a ser respeitadas contribuiu para o estabelecimento de uma relação de confiança. O estabelecimento de uma relação terapêutica, permitiu que a intervenção de ER alcançasse resultados positivos, levando a que durante o processo, a própria manifestasse vontade em iniciar a marcha com canadianas.

O alcance deste objetivo permitiu o desenvolvimento de competências no âmbito do domínio da competência comum do EE, relativamente ao Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal, que assume que o EE no exercício profissional deverá assegurar a tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas, promovendo a proteção dos direitos humanos, avaliando o processo e os resultados da tomada de decisão, gerindo e liderando na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

## **2.2. Ampliar conhecimentos teóricos e técnicos na área da prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a amputação do membro inferior e sua família. / Analisar as necessidades de intervenção especializada no domínio da Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a amputação do membro inferior e sua família**

As atividades planeadas para este objetivo foram trabalhadas ao longo de todo o EC. No entanto, foi usufruído de maior oportunidade de aprendizagem no estágio em contexto hospitalar – serviço de cirurgia – onde foram prestados cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa e família, submetida a amputação do membro inferior.

Neste sentido, para a adequada prestação de cuidados, foi realizada ao longo do EC, a consulta de processos clínicos, exames auxiliares de diagnóstico, prescrições terapêuticas, assim como a pesquisa do melhor conhecimento. Durante todo o EC, foi realizada observação intencional das intervenções do EEER, confrontando posteriormente as mesmas, com a mais recente literatura disponível nas áreas de intervenção.

Para o desenvolvimento de conhecimento, sobre patologias relacionadas com amputação do MI, foi realizada pesquisa onde se verificou a diabetes *mellitus* como a grande responsável pela amputação do MI (Benavent et al., 2020).

Durante o processo de aprendizagem, pretendeu-se o desenvolvimento do julgamento clínico, recorrendo à reflexão como um meio para a contribuição da garantia da qualidade dos cuidados. Nesse sentido, foi focalizada a observação de forma adequada, procedendo à monitorização regular de uma ampla variedade de dados objetivos e subjetivos, recorrendo à análise, interpretação e reflexão sobre esses dados (Lasater, 2011; Tanner, 2006). Todo este processo alterou a forma de julgamento clínico, no sentido em que foi desenvolvida uma capacidade de julgamento flexível, considerando no mesmo a experiência da doença vivenciada para a pessoa e a família, seus recursos sociais e emocionais.

Relativamente ao início do estágio em contexto hospitalar, houve a oportunidade de acompanhamento no pós-operatório da pessoa/família que havia sido submetida a amputação do MI. Esse acompanhamento foi importante, na medida em que a intervenção de reabilitação precoce à pessoa amputada é considerada de extrema importância, no sentido em que potencia o aumento da flexibilidade muscular, manutenção da massa muscular e manutenção da capacidade respiratória (Pacheco & Fraga, 2012). Consequentemente, estimula uma maior confiança da pessoa perante o seu estado de saúde (Armstrong, 2015; Lourenço et al., 2021)

Com o objetivo de prevenir complicações, evitar e corrigir alterações posturais, ventilatórias, e de forma a diminuir o esforço, aumentando o desempenho dos músculos respiratórios, foi realizada a reeducação funcional respiratória, centrando-se no ensino e treino de posições de descanso, consciencialização dos tempos respiratórios, controlo da respiração e respiração abdomino-diafragmática (Cordeiro & Menoita, 2012).

A pessoa significativa desta família era a sua esposa, e durante o processo de reabilitação foi incluída, tendo sido igualmente alvo de cuidado. Nesse sentido, foram identificadas as suas necessidades, delineadas intervenções visando a sua capacitação, através da demonstração, instrução, ensinamentos e treino (McCormack & McCance, 2006; 2019). No sentido de prevenir complicações que advêm da imobilidade, foi incentivada a pessoa e a esposa a executarem mobilizações do membro residual, como mobilizações passivas, ativas assistidas, e posteriormente ativas, tendo sempre em conta a dor que apresentava. Efetuadas estas, foram ainda, realizados exercícios isométricos e isotónicos em todos os membros, com o objetivo de promover o equilíbrio muscular. Desta forma, foi mantida a integridade das estruturas articulares, a amplitude do movimento, conservada a flexibilidade e evitada a formação de aderências e contraturas (Pacheco & Fraga, 2012).

As intervenções referidas, foram adaptadas e individualizadas para a pessoa família, garantindo a prestação de cuidados centrados na pessoa (McCormack & McCance, 2019)

Prestar cuidados de ER a esta família foi importante para o processo de aprendizagem, no sentido em que promoveu a integração da teoria na prática clínica, levando à identificação de barreiras e facilitares à implementação dos cuidados centrados na pessoa. Também permitiu identificar fatores facilitadores, como a disponibilidade organizacional, o interesse, compromisso e a atitude positiva da estudante, que durante todo o processo de cuidados, manteve escuta ativa e considerou a pessoa/família como parceiros de cuidados (Moore et al., 2017). Como barreira foi identificado o ritmo acelerado da estudante, tendo esse ritmo sido adaptado em contexto laboral, de forma a fazer face às dotações de enfermagem em contexto de trabalho. Identificar essa barreira, permitiu a alteração do ritmo, priorizando os cuidados centrados na pessoa.(Moore et al., 2017).

No decorrer do estágio, foram implementados planos de cuidados e realizadas intervenções a pessoas submetidas a amputação *major* e *minor*. Neste seguimento, foram realizadas mobilizações passivas, mobilizações ativas e ativa assistidas. Foi realizada reeducação funcional respiratória, exercícios de fortalecimento muscular, com recurso a dispositivos de apoio (banda elástica, bastão e balões de soro fisiológico), treino de equilíbrio, treino de transferência e treino de marcha com dispositivo de apoio (canadianas e andarilho). Ainda neste seguimento, quando no mesmo quarto se encontravam pessoas com necessidades semelhantes de reabilitação funcional ou respiratória, como estratégias de capacitação, esses momentos foram aproveitados para a realização de sessões de reabilitação em grupo, aumentando desta forma a adesão e motivação dos intervenientes e consequentemente aumentando os resultados do processo terapêutico (Mendes, 2008). Desta forma, foi realizada uma adequada gestão dos cuidados, apropriando e utilizando de forma eficiente os recursos às necessidades de cuidados, otimizando as respostas de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, 2019), contribuindo desta forma para a máxima eficácia na organização dos cuidados de Enfermagem (Regulamento n.º 350/2015, 2018).

Em contexto hospitalar, foi realizado um estágio de observação no ginásio de medicina física de reabilitação, destinado a pessoas submetidas a amputação. Este ginásio contempla a reabilitação na fase pré protetização, pós protetização e fase de manutenção. Durante o estágio de observação (16h) foram identificadas necessidades formativas na área dos cuidados à pessoa e família, submetida a amputação do MI. Estas necessidades emergiram da observação e reconhecimento das dificuldades que as pessoas submetidas a amputações apresentam em relação à adaptação da prótese, identificando-se que a dificuldade observada estava relacionada com a presença contraturas e os flexos, mais especificamente na articulação coxa femoral e tronco.

A observação das dificuldades relacionadas com as contraturas, juntamente com a constatação de que as mesmas advinham da adoção de posicionamentos incorretos no pós-operatório, e a validação da fisioterapeuta, instigaram à realização de uma pesquisa. De

acordo com a literatura disponível, foi confirmado que são observadas alterações a nível músculo esquelético na pessoa amputada, nomeadamente a diminuição da força dos músculos do tronco, a alteração da mobilidade da coluna e pelve e alterações do equilíbrio (Pastre et al., 2005). Sendo que as contraturas são identificadas como uma das complicações mais frequentes na fase pós-operatória na pessoa submetida a amputação de MI (Santos & Lee, 2014).

Conjuntamente à observação, a análise reflexiva partilhada, quer com fisioterapeuta responsável pelo ginásio, quer com a enfermeira orientadora e a professora orientadora, levaram a um diagnóstico de situação e levantamento de hipótese sobre o problema identificado (Lasater, 2011; Tanner, 2006). Considerando que na procura permanente da excelência no exercício profissional o EEER previne complicações para a saúde das pessoas, identificando, os riscos de alteração da funcionalidade e de alterações que determinem limitações da atividade e incapacidades (Regulamento n.º 350/2015, 2018), ergueu-se a questão de como intervir. Intervenção que teria de promover a sensibilização dos pares, pessoas e famílias, para a realização de posicionamentos corretos e a identificação de posicionamentos incorretos no pós-operatório em pessoas submetidas a amputação do MI, pretendendo-se assim evitar as contraturas, flexos e defeitos posturais. O objetivo a atingir seria a promoção de uma rápida recuperação funcional, acelerando a recuperação, contribuindo para o sucesso da fase de protetização e conseqüentemente o retorno às atividades. Neste seguimento, de forma a colmatar o défice de conhecimento identificado, foi considerado pertinente a realização de uma ação de formação em serviço (Certificado em Anexo I).

Previamente à realização da ação de formação, foi validada com os pares e a enfermeira chefe a pertinência do conteúdo programático, certificando assim a relevância e funcionalidade dos novos conteúdos para a equipa de enfermagem. Evidenciou-se igualmente importante a atitude favorável, a motivação e a disposição da equipa de enfermagem para a aprendizagem (Zabala & Arnau, 2010). Como estratégia de formação, considerando que o público-alvo eram os enfermeiros do serviço, foi considerada a adoção de recursos didáticos, numa metodologia expositiva e a avaliação no método interrogativo.

A sessão formativa teve como objetivo a promoção da identificação de posicionamentos a evitar na pessoa submetida a amputação do membro inferior, no pós-operatório e a identificação dos efeitos nefastos provocados pelos posicionamentos incorretos. Este momento formativo foi aproveitado para a sensibilização da importância dos ensinamentos à pessoa/família/cuidador sobre os posicionamentos a evitar, reforçando que dessa forma estão a atuar na prevenção de deformidades e contraturas no coto (Hoeman, 2011). Concomitantemente, estão a contribuir para o retorno da pessoa a uma sensação de

autonomia o que coadjuva positivamente na aceitação e diminuição da percepção negativa sobre a imagem corporal das pessoas submetidas a amputação (Armstrong, 2015).

Ademais, de forma a perpetuar o conteúdo programático, como recurso educativo, foi elaborado um folheto informativo, onde constam os posicionamentos a evitar, e posicionamentos adequados. Desta forma, o serviço de internamento possui informação em suporte de papel para toda a equipa, pessoa e família (Apêndice II).

Todo o processo revelou-se gratificante, na medida que é exetável que contribua de forma significativa para a recuperação das pessoas amputadas. Consequentemente, possibilitou a atuação de acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente, na mobilização de conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade e à gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, 2019). A intervenção descrita, é considerada uma das áreas de investigação prioritária do EE, sendo considerada emergente a investigação na área das intervenções autónomas do EEER na função motora (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Relativamente ao desenvolvimento do conhecimento sobre técnicas que maximizam o desempenho motor do cliente submetido a amputação do MI, para a elaboração e implementação de um plano de cuidados foi imprescindível a realização de um estudo prévio. Nesse sentido, posteriormente à observação da intervenção do Enfermeiro orientador na prestação de cuidados de EEER à pessoa submetida a cirurgia amputação do membro inferior e após consulta de manuais de reabilitação/pesquisa bibliográfica, foi implementado um plano de cuidados elaborado para um senhor/família que havia sido submetido a amputação do MI. Após a colheita de dados, realização do exame físico e funcional, e ainda, a avaliação da história de vida e contexto social, o programa de reabilitação/plano de intervenção teve como base o ensino, instrução e treino de técnicas ao senhor e sua esposa, que era a sua principal cuidadora. As mesmas tinham como objetivo a promoção da maximização da capacidade funcional do senhor e a capacitação da cuidadora, incidindo a nível de intervenção de prevenção secundária (restaurar) e terciária (manter).

A prestação de cuidado de ER a esta pessoa/família contribuiu para a aprendizagem como futura EER, no sentido em que evidenciou a importância de trabalhar com a família a nível sistémico, como cliente, concebendo-a como 'dança das pessoas cuidadoras' (Boykin & Schoenhofer, 2013). Intervir nos diferentes domínios da família e explicitando os diagnósticos de enfermagem centrados no papel de cuidador familiar otimizou o alcance dos resultados. Desta forma, o ER atua como agente facilitador da transição doença/ saúde, em parceria e colaboração com a família (Hoeman, 2011).

Analisando o processo de prestação de cuidados em contexto hospitalar, fazendo uma confrontação com a prestação de cuidados na comunidade, reconhece-se maior dificuldade na identificação do impacto da amputação do MI em todas as dimensões que esta cirurgia afeta em contexto hospitalar. Constata-se que em contexto domiciliário os aspetos sociais, familiares, assim como as identificações de necessidades de ajudas técnicas, estão desta forma mais evidentes, pois o EEER observa a realidade da pessoa/família no seu dia-a-dia, sendo uma via segura para a maximização dos ganhos em função da otimização real do potencial de recuperação (Ribeiro, 2021). Suprimir esta dificuldade identificada, em ambiente hospitalar, exige a realização da avaliação da pessoa/família de forma criteriosa, explorando as suas reais necessidades, tornando-se crucial a intervenção da equipa multidisciplinar (psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista e assistente sociais, entre outros) e a articulação com os recursos na comunidade. Numa análise retrospectiva, a forma a potenciar a articulação entre o contexto hospitalar e comunitário, teria sido um contacto telefónico com a equipa de enfermagem na comunidade, no momento da alta da pessoa/família. Reflexão que alertou a estudante para situações semelhante num sentido de desenvolvimento profissional e de adequação ao papel de futura EEER (Tanner, 2006).

Todas as atividades implementadas e acima descritas contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências no domínio de competências comuns do EE, nomeadamente no domínio da Melhoria Contínua da Qualidade. No que diz respeito à Competência B1. garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas; B1.1. mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; B2. desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; B3. Garante um ambiente terapêutico e seguro. Promoveu ainda o desenvolvimento no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, no que respeita ao ponto D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; J1.2. 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.

### **2.3. Analisar a atuação do EEER no contexto dos locais de estágio, compreendendo a sua articulação com a equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e comunidade.**

Ao longo do percurso académico, foram realizadas várias análises e reflexões sobre a ação (Tanner, 2006). Grande parte de forma informal, por vezes durante o percurso estágio/casa ou casa/estágio, mas a maioria em contexto de cuidados. Também a reflexão na

ação esteve sempre presente e norteou a adequação e flexibilidade dos cuidados a prestar. (Tanner, 2006). Considero que esses momentos de reflexão foram essenciais para o desenvolvimento de competências, tendo sido alvo de partilha e discussão com os enfermeiros orientadores. Esses momentos foram importantes na medida em que a reflexão é um processo cognitivo sistemático que permite compreensão da sua experiência por meio do exame interno e possibilita o aperfeiçoamento do comportamento ou prática (Tashiro et al., 2013).

Considerando que a reflexão corresponde à 4ª etapa do processo de tomada de decisão em enfermagem (Tanner, 2006), a reflexão na ação e sobre a ação contribuíram, assim, para o desenvolvimento contínuo do conhecimento clínico e da capacidade de julgamento clínico em situações futuras (Tanner, 2006).

Durante o EC em contexto comunitário foi realizada uma análise sobre uma situação de cuidados, que resultou na identificação de fatores que podem interferir de forma negativa na prestação de cuidados. Esta análise incidiu sobre a identificação de ideias preconcebidas, que podem pôr em causa a correta avaliação da pessoa, família e o ambiente que a rodeia. A situação de cuidados, reforçou a importância da validação da comunicação, adotando a validação como estratégia, tendo alertado para a necessidade, constante, de identificação de barreiras à prestação de cuidados (Moore et al., 2017).

A análise realizada, destacou ainda, a importância da intervenção do EEER, na prevenção de quedas. Após análise da situação de cuidados à pessoa e família, foi proposta a realização de um procedimento sectorial, que será descrito e detalhado mais à frente no presente relatório.

Relativamente à participação da equipa multidisciplinar na reabilitação da pessoa alvo de cuidados, em contexto hospitalar, verificou-se a presença de uma assistente social, que após solicitação do EEER, fazia a articulação com os recursos na comunidade. Esta incidia, essencialmente, no apoio de ajudas técnicas e informação sobre a legislação a pessoas com incapacidade ou doença crónica. A equipa médica, quer ao nível de especialidade de fisioterapia, quer de cirurgia, articulavam-se com a equipa de EEER de modo a maximizar os cuidados prestados.

Em contexto comunitário, havia um reconhecimento dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, sendo frequente a solicitação dos seus cuidados pelos enfermeiros generalistas. Todos os casos eram discutidos/avaliados juntamente com a fisioterapeuta. Ainda em contexto comunitário, de forma a potenciar os resultados da atuação da equipa multidisciplinar, é realizada mensalmente uma reunião com todos os intervenientes da equipa de saúde. A identificação e a participação nas reuniões da equipa multidisciplinar, causou

impacto na aprendizagem, tendo reforçado a importância da intervenção de todos os elementos da equipa.

O papel do EEER nos dois contextos de estágio, possibilitou à estudante, apreender o sentido de equipa de saúde e a importância de cada membro. Só a intervenção de todos os elementos da equipa promove uma visão absoluta da pessoa por meio da união de atuação dos diversos profissionais da área da saúde, promovendo a identificação e intervenção nos diferentes níveis de complexidade (Hoeman, 2011).

Hesbeen (2001) distingue a equipa multidisciplinar da equipa interdisciplinar, mencionando que a primeira designa um grupo com especificidades várias. A segunda é baseada nas complementaridades de atores esclarecidos sobre a complexidade do ser humano, e impulsionados pela preocupação com a ação do cuidar de uma pessoa. Apesar de no presente relatório mencionar a equipa como 'multidisciplinar', na realidade, no contexto foi observada a atuação de uma equipa interdisciplinar, cujas as ações se articulam em torno de um processo interdisciplinar, tendo sido verificada a articulação e complementação de cada interveniente da equipa, contribuindo para cuidados dirigidos à pessoa/família.

