



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

Relatório de Estágio

**A intervenção do Enfermeiro especialista em
Reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade**

Cláudia Sofia Lourenço Rasteiro

**Lisboa
2022**



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

Relatório de Estágio

**A intervenção do Enfermeiro especialista em
Reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade**

Cláudia Sofia Lourenço Rasteiro



Orientador: Prof^a. Dra. Cristina Baixinho



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

Fernando Pessoa

LISTA DE ABREVIATURAS

DGS – Direção Geral da Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FF – Fratura de Fragilidade

FEPP - Fraturas de Extremidade Proximal do Fémur

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INE - Instituto Nacional de Estatística

INTO - Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia

MRC - Medical Research Council

OMS - Organização Mundial de Saúde

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TEDAC - Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado

UCC - Unidade de Cuidados Continuados

WHO – World Health Organization

RESUMO

O envelhecimento é um desafio para a sociedade moderna, mesmo com a descoberta de novas tecnologias aplicadas à saúde, o progresso na deteção precoce de determinadas patologias e o seu tratamento, a melhoria das condições socioeconómicas da população, que tem contribuído para o aumento da esperança média de vida, não se tem conseguido aumentar a qualidade de vida.

A queda, problema de saúde pública, é um exemplo de como um acidente pode limitar a independência, a capacidade funcional e a interação social, uma vez que este evento adverso está associado ao declínio funcional, aumento da dependência e aumento das complicações associadas à síndrome da imobilidade.

A face mais visível da queda é a fratura da extremidade proximal do fémur, com a revisão da literatura a observar que é difícil a pessoa recuperar os níveis de funcionalidade que tinha pré-fratura, perdendo capacidade e qualidade de marcha e ficando mais propensa à recorrência de nova queda.

É consensual que a reabilitação e a existência de programas estruturados centrados nas necessidades da pessoa, que garantam a continuidade de cuidados, com enfoque na capacitação da pessoa e cuidador para o autocuidado, na segurança no regresso a casa e adesão aos cuidados planeados tem impacto positivo na recuperação e qualidade de vida.

Com o objetivo de desenvolver as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, em Portugal, estruturou-se um projeto concretizado ao longo dos ensinamentos clínicos do curso de mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

Os resultados da revisão da literatura, as oportunidades de aprendizagem clínica e os momentos de reflexão sobre a prática permitiram identificar as necessidades das pessoas idosas com fratura da extremidade proximal do fémur, planejar cuidados especializados e avaliar o resultado da intervenção. Concluímos cientes de ter desenvolvido as competências requeridas para o desempenho de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Palavras-chave: Fraturas de fragilidade, Enfermagem de Reabilitação, Quedas e Funcionalidade.

ABSTRACT

Aging is a challenge for modern society, even with the new technology discoveries in the health field, the progress in early detection and treatment of specific pathologies, the improvement of socioeconomical population conditions that has contributed for the average life expectancy increase, increasing life quality has not been achieved.

The fall, a public health problem, is an example of how an accident can limit independence, functional capacity and social interaction, once this adverse event is associated with functional decline, dependency increase, and the increase of complications associated with immobility syndrome.

The most visible part of the fall is the femur proximal end fracture, with literature review highlighting the difficulty of recovering pre-fracture functional levels, losing gait quality and capacity and being proper to a new fall.

It is consensual that rehabilitation and people need focused programs, which ensure health care continuation, focusing on people and caregivers' enablement for self-care, safe home returning, and health care adherence have a positive impact in recovery and life quality.

With the aim of developing general and specific skills of Specialists on Rehabilitation Nursing Nurses, in Portugal, a program created through master's degree clinical studies was structured.

The literature review results, the clinical learning opportunities and practical reflexion moments allowed to identify old people with femur proximal end fracture needs, plan specialized care and evaluate intervention results. We concluded this program believing to have developed required skills for nursing rehabilitation care performance.

Palavras-chave:

Frailty Fractures, Rehabilitation Nursing, Falls and Functioning

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1 - REVISÃO DA LITERATURA	15
2 - MODELO TEÓRICO	18
3 - INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE REABILITAÇÃO	21
3.1 - IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO.....	22
3.2 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DAS COMPETENCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA	23
3.3 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DAS COMPETENCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE REABILITAÇÃO.....	31
4 - AVALIAÇÃO	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
APÊNDICES	

APÊNDICE I – PROJETO DE FORMAÇÃO: A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO À PESSOA COM FRATURA DE
FRAGILIDADE

INTRODUÇÃO

Portugal é um país envelhecido e os dados dos Censos 2021 revelaram um cenário pior do que se esperava; quase um quarto da população (23,4%) tem mais de 65 anos, a terceira maior percentagem a nível mundial, só atrás do Japão (28,4%) e praticamente a par de Itália (23,5%) (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2021).

Por cada cem jovens, há agora 182 idosos, um valor que superou todas as previsões e que mostra um ritmo de envelhecimento cada vez mais acelerado (INE, 2021).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2021) nos próximos cinquenta anos Portugal vai perder população, passando dos atuais 10,3 para 8,2 milhões de pessoas. O número de jovens diminuirá de 1,4 para cerca de 1,0 milhões e o número de idosos (mais de 65 anos) passará de 2,2 para 3,0 milhões. O índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens. Em 1961, havia 27 idosos por cada 100 jovens.

Se por um lado, o aumento da esperança média de vida das populações a nível mundial, assume uma importante conquista das sociedades e mostra o desenvolvimento socioeconómico e tecnológico, melhores condições de vida, melhores cuidados de saúde e melhor acessibilidade aos serviços de saúde (Araujo, Campos, Lumini, & Nogueira, 2022). Por outro, o somar mais anos à idade torna-se um desafio para os cidadãos e os sistemas de saúde para garantirem a manutenção de capacidades, prevenção de acidentes e promoção da saúde, funcionalidade e participação social destes cidadãos de maior idade.

No relatório mundial de envelhecimento e saúde emanado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), podemos atentar que o conceito de envelhecimento, biologicamente é associado a um conjunto de grande diversidade de malefícios moleculares e celulares. Com o passar do tempo, esse dano pode levar a uma perda gradual das reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair doenças e um declínio geral na capacidade interna da pessoa. Essas mudanças não são simples ou fixas e são apenas vulgarmente associadas à idade de uma pessoa em anos (OMS, 2015).

Outras mudanças ocorrem para além do avançar da idade, mudanças que estão relacionadas com os papéis e a posição social, com a necessidade de lidar com

perdas de relações próximas. Os objetivos, as motivações e as afeições também podem mudar, embora algumas dessas mudanças possam ser orientadas por uma adaptação à perda, outras refletem o desenvolvimento contínuo associado ao avançar da idade, com a responsabilidade também de assumir outros papéis (OMS, 2015).

Num estudo transversal e descritivo sobre a fragilidade dos idosos no domicílio aparece associado ao envelhecimento o conceito de fragilidade, embora não exista um consenso sobre a definição deste termo, ela aparece associada a outras comorbilidades, à polimedicação, à autopercepção de saúde deficitária, às alterações sensoriais tais como a dificuldade na visão e na audição, ao cansaço fácil, ao desequilíbrio na marcha, entre outros (Faria et al., 2021).

A fragilidade é assumida como uma síndrome que pode influenciar negativamente a capacidade funcional, cognitiva e a participação nas atividades básicas da vida diária (Faria et al., 2021) e por isso deve ser uma prioridade para a intervenção dos profissionais de saúde, não só em termos de diagnóstico, como também de intervenção precoce (Faria et al., 2021).

Sabemos que o facto de vivermos mais tempo, implica, também estar mais tempo exposto aos diferentes fatores de risco, sejam os de natureza biológica, psicossocial ou ambiental (Araujo, Campos, Lumini, & Nogueira, 2022).

Existem evidencias que nas próximas décadas o envelhecimento demográfico vai ter um enfoque significativo na população mais idosa. Algumas destas mudanças são a diminuição da força muscular e o compromisso no equilíbrio e na marcha, que podem constituir fatores de risco de queda (Araujo, Campos, Lumini, & Nogueira, 2022).

Segundo a OMS (2007), queda é definida como “o evento que leva a pessoa inadvertidamente ao solo ou a um nível inferior”. É quase inevitável associarmos a queda ao envelhecimento, quanto maior a idade maior é o risco de queda. Estima-se que mais de 40% de pessoas com idade superior a 80 anos cai a cada ano, tornando-se cada vez mais complexa a prevenção de quedas nos idosos, mesmo a nível mundial (OMS, 2007).

O Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) (2015) evidencia que a fratura, resultante da queda, é a quinta principal causa de morte em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos. Para que a queda resulte em fratura muito contribui a osteoporose, definida como uma doença óssea caracterizada pelo

comprometimento da resistência óssea que predispõe a um aumento do risco de fratura (Oliveira & Stolnicki, 2016), a face mais visível desta doença são as fraturas de fragilidade.

Segundo Silva et al. (2019) a prevalência de osteoporose em indivíduos com idades superiores a 18 anos (2010-2013) é de 10%, sendo que anualmente ocorrem cerca de 40 000 fraturas osteoporóticas [25% das quais são Fraturas de Extremidade Proximal do Fémur (FEPP)], que são causa de mortalidade e morbidade, associadas à dependência funcional da pessoa idosa, com altos custos financeiros hospitalares e ambulatorio (Farias, Lago, & Andrade, 2016).

Em pessoas sujeitas a fraturas de fragilidade ocorre frequentemente perda de independência, dificuldades acrescidas na realização das atividades de vida diária, restrição da atividade e diminuição da participação social o que contribui para a deterioração na qualidade de vida e aumento das necessidades de cuidados de saúde e consumo de recursos sociais e de saúde, que elevam os encargos económicos com o tratamento destas pessoas. Assim, é importante identificar os doentes com risco de fratura, planeando cuidados que permitam manter a pessoa em segurança na sua casa o maior tempo possível e quando ocorre a fratura planejar cuidados baseados na evidência e que garantam a recuperação funcional.

Corroboramos a opinião de Oostwaard (2018) de que é importante uma mudança nos serviços de saúde e no planeamento de cuidados às pessoas idosas no sentido de existir a avaliação de risco de fratura e investir na educação para a redução do risco e mudança do estilo de vida das pessoas que apresentem um risco acrescido de queda e fratura. Esta identificação prévia permite que sejam tomadas medidas para modificar os fatores de risco modificáveis e implementar estratégias cognitivo-comportamentais que aumentem a adesão a comportamentos de segurança.

O mesmo autor afirma que no caso de ocorrer uma primeira fratura, reconhecida e tratada como osteoporótica, a próxima fratura pode ser evitada em 50%, através da implementação de medidas preventivas que contrariem a espiral descendente na saúde e na qualidade de vida que muitas vezes acompanham estas FEPP (Oostwaard, 2018).

O Enfermeiro, particularmente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EER), pode ter um papel diferenciado na detecção precoce do risco de queda e fratura, bem como no planeamento de programas de prevenção de quedas e

programas de reabilitação das pessoas com FEPP, uma vez que o tratamento precoce reduz significativamente a probabilidade de nova queda e de novas fraturas (Farias, Lago, & Andrade, 2016).

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EEER (OE, 2019) a reabilitação enquanto especialidade multidisciplinar, suportada por um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, possibilita ajudar as pessoas doentes ou com sequelas, de modo a maximizar o seu potencial funcional e independência com o objetivo de melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima. Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas, proporcionando ganhos para a pessoa, família e para os serviços de saúde.

As competências específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação são cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para reinserção e exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa (OE, 2019). Com base nas necessidades identificadas são implementados planos de intervenção diferenciados e personalizados de forma a maximizar as suas capacidades e a diminuir as suas limitações, permitindo assim um melhor e mais eficaz desempenho motor.

No caso concreto das pessoas com FEPP fratura subsequente importa planear e implementar planos de treino de fortalecimento muscular e equilíbrio de forma a promover a adaptação às limitações decorrentes do diagnóstico, diminuir o risco de nova queda, maximizar a independência, antecipando a resolução de problemas comuns nestas pessoas. garantindo que não perdem capacidade de marcha e garantindo a participação social (Gomes, Soares, & Bule, 2019) e articulando os recursos hospitalares e comunitários para dar resposta às necessidades complexas destas pessoas e cuidadores (Faria, Martins, Ribeiro, Gomes, & Fernandes, 2020).