Ainda neste sentido, a teórica selecionada para a implementação do projeto nomeia como um dos princípios da teoria 'a dança das pessoas cuidadoras'. Este princípio refere-se a um momento centrado na pessoa que proporciona um ritmo alternado e honra a riqueza do contexto, direcionando as estruturas e processos institucionais para assegurar o respeito pelas contribuições de todos os envolvidos na situação de enfermagem (Boykin & Schoenhofer, 2013). Constatou-se que, durante a prestação de cuidados, a integração deste princípio contribuiu para a consecução de uma prestação de cuidados orientada em torno do projeto de cuidar de uma pessoa, abarcando todos os recursos existentes, potenciando a obtenção dos resultados esperados (Hesbeen, 2001). As autoras permitiram que a estudante adquirisse um olhar diferente para as pessoas e para os cuidados prestados, na medida em que o olhar deixou de estar centrado na doença/incapacidade. Permitiu ver a pessoa/família em todas as suas dimensões, facilitando assim a prestação de cuidados holísticos, a adequada gestão de cuidados e otimização da mobilização de recursos.

As atividades implementadas para o objetivo estão intrinsecamente relacionadas com o desenvolvimento de competências comuns do EE, nomeadamente no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. E ainda engloba o desenvolvimento de competências específicas para o EEER, relativamente à competência J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; J2.1. Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à

maximização da autonomia e da qualidade de vida e J2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.

## **2.4. Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados à pessoa e família.**

A implementação de métodos de organização do trabalho adequados, no decorrer das visitas domiciliárias realizadas, em contexto comunitário, foi utilizada para dar resposta ao objetivo. De acordo com Oliveira et al., (2018), a visita domiciliária é considerada uma estratégia fulcral para avaliação do risco de queda, tendo-me perspectivado uma diversidade de observações e de desenvolvimento da avaliação da situação, enquanto futura EEER.

A identificação, pela equipa de Enfermagem de Reabilitação, de várias pessoas em situação de risco de quedas, fez emergir a necessidade de um documento orientador que incidisse na monitorização do risco de queda e prevenção da queda em ambiente domiciliar. Nesse sentido, foi proposto pela equipa de Enfermagem de Reabilitação da UCC a elaboração de um procedimento sectorial. Este procedimento teve como objetivo a implementação de estratégias de intervenção para a prevenção e redução de quedas na pessoa idosa em contexto domiciliar (Regulamento n.º 350/2015, 2018).

Ciente de que as orientações de boas práticas de cuidados de Enfermagem de Reabilitação devem ser baseadas na evidência científica e de que são considerados instrumentos imprescindíveis para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos EEER e dos cuidados prestados (Regulamento n.º 350/2015, 2018), após pesquisa na literatura mais recente, procedeu-se à elaboração do procedimento sectorial (Apêndice III). O mesmo, está planificado por etapas. Primeiramente, são descritos os momentos em que deve ser realizada a avaliação do risco de queda. De seguida, indicando que na presença de risco de queda deve ser realizado um exame objetivo por EEER. Posteriormente, sugeridas a aplicação de escalas para a avaliação de risco de queda como o *Timed Up and Go Test* (TUG), avaliação da pessoa idosa relativamente ao medo de queda, recurso à escala *Falls Efficacy Scale Internacional 7* e a avaliação dos fatores de risco ambientais com recurso à escala *Home Falls and Accidents Screening Tool* (Home FAST)(Sousa et al., 2016; Marques-Vieira et al., 2021). As escalas foram identificadas na pesquisa, previamente realizada, como instrumentos válidos, fiáveis e sensíveis, para obter diagnósticos com precisão, guiando na recolha de informação, planeamento de intervenções e avaliação dos resultados (Sousa et al., 2016).

A elaboração do procedimento sectorial, assim como a implementação das escalas no procedimento, tem como objetivo promover uma avaliação criteriosa da pessoa e do seu ambiente, permitindo simultaneamente o acompanhamento de forma regular da progressão, retrocesso ou estagnação da pessoa. Tem ainda como vantagens: uniformizar os cuidados e

organizar a comunicação entre a equipa de saúde. Pretende-se, assim, alcançar a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, prevenindo a queda e contribuindo, desta forma, para os cuidados de excelência preconizados nos Padrões de Qualidade de Enfermagem de Reabilitação.

Neste seguimento, foi concretizada uma sessão de formação (Anexo II) à equipa de saúde da UCC, tendo como objetivo a apresentação do procedimento sectorial realizado e a justificação da pertinência da implementação das escalas incluídas no procedimento.

Ademais, a execução das atividades promoveu o desenvolvimento de competências ao nível do domínio da melhoria contínua da qualidade; B2. Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; domínio da gestão dos cuidados; C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados; C2.1. Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados; J3. Maximiza a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa; J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório; J3.2. Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.

## **2.5. Implementar intervenções de EER à pessoa e família que visem a maximização da funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa. / Capacitar a pessoa submetida a amputação do membro inferior e família, em processo de recuperação, na promoção da funcionalidade.**

Intercedendo para este objetivo, durante os dois contextos de estágio foi realizada a avaliação da alteração da funcionalidade a nível motor, com recurso a utilização de escalas como a escala de Braden, Morse, Escala de Medida de Independência Funcional (MIF), avaliação da força muscular com recurso à escala Medical Research Council (MRC), avaliação do tônus muscular segundo a escala Modificada de Ashworth, avaliação do equilíbrio segundo a Escala Tinetti e escala de Berg. Em contexto domiciliário acresceram a utilização da escala de Escala de Lawton, para avaliação do desempenho nas atividades instrumentais, e a realização do teste *timed up and go*, para avaliação de risco de queda. As escalas mencionadas faziam parte do protocolo de cuidados, nos respetivos contextos. Para correta avaliação sensorial e cognitiva recorreu-se a criteriosa avaliação dos pares cranianos, realização do Teste Romberg, teste de Rinne, teste de Weber e a aplicação do teste *Mini Mental State Examination*. A utilização destes instrumentos permitiu uma avaliação da pessoa e família, alvos dos cuidados de ER, auxiliando na tomada de decisão da estudante, sobre os cuidados a prestar (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

A título de exemplo, descrevo um caso de um sr. de 76 anos de idade, que havia recentemente sido submetido a amputação do MID. O sr. tinha como antecedentes pessoais um AVC com sequelas de hemiparesia no hemicorpo esquerdo e disfagia a líquidos. Neste caso, para além da aplicação das escalas acima referidas, foi ainda utilizada a escala Gugging Swallowing Screen (GUSS), para avaliação da alimentação. Desta forma, foram identificadas necessidades de intervenção do ER. Foram realizadas intervenções que promoviam a reeducação da função a nível motor e sensorial. Foi ainda identificada a necessidade de intervenção a nível de ensino e capacitação da cuidadora, que era a sua esposa. Os ensinamentos e a capacitação da esposa incidiram na correta mobilização dos membros superiores e inferiores, prevenção de úlceras por pressão, transferências, reeducação da deglutição, nomeadamente a execução de técnicas posturais (flexão cervical, flexão lateral para o lado sã) cuidados transversais a ter em conta na alimentação e ensino sobre consistência adaptada (Ventura, 2018). De forma a potenciar os ensinamentos, foi ainda facultado material educativo sobre as temáticas abordadas.

A intervenção e a prestação de cuidados de ER a esta família permitiram a mobilização dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do percurso académico, em contexto real, possibilitando a verificação e seleção de estratégias que potenciam a capacitação da família. Neste caso, as estratégias delineadas foram a disponibilização de material educativo em suporte de papel. Todos os ensinamentos realizados foram posteriormente validados por contacto telefónico (Ventura et al., 2021).

Verifica-se que a prestação de cuidados de ER a esta família possibilitou a implementação de intervenções, recorrendo à utilização de técnicas específicas, prescrição de produtos de apoio e educação da pessoa/família, capacitando a mesma para o regresso a casa, para a continuidade de cuidados e reintegração da pessoa no seio da comunidade (Regulamento n.º 350/2015, 2018).

No que concerne à avaliação da capacidade funcional da pessoa para realizar as Atividades de Vida Diárias (AVD) de forma independente, identifico que o resultado desta intervenção teve maior evidência a nível do contexto comunitário, relacionado ao fato de avaliação da pessoa ocorrer no seu ambiente real, o que possibilita simultaneamente a identificação de fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD de forma independente (Ribeiro, 2021).

Neste sentido, relato um caso de uma senhora de 83 anos de idade, que havia sofrido fratura da diáfise do fémur, devido a queda da própria altura. A senhora em questão, após duas semanas acamada, apresentava diminuição da força generalizada, mais acentuada no membro fraturado e desequilíbrio dinâmico em pé. Após avaliação da capacidade funcional, juntamente com a senhora foi elaborado um plano de cuidados que respondessem ao

objetivo/expectativa da senhora, sendo este deambular com dispositivo apoio de marcha (andarilho) possibilitando a continuação do processo de reabilitação num centro de reabilitação convencional. Dando resposta ao objetivo, foram selecionadas e prescritas intervenções para otimizar e/ou reeducar a função motora e sensorial. Foi ainda elaborado um plano semanal de exercícios de fortalecimento muscular para a senhora executar de forma autónoma. Procedeu-se à identificação de fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD no seu domicílio, como por exemplo, a identificação da carência de um banco de duche, de barras laterais de segurança no WC e a ausência de alteador de sanita. Seguidamente, após discussão/informação com a senhora e seu marido, foram selecionados e prescritas estratégias a implementar de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida.

Neste caso relatado, foi identificado, segundo a escala de Morse, um risco de queda elevado. Pelo que, ao longo da intervenção, foram identificados fatores ambientais que determinam o risco de queda, como os tapetes soltos, disposição da mobília e iluminação insuficiente, sendo estes apontados como fatores de risco ambiental (Oliveira et al., 2014). Dando resposta à necessidade verificada, foram realizados ensinamentos sobre adaptação do espaço e equipamentos.

Analisando as atividades implementadas, foi evidente o impacto que a atuação do EEER detém na promoção da autonomia e aumento da qualidade de vida nas pessoas no seu próprio domicílio. As intervenções sobre o ambiente da habitação do idoso promovem a segurança, controlam o risco e aumentam a mobilidade e qualidade de vida.

Santos e Baixinho (2019), numa revisão integrativa da literatura, organizam as intervenções em cinco categorias: avaliação do risco ambiental; aconselhamento sobre modificações ambientais; adaptação do espaço e equipamentos; assessoria na aquisição de produtos de apoio que aumentem a segurança do ambiente e, por fim, estratégias cognitivo-comportamentais que aumentam a segurança na utilização do espaço físico da casa.

Identificando a execução da intervenção do EEER nas cinco categorias acima mencionadas, considero que se procedeu à identificação dos problemas reais ou potenciais da senhora e sua família, contribuindo simultaneamente, desta forma, para o aumento do bem-estar e a promoção da realização das atividades de vida diária relativamente às quais a senhora era dependente (Regulamento n.º 350/2015, 2018). Desta forma, a atuação foi ao encontro da finalidade da reabilitação, sendo a mesma a análise, a prevenção, e a gestão de obstáculos que dão ou podem dar origem a uma condição de desvantagem (Hesbeen, 2001).

De salientar, a atuação do EEER sendo a mesma fundamental, englobando a avaliação do risco de queda e a monitorização do risco da sua ocorrência, sendo que a queda poderá originar perda de autonomia, imobilização, depressão e limitações variadas nas

atividades do dia-a-dia. A prevenção é imperativa como condição de melhoria de qualidade de vida da população, assim como na redução de custos que estes incidentes representam para o sistema de saúde (Despacho nº 1400-A/2015, 2015).

Considero, assim, que o desempenho enquanto estudante de ER, durante todo o percurso académico, foi norteado pela busca permanente da excelência no exercício profissional, evidenciado a conceção, implementação, monitorização e avaliação de planos de reabilitação, baseados nas necessidades específicas da pessoa, implementando intervenções que promovam ações preventivas e que previnam complicações (Regulamento n.º 350/2015, 2018)

Ademais, a execução das atividades promoveu o desenvolvimento de competências ao nível do domínio da gestão dos cuidados; C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados; C2.1. Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados; J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa; J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório; J3.2. Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.

A implementação das atividades mencionadas permitiu ainda o desenvolvimento de competências, nomeadamente no domínio da gestão dos cuidados, C1. Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade; J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade; J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas; J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; J2.1. Elabora e implementa programa de treino de AVD, 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.

### **3. AVALIAÇÃO GLOBAL DO TRABALHO DESENVOLVIDO EM ESTÁGIO**

O percurso realizado em estágio iniciou-se com a frequência do Curso de Mestrado e com a realização do projeto de estágio. A elaboração do projeto, assim como definição da problemática a estudar foram essenciais, no sentido em que, na prática, foi validada a importância da intervenção do EEER, verificando-se que o mesmo contribui para ganhos em saúde para a pessoa que é submetida a amputação do MI, promovendo uma rápida recuperação, atuando na capacitação e maximização das capacidades, e simultaneamente, colaborando para a diminuição dos custos com o prolongamento do internamento. O projeto realizado funcionou como uma ferramenta auxiliadora na continuação do estudo da temática nos contextos estágio e na integração do conhecimento teórico na prática de cuidados.

A necessidade de realização de uma revisão narrativa da literatura para a construção do enquadramento teórico dos objetivos e respetivas atividades contribuiu para o desenvolvimento e aprofundamento do conhecimento teórico sobre a temática abordada, revelando-se como fundamental na avaliação, elaboração, e implementação de planos de cuidados à pessoa/família submetida a amputação do MI.

A necessidade de aprofundamento do conhecimento através da consulta de manuais da especialidade e de pesquisa bibliográfica esteve presente em todo o percurso realizado, sendo esta necessidade reconhecida como algo que faz parte de um processo contínuo, inacabado, em desenvolvimento e melhoria.

Para além das atividades previstas incluídas no projeto de aprendizagem, de forma a potencializar o processo de aprendizagem, foi considerado pertinente a participação em três Webinars que incidiam sobre “Projetos, Percursos e Desafios para Enfermagem de Reabilitação” (Anexo III), “Formação, Investigação e Exercício Clínico” (Anexo IV) e a “Redação de Artigos Científicos” (Anexo V).

Destacando os contributos da participação do Webinar sobre “Projetos, Percursos e Desafios para Enfermagem de Reabilitação”, o Cuidar e a Reabilitação, foi um dos momentos marcantes. Segundo o prof. <sup>o</sup> Doutor Joaquim Paulo, que considera o cuidar como um ato de vida, uma condição fulcral para a compreensão do ser humano, sendo este um imperativo moral, e ainda o conceito central de enfermagem, caracterizado pela sua ação e a essência da práxis profissional. A definição do conceito do cuidar reforçou a importância do cuidar em enfermagem, realçando o seu verdadeiro significado, salientando/reforçando ser este o caminho a percorrer para o reconhecimento e promoção da visibilidade da prática de uma Enfermagem Avançada. Relativamente aos “Desafios para a formação em Enfermagem de Reabilitação” abordados pela prof.<sup>a</sup> Doutora Maria de Fátima Marques, estes contribuíram

para a formação no sentido em que evidenciou que, para o reconhecimento do esforço dos enfermeiros e a valorização da enfermagem, não basta possuir educação de nível superior, sendo também necessária a realização de uma prática baseada na evidência, exigindo um alto conhecimento especializado que sustente a capacidade de reflexão e investigação numa área a interligações de várias áreas. As apresentações referidas contribuíram para a sensibilização da necessidade de investimento de uma prática de enfermagem avançada, lembrando que depende de cada um apostar, valorizar, preservar e investir numa prática de enfermagem que tem por base o cuidar humanizado.

Relativamente à participação no Webinar sobre “Formação, Investigação e Exercício Clínico”, especificamente na temática *Narrative as Link to the Practice of Nursing as Caring*, com as suas autoras, Anne Boykin e Savina Schoenhofe, este foi essencial para a otimização da aplicação da teoria na prática clínica. As autoras abordaram ainda a importância da partilha de histórias entre os profissionais de saúde, referindo que esses momentos promovem o conhecimento, desenvolvimento profissional, pessoal, e que com esses momentos crescemos e evoluímos enquanto pessoas e profissionais. Elencam ideias-chaves na teoria de enfermagem, como cuidar; como a intenção de conhecer outra pessoa; convite direto; chamadas para cuidar criadas no momento, a chamada tem que ser entendida pelo enfermeiro, as respostas do cuidado, todas as pessoas vivem e crescem no cuidado. Referem igualmente que na situação de enfermagem devemos reconhecer/identificar a relação e que para isso é necessário autoconhecimento, estabelecer uma relação de confiança, estar presente e reconhecer o que é importante para a pessoa cuidada. Segundo as próprias, a teoria é apoiada nos ingredientes necessários para cuidar de Mayeroff, sendo estes: Conhecimento; Honestidade; Confiança; Humildade; Esperança; Coragem e Paciência. A palestra contribuiu para a compreensão sobre a forma da qual poderemos mobilizar a teoria para a prática, assim como validar a sua aplicação. A participação neste webinar reforçou a necessidade da aplicação da teoria *Nursing as Caring* na prática de enfermagem, sendo que a mesma colabora na perseverança do cuidar em enfermagem, podendo/devendo ser utilizada como um recurso valioso que, simultaneamente, aposta na visibilidade e valorização de uma enfermagem avançada. A presente teoria facultava ferramentas necessárias para o cuidar humanizado (como os ingredientes necessários para cuidar e a necessidade de conhecermos o outro e a nós próprios) sustentando a essência da enfermagem.

No que respeita ao Webinar “Redação de Artigos Científicos” com as autoras Prof.<sup>a</sup> Doutora Ivone Cabral e a Prof.<sup>a</sup> Doutora Cristina Baixinho, foram abordadas formas de estruturação de um artigo de pesquisa primária (original). Foi partilhado que para estruturar um bom artigo de pesquisa primária, a pesquisa original tem de ser eticamente responsável, apresentar uma pergunta de pesquisa atual e relevante, o percurso teórico/metodológico deve ser coerente com os seus objetivos e os resultados devem ser apresentados de forma

consistente e coerente. Foi identificado o que deve sempre constar no artigo, indicando que no resumo deve constar os descritores, os elementos da amostra, o método, o objetivo, o resultado e a conclusão. A introdução deve apresentar a atualidade do tema e interlocução de um problema local com o global, devendo ainda ser destacada a razão da necessidade/problema identificado, mencionando o que o artigo poderá acrescentar ao que já foi publicado anteriormente, ou seja, demonstrar conhecimento novo. Sobre o método de pesquisa, este deve ser rigoroso com compreensibilidade na condução da pesquisa, se for qualitativa. No caso de pesquisa quantitativa, deve ser possível reproduzir. Nos resultados e discussão deve ser evidenciada a relevância de problema, o objetivo, a teoria e a realização de um contraste do que já existe, destacando o novo conhecimento produzido. Abordou-se ainda os limites metodológicos, atendendo à representatividade, aos participantes/amostra, contexto geográfico e os limites éticos, como os temas sensíveis. No que se refere à aplicação do estudo, este deve ter impacto e ser possível de aplicação de novo conhecimento no campo ou área de conhecimento. Outro ponto a destacar é a referência da importância das diretrizes para a composição de um artigo, tendo sido apontado como vantagens: racionalização da composição do manuscrito; orientação e seleção dos conteúdos mais importantes; visibilidade do artigo na base de indexação; sistematização do processo de revisão pelos pares; aperfeiçoamento da qualidade do artigo a ser publicado pela revista.

A participação no webinar proveu ferramentas necessárias para elaboração de artigos científicos, sendo esta uma das áreas de competência do EEER, permitindo assim no futuro a adoção e atuação de acordo com uma enfermagem avançada. Tal como relata Silva (2007), a prática de enfermagem deve gerar conhecimento com recurso à teoria e investigação da mesma disciplina, aferindo que a promoção, investimento e aprofundamento do conhecimento em enfermagem irá contribuir para a aquisição de competências ao nível de enfermeiro perito (Benner, 2001). Nessa perspetiva, também o perito com a sua experiência poderá contribuir para o desenvolvimento da disciplina.

De realçar que a participação nos webinars contribuíram para o alcance do desenvolvimento de conhecimentos e competências essenciais para o percurso de aprendizagem, abrindo caminho a novas perspetivas e outras hipóteses de conhecimento.

Relativamente à integração nos contextos em ensino clínico, em ambos os contextos, a integração ocorreu positivamente, embora como já referido em outro capítulo do presente relatório, a integração em contexto domiciliário requereu mais tempo. Isto devido à inexperiência da estudante na comunidade.

Nos dois campos de estágio foi adotado uma conduta ativa e proativa na prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, inicialmente sob orientação dos enfermeiros orientadores, posteriormente, no final, sob supervisão.

Durante a prática clínica houve participação da estudante nas decisões e nas intervenções desenvolvidas pelas equipas dos contextos, contribuindo com conhecimento especializado, da estudante, para as tomadas de decisão e para a otimização do cuidar (Tanner, 2006).

Os contextos da prática proporcionaram a possibilidade de prestação de cuidados a pessoas de diferentes faixas etárias, oriundas de diferentes contextos, diferentes culturas, com características e necessidades diversas. Este fato exigiu a elaboração e implementação de planos de cuidados diferenciados, individualizados, centrados nas pessoas/família e adaptados às diferentes incapacidades funcionais e necessidades de reabilitação (Boykin & Schoenhofer, 2013; McCormack & McCance, 2006; 2019).

A criação de um ambiente terapêutico em todas as intervenções realizadas, foi comprovada pela observação de sentimentos de satisfação com o cuidado, envolvimento no cuidado e sentimento de bem-estar, sendo estes considerados indicadores do cuidado centrado na pessoa segundo, McCormack e McCance (2006).

De referir que ao longo do caminho dos estágios foi identificada, pelos enfermeiros orientadores e pares, evolução da estudante na mobilização dos conhecimentos para a prática clínica. Foi reconhecida a integração de uma nova identidade de EEER o que contribui para a perceção de autoeficácia, motivação, compromisso e satisfação sendo um fator essencial para o desenvolvimento de um bom profissional (Marcelo, 2009).

Tendo em consideração a diferenciação dos níveis de competência a desenvolver durante o estágio no início, deparada com as novas experiências e a necessidade de integração de novos conhecimentos, foi evidenciado um comportamento rígido, focado em seguir normas e regras, o que corresponde ao estado de iniciado (Benner, 2001). Atendendo ao princípio de que a verdadeira competência só se desenvolve no decorrer da prestação direta dos cuidados de enfermagem (Benner, 2001), todos os momentos experienciados foram sentidos como oportunidades de aprendizagem para o desenvolvimento de competências de EE e EEER. No fim do estágio, a capacidade de a estudante identificar a presença de uma visão global das situações, com o reconhecimento dos aspetos e situações semelhantes, permitiu a mobilização do conhecimento e melhoria do processo de tomada de decisão, atributos importantes nesse processo, correspondendo ao estado de iniciado avançado (Benner, 2001).

Após a análise das atividades desenvolvidas em contexto de estágio, foi verificado o alcance dos objetivos propostos para o percurso em estágio, tendo as atividades realizadas, possibilitado o desenvolvimento das competências previstas no regulamento de competências EE e EEER habilitando ao exercício de EEER.

Destacando os contributos para a concretização de tais objetivos, é nomeada a orientação tutorial ocorrida ao longo de todo o percurso, o acompanhamento dos enfermeiros orientadores, as aulas teóricas, as práticas laboratoriais, as pesquisas bibliográficas, que constituíram o alicerce para reflexões e pensamento crítico e as reuniões da equipa de reabilitação ocorridas na UCC e a troca de experiências com a restante equipa multidisciplinar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto de estágio, previamente realizado, teve como base a implementação de intervenções e atividades que promovam o desenvolvimento de competências a nível de especialista e de Mestre, previstos nos descritivos instituídos pela Ordem dos Enfermeiros, nos seus regulamentos, e nos descritores de Dublin.

Em retrospectiva, observa-se que com a implementação do projeto, foi atingido o objetivo a nível de desenvolvimento das competências propostas, assim como uma prestação de cuidados de enfermagem especializados, holísticos e centrados na pessoa.

O referencial teórico de enfermagem de Anne Boykin e Savina Schoenhofe, utilizado na planificação dos cuidados de enfermagem especializados, tendo no seu domínio cuidar e nutrir, evidenciou-se como um instrumento auxiliador no alcance e desenvolvimento de competências, abrangendo os domínios de competências específicas e comuns do EEER, possibilitando a prestação de cuidados centrados na pessoa, assegurando que fossem ao encontro dos seus planos /objetivos, fazendo-lhes sentido. De salientar que a implementação da teoria, nos cuidados prestados, reforçou a aquisição de competências, considerando todas as vertentes e dimensões que sustentam a Enfermagem de Reabilitação, preservando, assim, a sua essência.

Concluindo, reconhece-se ao longo do percurso a demonstração de aprofundamento e desenvolvimento de competências a nível de EE e EEER. Assim como observa-se a aplicação dos conhecimentos e a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas, em diferentes contextos e multidisciplinares.

Nesse sentido, considera-se que a estudante se encontra na posse de conhecimentos, competências e aptidões necessárias para a prestação cuidados de Enfermagem de Reabilitação seguros e com qualidade, porém, consciente que o término deste percurso é apenas o início de um caminho que requer uma constante aprendizagem ao longo da vida, na procura da mais recente evidencia, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

Após o percurso académico, observa-se a dotação de conhecimentos e experiências que alteraram o olhar da estudante para a pessoa que cuida. Esse olhar revelou-se como uma mais-valia, no sentido em que faculta a conceção, implementação e monitorização de planos de cuidados, assentes na identificação das necessidades da pessoa/família em todas as suas dimensões. Instigando ainda a uma otimização da gestão de cuidados, contemplando uma adequada articulação e mobilização de recursos.

Como perspetivas futuras, a estudante projeta, no futuro, realizar investigação e projetos de intervenção que chamem a si a necessidade de intervenção do EEER num serviço

de cirurgia geral, proporcionando ganhos em saúde e económicos. Neste seguimento, a curto prazo, pretende exercer num serviço de cirurgia geral, contribuindo e evidenciando esses ganhos. Espera-se, assim, que na procura permanente da excelência do exercício profissional enquanto EEER, a sua prestação de cuidados espelhe a implementação de uma enfermagem avançada, com base nas teorias de enfermagem, contribuindo para a visibilidade da profissão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amoah, V. M. K., Anokye, R., Acheampong, E., Dadson, H. R., Osei, M., & Nadutey, A. (2018). The experiences of people with diabetes-related lower limb amputation at the Komfo Anokye Teaching Hospital (KATH) in Ghana. *BMC Research Notes*, 11(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3176-1>
- Armstrong, L. (2015). Body image and psychosocial adjustment following the amputation of a limb. *Journal of Aesthetic Nursing*, 4(6), 288–290. <https://doi.org/https://doi.org/10.12968/joan.2015.4.6.288>
- Atkins, J. (2006). Learning contexts. In M. Eraut (Ed.), *Learning in health and social care* (Vol. 5, pp. 1–8). Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1111/j.1473-6861.2006.00116.x>
- Benavent, J. V., Marçoeum, J., & Mohedo, J. C. (2020). Determinantes sociodemográficos para a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com amputações vasculares, conforme determinado com o questionário de avaliação de prótese. *Jornal Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública*. <https://doi.org/10.3390 / ijerph17082691>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito* (3ª ed.). Quarteto Editora.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2013). *Nursing as caring: A model for transforming practice*. Jones and Bartlett.
- Carvalho, A. (2016). *A Supervisão clínica no processo de integração de enfermeiros* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <http://hdl.handle.net/10400.26/12851>
- Chesnay, M., & Anderson, B. (2008). Vulnerable populations: Vulnerable people. In *Caring for the vulnerable: Perspectives in nursing, theory, practice, research* (2nd ed., pp. 3–11). Jones and Bartlett.
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas de reabilitação respiratória*. Lusociencia.
- Decreto-Lei 74/2006. (2006). Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário Da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24, 2242–2257*. <https://files.dre.pt/1s/2006/03/060a00/22422257.pdf>
- Despacho n.º 1400-A/2015. (2015). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Ministério da Saúde. *Diário Da República, II Série(2)*, (N.º 28 de 10-02-2015) 3882(2)-3882(10). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>
- Devan, H., Carman, A., Hendrick, P., Hale, L., & Ribeiro, D. C. (2015). Spinal, pelvic, and hip movement asymmetries in people with lower-limb amputation: Systematic review. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 52(1), 1–19. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2014.05.0135>
- Graham, L., Doherty, M., Wilson, C., Wilson, C., & Currie, M. (2019). The multidisciplinary rehabilitation of patients after lower-limb amputation. *Diabetic Foot Journal*, 22(3), 32–37. <https://rosalindfranklin.idm.oclc.org/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=138924850&site=ehost-live&scope=site>
- Hesbeen, W. (2001). *A reabilitação: Criar novos caminhos*. Lusociencia.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de reabilitação prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª Edição). Lusodidacta.
- Horowitz, L., & Mcculloch, A. (2019). *A Concept-based approach to learning* (3rd ed.). Pearson.
- Imaoka, S., Sato, K., Furukawa, M., Okita, M., & Higashi, T. (2021). Re-amputation in patients with diabetes-related minor amputations who underwent physical therapy during their hospitalization. *Journal of Foot and Ankle Research*, 14(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13047-021-00454-y>

- Jefferies, P., Gallagher, P., & Philbin, M. (2019). Staying “just normal”: preservation strategies in prosthesis use. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 14(4), 379–385. <https://doi.org/10.1080/17483107.2018.1451561>
- Joint Quality Initiative. (2004). Shared ‘Dublin’ descriptors for short cycle, first cycle, second cycle and third cycle awards. *Draft 1, Working Document on JQI Meeting in Dublin, October*, 1–5. [https://www.fibaa.org/fileadmin/files/folder/FIBAA-FBK-PROG/dublin\\_descriptors.pdf](https://www.fibaa.org/fileadmin/files/folder/FIBAA-FBK-PROG/dublin_descriptors.pdf)
- Kolossváry, E., Ferenci, T., Kováts, T., Kovács, L., Járjai, Z., Menyhei, G., & Farkas, K. (2015). Trends in major lower limb amputation related to peripheral arterial disease in Hungary: A nationwide study (2004-2012). *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 50(1), 78–85. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2015.02.019>
- Lasater, K. (2011). Clinical judgment: The last frontier for evaluation. *Nurse Education in Practice*, 11(2), 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2010.11.013>
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). Processo de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idoso com compromisso no sistema musculoesquelético. In Ribeiro, O. (Coords.) *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 281–326). Lidel.
- Luza, L. P., Ferreira, E. G., Minsky, R. C., Pires, G. K. W., & da Silva, R. (2020). Psychosocial and physical adjustments and prosthesis satisfaction in amputees: a systematic review of observational studies. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 15(5), 582–589. <https://doi.org/10.1080/17483107.2019.1602853>
- Machado Vaz, I., Roque, V., Pimentel, S., Rocha, A., & Duro, H. (2012). Caracterização psicossocial de uma população portuguesa de amputados do membro inferior. *Acta Medica Portuguesa*, 25(2), 77–82. <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/27/37>
- Marcelo, C. (2009). Desenvolvimento profissional docente: Passado e futuro. *Sísifo / Revista de Ciências Da Educação*, 08, 7–22. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/dcart?info=link&codigo=2951760&orden=222165>
- Mariet, A. S., Benzenine, E., Bouillet, B., Vergès, B., Quantin, C., & Petit, J. M. (2021). Impact of the COVID-19 Epidemic on hospitalization for diabetic foot ulcers during lockdown: A French nationwide population-based study. *Diabetic Medicine*, 38(7). <https://doi.org/10.1111/dme.14577>
- Marques-Vieira, C. M. A., Sousa, L. M. M. de, Baixinho, C. R. S. L., Reis, M. G. M. dos, Pérez-Rivas, F. J., & Sousa, L. M. R. de. (2021). Validação da falls efficacy scale internacional 7 itens em idosos portugueses residentes na comunidade. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 30, 1–12. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0243>
- Matos, J. P., Carolino, E., & Ramos, R. (2018). Dados epidemiológicos sobre amputações realizadas em Portugal entre 2000 e 2015. *IV Jornadas de Ortoprotésia*. <http://hdl.handle.net/10400.21/8818>
- Matsumura, A. D., Resende, J. M. de, & Chamlian, T. R. (2013). Pre-and post prosthetic transtibial stump circumference. *Acta Fisiátrica*, 20(4), 194–199. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20130032>
- McCormack, B., & McCance, T. (2019). *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- Mendes, L. F. (2008). *A contribuição da fisioterapia em grupo na recuperação e reabilitação de pacientes com LER/DORT* [Tese de doutoramento, Universidade de São Paulo]. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-25032009-092642/>

- Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M., & Wolf, A. (2017). Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 662–673. <https://doi.org/10.1111/scs.12376>
- Neves, M. (2017). *Eficácia da implementação precoce de um programa de reabilitação nos utentes submetidos a amputação do membro inferior no sucesso da protetização* [Mestrado em enfermagem de reabilitação, Escola Superior de Saúde de Viseu]. [https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4768/1/MartaFranciscaAlmeidaNeves\\_DM.pdf](https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4768/1/MartaFranciscaAlmeidaNeves_DM.pdf)
- OECD. (2021). *Health at a glance 2021: OECD Indicators*. OECD. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- Oliveira, A. S. de, Trevizan, P. F., Bestetti, M. L. T., & Melo, R. C. de. (2014). Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(3), 637–645. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13087>
- Oliveira, T., Lavareda Baixinho, C., & Henriques, M. A. (2018). Risco multidimensional de queda em idosos. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 31(2), 1–9. <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7058>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Áreas investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação. *Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*, 8. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/Areas\\_Investigacao\\_Prioritarias\\_para\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf)
- Pacheco, R., & Fraga, D. (2012). Tratamento fisioterapêutico em pós-operatório de amputação transfemural de membro inferior direito. *Revista Técnico Científica*, 3(1), 252–257. <https://periodicos.ifsc.edu.br/index.php/rtc/article/viewFile/697/557>
- Pastre, C., Salioni, J., Oliveira, B. A., Micheletto, M., & Netto Júnior, J. (2005). Fisioterapia e amputação transtibial. *Arquivos de Ciências Da Saúde*, 12(2), 120–124. [https://repositorio-racs.famerp.br/racs\\_ol/Vol-12-2/11.pdf](https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/Vol-12-2/11.pdf)
- Phipps, W., Sands, J., & Marek, J. (2006). *Enfermagem médica cirúrgica* (6ª). Lusociencia.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário Da República, II Série*(N.º26 de 06-02-2019), 4744–4750.
- Regulamento n.º 350/2015. (2018). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República, II Série*(N.º119 de 22-06-2015), 16655–16660. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/350-2015-67552234>
- Regulamento n.º 392/2019. Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República, 2ª série*(N.º 85 de 03/05/2019), 13565–13568. <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas*. Lidel.
- Rodrigues, T. H. (2017). *Eficácia da implementação precoce de um programa de reabilitação nos utentes submetidos a amputação do membro inferior no sucesso da protetização* [Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Instituto politécnico de Viseu-Escola Superior de Saude de Viseu]. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4428/1/Tese\\_Final\\_Inácio.pdf?fbclid=IwAR3TyQoFw2uz3ubypv6iO23-oamCwllD7IkOwacDLw7OGKniG4E1I0MqzB4](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4428/1/Tese_Final_Inácio.pdf?fbclid=IwAR3TyQoFw2uz3ubypv6iO23-oamCwllD7IkOwacDLw7OGKniG4E1I0MqzB4)
- Santos, A., & Lee, D. (2014). Complicações pós-operatórias em amputados de membros inferiores. *Revista InterScientia*, 2(3), 190–198. <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/90/86>

- Santos, B., & Baixinho, C. (2019). Intervenções de enfermagem no espaço físico da casa para prevenir a queda no idoso: Revisão Integrativa da Literatura. *Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa*, 2, 91–100. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2007/1943>
- Santos, I. (2019). *Reabilitação pós-operatória da pessoa com amputação do membro inferior por etiologia vascular: que realidade?* [Dissertação de Mestrado em enfermagem de reabilitação, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1119908>
- Silva, A. P. (2007). “Advanced nursing”: a sense for the development of the profession and the discipline. *Servir*, 55(1–2), 11–20. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17703851>
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Caldevilla, M., Nogueira, N., Henriques, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2016). Instrumentos de avaliação do risco de quedas em idosos residentes na comunidade. *Enfermería Global*, 42, 506–521. <https://doi.org/10.6018/eglobal.15.2.230251>
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>
- Tashiro, J., Shimpuku, Y., Naruse, K., Maftuhah, & Matsutani, M. (2013). Concept analysis of reflection in nursing professional development. *Japan Journal of Nursing Science*, 10(2), 170–179. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2012.00222.x>
- Teixeira, R., Mejia, D., & Pinto, L. (2002). *A Intervenção fisioterapêutica em pacientes amputados referindo dor fantasma em membros inferiores* [Pós-graduação em fisioterapia neurofuncional. Faculdade Ávila]. [https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/30/42\\_-\\_A\\_intervenYyo\\_fisioterapYutica\\_em\\_pacientes\\_amputados\\_referindo\\_dor\\_fantasma\\_em\\_membros\\_inferiores.pdf](https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/30/42_-_A_intervenYyo_fisioterapYutica_em_pacientes_amputados_referindo_dor_fantasma_em_membros_inferiores.pdf)
- Ventura, I. (2018). *Gugging swallowing screen na avaliação clínica da deglutição* [Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde, Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa]. <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/8587/4/GUGGING%20SWALLOWING%20SCREEN%20na%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20cl%C3%ADnica%20da%20degluti%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Ventura, J., Martins, M., Trindade, L., & Ribeiro, O. (2021). Processo de trabalho dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In Ribeiro, O. (Coords.) *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 28–32). Lidel.
- Viswanathan, V., & Nachimuthu, S. (2021). Major lower-limb amputation during the covid pandemic in south India. *International Journal of Lower Extremity Wounds*, 4, 1–54. <https://doi.org/10.1177/15347346211020985>
- Vuorlaakso, M. A., Uimonen, M. M., Kuitunen, I. M., Ponkilainen, V. T., & Mattila, V. M. (2021). During the covid-19 pandemic in Finland, the number of minor lower limb amputations decreased, whereas major amputations increased. *British Journal of Surgery*, 108(9), e292–e293. <https://doi.org/10.1093/bjs/znab186>
- Zabala, A., & Arnau, L. (2010). Princípios psicopedagógicos das aprendizagens significativas. In Zabala, A., & Arnau, L. (Ed.) *Como aprender e ensinar competências* (pp. 95–98). Artmed Editora S.A.
- Ziegler-Graham, K., Mackenzie, E. J., Ephraim, P. L., Trivison, T. G., Brookmeyer, R., K, A. Z., & Ej, M. (2008). Estimating the prevalence of limb loss in the United States: 2005 to 2050. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 89, 422–429. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.11.005>