Face ao exposto os objetivos previamente definidos para o projeto de estágio foram:

- Desenvolver competências em Enfermagem de Reabilitação nos cuidados a pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Desenvolver competências em Enfermagem de Reabilitação definindo diagnóstico, a intervenção precoce e a promoção da qualidade de vida;
- Desenvolver competências em Enfermagem de Reabilitação para capacitar a pessoa com limitação da atividade e/ou restrição para a participação e reinserção na sociedade;
- Desenvolver competências em Enfermagem de Reabilitação para maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

O presente Relatório de Estágio está estruturado de acordo com as orientações formais para este tipo de relatório, contendo a revisão da literatura, onde é evidenciada a fundamentação da área temática, seguido do referencial teórico de Dorothea Orem, e de que maneira a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação, se enquadrou na implementação do projeto previamente definido. Por último apresenta-se a descrição e a análise das atividades e que permitiram desenvolver as competências de EEER.

A elaboração do presente documento apresenta-se segundo o novo acordo ortográfico e está de acordo com o Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem respeitando as normas da American Psychological Association (APA), 6ª edição, na realização das referências bibliográficas.

1 - REVISÃO DA LITERATURA

O envelhecimento populacional em Portugal é um facto com o Índice de envelhecimento a agravar-se ano após ano. Em 2006 este indicador apresentava um valor de 111,5, no ano de 2020 já se dispunha em 167, isto é, por cada 100 jovens que habitavam em território nacional existiam 167 idosos. Segundo as previsões do INE de 31 de março de 2020, este Índice vai atingir em 2080 o valor de 300 em resultado da diminuição da população jovem e do aumento da população idosa (INE, 2021). Portugal passa de 2,2 milhões de idosos em 2018 para 3 milhões em 2080, numa população total que decrescerá dos 10,3 para 8,2 milhões de pessoas (INE, 2020).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2015), o envelhecimento está associado a um conjunto de mudanças biológicas e fisiológicas que podem levar a um aumento do risco do aparecimento de doenças, assim como a decadência do seu estado geral nas suas capacidades físicas e intelectuais, sendo por isso maior o risco de queda. Sendo a consequência mais comum e avassaladora nos idosos, não estando diretamente ligada ao envelhecimento, pode significar alguma fragilidade ou início de uma doença súbita.

Com o envelhecimento, as alterações da mobilidade representam um fator limitante na sua capacidade funcional e são inúmeros os problemas que daí advêm, sendo a queda um dos mais frequentes. Segundo o Relatório Global da Prevenção em Quedas em Idosos da OMS (2007) entre 28 e 35% das pessoas com mais de 65 anos cai em cada ano, aumentando esta percentagem para valores entre 32 e 42% no seio dos idosos com mais de 70 anos.

Como referido na introdução as FEFP são uma das principais fraturas de fragilidade que surgem na sequência de uma queda. As fraturas por fragilidade (FF) tem como definição: “fratura causada por um trauma que seria insuficiente para fraturar um osso normal, resultado de uma redução da resistência compressiva ou torsional” (Oostwaard, 2018), sendo as mais comuns as FEFP, as vertebrais, as do rádio distal e as do úmero proximal.

Após uma FF a dependência e a limitação da funcionalidade constituem fatores maiores para o declínio da funcionalidade da pessoa idosa, assim como para a necessidade de um cuidador informal.

Uma fratura de fragilidade é a denúncia mais forte do risco de uma futura fratura. Pessoas que sofreram uma fratura em qualquer zona do corpo têm maior risco, duas vezes mais, do que uma pessoa que nunca teve nenhum tipo de fratura, mesmo que seja uma fratura por baixo trauma como é o caso do punho, úmero proximal ou tornozelo, tem quase quatro vezes maior risco de fraturas no futuro.

Fraturas vertebrais são as fraturas mais recorrentes no prazo de três anos e em algumas pessoas logo no primeiro ano, tem quase cinco vezes mais risco de nova fratura semelhante e o dobro para risco de fratura da EPF (Stolnicki & Oliveira, 2016).

Importa também referir que devido à fratura, e subsequente internamento, com períodos de imobilidade prolongados muitos idosos ficam com limitações funcionais graves e dependência, que dificultam o seu regresso ao domicílio, sendo a queda com fratura uma das principais razões para a institucionalização da pessoa idosa, levando inclusive à morte (Baixinho & Dixe, 2016).

O número elevado de óbitos nesta faixa etária, associada à hospitalização, leva a que os autores recomendem um conjunto de medidas para mitigar este problema, destacam-se i) desenvolver políticas institucionais (com interligação aos cuidados de saúde primários) que favoreçam a independência das pessoas idosas; ii) planear programas de intervenção nos fatores de risco relacionados com dependência, risco de queda e de falha de cuidado; iii) preparar a alta durante o internamento, alertando para alterações e riscos, e ajudando a gerir mudanças; iv) apoiar as pessoas idosas e seus familiares em termos clínicos, emocionais e espirituais; v) informar sobre possíveis alterações a fazer em casa para evitar as quedas; vi) planear a alta envolvendo a pessoa idosa, cuidador informal e familiares mais envolvidos; vii) encaminhar ou informar sobre apoios sociais comunitários; viii) elaborar/encaminhar para programas de reabilitação para a pós-alta; ix) garantir o acompanhamento/vigilância na pós-alta (Santos, Sousa, & Couto, 2016).

De referir que associado à queda e subsequente fratura o medo de cair novamente é um problema major de resolução, que requer intervenções direcionadas, diferentes daquelas que visam reduzir as quedas (Schoene, Heller, Aung, Sieber, Kemmler, & Freiburger, 2019).

O Síndrome pós queda existe, é real e pode ser uma condicionante à recuperação da pessoa vítima de fratura. O síndrome pós-queda pode ser definido como o medo de voltar a cair e tem efeitos negativos no bem-estar físico, funcional e psicológico dos idosos, na perda de independência, na aptidão para realizar as suas atividades de vida diária e com limitações na sua atividade física. O medo de cair pode levar não só ao medo de voltar a cair, mas também de magoar-se, conduzindo a nova hospitalização, existindo o risco de imobilidade e de ficar dependente de outras pessoas para o autocuidado. Está associado à perda de confiança ou diminuição na percepção da própria limitação, favorecendo a depressão, ansiedade bem como a modificação nas suas rotinas, seus hábitos, provocando um isolamento social (Pinheiro, Silva, Cardenas, & Silva, 2015).

A prevalência do medo de cair é alta e afeta negativamente a qualidade de vida e o nível de atividade. As pessoas com risco de queda ou com altas expressões do medo de cair precisam ser refrenciados e encaminhados para intervenções preventivas de queda adequadas (van der Vet , et al., 2021).

Num estudo de revisão com o objetivo dar a conhecer qual o papel do Enfermeiro na prevenção da queda, em contexto domiciliário, foram identificadas intervenções e divididas em cinco categorias, e são elas: *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 estratégias cognitivo-comportamentais que aumentam a segurança do idoso na utilização do espaço físico da casa* (Baixinho & Santos, 2020).

A consequência do medo da queda, da síndrome pós-queda e das lesões secundárias, numa população maioritariamente composta por pessoas idosas, manifesta-se num real risco de epidemia e de utilização dos recursos de saúde. A queda, mais do que um incidente em si, assume uma dificuldade implícita à prevenção de problemas de saúde nos idosos, ao ambiente, ao comportamento e às condições socioeconómicas (Baixinho & Dixie, 2017).

2 - MODELO TEÓRICO

O projeto de estágio e o presente relatório são suportados pelo modelo do autocuidado de Dorothea Orem e pela teoria das transições de Afaf Meleis.

Para Orem (2001), o autocuidado é definido como “o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar” (Santos, Ramos, & Fonseca, 2017, pág. 51). A autora parte do princípio de que cada pessoa é capaz de se autocuidar, com as suas aptidões, conhecimento e experiências adquiridas ao longo da vida, adquirindo para si essa responsabilidade. A teórica suporta o seu modelo de autocuidado em três teorias, a teoria do autocuidado, a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem.

A utilização da Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado (TEDAC) de Orem (2001) pode direcionar os enfermeiros no sentido de desenvolver planos de cuidados de enfermagem, num processo educativo de resolução de problemas (identificação, estabelecimento de metas, planeamento, implementação e avaliação), que permitam responder às necessidades de autocuidado quando a pessoa não o pode realizar por si.

Inserido no tema deste projeto, o enfermeiro tem de ter conhecimento das exigências de determinado desvio de saúde, neste caso, o da pessoa sujeita a FF, pois o número de exigências do desvio de saúde que têm que ser satisfeitas, em espaços de tempo específicos, determina o tipo e o nível de complexidade de cuidados que os indivíduos necessitam (Orem, 2001).

Aplicando esta teoria, o enfermeiro é capaz de gerar e aplicar uma teia de conhecimentos sobre a pessoa e a forma como ela se relaciona com o mundo, de forma a dar a resposta mais adequada na sua prestação de Cuidados de Enfermagem, anulando os déficits de autocuidado encontrados na pessoa, tanto em contexto hospitalar, como nos cuidados de saúde primários e até em contexto de domicílio.

Esta teoria tem como objetivo promover a independência da pessoa e garantir a sua autonomia, potenciando a sua qualidade de vida e ajustando a intervenção de Enfermagem às reais necessidades da pessoa em função das necessidades específicas em termos dos requisitos de autocuidado (universais, de desenvolvimento, de desvios de saúde). Para Orem (2001) se os meios existentes (pessoais, sociais) não possibilitam a autossatisfação das necessidades, a capacidade de autocuidado

enfraquece e surge a necessidade de autocuidado terapêutico, sendo primordial a ajuda do Enfermeiro. Perante o reconhecimento do déficit de autocuidado, o enfermeiro pode delinear a sua intervenção.

Pela alteração no ciclo de vida da pessoa, neste caso associado à presença de uma fratura, implicando uma mudança no autocuidado e na atividade de vida diária num ou noutro contexto, podemos afirmar que existe uma transição, entendida como uma passagem entre dois períodos de tempo relativamente estáveis, conduzindo o indivíduo a mover-se por diferentes fases dinâmicas, marcos e pontos de mudanças. Esses percursos ocorrem ao longo do tempo e têm um sentido de fluxo e movimento, guiado por alterações que provocam um período de desequilíbrio, incertezas, conflitos interpessoais e perturbações (Meleis, 2010).

A pessoa com fratura de fragilidade está a vivenciar, pelo menos um processo de transição de saúde-doença. Por outro lado, a dependência após fratura implica que a pessoa significativa/família também está a fazer uma transição para o papel de cuidador (Meleis, 2010). Nestas transições a pessoa com alterações na etapa do desenvolvimento, relacionado com desvio de saúde, pode apresentar dependência para o autocuidado, necessitando de ser capacitada (ela e/ou o cuidador) para a realização do autocuidado, evitando assim as complicações pós-operatórias e diminuindo o risco de nova queda/fratura.

É inegável o papel do prestador de cuidados na resposta à pessoa em situação de dependência no autocuidado, para garantir a satisfação do mesmo. O prestador de cuidados tem que ser dotado de conhecimento e competências para a prática do papel, de modo a ajudá-lo a ter sucesso na transição. Para Meleis (2010) ajudar a pessoa, a família ou a comunidade a lidar com as transições que afetam a sua saúde surge como um repto para os enfermeiros, antes, durante e após um evento gerador de mudança.

A consciência da existência de um processo de transição, pode ser fator causador de ansiedade e receio, o medo do desconhecido, pode ser castrador, a aceitação e o conhecimento deste processo pode ser favorável para um caminho de segurança e participação ativa da pessoa no seu processo de mudança, no processo de reabilitação.