## APÊNDICES

## **Apêndice I – Projeto de Estágio**

**12.º Mestrado em Enfermagem - Área de  
especialização em Enfermagem de Reabilitação**

A intervenção do EEER na promoção da readaptação  
funcional da pessoa submetidas a amputação do membro  
inferior

**UC opção II Projeto Estágio**

**Helena Tiago n. º5365**



**Lisboa  
Setembro, 2021**

**12.º Mestrado em Enfermagem – Área de  
especialização em Enfermagem de Reabilitação**

A intervenção do EEER na promoção da readaptação  
funcional da pessoa submetidas a amputação do membro  
inferior

**UC opção II Projeto Estágio**

**Helena Tiago n. 5365**



Professor regente: Drº Miguel Serra  
Docente orientador: Drª Fatima Marques

**Lisboa**  
**Setembro, 2021**

## **ABREVIATURAS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AVD – Atividades de Vida Diária

CHBM – Centro Hospitalar Barreiro e Montijo

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

CINHAL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

EEER – Enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola superior de enfermagem de Lisboa

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MI – Membro inferior

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCC – População, Conceito e Contexto

UC – Unidade Curricular

# ÍNDICE

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO .....	59
2. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA .....	60
<b>2.1. Sumário .....</b>	<b>60</b>
<b>2.2. Enquadramento Conceptual.....</b>	<b>61</b>
<b>2.2.1. A associação entre pandemia provocada pelo SARS-CoV-2 com o aumento da incidência de cirurgias de amputação do(s) membro(s) inferior(es) .....</b>	<b>63</b>
<b>2.2.2. A importância da readaptação funcional à pessoa submetida a cirurgias de amputação do(s) membro(s) inferior(es) .....</b>	<b>64</b>
<b>2.2.3. A intervenção do EEER na pessoa amputada no pós-operatório .....</b>	<b>66</b>
<b>2.2.4 Quadro de referência teórico de enfermagem .....</b>	<b>68</b>
4. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS .....	72
<b>4.1 Fundamentação da escolha dos locais de Estágio .....</b>	<b>75</b>
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	77

<b>Apêndices .....</b>	<b>27</b>
------------------------	-----------

Apêndice I – Estratégia da pesquisa

Apêndice II – Prisma 2009 Flow Diagram

Apêndice III – Cronograma

Apêndice IV – Planeamento de atividades

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro nº1. Relação entre as Competências Comuns do EE e Específicas do EEER com os objetivos específicos.....	20
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

## **1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO**

No âmbito da Unidade Curricular (UC) de Opção II Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, no decorrer do 1º ano, 2º Semestre, do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de especialização Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi proposta a elaboração de um projeto de estágio, visando a análise e problematização da área de estudo selecionada, bem como a conceptualização do modo como é planeado o desenvolvimento das competências relativas ao perfil de Especialista em Enfermagem de Reabilitação, em articulação com as competências do grau académico de mestre.

O tema selecionado para o projeto é a intervenção do EEER na promoção da readaptação funcional da pessoa submetidas a amputação do membro inferior.

**Palavras-Chave:** Amputação do membro inferior; reabilitação funcional; atividades de vida diária; intervenção do EEER

O presente projeto terá início no ano letivo de 2021/2022, de acordo com o cronograma escolar emanado da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e irá decorrer em contexto hospitalar e contexto comunitário, perfazendo um total de dezoito semanas.

Em relação às instituições envolvidas, o Ensino Clínico será efetuado primeiramente no Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), no serviço de Cirurgia Vascular. No segundo tempo, no Agrupamento de Centros de Saúde Arco Ribeirinho (ACES) do Barreiro.

## **2. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA**

### **2.1. Sumário**

O tema definido para o presente projeto é a intervenção do EEER na promoção da readaptação funcional da pessoa submetidas a amputação do membro inferior. O mesmo irá incidir no pós-operatório, correspondendo ao período em que o doente é transferido da sala de cirurgia para uma unidade pós-operatória adequada e termina no momento da alta do doente da instituição cirúrgica ou hospital (Horowitz, L. & McCulloch, 2019).

A seleção do tema convergiu da preocupação partilhada entre os pares da enfermeira estudante com ela própria, autora deste Projeto de Estágio. Por conseguinte, esta preocupação prendeu-se na compreensão do aumento da incidência das cirurgias de amputação do(s) membro(s) inferior(es). Ademais, estes atores relacionam o atual aumento da incidência, referida anteriormente, à atual crise pandémica resultante do vírus SARS-CoV-2. Ainda, os autores referidos creem que as pessoas apresentam, possivelmente, o receio de contrair o vírus, evitando a procura de cuidados de saúde, quer centros de saúde, quer de hospitais. Consequentemente, estas pessoas, que poderão necessitar de cuidados de saúde, irão adiar esta necessidade, pelos seus receios, iniciando um processo de agravamento do seu quadro clínico em que a cirurgia de amputação do(s) membro(s) inferior(es) poderá ser inevitável. Este fenómeno influenciou a enfermeira-estudante a, num futuro próximo, a exercer as suas funções no serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Barreiro e Montijo (CHBM).

Neste contexto, esperar-se-á que o tema deste projeto de estágio, incentive a comunidade científica a desenvolver e aprofundar evidência nesta área de saúde, mas também dos determinantes de saúde, como por exemplo os fatores sociodemográficos que determinam a necessidade de efetuar cirurgias de amputação em tempos de pandemia. Consequentemente, poderá ser premente a realização de ações de formação profissional com vista à promoção e sensibilização das práticas de enfermagem especializada em reabilitação à pessoa com amputação.

Para a realização do presente enquadramento teórico, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, com recurso às bases de dados CHINAHL® e MEDLINE® acedidas no motor de busca EBSCOhost. Desta forma, o presente trabalho pretende responder à questão de investigação, redigida em formato PCC: “Qual a importância das intervenções de reabilitação, aplicadas à pessoa submetida a amputação do membro inferior, no pós-operatório em contexto hospitalar?” Foram estipulados como objetivos da pesquisa: identificar as intervenções do

EEER, implementado pós-operatório, orientadas para a readaptação funcional a pessoas submetidas a cirurgia de amputação do membro inferior em contexto hospitalar; identificar a importância da readaptação funcional no pós-operatório, às pessoas submetidas a amputação do membro inferior, em contexto hospitalar; identificar os profissionais que estão envolvidos na concretização de intervenções que visem a readaptação funcional a pessoas submetidas a amputação do membro inferior, no pós-operatório, em contexto hospitalar e relacionado com o motivo de seleção do tema, identificar a associação entre pandemia provocada pelo SARS-CoV-2 com o aumento da incidência de cirurgias de amputação do(s) membro(s) inferior(es).

Para a pesquisa foram considerados artigos publicados em português, inglês ou espanhol, publicados nos últimos 5 anos, cuja população seja constituída por indivíduos adultos e idosos submetidos amputação do membro inferior em serviços de internamento hospitalar (contexto) e cujos conceitos sejam intervenções do EEER com objetivo de capacitação (à sua independência). Foram utilizadas palavras em linguagem natural e termos indexados, como limitadores da pesquisa, foram excluídos artigos anteriores a 2015 e artigos incompletos. A estratégia da pesquisa pode ser consultada no apêndice I e o fluxograma utilizado na pesquisa pode ser consultado no apêndice II.

De forma a abranger mais informação sobre o tema, tornou-se necessário recorrer a outras fontes bibliográficas como a literatura cinzenta (teses, livros, normas, atas não indexadas e posters).

## **2.2. Enquadramento Conceptual**

A amputação é definida como a perda, cirúrgica ou traumática, de um segmento do corpo, sendo aplicada aquando de uma lesão que tenha afetado de uma forma irremediável o ser humano, originando limitação funcional (Matos et al., 2018).

A amputação do membro inferior tem na sua origem várias etiologias, nomeadamente, traumatismo, neoplasia, infeção, patologia vascular periférica ou diabetes *mellitus* tipo I, sendo esta última responsável por cerca de metade das amputações não traumáticas (Machado Vaz et al., 2012). Verifica-se consenso na literatura existente, sobre as causas que poderão originar a necessidade de amputação, sendo que a indicação mais frequente é a isquemia de membro inferior, tendo como base a patologia diabetes *mellitus* (80,6%), patologia isquémica coronariana (66,2%) e hipertensão (68,2%) (Benavent et al., 2020).

Um estudo de coorte retrospectivo, realizado recentemente, está em consonância com o acima exposto: identifica que lesões nos pés relacionadas com a diabetes são uma das principais causas de amputações não traumáticas de membros. São apontados como fatores de risco modificáveis para a amputação: a diabetes, amputações *minors*, a necessidade de hemodiálise e ângulo de dorsiflexão do tornozelo, concluindo que indivíduos nestas circunstâncias, consideradas de risco, beneficiam de um plano de reabilitação, sendo que, quando usufruem de reabilitação, diminuem de forma significativa o risco de necessidade de amputação (Imaoka et al., 2021).

Relativamente à classificação da amputação do(s) membro(s) Inferior(es), é considerada uma amputação *minor* a que inclui a desarticulação de dedos, como no caso da amputação transmetatarsica ou transtársica. No caso de a amputação realizar-se ao nível da tibiotársica, terço médio da perna, desarticulação do joelho, supracondiliana, transfemoral, desarticulação da coxa ou hemipelvectomy, esta é definida como amputação *major*.

As amputações do membro inferior podem ser efetuadas pela região supramaleolar ou pela região transtibial. A desarticulação da anca é rara e está associada à presença de neoplasias, embora também possa ser decorrente de um processo progressivo de isquemia do membro (Teixeira et al., 2002)

Considerando que as amputações *major* acarretam maior declínio funcional, será sobre estas que o presente projeto irá incidir.

No que se refere à prevalência de amputação do(s) membro(s) inferior(es), nos Estados Unidos verificaram-se 1,6 milhão de pessoas em 2005 submetidas a este procedimento, estimando-se um aumento de 3 milhões antecipados em 2050 (Ziegler-graham et al., 2008). Os últimos estudos mostram que no mundo existem mais de 202 milhões de pessoas amputadas decorrente de doença vascular periférica, envolvendo a amputação do membro inferior (sendo entre 30.000 e 50.000 pessoas por ano nos EUA). No Reino Unido, no ano de 2014, foi estimada uma média de 8,2 / 100.000 amputações. Em relação a Espanha, os valores estimados são de 7,6 / 100.000, colocando Espanha como o segundo país do mundo com o maior número de amputações, depois dos EUA (Benavent et al., 2020).

Relativamente a Portugal, no período de 2000 a 2015 o número total de amputações foi de 84187, verificando-se em média 5000 amputações anuais. Fazendo a diferenciação por distritos, Lisboa foi destacada, sendo o distrito com maior prevalência de amputações (Matos et al., 2018).

Face ao número elevado de pessoas submetidas a amputação, torna-se imperativa a intervenção do EEER, sendo que o mesmo possui um papel fundamental, fazendo a diferença na adaptação destas pessoas à sua nova condição de saúde, intervindo no desenvolvimento do máximo potencial, da autonomia funcional, através dos ensinamentos, instrução e treino das suas atividades de vida diária (AVD's), sendo estas descritas como atividades que constituem a manutenção de um ambiente seguro, comunicação, respiração, alimentação, eliminação, higiene pessoal e vestuário, mobilidade, expressão da sexualidade, controlo da temperatura corporal, sono e morte (Roper et al., 2001).

### **2.2.1. A associação entre pandemia provocada pelo SARS-CoV-2 com o aumento da incidência de cirurgias de amputação do(s) membro(s) inferior(es).**

No que diz respeito ao aumento da incidência de amputações do MI, um estudo coorte retrospectivo, realizado em França, que incluiu os dados hospitalares de todas as pessoas hospitalizadas em França por diabetes, de janeiro a outubro de 2020, em que foi feita uma comparação dos resultados com o ano anterior (sem pandemia), reconheceu fatores que influenciaram negativamente o estado dos indivíduos em estudo. Em primeiro lugar, identificaram que durante o confinamento as pessoas evitavam deslocar-se para avaliação médica, com receio de contrair o vírus. Posteriormente, verificaram que os profissionais de saúde responsáveis pela área da diabetes tinham sido mobilizados para áreas de elevada incidência de covid-19, resultando numa diminuição de disponibilidade para as pessoas com diabetes e, conseqüentemente, para tratamento de feridas diabéticas, levando a um agravamento do estado de saúde destas pessoas (Mariet et al., 2021). No que concerne à doença vascular periférica, este mesmo estudo identificou uma associação entre a trombose arterial de extremidade inferior e a infeção por SARS-CoV-2, afirmando a existência de uma evidência crescente de que a coagulopatia ou vasculopatia, em doentes com covid-19, é a principal razão para o aumento das amputações dos membros inferiores. Embora o aumento das amputações em pessoas com covid-19, neste estudo, não tenha sido diretamente relacionado a pessoas com diabetes, o mesmo afirma que estas pessoas também foram fortemente afetadas por essa complicação da infeção pelo SARS-CoV-2 (Mariet et al., 2021).

Neste seguimento, na Finlândia, uma análise estatística publicada no *British Journal of Surgery*, reconhece que o número de amputações descritas como *minores* dos membros inferiores diminuiu, verificando o aumento das amputações *major*, correlacionam esse facto com a indisponibilidade dos profissionais de saúde para o tratamento de feridas e a dificuldade de

admissão das pessoas ao hospital por restrições de bloqueio e recomendações de distanciamento social (Vuorlaakso, Uimonen, Kuitunen, & Mattila, 2021).

Ainda, um estudo realizado na Índia, vai ao encontro ao estudo anterior acima exposto, relatando a observação de um atraso na procura de cuidados de saúde durante o período pandémico, em comparação com o período pré-pandémico. Reconhecem um notável aumento do número de amputações *major*, revelando o efeito indireto da pandemia sobre as pessoas com diabetes, provocando aumento da incidência da cirurgia de amputação do(s) membro(s) inferior(es) (Viswanathan & Nachimuthu, 2021).

No que diz respeito a Portugal, não foram encontrados estudos que confirmem a associação entre pandemia provocada pelo SARS-CoV-2 e o aumento da incidência de cirurgias de amputação do(s) membro(s) inferior(es).

### **2.2.2. A importância da readaptação funcional à pessoa submetida a cirurgias de amputação do(s) membro(s) inferior(es)**

Após revisão narrativa da literatura, foram identificados problemas de diversas origens relacionados com a amputação do membro inferior, considerando-se esta uma das consequências mais devastadoras da doença arterial periférica. Os dados de morbidade e mortalidade relacionados a este procedimento mostram resultados negativos. Além da perda de qualidade de vida em muitos domínios, a amputação do(s) membro(s) inferior(es) tem um impacto significativo e complexo nos gastos com saúde (Kolossváry et al., 2015)

Ao nível de complicações para a saúde, a literatura reporta uma proporção de complicações relacionadas à pessoa submetida a cirurgia de amputação de um membro. Esta cirurgia resulta em diversos desafios, um estudo exploratório de abordagem qualitativa destaca as alterações a nível físico e psicológico, considerando que as pessoas submetidas a este procedimento sofrem várias transformações, como a perda da função física. Salienta preocupações com a imagem corporal que impõem a necessidade de aprender a ajustar-se às mudanças, às suas capacidades físicas e a aparência alterada, e ainda, destaca as preocupações a nível económico, sendo que após a amputação existe um período de dependência do cônjuge e filhos (Maame et al., 2018). Neste sentido, o EEER detém competências específicas, podendo através de uma avaliação funcional precoce e atividades de promoção do autocuidado, readaptação e reeducação funcional da pessoa submetida a amputação, diminuir o impacto da incapacidade. O EEER prescreve, implementa, monitoriza e avalia as intervenções que promovam ações preventivas, que

assegurem a capacidade funcional, previnam complicações, que minimizem o impacto das incapacidades instaladas e promovam o treino das atividades de vida diária (AVD) (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No que concerne a alterações músculo esqueléticas, numa revisão sistemática limitada a estudos observacionais, incluindo transversais e estudos de caso, sobre assimetrias de movimento da coluna pélvica em pessoas submetidas a amputação do membro inferior, foi observada a existência de evidências para a presença de aumento da flexão lateral do tronco em direção ao membro amputado em participantes com a amputação transfemoral e amputação transtibial, juntamente com aumento da inclinação pélvica anterior durante a fase de apoio da caminhada (Devan et al., 2015), contestação que legitima a intervenção do EEER, sendo que o mesmo promove a maximização da funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa, concebendo sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões, à sua reabilitação, capacitação e à autogestão.

No âmbito da adaptação ao uso de próteses, segundo Jefferies e Gallagher (2019), esta fase de adaptação revela-se desafiante para as pessoas submetidas a amputação. Contudo, a compreensão e o conhecimento dos profissionais de saúde sobre os desafios enfrentados pelos usuários de próteses revelam-se como fatores facilitadores para a superação das dificuldades. Esta compreensão e conhecimento irá ajudar os EEER a apoiar as pessoas/família, facilitando o processo de adaptação. Neste sentido, importa a intervenção na realização de treinos específicos de AVD's, nomeadamente utilizando produtos de apoio, assim como os treinos inerentes à atividade e exercício físico. Também é de realçar o ensino e supervisão da utilização de próteses, tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). De salientar que o EEER possui conhecimento e mobiliza, selecionando e prescrevendo produtos de apoio, identificando os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos processos terapêuticos complexos facilitadoras para a transição saúde/doença e ou incapacidade, como é exigido no regulamento de competências específicas nomeadamente J1.2.

No que concerne à alteração da imagem corporal, Armstrong (2015) considera que as intervenções de reabilitação, as quais irão promover o retorno da pessoa a uma sensação de autonomia referindo como exemplo a capacitação para a utilização auxiliares de marcha, uso de próteses, exercícios e aconselhamento, são intervenções particularmente eficazes para reequilibrar as perceções negativas e as preocupações com a imagem corporal. Por outras palavras, a readaptação funcional que irá atuar na promoção da autonomia, maximizando o seu

potencial e atuando também no ambiente, minimizando e gerindo obstáculos que coloquem ou possam colocar a pessoa numa situação de desvantagem, irá, simultaneamente, promover à pessoa uma sensação de autonomia e independência semelhante à sua situação anterior à cirurgia, fazendo-a sentir-se no seu bem-estar, o mais pleno possível.

Relativamente aos profissionais de saúde envolvidos no processo de readaptação funcional das pessoas submetidas a uma amputação major, a intervenção multidisciplinar resulta em conquistas para as pessoas e família no restabelecimento de alguma autonomia/independência em suas vidas (Graham et al., 2019).

### **2.2.3. A intervenção do EEER na pessoa amputada no pós-operatório.**

No pós-operatório, o EEER com o objetivo de prevenir complicações, evitar e corrigir alterações posturais, ventilatórias e de forma a diminuir o esforço, aumentando o desempenho dos músculos respiratórios, realiza a reeducação funcional respiratória, centrando-se no ensino e treino de posições de descanso, consciencialização dos tempos respiratórios, controlo da respiração e respiração abdomino-diafragmática (Cordeiro & Menoita, 2012).

No pós-operatório imediato, os posicionamentos revelam-se de extrema importância. Nesse sentido, a pessoa deve ser posicionada e/ou instruída a manter o alinhamento corporal, prevenindo deformidades e contraturas no coto (Pastre et al., 2005).

No sentido de prevenir complicações que advém da imobilidade, O EEER realiza e incentiva a pessoa a executar mobilizações do membro residual, tendo sempre em conta a dor que apresenta. A mobilização dos membros e fortalecimento muscular deve ser realizada com mobilizações passivas, ativas assistidas, e posteriormente ativas. Devem ser realizados exercícios isométricos e isotônicos em todos os membros, com o objetivo de promover o equilíbrio muscular. Desta forma, é mantida a integridade das estruturas articulares, a amplitude do movimento, conservada a flexibilidade e evitada a formação de aderências e contraturas (Pacheco & Fraga, 2012).

Em relação à ligadura do membro residual, esta deve ser realizada com ligaduras elásticas, sem pregas, enfatizando as voltas angulares, exercendo uma pressão distal, e realizada em forma tipo oito ou em espiral, com o objetivo de diminuir, de modelar o coto, prevenir a estase venosa, proteger o revestimento cutâneo e diminuir a dor (Pastre et al., 2005).

No sentido de promover a adaptação do coto para a posterior utilização de prótese, deve ser realizada a dessensibilização do coto. Assim, devem ser realizados movimentos lentos e graduais,

iniciando com estímulos mais finos, como o algodão, progredindo para estímulos mais ásperos, recorrendo por exemplo a sacos de areia (Pastre et al., 2005).

No que concerne à alteração de imagem corporal, as intervenções acima descritas irão contribuir para o retorno da pessoa a uma sensação de autonomia e independência, consecutivamente contribuirá para a aceitação e diminuição da percepção negativa sobre a sua imagem corporal (Armstrong, 2015).

Pacheco e Fraga (2012), afirmam que a intervenção de reabilitação precoce à pessoa amputada potencia aumento da flexibilidade muscular, manutenção da massa muscular e manutenção da capacidade respiratória. Consequentemente, irá estimular uma maior confiança da pessoa perante o seu estado de saúde.

Abordando a reinserção e exercício da cidadania da pessoa submetida a amputação, uma revisão sistemática da literatura realizada por Rodrigues (2017), conclui que a reabilitação especializada e precoce tem influencia direta na reinserção da pessoa que foi submetida a amputação no seu domicílio. Nesse mesmo estudo, foram identificadas diferenças na reinserção dessas mesmas pessoas com base na precocidade da intervenção instituída, bem como no tipo de reabilitação fornecida. Afere ainda que a aquisição e sucesso do uso de uma prótese do membro inferior, durante o primeiro ano pós-amputação, se encontra relacionado com o tipo de reabilitação recebido no período pós-cirúrgico.

Sintetizando, tratando-se de doentes crónicos, o EEER assume o papel e a responsabilidade de prevenir complicações, reconhecendo sinais e sintomas de agravamento da situação do doente; prevenir deformidades, mantendo o alinhamento correto do corpo; planear e implementar um programa de reabilitação adequado ao doente, respondendo aos objetivos do próprio; programar intervenções de enfermagem que encorajem o doente a responsabilizar-se pelas AVD's logo que possível; reforçar os progressos do doente, dando feedback positivo; trabalhar com a restante equipa multidisciplinar, potenciando um plano consistente e coordenado de reabilitação; envolver as pessoas significativas no plano de reabilitação; reavaliar os objetivos periodicamente e reformular outros se necessário; realizar ensinamentos ao doente e família, informando sobre as limitações do doente e as expectativas da reabilitação (Phipps et al., 2003).

Face ao exposto anteriormente, torna-se explícito a pertinência e a importância da atuação do EEER na readaptação funcional a pessoas submetidas a cirurgia de amputação do membro inferior no pós-operatório, diminuindo o impacto nas suas diversas dimensões alteradas, quer a

nível da dimensão física, psicológica, social ou laboral, sendo estas consideradas as dimensões mais afetadas, segundo a análise de artigos incluídos na revisão sistemática realizada, abrangendo a literatura cinzenta.

De realçar que a reabilitação tem como finalidade a análise prevenção e gestão de obstáculos que dão ou poderão dar origem a uma condição de desvantagem (Hesbeen, 2001), sendo a função de EEER prevenir, recuperar e habilitar de novo as pessoas vítimas de doença súbita ou crónica que provoque défice cognitivo, motor ou sensorial, ajudando as mesmas a criar uma maneira de viver com sentido, compatível com as capacidades que dispõe (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Neste sentido, foi considerado fulcral para otimização da resposta de cuidados especializados o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que descreve o estatuto funcional da pessoa, tendo em conta as suas características e do meio ambiente, considerando a funcionalidade e incapacidade da pessoa como resultado de um processo interativo da pessoa e meio ambiente (Organização Mundial da Saúde & Direcção-Geral da Saúde, 2004)

#### **2.2.4 Quadro de referência teórico de enfermagem**

Como alicerce para o presente projeto, foi selecionada a teoria de *Enfermagem Nursing as caring* – Um modelo de transformação da prática. Esta é uma teoria de médio alcance, desenvolvida por Anne Boykin e Savina Schoenhofer (Boykin & Schoenhofer, 2013).

*Nursing as caring*, sustenta-se em princípios como: pessoas cuidam em virtude da sua humanidade; pessoas são inteiras ou completas em cada momento; todas as pessoas são cuidadoras; conhecer-se como pessoa é um processo de viver baseado no cuidado; a personalidade é aprimorada através da participação em relacionamentos estimulantes com o cuidado de outras pessoas; a enfermagem é uma disciplina e uma profissão.

Tem como seu domínio cuidar e nutrir, fornecendo uma perspetiva de cuidar em enfermagem que permite a sua aplicação em todos os contextos de cuidado, podendo ser aplicada de forma isolada ou em combinação com outras teorias. Na perspetiva da Enfermagem como cuidar, todas as intervenções e atividades devem refletir o pressuposto fundamental de que ‘as pessoas cuidam em virtude de sua humanidade’. Neste seguimento, o enfermeiro não estuda o empírico da patologia para entender um *déficit* percebido, mas para se tornar competente em extrair o conhecimento específico para conhecer a ‘pessoa como um todo no momento’ (Boykin & Schoenhofer, 2013).

Mencionam como conceitos-chaves da teoria de Enfermagem como cuidar: a situação de enfermagem; convite direto; relação no cuidado; apelos para cuidar; respostas dos cuidados; a dança das pessoas cuidadoras e dança dos cuidadores vivos.

Para as autoras, o foco da ‘enfermagem como disciplina e como profissão’ envolve a predisposição de entrar no mundo do outro, com a intenção de conhecê-lo como pessoa que cuida. É no conhecimento do outro em seu “viver cuidando e crescendo no cuidar” que os ‘apelos à enfermagem’ são ouvidos (Boykin & Schoenhofer, 2013).

A ‘situação de enfermagem’ é reconhecida como o *locus* onde é aplicado todo o conhecimento detido e onde decorre todas as práticas de enfermagem, revelando-se como uma experiência única, vivida e compartilhada entre o enfermeiro e a pessoa. Nessa situação, o enfermeiro baseia-se no conhecimento pessoal, empírico e ético para dar vida à arte da enfermagem, criando uma abordagem única para o cuidado a partir dos sonhos e objetivos de quem é cuidado (Boykin & Schoenhofer, 2013). Este pressuposto é igualmente defendido por Hesbeen, (2001) que defende que o cuidado deve de fazer sentido para a outra pessoa, tendo o EEER a missão de ajudar as pessoas a criarem uma maneira de viver com sentido para elas, e compatível com a sua situação, independentemente da sua condição, sendo esta uma visão igualmente explanada no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

Segundo as teóricas, no sentido formal da enfermagem profissional, a ‘situação de enfermagem’ ocorre quando a pessoa procura, deseja e aceita o serviço de enfermagem e quando o EEER, ‘dando resposta ao apelo’, oferece o serviço profissional de enfermagem. Este pressuposto, está intrinsecamente relacionado com o conceito de capacitação e Empowerment. Neste sentido, o EEER no desenvolvimento da sua prática oferece suporte à pessoa que permita o empoderamento e a sua capacitação. Para o efeito, implementa atividades que maximizem as suas capacidades funcionais e um melhor desempenho a nível motor, cardíaco, respiratório e desenvolvimento pessoal, sendo esta uma competência específica do EEER (J.3) esplanada no Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

No que concerne à ‘dança das pessoas cuidadoras’, este conceito refere-se a um momento centrado na pessoa que proporciona um ritmo alternado e honra a riqueza do contexto, direcionando as estruturas e processos institucionais para assegurar o respeito pelas contribuições de todos os envolvidos na situação de enfermagem.

A 'Dança do Cuidadores Vivos' amplia esses valores em situações de enfermagem, recorrendo ao envolvimento de máquinas dotadas de inteligência artificial avançada como parceiros no cuidado.

A enfermagem como cuidar, assinala como alicerces para a prática, o conhecimento do enfermeiro como pessoa que cuida, em dimensões mais aprofundadas e ampliadas. Nesse sentido, torna-se necessário a detenção de autoconhecimento, assim como um compromisso deliberado para desenvolver esse conhecimento. Este pressuposto é igualmente um dos pré-requisitos necessários para a prestação de cuidado centrado na pessoa, segundo o modelo do Cuidado Centrado na Pessoa de McCormack e McCance (2006).

Em relação à aplicação da teoria na dimensão da gestão e liderança, as autoras referem que o enfermeiro deve refletir na singularidade da disciplina, possibilitando que as contribuições únicas da enfermagem sejam garantidas.

Desse ponto de vista, surge a expectativa de que os EEER devam implementar nos seus serviços uma cultura sustentada nos valores articulados na Enfermagem como cuidar. Embora muitas vezes o Enfermeiro responsável pela gestão seja visto como "removido" dos cuidados diretos, o mesmo deverá estar envolvido nas situações de enfermagem e simultaneamente considerar as necessidades de enfermagem, participando nas respostas a essas necessidades, atuando de acordo com o que contempla a Estrutura de Enfermagem Centrada na pessoa, construto de ambiente de cuidados de McCormack (2019) o qual refere a importância e a necessidade das instituições envolverem-se, criando condições que influenciam os cuidados positivamente e a implementação de uma cultura de cuidados com base no meta paradigma de enfermagem. Menciona ainda que as organizações/instituições devem envolver-se e comprometer-se, atuando para que os enfermeiros e equipas multidisciplinares consigam passar de momentos de centramento na pessoa para uma prestação contínua de cuidados verdadeiramente centrados na pessoa e que todas as pessoas tenham uma boa experiência de cuidados (McCormack, 2019).

Neste contexto, os EEER no exercício de função de gestores, devem ser capazes de articular as contribuições únicas da enfermagem a outros membros da equipa interdisciplinar de saúde, devendo assim na sua intervenção gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, sendo esta uma competência comum do enfermeiro especialista, nomeadamente no que diz respeito às competências do domínio da gestão dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Face ao exposto, a seleção da presente teoria prende-se ao facto de a mesma revelar-se como uma estrutura orientadora no exercício profissional na prática de cuidados centrados na pessoa, na educação e na liderança. O uso e a aplicação da teoria nos contextos de cuidado, servirá como instrumento auxiliador no alcance e desenvolvimento de competências, abrangendo os domínios de competências específicas e comuns do EEER, sem descurar as dimensões humanas essenciais, possibilitando a prestação de cuidados centrados na pessoa, assegurando que os mesmos vão ao encontro dos planos /objetivos da pessoa, fazendo sentido para a mesma.

Em suma, tendo em conta a integração das dimensões que a teoria de Enfermagem como cuidar engloba, (a nível relacional, aspetos físicos, psicossociais, trabalho em equipa e gestão de cuidados) será empregue como base no trajeto de aprendizagem de forma a guiar o desenvolvimento de cuidados que irão ser planeados e plasmados posteriormente neste projeto. Irá ainda reforçar a atuação na aquisição de competências, considerando todas as vertentes e dimensões que sustentam a enfermagem de reabilitação, exercendo tendo em conta a pessoa na sua singularidade preservando, assim, a essência da enfermagem de reabilitação.

#### **4. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS**

Dando resposta ao objetivo deste projeto de desenvolvimento de competências e aprendizagens a nível de mestre, foram estipulados dois objetivos gerais:

1. Desenvolver competências comuns do EE e específicas do EEER, na pessoa com alterações sensoriomotoras, cardíacas, neurológicas, respiratórias, cognitivas, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.
2. Desenvolver competências comuns do EE e específicas do EEER, na promoção da readaptação funcional da pessoa/família submetidas a amputação do membro inferior.

Considerando as competências comuns do EE e as competências específicas do EEER, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

1. Prestar cuidados de enfermagem especializada, de acordo com os princípios éticos, centrados na pessoa e sua família.
2. Ampliar conhecimentos teóricos e técnicos na área da prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a amputação do membro inferior e sua família.
3. Analisar a atuação do EEER no contexto dos locais de estágio, compreendendo a sua articulação com a equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e comunidade.
4. Analisar as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a amputação do membro inferior e sua família.
5. Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados à pessoa e família.
6. Capacitar a pessoa submetida a amputação do membro inferior e família, em processo de recuperação, na promoção da funcionalidade.
7. Implementar intervenções de enfermagem especializada em reabilitação à pessoa e família que visem a maximização da funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Os objetivos específicos foram elaborados com o objetivo de alcançar os objetivos gerais supramencionados. Cada objetivo específico abrange unidades de competências ao nível de mestre. A relação das competências com os objetivos poderá ser consultada no quadro nº1.

Quadro nº1. Relação entre as Competências Comuns do EE e Específicas do EEER com os objetivos específicos.

Objetivos específicos	Domínio(s) e Competência(s)
<p><b>1. Prestar cuidados de enfermagem especializada de acordo com os princípios éticos, centrados na pessoa e sua família.</b></p>	<p><b>A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal</b>            A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.            A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade            A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.            A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos.            A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.</p>
<p><b>2. Ampliar conhecimentos teóricos e técnicos na área da prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a amputação do membro inferior e sua família.</b></p>	<p><b>B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade</b>  <b>Competência</b>            B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas.            B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade            B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.            B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.  <b>D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b>            D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica</p>
<p><b>3. Analisar a atuação do EEER no contexto dos locais de estágio, compreendendo a sua articulação com a equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e comunidade.</b></p>	<p><b>D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b> D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.  <b>Competência</b>  <b>J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</b>            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.</p>
<p><b>4. Analisar as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a amputação do membro inferior e sua família.</b></p>	<p><b>D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.</b>            D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.  <b>B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.</b>            B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.  <b>J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b>            J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.            J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.</p>

<p>5. Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados à pessoa e família.</p>	<p><b>C — Domínio da gestão dos cuidados</b>  C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.  C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.  <b>J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</b>  J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório.  J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados</p>
<p>6. Capacitar a pessoa submetida a amputação do membro inferior e família, em processo de recuperação, na promoção da funcionalidade</p>	<p><b>C — Domínio da gestão dos cuidados</b>  C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.</p>
	<p>C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.  <b>J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b>  J1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade  J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas  <b>J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</b>  J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório.  J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.</p>
<p>7.</p> <p><b>Implementar intervenções de enfermagem especializada em reabilitação à pessoa e família que visem a maximização da funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa.</b></p>	<p><b>C — Domínio da gestão dos cuidados</b>  C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.  <b>J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</b>  J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.  J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.  J1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade.  J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas. <b>J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</b>  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.</p>

Serão explanadas em apêndice (apêndice IV), as atividades propostas para a obtenção dos objetivos acima identificados, assim como, serão identificados os resultados esperados, recursos e critérios de avaliação.

De forma a organizar, a nível temporal, a execução dos objetivos específicos elaborados, foi realizado um cronograma (apêndice III), elucidando o espaço temporal em que cada objetivo irá ser concretizado.

#### **4.1 Fundamentação da escolha dos locais de Estágio**

Relativamente à fundamentação da escolha dos locais de estágio, os mesmos foram selecionados tendo em consideração a possibilidade do desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER, permitindo a mobilização e a aplicação dos conhecimentos desenvolvidos nas UC's e aumentando a obtenção de conhecimentos técnico-científicos.