O modelo teórico de transição descrito por Afaf Meleis (2010) proporciona uma visão esclarecedora sobre as diferentes transições e a sua interrelação, permitindo

perceber como cada pessoa vivência o processo de transição em que está envolvido. Logo, permite uma visão mais coesa e integradora da pessoa, assim como, um adiantamento do diagnóstico pelo que é fundamental uma atenção mais sábia e disciplinada aos diferentes processos de transição, com conhecimento dos fatores que direcionam as diferentes intervenções de enfermagem (Meleis, 2005).

3 - INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE REABILITAÇÃO

O processo de reabilitação visa promover a funcionalidade, dentro de um espaço temporal o mais curto possível, pro forma a maximizar o potencial e a independência dos clientes dos cuidados de saúde. Para concretizar esta grande finalidade o EEER, concebe, implementa e monitoriza um plano de cuidados de enfermagem individualizado de acordo com os problemas das pessoas e suas famílias, sempre com os objetivos primordiais de promover a saúde, prevenir complicações, tratar e reabilitar, maximizando o seu potencial (OE, 2019).

As competências específicas do EEER são cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa.

No caso concreto das pessoas com FEPP os planos de cuidados de ER devem incluir treino de fortalecimento muscular e equilíbrio para promover a adaptação às limitações decorrentes da FF, diminuindo a probabilidade de perda de potencial de reabilitação durante o internamento ou na transição do hospital para casa. Estes programas de treino são planeados e individualizados à pessoa e devem ter em conta o contexto (Gomes, Soares, & Bule, 2019). No hospital a intervenção do ER vai desde a entrada no serviço de urgência, apreciação multidimensional, preparação para o internamento, prevenção das complicações da imobilidade, reabilitação respiratória no perioperatório e reabilitação motora ao longo de todo o internamento, integrando o planeamento do regresso a casa desde a admissão, sempre com o foco na promoção da independência, minimizando a incapacidade, com treino dos autocuidados e outros procedimentos de reeducação funcional que permitam que no momento da alta a pessoa tem a capacidade funcional, o conhecimento e a capacidade para continuar o programa de reabilitação em casa.

Por outro lado o EEER tem um duplo papel, se num primeiro momento o grande desafio é a prevenção da queda que leva à FF, após a sua ocorrência acresce ao anterior o controlo do medo de queda, a restrição da mobilidade pelo medo de queda ou pela dor associada à cirurgia, as modificações ambientais para permitir a

mobilidade ‘dentro de portas’ e a capacitação a pessoa e do cuidador para a execução das atividades de vida diária de modo independente e seguro.

3.1. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Este projeto incidiu, por um lado, na questão do cuidar da pessoa com fratura de fragilidade e sua família, e por outro, na aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem em Reabilitação a desenvolver no caminho da formação.

Como ponto de partida sobre a temática abordada, foram estabelecidos objetivos gerais e específicos, suportados nas competências comuns do Enfermeiro Especialista e nas competências específicas do EEER. De maneira a consolidar estas competências podemos contar com a contribuição do plano de estudos deste curso de mestrado, permitindo o desenvolvimento da teoria com componente científico de excelência e a prática reflexiva na abordagem dos cuidados de enfermagem prestados nos estágios, com duração de 500 horas, que decorreu em dois contextos distintos e possibilitou a integração teórico-prática do conhecimento e o aprofundamento.

O primeiro estágio decorreu num serviço de ortopedia de um Centro Hospitalar, da região de Lisboa e Vale do Tejo. Neste contexto e sob supervisão da EEER foi possível planear e implementar planos de cuidados individualizados de ER, bem como de realizar formação à equipa sobre educação da pessoa com FF e sua família pra a prevenção da recorrência da queda e controlo do medo de voltar a cair.

O segundo momento de estágio foi realizado numa Unidade de Cuidados Continuados, mais concretamente na equipa de cuidados continuados integrados. Este estágio foi um desafio para quem nunca trabalhou na comunidade, como é o meu caso. A riqueza desta experiência permitiu a compreensão da importância do papel do ER no apoio às pessoas que vivem em casa, com incapacidade, dependência e/ou limitações diversas e respetivas famílias. A complexidade e a diversidade das situações clínicas e sociais na comunidade permitiram a intervenção em áreas muito diferentes: cognitivas, motoras, respiratórias, de eliminação, alimentação e aos três níveis de prevenção.

Em ambos os percursos de aprendizagem assumiu um papel crucial o orientador clínico, especialista em ER, que integrou a mestranda e lhe possibilitou o

desenvolvimento de competências, desde a Habilidade Instrumental à Tomada e Decisão baseada na evidência. O empenho do papel de supervisor é determinante no desenvolvimento de atividades no domínio do supervisionar, ensinar, instruir, treinar, aconselhar e avaliar - passando pelo apoio e suporte ao estudante (Madeira, dos Reis, & Godinho, 2021).

O exemplo atual do desempenho da enfermagem em supervisão clínica, assume-se decisivo para acreditar na qualidade do processo de acompanhamento e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, para a estrutura crítico-reflexiva e estabilização da identidade profissional. Constitui-se, através do desenvolvimento de competências, como um elemento efetivo e de suporte para a eleição da segurança e da qualidade dos cuidados prestados, visando a obtenção de ganhos em saúde (OE, 2018).

Enquanto estudante, e também como profissional há mais de vinte anos, estes contextos, permitiram ainda a socialização com os meus pares, a partilha de conhecimento, a partilha de experiências, o questionar de algumas ações e intervenções e a reflexão sobre as consequências da atividade do ER. O estágio clínico permitiu aprender e reformular o modo de pensar e agir.

3.2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

No que diz respeito ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são quatro os domínios que pretendemos atingir, o primeiro “Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal” que abrange as seguintes competências:

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

Competência A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Neste âmbito foram desenvolvidas atividades com o objetivo de desenvolver uma prática de cuidados especializados na área de ER com base nos princípios éticos e deontológicos. Algumas das atividades desenvolvidas foram: Tornar a pessoa alvo

de cuidados parceira na elaboração do seu plano de cuidados; Promoção de um ambiente de confidencialidade e respeito pela pessoa; Analisar uma situação com recurso a um jornal de aprendizagem, onde se mobilizem os princípios éticos e deontológicos; Tomada de uma postura de proatividade na sugestão de intervenções terapêuticas; Discussão de casos clínicos com capacidade de argumentação e fundamentação da sua avaliação e plano de ação; Mobilização para a discussão dados científicos atuais, promovendo o desenvolvimento dos cuidados prestados.

Considero que este domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foi atingido em ambos os campos de estágio, sempre na presença do código deontológico, através do exercício seguro, profissional e ético, procurando defender os direitos das pessoas e suas famílias, respeitando ao máximo a sua individualidade e privacidade, com sigilo profissional. Os cuidados prestados garantiram a segurança, em termos de ambiente assim como de intervenção.

Em todos os momentos de planeamento e prestação de cuidados respeitaram-se as crenças espirituais, valores e costumes, hábitos de vida. O profissional de enfermagem deve saber o momento certo e a forma correta de abordar a dimensão espiritual/religiosa sem ofender ou julgar as predileções religiosas da pessoa, prestando cuidados de enfermagem da forma mais humana e absoluta possível (kolodiy & Pontífice, 2019).

A comunicação com a pessoa/família foi assertiva e direcionada para a tomada de decisão da pessoa/família, assumindo com responsabilidade as decisões profissionais e aceitando as dos outros. Os profissionais de enfermagem buscam solidificar os conhecimentos teórico-práticos para responder às singularidades de cada pessoa no que diz respeito à promoção e manutenção da vida. Os cuidados de enfermagem incluem muito mais do que utilização de conhecimentos teóricos, trata-se basicamente de uma relação com as mais variadas ações que permitem prestar os cuidados e integrar as preferências da pessoa.

O segundo domínio diz respeito à melhoria contínua da qualidade com as competências:

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

Competência B2 - Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

Competência B3 - Cria e mantém um ambiente seguro.

As atividades propostas e desenvolvidos no âmbito de estágio foram realizadas sempre na procura da excelência dos cuidados com uma prática baseada na evidencia. Contribuíram para o desenvolvimento destas competências atividades como a identificação dos projetos desenvolvidos e implementados no serviço; a identificação das metas para novos projetos da instituição e a apresentação de sugestões de melhoria dos projetos em desenvolvimento.

No contexto hospitalar, no serviço de internamento de ortopedia, fui confrontada com uma realidade comum a outros serviços, agravada pela Pandemia, que foi a escassez de recursos humanos dificultando a prestação de cuidados de ER, porque os especialistas prestavam na sua maioria cuidados gerais. Apesar das dificuldades relacionadas com o excesso de trabalho, rácio de enfermeiro/doente superior ao limite máximo, aumento do número de doentes operados, internamento de doentes de outras especialidades cirúrgicas, a orientadora clínica conseguiu organizar as atividades de estágio para possibilitar oportunidades de aprendizagem.

A pesquisa bibliográfica, o estudo direcionado para as situações clínica do serviço e para a necessidade de implementar os planos de cuidados, mantendo ou melhorando o potencial e prevenindo as complicações foi um desafio superado aos poucos com a plena integração no serviço e aumento de conhecimento. Salienta-se a oportunidade de cuidador de pessoas com FEPP e outras FF.

Saliento ainda a realização da formação, previamente referida, sobre a prevenção de nova queda após alta hospitalar que foi um contributo para uniformizar a informação que é dada ao utente/família e incluir na preparação para a alta informação sobre os cuidados a ter no domicílio após a primeira queda, modificações ambientais, acessória na escolha de produtos de apoio e articulação com os cuidados de saúde primários.

Para Menoita (2011), a organização qualificada concentra a sua atenção nos formandos como atores da formação e do trabalho, sendo estes os agentes de socialização que estabelecem a relação no contexto de trabalho, construindo o espaço onde exercem funções. A formação profissional contínua e a autoformação são importantes para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e a formação em serviço pretende contextualizar o conhecimento teórico na resolução de problemas reais da prática dos cuidados de enfermagem.

É assumido entre os enfermeiros, que o desenvolvimento pessoal e profissional é a chave das organizações de sucesso, ajudando-as a adaptarem-se às mudanças e evoluções que surgem permanentemente, tendo em vista a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Na comunidade foi possível cuidar de algumas pessoas com FEPP e outras alterações osteoarticulares e observar 'in loco' a dificuldade que é garantir a mobilidade no interior da casa a pessoas que utilizam auxiliares de marcha.

Neste estágio fui confrontada com muitas situações paliativas que exigiam outro tipo de cuidados. O declínio funcional é uma condição comum entre as pessoas em cuidados paliativos, sendo a capacidade de executar as atividades da vida diária um objetivo importante, devido às implicações diretas e positivas na família, nas relações, no trabalho e na vida social. O objetivo principal da intervenção do EEER é diminuir o sofrimento, com estratégias cujo enfoque é mais o conforto do que a reabilitação, mas tendo sempre em vista a manutenção da capacidade funcional da pessoa. E a intervenção em contexto domiciliário permitiu verificar que os benefícios da intervenção do ER incluem a melhoria na mobilidade, a diminuição do cansaço, o controlo da dor, o controlo da dispneia e o apoio emocional. O planeamento das intervenções é individualizado e personalizado, baseado no prognóstico geral e no potencial para a recuperação funcional, assim como no desejo e na motivação da pessoa e família para atingir esse objetivo (Minosso, Souza, & Oliveira, 2016).

Num artigo em que se coloca a questão da importância da presença de EEER, numa unidade de cuidados paliativos, concluiu-se que estes são agentes simplificadores na satisfação das necessidades da díade doente/família (Martins, Cardoso, Carvalho, Batista, Dinis, & Andrade, 2020). As intervenções de enfermagem de reabilitação, que surgiram com maior relevância, foram: a otimização da mobilização corporal, a educação respiratória e ventilação, o treino de deglutição/disfagia, as medidas de prevenção de complicações, o aumento da funcionalidade e a promoção da autonomia, a promoção do conforto através das massagens (Martins, et al., 2020). A intervenção do ER estende-se à família. que precisa de aprender a gerir o cuidado ao seu familiar, em fim de vida, e necessita do acompanhamento da equipa multidisciplinar (Moreira, 2006), para ajudar a gerir medos, ansiedade, sofrimento e acompanhá-la na transição para o papel de cuidador informal.