No que diz respeito ao primeiro ensino clínico, que se irá realizar no serviço de cirurgia vascular no Hospital de Santa Maria, tendo a informação do aumento de incidência de amputações no MI, pretende-se o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados ao doente amputado. Concernindo ao segundo tempo, no ACES do Barreiro, os motivos de seleção prendem-se ao facto de residir e exercer no CHBM, e pretender conhecer as características da população quanto às necessidades de desenvolvimento de intervenções especializadas em reabilitação em contexto comunitário.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente projeto, assim como a problemática em estudo, considera-se pertinente, no sentido de que as intervenções do EEER contribuem para ganhos em saúde para a pessoa que é submetida a amputação do MI, promovendo uma rápida recuperação, atuando na capacitação e maximização das capacidades, e simultaneamente, colaborando para a diminuição dos custos com o prolongamento do internamento.

A necessidade de realização de uma revisão narrativa da literatura para a construção do enquadramento teórico, dos objetivos e respetivas atividades, contribuiu para o desenvolvimento e aprofundamento do conhecimento teórico sobre a temática abordada. Pretende-se que o projeto realizado, sirva como uma ferramenta auxiliadora na continuação do estudo da temática nos contextos de Ensino Clínico e na integração do conhecimento teórico na prática de cuidados. Todavia, considera-se um processo contínuo, em desenvolvimento e melhoria, podendo vir sofrer alterações de acordo com as aprendizagens e oportunidades nos contextos onde será executado.

Como desafio identificado na realização do projeto, destaca-se a inexperiência da sua autora, a enfermeira-estudante, na área abordada, o que tornou necessária uma pesquisa de informação de base e procura de conhecimentos sobre o tema, os quais, todavia, deixaram sempre uma sensação de insatisfação face aos objetivos autopropostos.

Apesar deste desafio, considero bastante gratificante toda aprendizagem obtida na elaboração do presente projeto, tendo funcionado como catalisador, aumentado a vontade/desejo de intervir na temática, permitindo a contribuição, de forma significativa, para a promoção da reeducação funcional ao doente amputado.

Por fim, saliento a esperança de que o tema deste projeto de estágio incentive a comunidade científica a desenvolver e aprofundar evidência nesta área de saúde, e também dos determinantes de saúde, como por exemplo os fatores sociodemográficos que determinam a necessidade de efetuar cirurgias de amputação em tempos de pandemia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Armstrong, L. (2015). Imagem corporal e ajuste psicossocial após a amputação de um membro. *Journal of Aesthetic Nursing*, 4, 288–290.

Benavent, J. V., Marçoeuum, J., & Mohedo, J. C. (2020). Determinantes sociodemográficos para a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com amputações vasculares , conforme determinado com o questionário de avaliação de prótese. *Jornal Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública*. <https://doi.org/10.3390 / ijerph17082691>

Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2013). *Nursing As Caring: A Model for Transforming Practice* (JONES AN).

Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de boas praticas de Reabilit ação respiratoriaCarmo cordeiro.pdf* (Lusociencia (ed.); 1º).

Devan, H., Carman, A., Hendrick, P., Hale, L., & Ribeiro, D. C. (2015). Spinal, pelvic, and hip movement asymmetries in people with lower-limb amputation: Systematic review. In *Journal of Rehabilitation Research and Development* (Vol. 52, Issue 1, pp. 1–19). <https://doi.org/10.1682/JRRD.2014.05.0135>

Graham, L., Doherty, M., Wilson, C., Wilson, C., & Currie, M. (2019). The multidisciplinary rehabilitation of patients after lower-limb amputation. *Diabetic Foot Journal*, 22(3), 32–37. <https://rosalindfranklin.idm.oclc.org/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=138924850&site=ehost-live&scope=site>

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

Horowitz, L. & McCulloch, A. (2015). *Nursing A concept-based approach to learning* (I. Pearson Education (ed.); 2nd ed.).

Kolossváry, E., Ferenci, T., Kováts, T., Kovács, L., Járai, Z., Menyhei, G., & Farkas, K. (2015). Trends in Major Lower Limb Amputation Related to Peripheral Arterial Disease in Hungary: A Nationwide Study (2004-2012). In *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery* (Vol. 50, Issue 1). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2015.02.019>

Maame, V., Amoah, K., Anokye, R., Acheampong, E., Dadson, H. R., Osei, M., & Nadutey, A. (2018). *The experiences of people with diabetes - related lower limb amputation at the Komfo Anokye Teaching Hospital ( KATH ) in Ghana*. 1–6.

- Mariet, A. S., Benzenine, E., Bouillet, B., Vergès, B., Quantin, C., & Petit, J. M. (2021). Impact of the COVID-19 Epidemic on hospitalization for diabetic foot ulcers during lockdown: A French nationwide population-based study. In *Diabetic Medicine* (Vol. 38, Issue 7). <https://doi.org/10.1111/dme.14577>
- Matos, J. P., Carolino, E., & Ramos, R. (2018). Dados epidemiológicos sobre amputações realizadas em Portugal entre 2000 e 2015. *IV Jornadas de Ortoprotesia*.
- Mccormack, B. (2019). Artigo de opinião My Vision for Person-centred Nursing. *Projetar Enfermagem – Revista Científica de Enfermagem*, 2184–4402.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.13652648.2006.04042.x>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, Regulamento n.º350/2015, Série II. *Diário Da República*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, n.º26, Série II. *Diário Da República*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º392/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, n.º85, Série II. *Diário Da República*.
- Organização Mundial da Saúde, & Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*.
- Pacheco, R., & Fraga, D. (2012). Tratamento Fisioterapeutico Em Pós Operatório De Amputação Transfemural De Membro Inferior. *Revista Técnico Científica*, 1(2175–5302), 252–257.
- Pastre, C., Salioni, J., Oliveira, B. A., Micheletto, M., & Netto Júnior, J. (2005). Fisioterapia e amputação transtibial. *Arq. Ciênc. Saúde*, 12(2), 120–124.
- Phipps, W. J., Sands, J. K., & Marek, J. F. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*. (Loures: Lusociência (ed.); 6th ed.).
- Rodrigues, T. H. (2017). *Eficácia da Implementação Precoce de um Programa de Reabilitação nos Utentes submetidos a Amputação do Membro Inferior no Sucesso da Protetização* [Intituto politecnico de Viseu-Escola Superior de Saude de Viseu].

[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4428/1/Tese  
Final\\_Inacio.pdf?fbclid=IwAR3TyQoFw2uz3ubypv6iO23oamCwlld7lkOwacDLw7OGKniG4E  
1I0MqzB4](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4428/1/Tese_Final_Inacio.pdf?fbclid=IwAR3TyQoFw2uz3ubypv6iO23oamCwlld7lkOwacDLw7OGKniG4E1I0MqzB4)

Teixeira, R., Mejia, D., & Pinto, L. (2002). *A Intervenção Fisioterapêutica em Pacientes Amputados Referindo Dor Fantasma em Membros Inferiores*. Faculdade Ávila.

Viswanathan, V., & Nachimuthu, S. (2021). Major Lower-Limb Amputation During the COVID Pandemic in South India. *International Journal of Lower Extremity Wounds*, 4.  
<https://doi.org/10.1177/15347346211020985>

Vuorlaakso, M. A., Uimonen, M. M., Kuitunen, I. M., Ponkilainen, V. T., & Mattila, V. M. (2021). During the COVID-19 pandemic in Finland, the number of minor lower limb amputations decreased, whereas major amputations increased. *British Journal of Surgery*, 107(10), 1250–1261. <https://doi.org/10.1093/bjs/znab186>

Ziegler-graham, K., Mackenzie, E. J., Ephraim, P. L., Trivison, T. G., Brookmeyer, R., K, A. Z., & Ej, M. (2008). *Estimating the Prevalence of Limb Loss in the United States : 2005 to 2050*. 89(March), 422–429. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.11.005>

## **APÊNDICE I**

Tabela 1 Estratégia pesquisa na Medline e Chinahl



Tabela 1 Estratégia pesquisa na Medline e Chinahl

consulta	Limitadores / Expansores	Resultados
S35	S17 AND S18	837
S34	S17 AND S18	1,666
S33	S17 AND S18	6,290
S32	S17 AND S18	6,290
S31	((S20) AND (S17) AND S18) AND (S15 OR S16)) AND (S17 AND S18)	10
S30	((S20) AND (S17) AND S18) AND (S15 OR S16)) AND (S17 AND S18)	44
S29	((S20) AND (S17) AND S18) AND (S15 OR S16)	6
S28	((S20) AND (S17) AND S18) AND (S15 OR S16)	10
S27	((S20) AND (S17) AND S18) AND (S15 OR S16)	10
S26	((S20) AND (S17) AND S18) AND (S15 OR S16)	10
S25	((S20) AND (S17) AND S18) AND (S15 OR S16)	44
S24	((S20) AND (S17) AND S18) AND (S15 OR S16)	44
S23	(S20) AND (S17) AND S18	169
S22	(S20) AND (S17)	169
S21	S20	34,763
S20	((((S5 OR S6 OR S7) AND (S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14)) AND (S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14)) AND (S8 OR S9 OR S10 OR S11)) AND (S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14)	34,763
S19	((((S5 OR S6 OR S7) AND (S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14)) AND (S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14)) AND (S8 OR S9 OR S10 OR S11)) AND (S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14)	34,763
S18	S5 OR S6 OR S7	487,174
S17	S1 OR S2 OR S3 OR S4	46,798
S16	Quality of Life	376,758

<b>S15</b>	Activities of Daily Living	81,872
<b>S14</b>	Postoperative Care	65,078
<b>S13</b>	Nurse Specialists	5,946
<b>S12</b>	rehabilitation nursing	2,004
<b>S11</b>	Perioperative Nursing	7,320
<b>S10</b>	Nursing	770,001
<b>S9</b>	Nurses	369,855
<b>S8</b>	nursing care	54,170
<b>S7</b>	Physical Therapy Specialty	3,036
<b>S6</b>	physical therapy modalities	39,445
<b>S5</b>	Rehabilitation	464,265
<b>S4</b>	• Artificial Limbs	38,544
<b>S3</b>	Phantom Limb	2,534
<b>S2</b>	Amputation, Traumatic	4,860
<b>S1</b>	lower limb amputation	2,040



**Apêndice II-Prisma 2009 Flow Diagram**



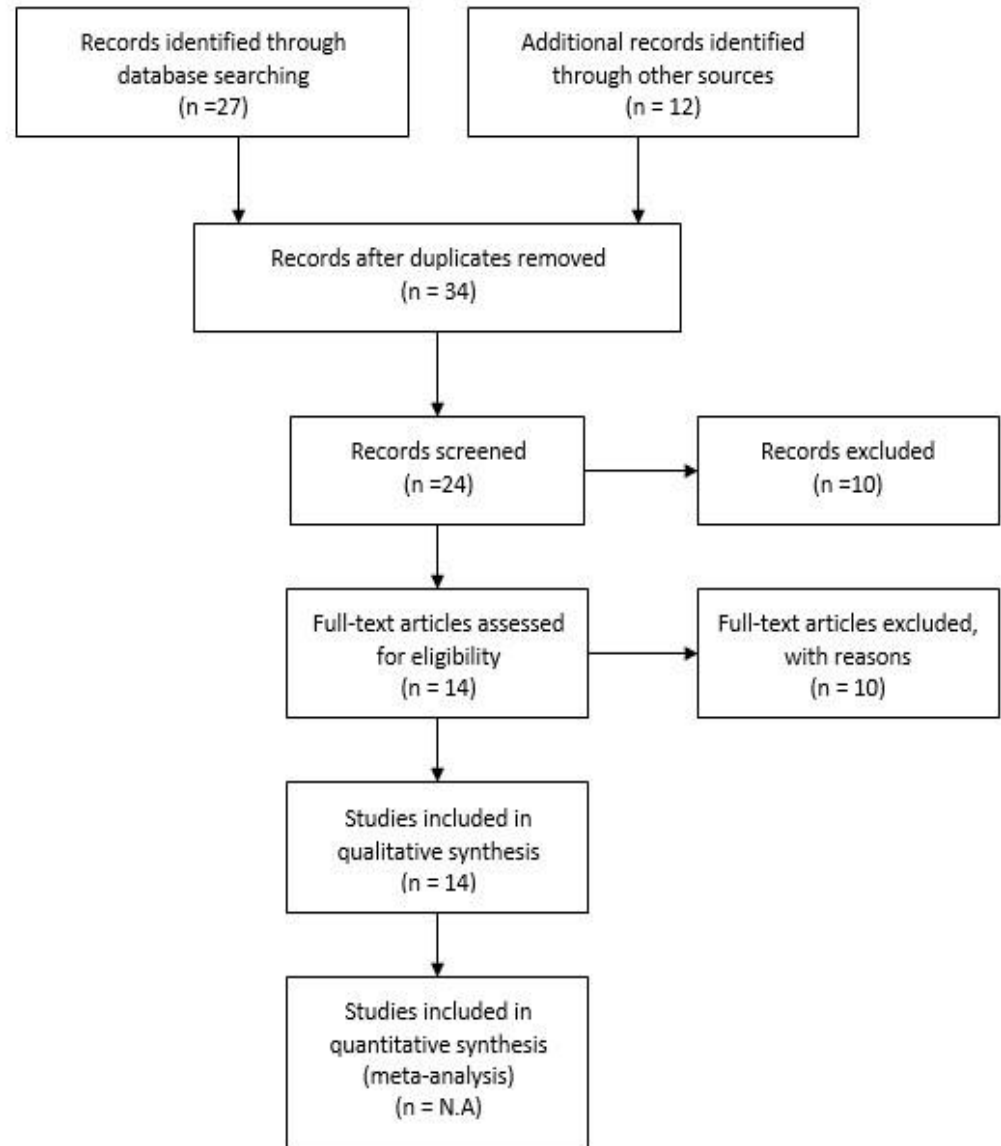
**PRISMA 2009 Flow Diagram**

Identification

Screening

Eligibility

Included





## **Apêndice III- Cronograma**





## **APÊNDICE IV-Planeamento de atividades**



<b>Objetivo específico 1:</b> Prestar cuidados de enfermagem especializada de acordo com os princípios éticos, centrados na pessoa e sua família			
<b>Domínios de Competências Abrangidos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Duração</b>
<p><b>A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal</b></p> <p>A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.</p> <p>A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade</p> <p>A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.</p> <p>A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos.</p> <p>A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.</p>	<p>-Favorecimento do respeito pelo direito do cliente à privacidade.</p> <p>-Certificação do respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde.</p> <p>-Proteção do respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.</p> <p>-Análise da informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica.</p> <p>-Implementação de medidas de prevenção e identificação de práticas de risco</p>	<p>-Ter favorecido o respeito pelo direito do cliente à privacidade.</p> <p>- Ter certificado o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde.</p> <p>- Ter assegurado o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.</p> <p>- Ter analisado a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica.</p> <p>- Ter Implementado medidas de prevenção e identificação de práticas de risco</p>	<p>- No decorrer dos dois contextos clínicos.</p>
<p><b>Recursos Humanos e Materiais:</b> Bases de dados e evidência científica; orientador clínico; professor orientador; Clientes; regulamento das competências comuns do EE; padrões de qualidade do EEER</p>			
<p><b>Crítérios de Avaliação:</b> 1) Serão as práticas do estudante fundamentadas nos padrões de qualidade emanadas pela OE?</p>			

**Objetivo específico 2:** Ampliar conhecimentos teóricos e técnicos na área da prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a amputação do membro inferior e sua família.

Domínios de Competências Abrangidos	Atividades	Indicadores	Duração
<p><b>B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade</b> <b>Competência</b> B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas</p> <p>B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade</p> <p>B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.</p> <p>B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p><b>D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b> D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica</p>	<p>-Observação da intervenção do Enfermeiro orientador na prestação de cuidados de EEER à pessoa submetida a cirurgia amputação do membro inferior.</p> <p>-Consulta de processos clínicos, exames auxiliares de diagnóstico e prescrições terapêuticas.</p> <p>-Pesquisa do melhor conhecimento e evidência científica nas áreas de intervenção</p> <p>-Colaboração no desenvolvimento de ações formativas nos contextos de trabalho.</p> <p>-Uso da evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade.</p> <p>-Utilização de indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas.</p> <p>-Identificação de oportunidades de melhoria.</p> <p>-Desenvolvimento de conhecimento sobre intervenções/cuidados que visem a preparação do coto para o uso de próteses</p> <p>-Desenvolver conhecimento sobre a utilização a utilização de produtos de apoio e dispositivos de compensação, suas</p>	<p>Ter observado a intervenção do Enfermeiro orientador na prestação de cuidados de EEER à pessoa submetida a cirurgia amputação do membro inferior.</p> <p>-Ter consultado processos clínicos, exames auxiliares de diagnóstico e prescrições terapêuticas.</p> <p>Ter pesquisado o melhor conhecimento e evidência científica nas áreas de intervenção</p> <p>-Ter Colaborado no desenvolvimento de ações formativas nos contextos de trabalho.</p> <p>-Ter Usado a evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade. -</p> <p>Ter utilizado indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas Clínicas.</p> <p>- Ter identificado oportunidades de melhoria</p> <p>-Demonstra conhecimento sobre intervenções que visem a preparação do coto para o uso de prótese</p> <p>-Demonstra conhecimento sobre a utilização a utilização de produtos de apoio e dispositivos de compensação, suas principais características e constituintes (prótese)</p>	<p>- No decorrer dos dois contextos clínicos.</p>

	<p>principais características e constituintes, (próteses)</p> <p>-Desenvolvimento de conhecimento sobre o impacto da amputação do MI em todas as dimensões do cliente/família. (Psicológico/social/espiritual/motor/económico/motor/familiar)</p> <p>- Desenvolvimento do conhecimento sobre técnicas que maximizam o desempenho motor do cliente</p> <p>-</p>	<p>- Ter demonstrado conhecimento sobre o impacto da amputação do MI em todas as dimensões do cliente (Psicológico/social/espiritual/motor/económico/motor/familiar)</p> <p>- Ter demonstrado conhecimento sobre técnicas que maximizam o desempenho motor do cliente</p>	
<p><b>Recursos Humanos e Materiais:</b> Enfermeiro EEER orientador; professor orientador; equipas multidisciplinares dos contextos; clientes; regulamentos de Competências; normas de qualidade e manuais de boas práticas; bibliografia.</p>			
<p><b>Critérios de Avaliação:</b> 1) Serão as práticas do estudante fundamentadas nos padrões de qualidade emanadas pela OE? 2) Serão as práticas do cuidado do estudante atualizadas de acordo com a nova evidência científica?</p>			

<p><b>Objetivo específico 3:</b> Analisar a atuação do EEER no contexto dos locais de estágio, compreendendo a sua articulação com a equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e comunidade.</p>			
<p><b>Domínios de Competências Abrangidos</b></p>	<p><b>Atividades</b></p>	<p><b>Indicadores</b></p>	<p><b>Duração</b></p>

<p><b>D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1</b> — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p>Competência</p> <p><b>J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</b></p> <p>J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.</p> <p>J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social</p>	<p>-Realização de uma análise de situações de cuidado que promovam autoconhecimento e a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar.</p> <p>-Identificação da participação da equipa multidisciplinar na reabilitação da pessoa alvo de cuidados.</p> <p>-Aquisição de conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras de integração e participação cívica</p>	<p>- Ter realizado de análises de situações de cuidado que promovam autoconhecimento e a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar</p> <p>-Ter identificado a participação da equipa multidisciplinar na reabilitação da pessoa alvo de cuidados.</p> <p>- Ter adquirido conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras de integração e participação cívica</p>	<p>- No decorrer dos dois contextos clínicos.</p>
<p><b>Recursos Humanos e Materiais:</b> Bases de dados e evidência científica; clientes; regulamentos de Competências; normas de qualidade e manuais de boas práticas; bibliografia.</p>			
<p><b>Crítérios de Avaliação:</b> 1) Serão as práticas do estudante fundamentadas nos padrões de qualidade emanadas pela OE? 2) Serão as práticas do cuidado do estudante atualizadas de acordo com a nova evidência científica?</p>			

<p><b>Objetivo específico 4:</b> Analisar as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a amputação do membro inferior e sua família.</p>			
<p><b>Domínios de Competências Abrangidos</b></p>	<p><b>Atividades</b></p>	<p><b>Indicadores</b></p>	<p><b>Duração</b></p>

<p><b>D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b></p> <p>D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica</p> <p><b>B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade</b></p> <p>B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p>B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.</p> <p><b>J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b></p> <p>J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.</p> <p>J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade</p>	<p>-Observação intencional de intervenções EEER</p> <p>-Pesquisa do melhor conhecimento e evidência científica nas áreas de intervenção.</p> <p>-Pesquisa do melhor conhecimento e evidência científica nas áreas de intervenção a doentes submetidos a amputação MI</p> <p>-Desenvolvimento de conhecimento, com base na melhor evidência científica, sobre patologias relacionadas com amputação do MI (DM, doença vascular)</p> <p>-Consulta de processos clínicos, exames auxiliares de diagnóstico e prescrições terapêuticas.</p> <p>-Mobilização das capacidades e conhecimentos adquiridos pela experiência profissional e formação académica nas UC's</p>	<p>-Observou intencionalmente as intervenções EEER -</p> <p>Demonstrou conhecimento com base em evidência científica nas áreas de intervenção.</p> <p>-Demonstrou conhecimento com base em evidência científica nas áreas de intervenção a doentes submetidos a amputação do MI</p> <p>- Demonstrar conhecimento com base na melhor evidência científica sobre patologias relacionadas com amputação do MI (DM, doença vascular)</p> <p>-Ter consultado processos clínicos, exames auxiliares de diagnóstico e prescrições terapêuticas.</p> <p>-Mobilização das capacidades e conhecimentos adquiridos pela experiência profissional e formação académica nas UC</p>	<p>- No decorrer dos dois contextos clínicos.</p>
<p><b>Recursos Humanos e Materiais:</b> Bases de dados e evidência científica; orientador clínico e científico, clientes/família/cuidador.</p>			
<p><b>Critérios de Avaliação:</b> 1) Serão as práticas do estudante fundamentadas nos padrões de qualidade emanadas pela OE? 2) Serão as práticas do cuidado do estudante atualizadas de acordo com a nova evidência científica?</p>			

<p><b>Objetivo específico 5:</b> Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados à pessoa e família</p>			
<p><b>Domínios de Competências Abrangidos</b></p>	<p><b>Atividades</b></p>	<p><b>Indicadores</b></p>	<p><b>Duração</b></p>

<p><b>C — Domínio da gestão dos cuidados</b></p> <p>C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.</p> <p>C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.</p> <p><b>J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</b></p> <p>J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório.</p> <p>J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados</p>	<p>- Avaliação do risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco e respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade, recorrendo ao uso de escalas.</p> <p>- Identificação das necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.</p> <p>-Avaliação da capacidade funcional da pessoa para realizar as Atividades de Vida Diárias (AVD's) de forma independente.</p> <p>-Identificação de fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD's de forma independente no contexto de vida da pessoa.</p> <p>-Seleção e prescrição de intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elaboração de programas de reeducação funcional: motora; sensorial; cognitiva; cardíaco; respiratório; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade com vista à consecução de projeto de saúde</p> <p>-Discussão/informação sobre as alterações da função a nível</p>	<p>-Avalia o risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco e respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade, recorrendo ao uso de escalas. - Identifica as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.</p> <p>-Avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar as Atividades de Vida Diárias (AVD's) de forma independente. — Identifica fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD's de forma independente no contexto de vida da pessoa.</p> <p>- Ter Selecionado e prescrito intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional: motora; sensorial; cognitiva; cardíaco; respiratório; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade com vista à consecução de projeto de saúde</p> <p>Ter informado sobre as alterações da função a nível</p>	<p>- No decorrer dos dois contextos clínicos.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------

	<p>motor da eliminação e da sexualidade com a cliente/cuidador e definindo com o cliente quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida.</p> <p>-Desenvolvimento da aprendizagem, da destreza, habilidades e competências do enfermeiro EEER</p>	<p>motor da eliminação e da sexualidade com a cliente/cuidador e define com ela quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida.</p> <p>-Ter desenvolvido a aprendizagem, a destreza, habilidades e competências do enfermeiro EEER</p>	
<p><b>Recursos Humanos e Materiais:</b> Bases de dados e evidência científica; orientador clínico e científico, clientes/família/cuidador.</p>			
<p><b>Critérios de Avaliação:</b> 1) Serão as práticas do estudante fundamentadas nos padrões de qualidade emanadas pela OE? 2) Serão as práticas do cuidado do estudante atualizadas de acordo com a nova evidência científica?</p>			

**Objetivo específico 6:** Capacitar a pessoa submetida a amputação do membro inferior e família, em processo de recuperação, na promoção da funcionalidade.

Domínios de Competências Abrangidos	Atividades	Indicadores	Duração
<p><b>C — Domínio da gestão dos cuidados</b></p> <p>C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.</p> <p>C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.</p> <p><b>J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b></p> <p>J1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade</p> <p>J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas</p> <p><b>J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</b></p> <p>J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório.</p> <p>J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.</p>	<p>-Identificação e gestão dos recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos processos terapêuticos a doentes submetidos a amputação do MI.</p> <p>-Realização de cinesioterapia respiratória</p> <p>-Prestação de cuidados ao coto</p> <p>-Realização de posicionamentos terapêuticos</p> <p>-Realização de mobilizações passiva, passiva assistida, que visem o fortalecimento muscular</p> <p>-Discussão sobre práticas de risco com o cliente/família.</p> <p>-Elaboração de planos de intervenção, selecionar e prescrever as intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível motor.</p> <p>-Ensino o cliente/família sobre a promoção de ambientes seguros incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com alteração da funcionalidade a nível motor.</p> <p>-Orientação à pessoa/família para a eliminação das barreiras arquitetónicas no contexto de</p>	<p>-Identifica e gere os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos processos terapêuticos a doentes submetidos a amputação do MI</p> <p>Ter realizado cinesioterapia respiratória.</p> <p>- Ter prestado cuidados ao coto</p> <p>-Ter realizado posicionamentos terapêuticos.</p> <p>- Ter realizado mobilizações, passiva, passiva assistida, que visem o fortalecimento muscular</p> <p>- Ter Discutido práticas de risco com o cliente/família.</p> <p>-Ter elaborado planos, selecionado e prescrito intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível: motor.</p> <p>-Ter ensinado e promovido ambientes seguros incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com alteração da funcionalidade a nível motor.</p> <p>-Ter orientado a pessoa/família para a eliminação das barreiras arquitetónicas no contexto de</p>	<p>- No decorrer dos dois contextos clínicos.</p>

<p>vida do cliente e respeito pelas questões ergonómicas.</p> <p>-Informação ao cliente/família sobre como recorrer/usufruir dos recursos existentes na comunidade</p> <p>-Identificação de barreiras arquitetónicas</p> <p>-Mobilização dos membros e fortalecimento muscular.</p> <p>-Realização de posicionamento terapêuticos</p> <p>-Realização de exercícios terapêuticos, treino de equilíbrio e transferências</p> <p>-Realização massagem/Dessensibilização do coto.</p> <p>-Ensino e supervisão à pessoa/família sobre a utilização de produtos de apoio e dispositivos de compensação (canadianas, cadeira de rodas) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa.</p> <p>-Utilização de indicadores sensíveis (Escala EQ-5D, índice barthel, o Índice de independência Funcional) aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social, capacitação, autonomia, qualidade de vida.</p> <p>-Utilização dos recursos de forma eficiente para promover a qualidade de vida.</p>	<p>vida do cliente e respeito pelas questões ergonómicas.</p> <p>-Ter informado o cliente/família sobre como recorrer/usufruir dos recursos existentes na comunidade</p> <p>- Ter identificado barreiras arquitetónicas.</p> <p>-Ter realizado mobilizações dos membros, promovendo o fortalecimento muscular. -Ter realizado posicionamentos terapêuticos</p> <p>-Ter realizado exercícios terapêuticos, treino de equilíbrio e transferências</p> <p>-Ter realizado massagem/Dessensibilização do coto.</p> <p>-Ter ensinado e supervisionado a utilização de produtos de apoio e dispositivos de compensação (canadianas, cadeira de rodas) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa.</p> <p>-Ter usado indicadores sensíveis (Escala EQ-5D, índice barthel, o Índice de independência Funcional) aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida.</p> <p>-Ter utilizado os recursos de forma eficiente para promover a qualidade de vida</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Recursos Humanos e Materiais:** Bases de dados e evidência científica; enfermeiro EEER orientador; professor orientador; equipas multidisciplinares dos contextos; clientes; regulamentos de Competências; normas de qualidade e manuais de boas práticas; bibliografia.

**Crítérios de Avaliação:**

- 1) Serão as práticas do estudante fundamentadas nos padrões de qualidade emanadas pela OE?
- 2) Serão as práticas do cuidado do estudante atualizadas de acordo com a nova evidência científica?
- 3) A articulação para a aquisição de materiais de apoio necessários possibilitando promover a reinserção social e maximizar a independência e capacidade funcional?
- 4) A supervisão dos familiares /cuidadores na prestação de cuidados ER delegados está a permitir garantir a qualidade e segurança dos cuidados?

**Objetivo específico7:** Implementar intervenções de EER à pessoa e família que visem a maximização da funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Domínios de Competências Abrangidos	Atividades	Indicadores	Duração
<p><b>C — Domínio da gestão dos cuidados</b></p> <p>C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde</p> <p><b>J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</b></p> <p>J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.</p> <p>J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.</p> <p>J1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade</p> <p>J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p> <p><b>J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</b></p> <p>J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando</p>	<p>- Implementação de métodos de organização do trabalho adequados.</p> <p>-Utilização da informação para definir as principais prioridades de saúde com vista a consecução do projeto de saúde da pessoa.</p> <p>-Elaboração de planos de cuidados, (um para cada contexto) que visem a seleção e prescrição das intervenções para otimizar e/ou reeducar a função motora com programas de reeducação funcional, motora da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade com vista à consecução de projeto de saúde.</p> <p>-Seleção e prescrição de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).</p> <p>-Manutenção da segurança dos programas e planos de reabilitação implementados.</p> <p>-Monitorização da implementação e os resultados dos programas de: redução do risco; otimização da função; reeducação funcional; treino</p> <p>-Reformulação dos objetivos, estratégias, programas e projetos com base na variação atingida.</p>	<p>- Ter implementado métodos de organização do trabalho adequados.</p> <p>-Ter utilizado a informação para definir as principais prioridades de saúde com vista a consecução do projeto de saúde da pessoa.</p> <p>-Ter elaborado planos de cuidados, que visem a seleção e prescrição das intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional, motora da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade com vista à consecução de projeto de saúde.</p> <p>- Ter selecionado e prescrito produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).</p> <p>-Ter garantido a segurança dos programas e planos de reabilitação implementados.</p> <p>-Ter monitorizado a implementação e os resultados dos programas de: redução do risco; otimização da função; reeducação funcional; treino. -</p> <p>Ter Reformulado os objetivos, estratégias, programas e projetos com base na variação atingida.</p>	<p>- No decorrer dos dois contextos clínicos.</p>

<p>a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida</p> <p>J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social</p>	<p>-Uso de indicadores sensíveis (escalas) aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida</p> <p>- Utilizar os recursos de forma eficiente para promover a qualidade de vida.</p>	<p>-Ter usado indicadores sensíveis (escalas) aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida</p> <p>- Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade de vida.</p>	
<p><b>Recursos Humanos e Materiais:</b> Enfermeiro EEER orientador; professor orientador; equipas multidisciplinares dos contextos; clientes; regulamentos de Competências; normas de qualidade e manuais de boas práticas; bibliografia.</p>			
<p><b>Crítérios de Avaliação:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Serão as práticas do estudante fundamentadas nos padrões de qualidade emanadas pela OE?</li> <li>2) Serão as práticas do cuidado do estudante atualizadas de acordo com a nova evidência científica?</li> <li>3) A articulação para a aquisição de materiais de apoio necessários possibilitando promover a reinserção social e maximizar a independência e capacidade funcional?</li> <li>4) A supervisão dos familiares /cuidadores na prestação de cuidados ER delegados está a permitir garantir a qualidade e segurança dos cuidados?</li> </ol>			

**Apêndice II - Folheto Amputação do membro inferior:  
Posicionamentos a evitar**

**Legislação aplicável à pessoa submetida a amputação da perna**

**Comparticipações:**  
 O valor para comparticipação do estado é de 100% do PVP (Portaria nº42-F/2017, do D.R. 1ª série, nº45 de 3 de março 2017)

**Benefícios:**

**Saúde**-Ficar isento do pagamento de taxas moderadoras. Para o efeito deverá requerer um atestado de incapacidade que tem "função multiluso"

**Transporte**- Adquirir automóvel ligeiro com isenção de imposto sobre veículos (Dec. Lei nº 259/93 de 22 de julho)

**Habituação**- Obter condições especiais de acesso ao crédito (Dec. Lei nº230/80 de 18 de julho)

**Elaborado por:**  
 Enf.ª Helena Tiago, 12ºCMEER, ESEL

**Orientado por:**  
 Enf.ª EER  
 Prof.ª Doutora Fátima Mendes Marques

Fuentes das imagens: Fernando Tiago



**AMPUTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR**  
**POSICIONAMENTOS A EVITAR**



<https://img.vandsp.com.br/wp>



Área de Cirurgia

Novembro, 2021



**O QUE EVITAR NOS POSICIONAMENTOS**

O posicionamento mantém o alinhamento de todo o corpo, sendo muito importante na recuperação da cirurgia. A adoção dos seguintes posicionamentos irá levar ao aparecimento de contraturas, e atrasar o processo de recuperação, razão pela qual devem ser evitados.

**NÃO** colocar almofadas debaixo das costas quando estiver deitado de costas

**NÃO** Colocar almofadas debaixo da anca ou joelho quando esta deitado na cama

**NÃO** deixar que as pernas caiam para fora quando está deitado de costas

**NÃO SE ESQUEÇA QUE A SUA PARTICIPAÇÃO É ESSENCIAL PARA UMA BOA RECUPERAÇÃO**

**O QUE EVITAR NOS POSICIONAMENTOS**

**NÃO** colocar almofadas entre as pernas quando deitado de costas

**NÃO** estar de pé com o coto apoiado na barra do andalinho ou na pega da canadiana

**NÃO** se sentar com os joelhos fletidos ou as pernas cruzadas

**A EQUIPA DE SAÚDE DESEJA-LHE RÁPIDAS MELHORAS E UM INTERNAMENTO TÃO BREVE QUANTO POSSÍVEL.**

**Apêndice III - Procedimento sectorial: Monitorização do risco de queda e prevenção da queda em ambiente domiciliar.**

	Procedimento Sectorial ÁREA	CQSD/004
	Monitorização do risco de queda e prevenção da queda em ambiente domiciliár.	

1. OBJECTIVO  
Implementar estratégias de intervenção para a prevenção e redução de quedas na pessoa idosa em contexto domiciliár.
2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO  
Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados na comunidade
3. RESPONSABILIDADES
- 3.1. Pela implementação do Procedimento: Equipa de Enfermagem da UCC

4. DEFINIÇÕES

**Queda:** é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, provocado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade (World Health Organization, 2007)

**Quedas fisiológicas previstas:** ocorrem nas pessoas com risco de queda, designadamente com alterações da marcha e uso de dispositivos médicos de locomoção e pessoas confusas, desorientadas no tempo e/ou espaço (Morse, 2009)

ELABORAÇÃO	
Nome dos profissionais que elaboraram o documento	_____
VERIFICAÇÃO	
CQSD	_____

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	N.º PAGOS
1ª	31/05/2022	1/14

	Procedimento Sectorial ÁREA	CQSD/004
	Monitorização do risco de queda e prevenção da queda em ambiente domiciliár.	

- Avaliação da marcha e equilíbrio através da aplicação de um teste de rastreio como o *Timeo Up and Go Test (TUG)* (anexo II).
  - Exame neurológico incluindo avaliação cognitiva através do *Miri Mental State Examination (MMSE)* (anexo III).
  - Avaliação da acuidade visual e auditiva.
  - Avaliação da força muscular com recurso à escala *Medical Research Council (MRC)*.
  - Exame podológico, avaliação do calçado e vestuário.
  - Avaliação da pessoa idosa com recurso à escala *Fallz Efficacy Scale Internacional/7* (Marques-Vieira et al., 2021) (anexo IV).
  - Avaliação criteriosa do risco ambiental, (Oliveira et al., 2014; Santos & Baixinho, 2019) com recurso à escala *Home Falls and Accidents Screening Tool (Home FAST)* (Sousa et al., 2010).
4. Nos utentes sem risco de queda devem ser implementadas as seguintes precauções básicas (N.º008/2019, 2019; Santos & Baixinho, 2019).

- Instruir sobre:
- a) A importância de manter uma iluminação adequada, com luz de presença e manter o piso seco e limpo (Oliveira et al., 2018; Queiroz et al., 2020).
  - b) A necessidade de remoção de barreiras e obstáculos no percurso de marcha no domicílio (tapetes soltos, móveis e animais) (Oliveira et al., 2018; Queiroz et al., 2020).