Considero que estas experiências permitiram não só o desenvolvimento de competências profissionais, mas também possibilitou uma aprendizagem pessoal sobre estes aspetos, em áreas como gerir emoções e conseguir desenvolver estratégias para apoiar estas pessoas.

No Domínio, direcionado para a gestão de cuidados aparecem as competências:

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

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

As atividades que se desenvolveram foram: a identificação das necessidades de recursos humanos ou materiais para permitir a independência no autocuidado da pessoa e possibilitar a transição para o papel de cuidador informal; o planeamento de cuidados com a adequação às necessidades identificadas e aos recursos existentes; o desenvolvimento de estratégias compensatórias na falta de recursos necessários; o conhecimento dos princípios de segurança para a prestação de cuidados à pessoa e família e a participação em auditorias destinadas a garantir a segurança da pessoa/família.

As competências deste domínio foram sendo desenvolvidas com a integração nos locais de estágio, com conhecimento das dinâmicas de cada serviço, com o aumento da minha autonomia, enquanto estudante, e o contributo para a liderança das equipas e gestão dos cuidados especializados aos utentes.

Trabalhar em equipa para a maioria dos profissionais de saúde, é a base fundamental do seu exercício. **A “equipa”** – enquanto palavra e facto real – tem uma força imensa. A própria OMS afirma que, no sector das profissões relacionadas com a Saúde, dever-se-ia dar igual importância às competências relacionais como às competências técnicas e cognitivas. E a prática diária é decisiva ao mostrar-nos isso mesmo: atualmente, é quase impossível que os profissionais de saúde trabalhem sós e isolados, sobretudo atentando à cada vez maior complexidade das expectativas e desafios que as pessoas nos colocam, ao desenvolvimento tecnológico que se impõe

no trabalho e ao volume de informação científica e não científica graduais a cada dia (Ferreira, Ferreira, & Coelho, 2020).

A organização de trabalho da equipa de saúde é desafiante, pela necessidade de articular profissões diferentes e dentro da mesma profissão pessoas com especialidades e habilidades especializadas, com necessidade de valorização das áreas específicas de cada um, priorização da comunicação e com um investimento na construção de estratégias para que a equipa garanta uma assistência à saúde completa e eficaz, contribuindo para a resolução dos problemas complexos com que as pessoas se deparam.

Considero que a comunicação é assim um elemento essencial no cuidado e contribui para esta tomada de decisões, com um significado humanizador e essencial, assumindo-se como um elemento central no cuidado, com a equipa a estabelecer uma relação proficiente tornando a pessoa o centro do cuidado e um sujeito ativo do mesmo e não como um sujeito passivo, pois, tal como é referido por Jorge et al. (2003, p.365) *“a qualidade do cuidado está diretamente ligada à qualidade da relação entre os membros da equipa de enfermagem e multidisciplinar, envolvendo aspetos primordiais como os conhecimentos e habilidades, as crenças e valores individuais, profissionais e institucionais.”*

No contexto de comunidade a dinâmica é muito diferente do meio hospitalar. As visitas domiciliárias foram uma novidade, a adaptação ao domicílio e ao espaço provado da pessoa é um desafio, até porque os utentes já conheciam os outros elementos da equipa com quem tinham laços de confiança, que tive de construir do zero, para conseguir dar continuidade ao plano já implementado pela equipa. As novas admissões foram realizadas por mim, sob supervisão do enfermeiro orientador, com uma avaliação completa que permitiu elaborar um plano individualizado para aquela família.

Existem inúmeras dificuldades na comunidade, situações de extrema pobreza, condições habitacionais deploráveis, pessoas sozinhas sem qualquer apoio, reformas mínimas que não permitem assegurar todas as necessidades básicas para a sobrevivência e que são um desafio ao cuidado e até à necessidade de acessória e aquisição de produtos de apoio, levando a que muitas vezes os profissionais tenham de improvisar a partir do que existe, por exemplo, o treino de marcha é um desafio em casas com espaço exíguo, em que o permitido era fazer este treino em redor da cama.

Sabemos que apesar de todas dificuldades e condicionantes, por vezes difíceis, ou mesmo impossíveis, de modificar, a pessoa é o sujeito principal dos nossos cuidados e precisa de ter informação e de ser capacitada, para decidir sobre o seu cuidado. Este também é um desafio maior dado em Portugal cinco em cada dez pessoas terem níveis reduzidos de Literacia em saúde e cerca de 60% registam níveis limitados, nos quais se incluem os grupos de pessoas com idade superior a 65 ou mais anos, com baixo nível de escolaridade, com rendimentos de 500 euros mensais, com doenças crónicas, com uma auto-perceção de saúde “má”, que frequentaram no último ano, seis ou mais vezes os cuidados de saúde primários e os que se sentem limitados por ter alguma doença crónica (Direção Geral da Saúde (DGS), 2019-2021).

A literacia em saúde indica a capacidade de usar as competências de concordar, compreender e avaliar a informação em saúde aplicando no quotidiano para a tomada de decisões em diferentes contextos, tendo em conta todas as escolhas prováveis, a OMS define-a como o conjunto de *“competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde”* (DGS, 2019-2021).

É o resultado de uma ação na promoção da saúde que inclui políticas de reeducação das desigualdades e de conceção de ambientes favoráveis de escolhas saudáveis de educação para a saúde, de mobilização social e de estratégias de empoderamento. O investimento em literacia em saúde requer abordagens holísticas incluindo a utilização de uma linguagem clara e acessível nas mensagens para todos, que promova uma maior capacidade para lidar com a doença, para a utilização dos serviços de saúde de forma adequada e para uma melhor compreensão da situação vivida (Moreira, 2015).

Sendo um direito da população, a literacia em saúde tem também um forte embate económico. É um indicador importante e determinante na saúde e na qualidade de vida e reflete as desigualdades sociais, integra fatores psicológicos, como a motivação; sociais e ambientais que influenciam as escolhas e os comportamentos relacionados com a saúde e as experiências de estágio levam-nos a corroborar estas dificuldades e o impacto que tem na tomada de decisão e na adesão ao programa de reabilitação.

Uma utente, a Sr.^a D. C. teve uma queda da própria altura da qual resultou uma fratura da extremidade proximal do fémur, com indicação cirúrgica e subsequente alta

para o domicílio com encaminhamento para a UCC com plano de reabilitação. Primeiro existiu um contacto telefónico para confirmar a morada, identificar quem iria estar em casa para abrir a porta, a chamada que foi atendida pela própria utente permite perceber que esta se encontrava ansiosa, com uma situação familiar complexa e a necessidade de sustentar 2 filhos a sr,^a viu-se obrigada a iniciar a atividade profissional, apesar de ter edema e dor do local cirúrgico, ainda com agrafos na sutura. Quando reforçámos o ensino e que esta mobilidade precoce poderia ter consequências graves, e a Sra. respondem-nos com lágrimas nos olhos que tem que fazer a vida dela porque tem que sustentar dois filhos que não trabalham e vivem com ela, assim como seus netos bebés e em idade escolar, “tenho que ir todos os dias à igreja buscar comida, não tenho tempo para fazer a recuperação da operação “ (sic) com uma reforma baixa, com imensas dividas, com outras tantas comorbilidades a necessitar de medicação, que não cumpre. A prioridade da equipe foi conseguir o apoio da assistente social, para conseguir inclusive alimentação para esta família nesse mesmo dia.

Como é óbvio a gestão destas situações é complexa e tem influência no processo de reabilitação e prevenção e complicações. Foi uma experiência difícil do ponto de vista emocional, muito enriquecedora profissionalmente.

O domínio que diz respeito ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais com as competências associadas:

D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2 - Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

As atividades desenvolvidas dizem respeito à pesquisa bibliográfica, aos jornais de aprendizagem desenvolvidos em estágio e à análise crítica das situações clínicas assegurando o conhecimento, adquirindo e identificando as intervenções mais adequadas a implementar.

A pesquisa bibliográfica foi sendo uma constante, a procura do saber para atuar esteve sempre presente, as reuniões com os enfermeiros orientadores, foram muito esclarecedoras e importantes para aferir atitudes, definir ações terapêuticas e ajudar no desenvolvimento de raciocínio clínico de reabilitação.

Por outro lado a reflexão sobre as práticas e o meu desempenho foram um exercício de autoconhecimento, mas este é um longo caminho a percorrer, não só a nível profissional, mas também a nível pessoal. Segundo Benner (2001), o enfermeiro proficiente pela sua experiência tem capacidade de reconhecer as situações no seu todo, ou seja, quais os acontecimentos típicos a acontecer numa determinada situação. Não sendo proficiente em termos de reabilitação o conhecimento profissional adquirido ao longo destes anos de atividade profissional facilitaram a integração do conhecimento e o desenvolvimento das competências requeridas para o EEER, em Portugal.

3.3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DAS COMPETENCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE REABILITAÇÃO

O regulamento nº 329/2019 publicado em diário da República, em maio de 2018, pág.13675 define: *“A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima.”*

São três os grandes domínios a atingir na primeira competência. Ao longo dos estágios foi cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em diferentes contextos da prática de cuidados com atividades como: a realização de entrevistas, apreciação com exame físico e aplicação de escalas e testes de avaliação funcional; elaboração de planos de cuidados especializados na área da ER; formulação de diagnósticos de ER.

Esta competência foi desenvolvida nos dois contextos de estágio. Em meio hospitalar a avaliação inicial é realizada no momento da admissão no serviço de ortopedia, devendo ser realizada pelo menos nas 48h iniciais, para conseguirmos recolher o máximo de informação sobre a pessoa e sua família. Esta colheita de dados é a primeira abordagem e o ponto de partida para uma relação estreita de confiança e terapêutica.

A atuação do EEER é decisiva no período pré-operatório com a provisão de educação de qualidade ao doente e sua família, permitindo a aquisição de informação sobre a sua situação clínica e programa de reabilitação delineado. A informação fornecida deve ser clara, objetiva e adequada ao nível de compreensão do doente. A demora medida de internamento, que é curto para capacitar a pessoa e família para o regresso a casa, leva à necessidade de aproveitar todas as oportunidades para a aprendizagem e capacitação da pessoa e do familiar cuidador (Hoeman, 2011).

De acordo com os défices encontrados, foram realizados diagnósticos de enfermagem, planos de cuidados individualizados e respetiva avaliação. Face aos objetivos do projeto de estágio, relacionado com fraturas de fragilidade, as situações mais frequentes foram as fraturas da extremidade proximal do fémur e os planos de reabilitação tinham um enfoque grande na reabilitação motora, sempre adaptado a cada situação.

Existiu uma situação que me despertou a atenção acabando mesmo por ficar impotente e sem reação perante a mesma, no que diz respeito ao plano de reabilitação. A D. M. tinha sofrido uma queda da própria altura e fraturou ambos os membros superiores, deu entrada no serviço de ortopedia para ser intervencionada cirurgicamente com o diagnóstico de fratura de *Monteggia*. A utente já tinha antecedentes de queda e FF, para além de osteoporose diagnosticada e medicada, neoplasia da mama direita com tratamentos de quimioterapia, agora em remissão. O internamento foi curto, o que condicionou que o programa de reabilitação se centrasse na diminuição do edema local, na drenagem linfática, no controlo da dor e na capacitação da pessoa para mobilizações passivas e progressivamente ativas assistidas e ativas resistidas para o fortalecimento muscular e melhoria da amplitude dos movimentos.

As fraturas do rádio distal são as terceiras mais comuns nos idosos, cerca de 18%, diretamente relacionadas com a osteoporose, com impacto na qualidade de vida porque a função do membro superior é prejudicada frequentemente (Oostwaard, 2018), e limita a execução de várias atividades de vida diária.

Como têm vindo a ser referido, o alvo de intervenção do EEER é a pessoa com necessidades especiais no contexto em que esta se encontra, o que implica que os cuidados especializados em enfermagem de reabilitação sejam prestados em diferentes contextos da prática clínica como, entre outros, unidades de internamento

de agudos e de reabilitação, por equipas de cuidados continuados, paliativos e de cuidados na comunidade (Regulamento n.º 392/2019 de 12 maio de 2018).

Os cuidados de enfermagem de reabilitação compreendem um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, que possibilitam intervir na manutenção das capacidades funcionais destes utentes, assim como prevenir complicações e manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, através de técnicas específicas, oferecendo o direito à dignidade e à qualidade de vida (Campos & Rached, 2017).

Estes cuidados de enfermagem são adequados à condição de saúde dos utentes e suas famílias. São ainda, cuidados universais e incluem os aspetos físicos, psicológicos, emocionais e espirituais, envolvendo a reabilitação motora, alguma educação e reeducação do corpo como um dos objetivos da enfermagem. A ação dos enfermeiros na equipa multidisciplinar está centrada no processo educativo com os utentes e família, a finalidade é a independência funcional, a prevenção de complicações secundárias, a adaptação do próprio utente e suas famílias à nova situação (Campos & Rached, 2017).

De acordo com as competências do EEER também fica claro a necessidade de estes profissionais promoverem ambientes acessíveis, com respeito ao conhecimento da legislação específica para a acessibilidade, eliminando barreiras arquitetónicas para pessoas com mobilidade condicionada na comunidade (Silva Pereira, Martins, Gomes, Aguilera, & Santos, 2018).

No contexto comunitário foram inúmeras as situações que nos permitiram promover um ambiente acessível e que possibilitaram a recuperação motora, com o apoio dos nossos conhecimentos, um jovem adulto com dificuldade na marcha, devido a um distúrbio neurológico, só consegue deslocar-se com apoio de auxiliar de marcha, andador, vive com sua mãe num primeiro andar alugado com dimensões reduzidas em espaços limitados, conta também com o apoio de uma cadeira de rodas, mas sem conseguir deambular com a mesma porque o espaço também não o permitia, foi sugerido e pedida autorização ao senhorio para que colocássemos 2 barras de apoio na casa de banho para permitir a sua independência nos cuidados de higiene, conseguimos na junta de freguesia tubos que não eram necessários, o vizinho do lado colaborou com a mão de obra e conseguiu-se com a ajuda de todos um pequeno grande feito para este utente e família.

Uma utente com FEPP, em programa de reabilitação, com um plano de exercícios que inclui a atividade de subir e descer escadas, morava num prédio, cujas escadas não tinham corrimão, nem parede de apoio. A senhora referia medo de cair e só saía de casa quando estava na nossa presença. A equipa foi junto da comunidade, pedimos o apoio de vizinhos e família, foi construído um corrimão simples, mas seguro que permitiu a continuação do plano de cuidados permitindo a sua independência funcional, com efeitos benéficos para o seu estado de espírito.

No segundo domínio das competências específicas do enfermeiro de reabilitação com a Competência J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição e exercício da cidadania, planearam-se e implementaram-se planos de cuidados com inclusão de treino de Atividades de Vida diárias visando a adaptação às limitações/restrições e a maximização da autonomia e da qualidade de vida, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social. Foram ainda atividades desenvolvidas: Ensino à pessoa e/ou ao cuidador de técnicas específicas para o autocuidado, realização de treinos específicos de atividades de vida diária, utilizando produtos de apoio, ensino e supervisão da utilização de produtos de apoio, tendo em vista a máxima funcionalidade da pessoa.

Em ambos os contextos de estágio consegui proporcionar ensinamentos à pessoa e família com a adaptação dentro dos contextos para maximizar a funcionalidade, capacitando para o autocuidado, recorrendo a programas de treino nas atividades de vida diária, com recurso a ajudas técnicas e produtos de apoio.

No serviço de internamento o ensino às famílias foi diminuto, visto ainda ser época de pandemia, com restrição das visitas e quando se iniciaram o tempo de permanência no serviço era insuficiente para a realização de um ensino eficaz. Foi nesse contexto que existiu necessidade de realizar uma formação em serviço para identificação de intervenções de enfermagem que aumentassem a segurança em casa do idoso e prevenissem a queda e ensino sobre alguns produtos de apoio que pudessem ser sugeridos à família para a adaptação ao domicílio. Os enfermeiros do serviço consideraram a formação adequada e útil para conseguir ultrapassar a existência de pouco tempo para realizar ensinamentos à pessoa e família.

Na comunidade encontrei situações no domicílio capazes de serem mudadas, com um acompanhamento progressivo. A visita domiciliária, pode ajudar a reconhecer e antecipar os riscos de queda, facilitando a individualização das intervenções a partir

dos riscos avaliados em contexto e domicílio, permitindo a intervenção imediata e o planeamento de intervenções a médio e longo prazo, incluindo o envolvimento de outros profissionais, motivando a pessoa á segurança e á sua satisfação (Baixinho & dos Santos, 2020).

A revisão da literatura conclui que programas de prevenção de quedas deverão ser implementados na comunidade, porque são eficazes na redução das futuras quedas, na hospitalização e nos custos financeiros associados, e devem incluir o exercício físico, o treino de marcha e a transferência da posição de sentado para a posição ortostática, melhorando a capacidade funcional, e estratégias congnitivo comportamentais com vista à mudança de comportamentos de risco e adoção de medidas de prevenção (Pinto et al., 2021).

Estes programas devem incluir ainda a antecipação de riscos e avaliação ambiental, verificando se o piso se encontra limpo e seco, sem barreiras que dificultem a deambulação e se as borrachas dos auxiliares de marcha se apresentam intactas. A pessoa deve usar calçado fechado com bom apoio e solas antiderrapantes. Se for necessário, deve ser utilizado cinto de transferência para apoio e maior segurança (OE, 2013).

Estando no contexto real das pessoas, consegui desenvolver competências no espaço da reinserção da pessoa e do reajuste ao seu domicílio, adotei estratégias para a promoção da mobilidade, do acesso e da participação social, reconhecendo a presença de barreiras arquitetónicas no domicílio e da orientação para a sua eliminação. Um aspeto importante que devo salientar é a presença no domicílio de um cuidador, que foram instruídos e ensinados sobre exercícios e técnicas a realizar e sobre o apoio na realização do autocuidado, para suportar mas não sobre proteger o seu familiar.

Um estudo realizado sobre a capacitação do cuidador informal revela que o investimento na capacitação de doente e do cuidador Informal, resulta numa coerência de continuidade de cuidados, sendo um recurso muito benéfico para as famílias, para a comunidade e sociedade em geral face ao aumento do número de pessoas dependentes no autocuidado (Martins & Santos, 2020).

De salientar que um dos indicadores dos padrões de qualidade dos cuidados da enfermagem de reabilitação é a satisfação do cliente, fazendo referencia ao paragrafo anterior, é importante incentivar a pessoa/família a participar no seu

processo de recuperação e autonomia, com respeito pela autonomia de ambos, reforçando positivamente e elogiando relativamente à concretização dos objetivos do programa de reabilitação e ao esforço desenvolvido para os atingir, assim como a discussão e a análise do processo de cuidados de enfermagem de reabilitação com a pessoa e as pessoas significativas (OE, 2015).

No terceiro e último domínio das competências específicas a competência, J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa com atividades a concretizar nomeadamente, demonstrar conhecimento acerca das funções motoras; foram realizadas as seguintes atividades: Ensino, instrução e treino de técnicas para maximizar o desempenho a nível motor, de encontro aos objetivos pessoais da pessoa e criação de sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação.

Como referenciado anteriormente os planos de cuidados de reabilitação foram elaborados, implementados e avaliados. Em ambos os contextos prestaram-se cuidados a pessoas com o diagnóstico de fratura da extremidade proximal do fémur, mas também a pessoas com outros diagnósticos com desenvolvimento de programas de reabilitação não só a nível motor, mas também ao nível da reabilitação respiratória, neurológica, cardíaca, da eliminação e da sexualidade.

Saliento a reabilitação respiratória no peri-operatório até porque muitos doentes apresentam patologia respiratória grave, como Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), asma, pneumonia (adquirida na comunidade ou resultado de uma infeção associada aos cuidados de saúde), com controlo e dissociação dos tempos respiratórios, respiração diafragmática, abertura costal global, entre outros. A reeducação funcional respiratória (RFR) no pré-operatório e pós-operatório da pessoa submetida a cirurgia, tem como objetivo geral a prevenção e correção das alterações que possam resultar da cirurgia, dependendo a sua eficiência da criação de um programa de reeducação funcional respiratório precoce e da adesão da pessoa (Cordeiro & Menoita, 2012).

De salientar ainda a importância do ensino e treino do levantar precoce, nas primeiras 24 horas, com apoio do auxiliar de marcha adequado, com carga total ou parcial sobre o membro operado (Mears & Kates, 2015) pelo impacto que tem na recuperação da funcionalidade e independência no autocuidado.

Este período de transição, é um momento de maior vulnerabilidade da pessoa, sendo fulcral avaliar a (im)possibilidade de suportar carga, total ou parcial, em função do tipo de abordagem cirúrgica e capacidade funcional.

A Enfermagem de reabilitação em coordenação com a equipa tem como principal objetivo trabalhar em conjunto, promovendo cuidados específicos baseados nas necessidades da pessoa, facilitando a interação para evitar complicações ou regressões do processo de reabilitação (Mears & Kates, 2015).

Foi realizado um estudo de caso no contexto do programa de reabilitação a uma pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur e que permitiu constatar que as intervenções do EEER devem ter início ainda no período pré-operatório e serem direcionadas para a promoção do conforto, controlo da dor, promoção de uma alimentação e hidratação adequadas, manutenção da perfusão tecidual adequada, reeducação funcional motora (com exercícios isométricos e isotónicos) e reeducação funcional respiratória (Palma, Teixeira, Pino, Vieira, & Bule, 2021).

Num estudo realizado na república popular da china, por um grupo de investigadores que se propôs a fazer uma avaliação sobre um programa de reabilitação multidisciplinar num grupo de idosos após uma fratura da extremidade proximal do fémur, verifica-se que a eficácia é evidente, com redução dos custos financeiros, redução do tempo de hospitalização, diminuição do número de segundas fraturas, um suporte a nível da comunidade que presta serviço à população e a melhoria significativa da qualidade de vida após uma fratura da extremidade proximal do fémur (Cheung et al, 2018).

Outro estudo com pessoas com FEPP em fase de recuperação, após programa de reabilitação, conclui que, a maioria conseguiu ser independente no autocuidado, com as adaptações necessárias à atividade para sê-lo. Ao gerir expectativas, manter-se ativo e manter a participação em atividades que tragam qualidade à vida (por exemplo, exercício, participação social) os idosos podem retomar sua vida após a FF (Gould, Eveneshen, Fleig, McAllister, & Ashe, 2017).

4. AVALIAÇÃO

Estes 18 meses de curso de mestrado não foram fáceis. A conciliação foi da vida profissional e da vida familiar, com a pandemia, que esteve sempre presente neste percurso aumentou dificuldades previstas no início do curso.

O meu percurso profissional essencialmente em meio hospitalar, alguns anos no serviço de internamento de Medicina e agora no serviço de urgência geral, tornou o estágio na comunidade numa agradável surpresa, o único contacto que tive com cuidados em casa das pessoas para prestação de cuidados foi no curso de bacharelato. Na UCCI integrada numa equipa em que a maioria dos enfermeiros são EEER, todo o ambiente foi propício à aprendizagem, com experiências enriquecedoras para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências necessárias à prática especializada. Por vezes, as condições e os recursos escassos, foram um desafio para o meu percurso, e implicou a adequação do conhecimento ao contexto e adequação dos procedimentos à realidade do ambiente da casa, com espaços exíguos e obstáculos diversos que dificultam a implementação dos programas de reabilitação, mas que se tornaram também oportunidades de aprendizagem.

Terminei o estágio na comunidade com a crença de que o domicílio é o local ideal para o EEER atuar, promovendo um ambiente facilitador para o cuidado, adaptando o ambiente e a intervenção perante não só as necessidades da pessoa e família, mas também perante as adversidades.