Avaliação e ensino sobre:

a) Sapatos e vestuário adequados à marcha.

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	N.º PAGOS
		3/14

	Procedimento Sectorial ÁREA	CQSD/004
	Monitorização do risco de queda e prevenção da queda em ambiente domiciliár.	

5. DESCRIÇÃO
1. Deve ser realizada a avaliação do risco de queda a todos os utentes em contexto domiciliár.
    - a) Através da Escala de Quedas de Morse, validada para Portugal (anexo I).
    - b) A avaliação deve ser realizada na primeira Visita Domiciliária (VD), na ocorrência da alteração do estado clínico ou alterações ambientais e no momento da alta (N.º008/2019, 2019; Santos & Baixinho, 2019).
  2. Deve ser realizada educação para a saúde à pessoa /cuidador com abordagem aos fatores de risco de quedas, precauções básicas e medidas específicas, no âmbito da literacia em saúde utilizando uma linguagem adaptada à pessoa (N.º008/2019, 2019; Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).
  3. Na presença de risco de queda, deve se proceder à realização de uma avaliação multifatorial (N.º008/2019, 2019):
    - a) História de quedas.
    - b) Comorbidades que aumentam o risco de queda (em particular: compromisso cognitivo, incontinência, compromisso da visão, síndrome vertiginosa, síncope e patologia osteoarticular).
    - c) Revisão terapéutica (em particular de analgésicos, incluindo opiáceos, antipsicóticos, benzodiazepinas incluindo fármacos análogos, antiépilepticos/anticonvulsivos, anti-hipertensivos, antiarrítmicos, antidepressivos e diuréticos).
    - d) Exame objetivo realizado por EEER, através de:

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	N.º PAGOS
		2/14

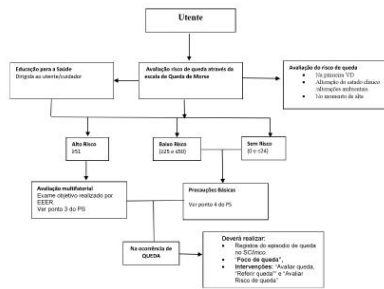
	Procedimento Sectorial ÁREA	CQSD/004
	Monitorização do risco de queda e prevenção da queda em ambiente domiciliár.	

- b) Ajudas sensoriais acessíveis (ex: Óculos, aparelhos auditivos).
  - c) Dispositivos de apoio à marcha (ex: canadianas, andalhões, cadeiras de rodas, cadeiras sanitárias) disponíveis em condições de utilização segura e acessíveis.
  - d) Dispositivos de segurança (ex: corrimãos, barras de apoio aos sanitários) disponíveis e acessíveis e em condições de utilização segura.
6. Registo e Avaliação pós queda
- Após ocorrência de queda deverá ser realizado o registo da mesma no *Solínico*, abrindo "foco de queda" e definir como intervenções "Avaliar queda" "Referir queda" e "Avaliar Risco de queda".

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	N.º PAGOS
		4/14

Procedimento Sectorial ÁREA		COD:001
Monitorização do risco de queda e prevenção da queda em ambiente domiciliár.		

7. Algoritmo



8. SIGLAS E ABREVIATURAS

- ACES - Agrupamentos do Centro de Saúde
- ECCI - Equipa de Cuidados Integrados
- ER - Enfermagem de Reabilitação
- EER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
- PS - Procedimento Sectorial
- UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade
- VD - Visita Domiciliária

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	N.º PÁGS.
		6/14

Procedimento Sectorial ÁREA		COD:001
Monitorização do risco de queda e prevenção da queda em ambiente domiciliár.		

<https://doi.org/10.6018/eglobal.15.2.230251>  
 World Health Organization. (2007). *WHO global report on falls prevention in older age*.  
 World Health Organization.  
<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wpcontent/uploads/2014/06/WHO-Globa>

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	N.º PÁGS.
		7/14

Procedimento Sectorial ÁREA		COD:001
Monitorização do risco de queda e prevenção da queda em ambiente domiciliár.		

REFERÊNCIAS

Despacho nº 1400-A/2015. (2015). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Ministério da Saúde. *Diário Da República, II Série*(2), (N.º 28 de 10-02-2015) 3882(2)-3882(10). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>

Marques-Vieira, C. M. A., Sousa, L. M. M. Baixinho, C. R. S. L., Reis, M. G. M. Pérez-Rivas, F. J., & Sousa, L. M. R. (2021). Validação da falls efficacy scale internacional 7 itens em idosos portugueses residentes na comunidade. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 30, 1–12. <https://doi.org/10.1590/1980-285X-TCE-2019-0243>

Morse, J. (2000). *Preventing patient falls* (2ª ed.). Springer Publishing Company.

Nº008/2019. N. (2019). *Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares*. Direção-Geral da Saúde. 2017(008), 1–20. <https://normas.dgs.minsaude.pt/2019/12/09/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares>

Oliveira, A. S. de, Trevizan, P. F., Bestetti, M. L. T., & Melo, R. C. de. (2014). Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(3), 637–645. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13087>

Oliveira, T., Baixinho, C., & Henriques, M. A. (2018). Risco multidimensional de queda em idosos. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 31(2), 1–8. <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7058>

Queiroz, A., Feltosa, C., Rodrigues, G., & Sousa, J. (2020). Intervenções de prevenção de quedas de idosos em ambiente domiciliár. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*, 2(4), 1–5. <https://revistarebbs.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/115/107>

Santos, B., & Baixinho, C. (2019). Intervenções de enfermagem no espaço físico da casa para prevenir a queda no idoso: Revisão Integrativa da Literatura. *Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa*, 2, 91–100. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2007/1943>

Sousa, L., Marques-Vieira, C., Caldeira, M., Nogueira, N., Henriques, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2016). Instrumentos de avaliação do risco de quedas em idosos residentes na comunidade. *Enfermería Global*, 42, 508–521.

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	N.º PÁGS.
		6/14

Procedimento Sectorial ÁREA		COD:001
Monitorização do risco de queda e prevenção da queda em ambiente domiciliár.		

ANEXOS

Anexo I- Escala de Morse

Morse Fall Scale - Versão original <sup>1</sup>	Morse Fall Scale - Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil	Pontos
1. History of falling	1. Histórico de quedas	
No	Não	0
Yes	Sim	25
2. Secondary diagnosis	2. Diagnóstico Secundário	
No	Não	0
Yes	Sim	15
3. Ambulatory aid	3. Auxílio na deambulação	
None/Not used/None used	Nenhuma/Acadado/Ausiliado por Profissional da Saúde	0
Craches/Care Walker	Muletas/Bengala/Andador	15
Walkers	Móveis para andar	30
4. Incontinence	4. Terapias Endereçadas/dispositivo endereçado ou hiperativado	
No	Não	0
Yes	Sim	20
5. Gait	5. Marcha	
Normal/Not used/Wheelchair	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Weak	Fraca	10
Impaired	Comprometida/Instável	20
6. Mental status	6. Estado Mental	
Oriented to time/ability	Orientado para tempo e com capacidade/limitação	0
Oriented to time/limited	Superfícies expostas/Excesso limitações	15

Anexo II - TIMED UP AND GO TEST (TUGT)

1) Material e preparação:

- a) Cronómetro para medir o tempo de execução do teste (segundos);
- b) Cadeira de braços, com assento colocado entre 44 e 47 cm de altura;
- c) Em frente à cadeira, deverá existir um percurso disponível com 3 metros de comprimento;

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	N.º PÁGS.
		8/14

	Procedimento Sectorial ÁREA	COD001
	Monitorização do risco de queda e prevenção da queda em ambiente domiciliár.	

d) Medir, a partir da linha que une as pernas da cadeira, uma distância de três metros e assinalar no chão com fita adesiva;

e) Deve ser usado calçado e auxiliares de marcha habituais;

f) A pessoa deve levantar-se, andar até alcançar a marca, dar a volta, regressar e sentar-se de novo;

g) O teste termina quando as nádegas tocam o assento da cadeira;

h) Deve ser pedido à pessoa para andar a uma velocidade confortável e segura.

**2) Instruções para a execução do teste:**

a) A pessoa começa por estar corretamente sentado, com as costas encostadas e os braços apoiados nos braços da cadeira;

b) Em caso de uso de auxiliar de marcha os braços não devem estar apoiados no auxiliar, mas este deve estar ao alcance da pessoa;

c) Demonstrar o teste;

d) À ordem de "Partida" a pessoa deve iniciar o teste e o examinador inicia o cronómetro;

e) O cronómetro pára quando as nádegas tocam o assento da cadeira. São considerados como tendo elevado risco de queda os adultos/idosos com tempos de desempenho no teste TUG iguais ou superiores a 13,5 segundos

**Anexo III – MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)**

**1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)**

Em que anos estamos? \_\_\_\_

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	N.º PÁGS.
		914

	Procedimento Sectorial ÁREA	COD001
	Monitorização do risco de queda e prevenção da queda em ambiente domiciliár.	

b) "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

c) "Quando eu lhe der esta folha de papel pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_

d) "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar o cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS", sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos \_\_\_\_

e) "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

**FRASE:**

**6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta)**

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

TOTAL (máximo 30 pontos): \_\_\_\_

Escala de normalidade em função da escolaridade:

- Analfabetos ≥ 15 pontos
- Entre 1 a 11 anos de escolaridade ≥ 22 pontos
- Mais de 11 anos de escolaridade ≥ 27 pontos

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	N.º PÁGS.
		1214

	Procedimento Sectorial ÁREA	COD001
	Monitorização do risco de queda e prevenção da queda em ambiente domiciliár.	

Em que mês estamos? \_\_\_\_

Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_

Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_

Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_

Em que país estamos? \_\_\_\_

Em que distrito vive? \_\_\_\_

Em que terra vive? \_\_\_\_

Em que casa estamos? \_\_\_\_

Em que andar estamos? \_\_\_\_

**2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)**

"Vou dizer três palavras, queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure ficar a sabe-las de cor".

Pera \_\_\_\_

Gato \_\_\_\_

Bola \_\_\_\_

**3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta, se der uma resposta errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas):** "Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".  
27\_24\_21\_18\_15

**4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)**

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pera \_\_\_\_

Gato \_\_\_\_

Bola \_\_\_\_

**5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)**

a) "Como se chama isto?" Mostrar os objetos:

Relógio \_\_\_\_

Lápis \_\_\_\_

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	N.º PÁGS.
		1014

	Procedimento Sectorial ÁREA	COD001
	Monitorização do risco de queda e prevenção da queda em ambiente domiciliár.	

**Anexo IV- Falls Efficacy Scale Internacional 7 (FES)**

Anexo 1				
Escala de eficácia de quedas - Internacional - Brasil (FES-I-Brasil)				
Apresenta garantias de ter alguma pergunta sobre qual é sua preocupação e respeito a possibilidade de cair. Por favor, responda imaginando como você normalmente se comporta. Se não estiver certo de ter a resposta certa, marque a opção "Não sei". Marque a opção "Não sei" apenas se não estiver certo de sua resposta sobre a preocupação específica com a possibilidade de cair, se não tiver certeza absoluta.				
	Nem um pouco preocupado	Um pouco preocupado	Muito preocupado	Extremamente preocupado
	1	2	3	4
1. Esperar a casa (se passar pelo degrau ou fora e dentro)	1	2	3	4
2. Vestido ou vestido à roupa	1	2	3	4
3. Preparar refeições simples	1	2	3	4
4. Tomar banho	1	2	3	4
5. Ir ao supermercado	1	2	3	4
6. Sentar-se no encosto de uma cadeira	1	2	3	4
7. Subir ou descer escadas	1	2	3	4
8. Caminhar para a cozinha	1	2	3	4
9. Pegando algo a um de 30 centímetros do chão	1	2	3	4
10. Não andar sozinho pelo lado do cur	1	2	3	4
11. Andar sobre tapetes e carpetes (se não for necessário)	1	2	3	4
12. Andar em um espaço aberto	1	2	3	4
13. Andar em lugares cheios de gente	1	2	3	4
14. Caminhar sobre superfícies irregulares (com pedras, buracos)	1	2	3	4
15. Subir ou descer uma ladeira	1	2	3	4
16. Ir a uma atividade social (se não se sentir, marido ou família ou encontro no clube)	1	2	3	4

**Anexo V- Home Falls and Accidents Screening Tool (Home FAST)**

Questão	SIM	NÃO
<b>1 - As passagens estão livres de cabos, fios e outros obstáculos?</b> <b>Definição:</b> Sem cabos ou obstáculos (por exemplo: caixas, jornais, objetos) invadindo as passagens ou as entradas. Inclui móveis e outros itens, que obstruem portas e corredores; objetos atrás das portas impedindo que estas se abram completamente e calçadas elevadas nas portas.		
<b>2 - Os revestimentos para pavimentos encontram-se em boas condições?</b> <b>Definição:</b> Carpetes lisos e sem saliências; Sem azulejos partidos, gastos/pulidos ou ausentes - incluindo revestimentos nas escadas.		
<b>3 - Os pavimentos são antiderrapantes?</b> <b>Definição:</b> Resposta se não observa azulejos no chão da cozinha, casa de banho, lavanderia e outras divisões, além de qualquer piso polido. Só deve considerar sim, se observa que a cozinha, casa de banho e outras divisões da casa apresentam pisos ou superfícies antiderrapantes.		

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	N.º PÁGS.
		1214

	Procedimento Sectorial ÁREA	COD001
	Monitorização do risco de queda e prevenção da queda em ambiente domiciliár.	

4 - Os tapetes soltos encontram-se devidamente fixos no chão? <b>Definição:</b> Na parte de trás dos tapetes estes possuem um suporte eficaz antiderrapante ou ficam aderentes ao chão, ou ausência de tapete.		
5 - A pessoa consegue entrar e sair da cama, com facilidade e em segurança? <b>Definição:</b> A cama apresenta altura e firmeza adequadas, não necessitando de se erguer apoiado no mobiliário.		
6 - A pessoa consegue levantar-se da cadeira, com facilidade e em segurança? <b>Definição:</b> A cadeira apresenta altura adequada à pessoa, os assentos de braços são acessíveis para erguer-se, a almofada do assento é firme.		
7 - Tem iluminação suficiente para permitir à pessoa ver claramente? <b>Definição:</b> O quarto tem iluminação suficiente (paredes pintadas com cores leves e sem cortinados pesados)? Verifique se não há zonas com menos iluminação em toda a área do quarto. Existe uma adequada iluminação nas escadas e com bom contraste com o corrimão?		
8 - A pessoa pode ligar a luz facilmente, junto à sua cama? <b>Definição:</b> A pessoa não tem que sair da sua cama para ligar uma luz à noite – tem uma lanterna ou luz na mesa-de-cabeceira. Tem iluminação suficiente durante a noite nos corredores.		
9 - Os espaços exteriores são bem iluminados à noite? <b>Definição:</b> existe iluminação suficiente em todas as partes e nas passagens usadas mais frequentemente. As paredes são pintadas com cores claras.		
10 - A pessoa é capaz de usar a sanita, facilmente e com segurança? <b>Definição:</b> A sanita tem a altura adequada, a pessoa não precisa segurar-se ao suporte do papel/piatoaíha. Existe uma barra de apoio, se necessário.		
11 - A pessoa é capaz de entrar e sair da banheira, facilmente e com segurança? <b>Definição:</b> A pessoa é capaz de entrar sem risco e pode se baixar-se /levantar-se sem necessidade de se agarrar à louça sanitária (ou se usa bancos ou apoio no chuveiro sem risco).		
12 - A pessoa é capaz de entrar/sair do poliban facilmente e com segurança? <b>Definição:</b> A pessoa consegue entrar/sair sem ter que se apoiar ou segurar.		

Edição	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº FOL.
		14/14

	Procedimento Sectorial ÁREA	COD001
	Monitorização do risco de queda e prevenção da queda em ambiente domiciliár.	

13 - Há uma barra de apoio acessível e resistente no chuveiro ou ao lado da banheira? <b>Definição:</b> Existe uma barra de apoio fixa firmemente à parede, que não o suporte da toaíha, e que		
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Edição	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº FOL.
		14/14

## **ANEXOS**

**Anexo I - Declaração de formadora (contexto hospitalar)**

# DECLARAÇÃO

Declara-se que **HELENA TIAGO** colaborou como formador(a) na **Ação de Formação em Serviço** "**Posicionamento a evitar na pessoa submetida a Amputação dos Membros Inferiores**", realizada pelo(a) **CIRURGIA** no dia **06 de Dezembro de 2021**, com a duração total de **1 hora**.

Lisboa, 18 de Janeiro de 2022

Pei' A Área de Gestão da Formação

Área de Gestão da Formação

*Declaração FS N.º740/2021/CC/MC*

---

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001  
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 – ACSS)

**Anexo II - Declaração de formadora (contexto comunitário)**

---

# FORMAÇÃO EM SERVIÇO

## Declaração

Para os devidos efeitos declara-se que a Enf.<sup>a</sup> HELENA TIAGO apresentou a sessão de formação com a temática “*Apresentação do Procedimento - Monitorização do Risco de Queda e Prevenção da Queda em Ambiente Domiciliar*” destinado aos profissionais da UCC [REDACTED] no dia 26/01/2022 com a duração de 60 minutos.

[REDACTED] 26 / 01 / 2022

Unidade de Cuidados na Comunidade

[REDACTED]

**Anexo III - Declaração de participação no Webinar: Projetos, Percursos e Desafios para Enfermagem de Reabilitação**

# Certificado

---

Certifica-se que Helena Susana Santos Tiago participou no Webinar: "Projetos, Percursos e Desafios para a Enfermagem de Reabilitação", realizado online no dia 25 de outubro de 2021 com a duração de 7,5h.

A coordenadora do GaFDP

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

**Anexo IV - Declaração de participação no Webinar: Formação,  
Investigação e Exercício Clínico**

# Certificado

Certifica-se que Helena Susana Santos Tiago participou no Webinar do Departamento Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso "**Formação, Investigação e Exercício Clínico**", realizado online no dia 10 de novembro de 2021, com a duração de 4 horas.

A coordenadora do GaFDP

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento


**Anexo V - Declaração de participação no Webinar: Redação de Artigos Científicos**

# Certificado

Helena Susana Santos Tiago

Participou no Webinar Elaboração de artigos científicos, que decorreu no dia 17 de fevereiro de 2022, das 14h às 16h.

Lisboa, 18 de fevereiro de 2022



**A Coordenadora do CIDNUR**  
**Andreia Jorge Silva da Costa**