No serviço de internamento pude prestar cuidados de ER em momentos diferentes, tanto nas pessoas com indicação para cirurgia como para tratamento conservador após fratura. O fato de muitas destas pessoas estarem a experienciar transições múltiplas, relacionadas ou não relacionadas, possibilitou desenvolver planos de cuidados complexos que levaram ao desenvolvimento de competências em diferentes domínios da clínica do EEER.

Ao longo dos dois percursos foi possível constatar que ainda existem muitas dificuldades em assegurar a continuidade dos cuidados de reabilitação a todas as pessoas, incluindo as que tiveram FEPP e que esta ‘descontinuidade’ condiciona a qualidade de vida uma vez que não permite que a pessoa recupere a funcionalidade para os níveis que tinha antes da fratura. Por outro lado existem lacunas no apoio

social prestado às pessoas/família, e que acresce contrariedades aos cuidados de saúde, com falta de produtos de apoio que auxiliem na independência no autocuidado.

Posso concluir que os objetivos presentes no projeto de estágio, foram atingidos na sua generalidade. As oportunidades proporcionadas pelos contextos e pelos orientadores clínicos permitiram a realização de atividades que se mostraram essenciais na aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências necessárias à prática de excelência dos cuidados especializados.

Através da aquisição de competências especializadas na área da reabilitação a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem como objetivo:

“promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. Para tal, utiliza técnicas e tecnologias específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.” (Regulamento n.º 392/2019 da OE).

Aliado a estas competências e cruzando com os objetivos deste relatório emerge a necessidade de uma prática baseada na evidência para melhorar os cuidados de ER à pessoa idosa tanto na prevenção da primeira queda, como da sua recorrência após uma FF. Este desígnio estende-se à importância dos ER liderarem e coordenarem os cuidados da equipa, para que o plano de cuidados de reabilitação seja implementado em pleno e haja uma cultura de reabilitação promovendo a mobilidade precoce, o treino de marcha e das atividades de vida diária tendo em vista o regresso em casa o mais independente possível. A reabilitação precoce e eficaz reduz o tempo de hospitalização, diminui as complicações relacionadas com a imobilidade, aumenta a independência e gera ganhos em qualidade de vida para a pessoa idosa e para o sistema de saúde, porque previne complicações associada essencialmente ao síndrome de imobilidade, com diminuição dos custos associados ao tratamento das FF. De salientar que um estudo com pessoas com FEFP observa

que as pessoas com condições médicas mais complexas que foram submetidos ao plano de cuidados de reabilitação em meio hospitalar, apresentaram desfechos de reabilitação semelhantes às pessoas com condições menos complexas médicas que foram submetidos aos cuidados prestados com a reabilitação domiciliar (Levi, et al., 2020).

Este caminho de aprendizagem valorizou o trabalho com a pessoa/família, na identificação dos seus objetivos para a recuperação e alertou que os cuidados de ER são holísticos e não limitados apenas à condição física, à recuperação motora, implica incluir a pessoa e até os parceiros da comunidade, analisar o contexto social. Permitiu ainda constatar que o EEER assume diferentes papéis: educador, conselheiro, gestor de caso, investigador, defensor dos direitos dos idosos, capacitador/ facilitador, moderador, líder, perito e membro de equipa (Hoeman, 2000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é uma realidade mundial, sendo Portugal um país *‘duplamente envelhecido’* o aumento da esperança média de vida é um indicador importante para os cuidados de saúde e desafia a uma nova organização dos cuidados de saúde, permitindo não só viver mais anos, mas fazê-lo com autonomia, independência e qualidade de vida.

As FEFP são resultados de uma queda, geralmente da mesma altura, e ambas – queda e fratura – são preditores de declínio da funcionalidade, *ptofobia*, dependência e necessidade acrescida de cuidador para suprir necessidades de autocuidado de desvio de saúde.

Os estágios possibilitaram prestar cuidados a pessoas em risco de cair, com medo de queda e/ou FEFP, mas também com pluripatologia e necessidades de saúde e sociais que foram integradas nos planos de cuidados de ER. A vivência e contacto com situações reais, levaram à aquisição de conhecimentos e ao desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER. Em cada contexto foi possível prestar cuidados à pessoa com necessidades especiais, integrando necessidades e expectativas, integrando a pessoa/família na tomada de decisão.

A pesquisa ao longo dos estágios e a fundamentação do projeto de estágio com toda a pesquisa baseada na evidencia, sustentada pelos resultados da investigação, proporcionou boas práticas nos cuidados especializados, e enriqueceu a aprendizagem. Os jornais de aprendizagem, as partilhas com os orientadores foram fundamentais para o meu crescimento e para a melhoria constante da prestação dos cuidados à pessoa e famílias.

Face ao exposto considero que os objetivos propostos foram alcançados. Os locais de estágio permitiram e contribuíram para consolidar as atividades planeadas, proporcionaram um conjunto de novas experiências, alargando horizontes, trazendo uma nova perspetiva para os cuidados e para a relação com os meus pares, liderando a equipa para a melhoria dos cuidados.

Num futuro próximo, pretendo realizar formação em serviço sobre o tema do projeto e criar um projeto de melhoria contínua dos cuidados a estas pessoas, que deve começar logo pela abordagem no serviço de urgência.

Termino consciente que apesar das dificuldades/obstáculos o balanço final é positivo. O percurso foi gratificante, as aprendizagens ricas e a possibilidade de ver os resultados 'in loco' motivante para o curso de mestrado e para a futura vida profissional como EEER. O conhecimento que adquiri ao longo deste mestrado permitiu sem dúvida uma visão mais holística da pessoa, nos diversos contextos, familiar, laboral e social. A formação especializada deu-me uma maior sensibilidade e competência para a manutenção e recuperação da funcionalidade das pessoas e, consequente implicação que possa ter no quotidiano para satisfazer as atividades de vida de forma independente e autónoma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, F., Campos, J., Lumini, M. J., & Nogueira, N. (2021). A fragilidade no contexto da saúde. in: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem (pp. 27-42). ESEP ISBN- 978-989-54454-5-5. <http://hdl.handle.net/10400.26/39521>.
- Baixinho, C. L., & dos Santos, W. B. (2020). Intervenção da Enfermagem na prevenção da queda em idoso: Estudo de revisão. *Cogitare Enfermagem*, 25, 8-11. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.71326>.
- Campos, C. (2017). A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de enfermagem. *PsiLOGOS*, 15(1), 91-100. <https://doi.org/10.25752/psi.9725>.
- Campos, M. do S. de V., & Abi Rached, R. D. V. (2017). O papel da enfermagem na reabilitação física. *International Journal of Health Management Review*, 3(1). <https://doi.org/10.37497/ijhmreview.v3i1.116>.
- Castro, C. M., Marques, M. M., & Vaz, C. R. (2021). Comunicação na transição de cuidados de enfermagem em um serviço de emergência de Portugal. *Cogitare Enfermagem*, 27. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.81767>.
- Costa, L. G. (2016). Visitando a teoria das transições de Alaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3). <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>.
- DGS. (2019-2021). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Faria, A. d., Martins, M. M., Ribeiro, O. M., Gomes, B., & Fernandes, C. S. (2020). Idosos residentes na comunidade: conhecer para sustentar um programa de enfermagem de reabilitação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0194>.
- Faria, A., Ferreira Pereira da Silva Martins, M. M. ., Laredo-Aguilera, J. A. ., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M. ., Faria Fonseca, E. ., & Martins Flores, J. . (2021). Fragilidade em pessoas idosas residentes no domicílio inscritas numa unidade de saúde do norte de Portugal. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 4(1), 6–14. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.46>.
- Farias, L. T. M., Libório Lago, C. da C., & Clarêncio, J. (2016). Osteoporose: uma análise fisiopatológica voltada para os profissionais da enfermagem. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 4(2). <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i2.646>.
- Ferreira, A. S., Ferreira, D., & Coelho, F. S. (2020). Ordem dos Médicos. *Trabalho de eui pa e comunicação: armas em tempo de guerra*.

- Ferreira, B. A., Gomes, T. J., Baixinho, C. R., & Ferreira, Ó. M. (2020). Cuidado transicional aos cuidadores de idosos dependentes: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0394>.
- Fonseca, C., Ramos, A., & Santos, B. (2017). Da Formação á prática: Importância das Teorias do Autocuidado no processo de Enfermagem para a melhoria dos Cuidados. *Journal of Aging and Inovation*. 6 (1), 51-54. ISSN 2186-696X.
- Fronteira, I., Jesus, É. H., & Dussalt, G. (2020). A Enfermagem em Portugal aos 40 anos do Serviço Nacional de Saúde. *Ciência Saúde Coletiva*, 25(1). <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28482019>.
- Gomes, J., Soares, C. M., & Bule, M. J. (2019). Enfermagem de Reabilitação na prevenção de quedas em idosos no domicílio. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 2(1), 11–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.02.4571>.
- Gould, J. S., Eveneshen, S. S., Fleig, L., McAllister, M., & Ashe, M. C. (2017). Patient Perspectives on Engagement in Recovery after Hip Fracture: A Qualitative Study. *Journal of Aging Research*. <https://doi.org/10.1155/2017/2171865>.
- Jensen, C. M., Hertz, K., & Mauthner, O. (2018). Orthogeriatric Nursing in the Emergency and Perioperative In-Patient Setting. Em Hertz K, Santy-Tomlinson J, editores, *Fragility Fracture Nursing: Holistic Care and Management of the Orthogeriatric Patient*. https://doi: 10.1007/978-3-319-76681-2_5.
- Kolodiy, T., & Pontífice, P. S. (2019). A Dimensão Espiritual nos cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e sua família: Revisão Integrativa. *Revista Servir*, 60(1-2). <https://doi.org/10.48492/servir021-2.24493>.
- Krams, T., Lafont, C., Voisin, T., Castex, A., Houles, M., & Rolland, Y. (2018). Rehabilitation care after hip fracture in older patients with cognitive impairment: systematic review. *The Journal of Nursing Home Research*, 4, 27-35. <http://dx.doi.org/10.14283/jnhrs.2018.6>.
- Levi, Y., Punchick, B., Zikrin, E., Schacham, D., Katz, D., Makulin, E., . . . Press, Y. (2020). Intensive Inpatient vs. Home-Based Rehabilitation after hip fracture in the elderly population. *Frontiers in Medicine*, 7. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.592693>.
- Madeira, A. d., dos Reis, A. C., & Godinho, M. C. (2021). Supervisão clínica em Enfermagem-uma solução digital. *Revista UiIPS*, 9(1). <https://doi.org/10.25746/ruiips.v9.i1.24829>.
- Marques, A., Lourenço, Ó., & Silva, J. A. (2015). The burden of osteoporotic hip fractures in Portugal: costs, health related quality of life and mortality. *Osteoporos Int*, 26, 2623-2630. <https://doi.org/10.1007/s00198-015-3171-5>.

- Martins, R., & Santos, C. (2020). Capacitação do cuidador informal: o papel dos enfermeiros no processo de gestão da doença. *Gestão E Desenvolvimento*, (28), 117-137. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9468>
- Martins, R. ., Cardoso, R. ., Carvalho, N. ., Batista, S., Dinis, A. ., & Andrade, A. (2020). Perception of palliative care nurses about the intervention of the specialist nurse in rehabilitation nursing. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 1–13. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.1-13>
- Mears, S. C., & Kates, S. L. (2015). A Guide to Improving the Care of Patients with Fragility Fractures, Edition 2. *Geriatric orthopaedic surgery & rehabilitation*, 6(2), 58–120. <https://doi.org/10.1177/2151458515572697>
- Meleis, A. (2005) – Theoretical Nursing: Development and Progress. Rev. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2010) – Transitions Theory Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. Springer Publishing Company, LLC. ISBN 978-0-8261-0534-9
- Merêncio, K. M., & Ventura, M. A. (2019). Vivências da mulher mastectomizada: a enfermagem de reabilitação na promoção da autonomia. *Revista de Enfermagem Referência*, vol. V, núm. 2, <https://doi.org/10.12707/RIV19082>
- Minosso, J. S., Souza, L. J., & Oliveira, M. d. (2016). Reabilitação em Cuidados Paliativos. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001470015>
- Network, S. O. (2011). Model of fragility fractures care in South Australia. Em S. O. Network, *Fragility Fractures general orthopedic trauma and arthroplasty* (pp. 14-25).
- OMS. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. consultado em 26 fevereiro 2021 https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf
- OMS. (2007). WHO global report on falls prevention in older age. ISBN 978 92 4 156353 6 consultado em 20 janeiro 2021 : http://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/index.html
- Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice. 6ª ed. St. Louis: Mosby. ISBN-13: 978-0323008648
- Oostwaard, M. V. (2018). Osteoporosis and the Nature of Fragility Fractures-An Overview. Em *Fragility Fracture Nursing- Holistic care and Management of the Orthogeratric Patient* (pp. 1-13). https://doi.org/10.1007/978-3-319-76681-2_1
- Palma, M., Teixeira, H., Pino, H., Vieira, J. e Bule, M.J. 2021. Programa de reabilitação para a pessoa com fratura da extremidade superior do fêmur: Estudo de

Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 4, 2 (Set. 2021), 6–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.182>.

Pedrosa AR, Ferreira ÓR, Baixinho CL. Transitional rehabilitation care and patient care continuity as an advanced nursing practice. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(5):e20210399. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0399>

Pinheiro, S. B., Silva, A. L., Cardenas, C. J., & Silva, M. L. (2015). *A Síndrome do pós queda em idosos que sofrem fratura do Fémur*. Cadernos de estudos e pesquisas / Vol.19 / nº 41 / jun. 2015 / Fisioterapia / Enfermagem ISSN 1517 – 5758

Rocha, S. A., Garcia de Ávila, M. A., & Mangini Bocchi, S. C. (2016). *Influência do cuidador informal na reabilitação do idoso em pós-operatório de fratura de fêmur proximal*. *Rev. Gaúcha Enferm.* (Online) 37 (1) • 2016 • <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.51069>

Santos, B., Ramos, A., & Fonseca, C. (2017). Da formação à prática: Importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem para a melhoria dos cuidados. *Journal of Aging and Innovation*, 6(1), consultado a 12 janeiro 2021 em https://redib.org/Record/oai_articulo1240922-da-forma%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-pr%C3%A1tica-import%C3%A2ncia-das-teorias-do-autocuidado-processo-de-enfermagem-para-a-melhoria-dos-cuidados.

Santos, G., Sousa, L., & Couto, P. S. (2016). *Psicologia, Saúde e Doenças. Hospitalização de pessoas idosas: Espiritualidade, risco de dependência, quedas e readmissão*, 17(3), 542-560 ISSN - 2182-8407 <http://dx.doi.org/10.15309/16psd170318>

Schoene, D., Heller, C., Aung, Y. N., Sieber, C. C., Kemmler, W., & Freiburger, E. (2019). *A systematic review on the influence of fear of falling on quality of life in older people: is there a role for falls?* <https://doi.org/10.2147/CIA.S197857>

Silva Pereira, R. S., Martins, M. M., Gomes, B., Aguilera, J. A., & Santos, J. (2018). *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Promoção da Acessibilidade*. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4538>

Silva, V. B., Barbosa, S. B., Rodrigues, J., Silva, M. A., Miguéns, A. C., Horta, L., & Branco, P. S. (2019). *Revista da SPMFR*. Vol 31 I Nº 2 I Ano 27. Osteoporose e Quedas: Problemas Não Valorizados pela Comunidade Médica Portuguesa, pp. 15-23.

Stolnicki, B., & Oliveira, L. G. (2016). *Revista Brasileira Ortopédica. Para que a primeira fratura seja a última*, pp. 121,126. <https://doi.org/10.1016/j.rboe.2016.01.005>

- Takahashi, M., Iwase, J., Abe, M., Hashimoto, N., Kosaka, H., & Egawa, H. (2020). Insufficient Postoperative Rehabilitation in Patients with Both Proximal Femoral Fracture and Antecedent Mental Illness. *JMA journal*, 3(3), 265–271. <https://doi.org/10.31662/jmaj.2019-0055>
- Tarantino, U., Cerocchi, I., Liuni, F. M., Pistillo, P., Rao, C., & Celi, M. (2014). Physical Therapy Perspectives in the 21st Century- Challenges and Possibilities. *Evidence-Based Management in the Rehabilitation of Osteoporotic Patients with Fragility Fractures*, pp. 233-248.
- van der Vet PCR, Kusen JQ, Rohner-Spengler M, Link BC, Houwert RM, Knobe M, Babst R, Henzen C, Schmid L, Beeres FJP. Fear of Falling, Recurrence of Falls, and Quality of Life in Patients with a Low Energy Fracture-Part II of an Observational Study. *Medicina (Kaunas)*. 2021 Jun 7;57(6):584. <https://doi:10.3390/medicina57060584>.
- WHO. (2007). *Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice*. ISBN 978 92 4 156353 6 consultado em 5 janeiro 2021 em https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_prevencao_quedas_velhice.pdf

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Formação: A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO À PESSOA COM FRATURA DE FRAGILIDADE

12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular: Opção II – Projeto de Formação

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO À
PESSOA COM FRATURA DE FRAGILIDADE**

Cláudia Sofia Lourenço Rasteiro


Lisboa
Setembro 2021

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Unidade Curricular: Opção II – Projeto de Formação

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO À
PESSOA COM FRATURA DE FRAGILIDADE**

Cláudia Sofia Lourenço Rasteiro nº10535

Docente: Prof. Miguel Serra
Orientadora: Profª. Cristina Baixinho



Lisboa

Índice

INTRODUÇÃO.....	52
1. REVISÃO DA LITERATURA	56
2. MODELOS TEÓRICOS	61
3. LOCAIS DE ESTÁGIO	64
4. PLANO DE AÇÃO	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular UC de Opção II inserido no plano de estudos do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem – Na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, foi elaborado o presente projeto de formação, tendo em foco o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

No relatório da Organização das Nações Unidas (2015) é explanado que até ao fim de 2020 o número de pessoas com mais de 60 anos é superior ao número de crianças com menos de 5 anos. Mundialmente a população com mais de 60 anos está a crescer a uma taxa de 3% ao ano, até 2050, noutras regiões do mundo, exceto África, terão quase um quarto ou mais das respetivas populações com mais de 60 anos. O número de pessoas com 80 anos ou mais deverá triplicar até 2050 passando de 137 milhões, em 2017, para 425 milhões.

Segundo Nogueira (2009), o envelhecimento progressivo da nossa população é um facto comprovado e estima-se que em 2050, Portugal será o 4º País da União Europeia. Segundo projeções do Instituto Nacional de Estatística (2016) estima-se que em 2060 por cada 100 jovens existem 307 idosos a residir em Portugal e que desde o ano 2000 que o número de idosos ultrapassou o número de jovens em Portugal.

Importa referir que cerca de 19% da população residente em Portugal pertence ao grupo dos idosos e 60% desta população vive só, ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas, refletindo um fenómeno cuja dimensão aumentou 28% ao longo da última década (INE, 2011).

O aumento do grau/nível de dependência dos idosos é uma das principais consequências do envelhecimento da população.

Com o envelhecimento as alterações da mobilidade representam um fator limitante da sua autonomia e são inúmeros os problemas que daí advém, sendo a queda um dos mais frequentes na medida em que representam uma grande ameaça à sua independência e capacidade funcional.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007), queda é o evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais abaixo da sua posição inicial.

Segundo o Relatório Global da Prevenção em Quedas em Idosos da OMS (2007) entre 28 e 35% das pessoas com mais de 65 anos cai em cada ano, aumentando esta percentagem para valores entre 32 e 42% no seio dos idosos com mais de 70 anos. Importa também referir que devido às quedas muitos idosos sofrem lesões, pelo que com frequência são hospitalizados, ficando com limitações funcionais graves e de dependência que dificultam o seu regresso ao domicílio e até mesmo falecer. Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2003), em 1990, ocorreram 1,7 milhões de fraturas da extremidade proximal do fémur em todo o mundo, calculando-se que este número atinja os 6,26 milhões em 2050, devido ao aumento da esperança de vida e ao envelhecimento da população.

Um dos maiores desafios de saúde pública, relaciona-se com a FEFP (fratura do extremo proximal do fémur) e outras fraturas de fragilidade, na grande maioria das vezes associada ao rápido envelhecimento da População a nível mundial.

As fraturas de fragilidade por definição são *“fraturas causada por um trauma que seria insuficiente para fraturar um osso normal, resultado de uma redução da resistência compressiva ou torsional”* (Oostwaard, 2018). Estas fraturas são uma causa importante de mortalidade, de limitação funcional (com frequência irreversível), elevados gastos económicos nos serviços saúde e traduzem-se em problemas sociais e familiares (Marques et al, 2016).

Os enfermeiros cuidam de pessoas, que na maioria das vezes, se encontram vulneráveis e que, com frequência se apresentam relativa ou totalmente dependentes para realizar as suas atividades de vida diária autonomamente. Proteger e respeitar a dignidade da pessoa surge como um princípio fundamental para a enfermagem na prestação de cuidados ao longo do ciclo vital.

Enquanto Enfermeira a exercer funções no Serviço de Urgência, do Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM), são inúmeras as pessoas que se dirigem a este Serviço de Urgência, cuja área metropolitana abrange uma população, segundo os Censos de 2011 de 78.764 habitantes locais (INE,2011). Importa referir que nesta área, para além de ter uma população envelhecida, existem várias entidades de apoio a idosos (Unidade Cuidados Continuados Integrados e lares), pelo que com frequência recorrem ao Serviço de Urgência, devido a situações de queda e das quais resultam fraturas várias nos idosos, que frequentemente necessitam de internamento. Devido a constatar estas situações, a minha preocupação surge, o porquê da queda? Houve algum tipo de cuidado aquando e após a queda e sua consequência? Qual o seu destino?

Estas questões vão de encontro ao tema de projeto que se pretende desenvolver, fraturas de fragilidade, algumas associadas sim ao envelhecimento e degradação do estado funcional, outras não.

A osteoporose, o risco de queda e principalmente a sua associação ainda são pouco reconhecidas e desvalorizadas pela população portuguesa, mas com tendência a mudar.

Segundo Silva et al. (2019) a prevalência de osteoporose em indivíduos com idades superiores a 18 anos (2010-2013) foi calculada em 10%, sendo que anualmente ocorrem cerca de 40 000 fraturas osteoporóticas (25% das quais são Fraturas de Extremidade Proximal do Fémur).

Numa pesquisa inicial sobre a temática, fraturas de fragilidade, a revisão de literatura permite identificar que este é um problema de saúde pública complexo, que necessita de conhecimento baseado na evidência e nas competências dos profissionais para suprir as necessidades destes clientes. Estes cuidados têm início no hospital aquando a sua entrada no Serviço de Urgência, e encontram-se associados mais frequentemente ao envelhecimento e à fragilidade, mas todos os outros que sofrem uma fratura menor, podem ficar perdidos no sistema e quando existem são sinais do resultado da fragilidade óssea causada pela osteoporose, implica que a nossa atuação seja imediata e célere para prevenir a próxima fratura.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EEEF (OE,2019), a reabilitação enquanto especialidade multidisciplinar, suportada por um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, possibilita ajudar as pessoas doentes ou com sequelas, de modo a maximizar o seu potencial funcional e independência com o objetivo de melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima. Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas, proporcionando ganhos para a pessoa, família e para os serviços de saúde.

Pelo exposto, foram definidos para o presente projeto, os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências em Enfermagem de Reabilitação nos cuidados a pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados
- Desenvolver competências em Enfermagem de Reabilitação definindo diagnóstico, a

intervenção precoce e a promoção da qualidade de vida

- Desenvolver competências em Enfermagem de Reabilitação para Capacitar a pessoa com limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção na sociedade
- Desenvolver competências em Enfermagem de Reabilitação para maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Assim o presente projeto destina-se à construção de um plano de ação estruturado e fundamentado com o intuito de responder à seguinte questão: Quais as Intervenções do Enfermeiro Especialista de Reabilitação que promovem a funcionalidade da pessoa com fratura de fragilidade?

O tema a ser desenvolvido centra-se na intervenção do EEER, para promover e maximizar a funcionalidade da capacitação destes clientes com estas fraturas em cada estadio, nas diferentes faixas etárias e em cada etapa do seu percurso intra-hospitalar e na comunidade, tendo uma aposta forte na educação na educação para a saúde.

Estruturalmente, o presente relatório organiza-se pelos seguintes capítulos: inicialmente com a metodologia da revisão narrativa da literatura sobre a temática FEFP, posteriormente o quadro de referência teórico que vai suportar o trabalho, Teoria do Déficit de Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem, dado que o autocuidado está diretamente relacionado com a Independência funcional, posteriormente serão apresentados os locais de estágio e, em último, o plano de ação onde serão explanados objetivos específicos definidos assim como as atividades, indicadores de avaliação e recursos a mobilizar.

Foram definidas para o projeto as seguintes palavras chave: Fraturas de fragilidade, Enfermagem de Reabilitação, Quedas e Funcionalidade.

1. REVISÃO DA LITERATURA

Osteoporose é definida como uma doença óssea caracterizada pelo comprometimento da resistência óssea que predispõe a um aumento do risco de fratura (Oliveira & Stolnicki, 2016), a face mais visível desta doença são as fraturas de fragilidade. A fratura por fragilidade óssea é a maior manifestação clínica desta doença. A fratura por fragilidade óssea é a maior manifestação clínica desta doença.

Este tipo de fratura tem como definição: *“fratura causada por um trauma que seria insuficiente para fraturar um osso normal, resultado de uma redução da resistência compressiva ou torsional.”* (Oostwaard, 2018).

Pode ser elucidada como uma fratura que acontece como consequência de um trauma mínimo, podendo ser uma queda da própria altura ou menor.

É considerado um dos maiores problemas de saúde pública, em cada três segundos ocorre uma fratura com grande impacto humano, socioeconómico, com custos associados à morbilidade e à mortalidade. Na pessoa com fratura vai existir uma perda de autonomia, uma deterioração na qualidade de vida e consequente necessidade de cuidados (Oostwaard, 2018).

A prevalência da Osteoporose em Portugal em pessoas com idade superior a 18 anos é de cerca de 10% (2016), noutro estudo mais recente, de 2018, verifica-se que a prevalência de osteoporose é de 50% na população feminina acima dos 65 anos, com fraturas de fragilidade na ordem dos 21% (Miranda, 2019).

Num relatório realizado em 2017, por uma comunidade de diversos médicos, cientistas e epidemiologistas, que nos mune com um olhar comparativo sobre a carga e a pressão económica nas maiores influencias mundiais da União Europeia, (França, Alemanha, Itália, Espanha e Reino Unido), juntamente com a Suécia, foram registadas 2.7 milhões de novas fraturas de fragilidade, equivalente a 7332 fraturas por dia e 305 fraturas por hora, com tendência para aumentar o numero de fraturas em 2030, valores elevados que se manifestam também na economia dos países que conseguem chegar aos 37.5 bilhões neste mesmo ano, um aumento significativo em comparação com o ano de 2010 em que os custos rondaram os 29.6 bilhões. Mas como a tendência continua a aumentar também se prevê que em 2030 o valor ronde os 47.4 bilhões (Borgstrom, et al., 2020).

Reportando a nível nacional, estes custos económicos relacionados com esta temática também são evidentes, num estudo que mostra uma visão sobre a relação custo/qualidade de vida é evidente, estimados em 13.434 Euros no primeiro ano que ocorre a fratura e aproximadamente de 5985 euros no segundo ano seguinte á fratura, mais direcionado para a FEPPF, onde os dados são os mais trabalhados (Silva, Lourenço, & Marques, 2015).

Num relatório elaborado pela International Osteoporosis Foundation e a European Federation of Pharmaceutical Industry Associations, pode-se afirmar que em 2010, cerca de 22 milhões de mulheres e 5,5 milhões de homens da União Europeia tinha osteoporose. (Silva, et al., 2019).

Sendo que estes milhões de Homens e Mulheres sofreram fraturas de fragilidade, mais precisamente cerca de 3,5 milhões, destas 610000 foram fraturas de EPF, 520000 fraturas vertebrais, 560000 fraturas de extremidade dos ossos do antebraço e 1800000 outras fraturas, estando previsto um aumento de 4,5 milhões de fraturas em 2025 (Silva, et al., 2019).

As fraturas de fragilidade mais comuns são as fraturas EPF, vertebrais, rádio distal e úmero proximal.

Fraturas do rádio distal são as terceiras mais comuns nos idosos, cerca de 18%, diretamente relacionadas com a osteoporose, o impacto na qualidade de vida devido a complicações e a função é prejudicada frequentemente. (Oostwaard, 2018), normalmente são as primeiras fraturas a ocorrer, seguidas das fraturas vertebrais ou EPF, esta última com maior gravidade, as fraturas vertebrais só conseguem ser diagnosticadas após queixas álgicas e realização de RX que evidencia a fratura, a maioria das pessoas não se apercebe que têm uma fratura vertebral, só cerca 25% são realmente diagnosticadas. (Oostwaard, 2018) O envelhecimento da população mundialmente é um fator que contribui para o aumento das fraturas de fragilidade, nomeadamente para as FEPPF, estas fraturas osteoporóticas são as mais graves associadas a maioríssimos custos e maior grau de mortalidade de até 30% no primeiro ano após fratura (Silva, et al., 2019).

Sendo este tipo de fraturas as mais sérias no que diz respeito á mortalidade e mais ainda no caso da mulher, em que o risco consegue ser maior do que se tivessem o diagnóstico de Cancro da Mama, Cancro do Útero ou até Cancro do Ovário, consegue ser ultrapassado pelo risco de mortalidade deste tipo de fratura no Homem (Oostwaard, 2018).

Para os sobreviventes, a maioria não recupera a sua autonomia anterior e 30% perde a sua total autonomia.

Dependência e limitação da funcionalidade é o maior receio das pessoas que sofrem uma FEPP, assim como para a sua família, associados aos custos na sociedade, se a primeira fratura for reconhecida e tratada como osteoporótica, a próxima fratura pode ser evitada em 50% prevenindo a espiral descendente na saúde e na qualidade de vida que muitas vezes acompanham estas FEPP (Oostwaard, 2018).

Uma fratura de fragilidade é a denúncia mais forte do risco de futura fratura, pessoas que sofreram uma fratura em qualquer zona do corpo têm maior risco, duas vezes mais, do que uma pessoa que nunca teve nenhum tipo de fratura, mesmo que seja uma fratura por baixo trauma como é o caso do punho, úmero proximal ou tornozelo, tem quase quatro vezes maior risco de fraturas no futuro. Fraturas vertebrais são as fraturas mais recorrentes no prazo de três anos e em algumas pessoas logo no primeiro ano, tem quase cinco vezes mais risco de nova fratura semelhante e o dobro para risco de fratura da FEPP (Stolnicki & Oliveira, 2016).

Fraturas secundárias ocorrem rapidamente após a primeira fratura, pessoas que sofreram um FEPP são as que correm maior risco de nova fratura, devem ser priorizadas para avaliação e início de tratamento e deve ser instituído um programa de reabilitação precoce e adequado.

Ações para evitar segunda fratura devem ser fornecidas a todas as mulheres e homens acima dos 50 anos que sofreram uma fratura de fragilidade, pois estas fraturas podem anteceder uma FEPP no ciclo que uma fratura conduz a outra (“cascata fraturária”) (Stolnicki & Oliveira, 2016).

Apesar de todos os esforços que têm sido realizados pelas diversas organizações internacionais, a osteoporose, o risco de queda e sobretudo a sua associação, estes aspetos são ainda pouco explorados pela comunidade médica no que concerne à prevenção primária e secundária e desvalorizados pela própria população. Isso manifesta-se no embate notável na saúde e qualidade de vida da população atual e no futuro, com reflexões económicas negativas muito importantes (Silva, et al., 2019).

É de extrema importância identificar as pessoas com risco de fratura, os enfermeiros desempenham um papel primordial na avaliação dos fatores de risco, enquanto obtêm a história clínica do doente, quando este dá entrada no Hospital e recebe tratamento a uma fratura,

conseguimos investigar o risco de fratura, avaliando e educando para a redução do risco de nova fratura, é uma importante intervenção, a avaliação seguinte dos fatores de risco e uma mudança no estilo de vida, medidas que podem ser tomadas para modificar os fatores de risco identificáveis e conhecer as necessidades individuais de cada pessoa para informação e educação (Oostwaard, 2018).

Importa referir que a intervenção do EEER é fundamental, realçando-se a sua intervenção como fundamental nos períodos: no pré-hospitalar, no acolhimento no serviço de urgência, no pré-operatório e pós-operatório, bem como em programas de reabilitação no regresso ao domicílio. O EEER desenvolve a sua intervenção clínica na reabilitação destes doentes, maximizando os seus potenciais através da aplicação de programas de reabilitação funcional e da capacitação para o autocuidado, suportado no Regulamento Das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento nº392/2019).

A prática de cuidados de reabilitação especializados traduz-se em ganhos para a pessoa, família e para os serviços de saúde, pelo que é cada vez mais premente a existência de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação em todos os contextos da prática clínica, implementando cuidados de saúde especializados assentes nos enunciados descritivos do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2011), assente na premissa da promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção de doença cuja base seja a manutenção da independência, prevenção de patologias (OMS, 2014; ONU, 2015).

Para as pessoas sujeitas a fraturas de fragilidade é frequente o resultado da perda de autonomia, deterioração na qualidade de vida e com necessidades de cuidados, é importante identificar os doentes com risco de fratura, os enfermeiros desempenham um papel importante na avaliação dos riscos enquanto obtêm a história clínica, aquando da ocorrência.

Investindo na avaliação de risco de fratura e na educação para a redução do risco é importante uma intervenção para monitorizar esta avaliação, este risco e apostando na educação e mudança de vida, podem ser tomadas medidas para modificar e ter impacto nos fatores de risco e conhecer as necessidades que as pessoas tem de informação e educação (Oostwaard, 2018).

Riscos ou causas da osteoporose e fraturas de fragilidade podem ser divididos em 2 categorias: Fatores fixos, como a idade, género (mais significativo no sexo feminino), história

familiar de osteoporose, fraturas anteriores, etnia, menopausa, corticoterapia prolongada, artrite reumatoide, polimedicação. Fatores modificáveis que conseguem influenciar ou potencializar o risco de fratura, mesmo não atuando na densidade óssea.

O Enfermeiro tem um papel de extrema importância na educação para conduzir a um estilo de vida mais saudável, reduzindo estes fatores de risco como o álcool, tabagismo, má nutrição, deficiência de vitamina D, distúrbios alimentares, quedas frequentes, entre outros (Oostwaard, 2018).

Todos os enfermeiros que já tenham cuidado de uma pessoa que tenha sofrido uma fratura de fragilidade, têm que estar atentos à possibilidade de o diagnóstico de osteoporose já esteja feito e consequentemente o risco de nova fratura esteja iminente, têm que saber avaliar e modificar os fatores de risco, podendo desde cedo assegurar as ferramentas adequadas e realizar o encaminhamento para a equipa multidisciplinar (Oostwaard, 2018).

Pessoas que experienciaram uma fratura de fragilidade, requerem diferentes níveis de intervenção, de gestão, de identificação do risco e suporte contínuo. Algumas situações vão requerer hospitalização, outras não podendo ser adequadas as intervenções em regime ambulatorio e no domicílio.

Quando requerem hospitalização deve existir uma colaboração entre a equipa multidisciplinar hospitalar, fazendo uma avaliação completa, forma e informal baseada na confiança.

Segundo o Model for Fragility Frature Care in South Australia (Network, 2011) a continuação dos cuidados assenta nestas bases: Prevenção Primária, onde se realiza a identificação e o tratamento dos fatores de risco, risco de queda e apostando na promoção de um estilo de vida saudável, antes da fratura ocorrer, embora esta fase seja mais evidente nos idosos. Em situações agudas podem ser avaliadas pelo Enfermeiro de Cuidados de saúde primários, avaliam sinais e sintomas que possam surgir no domicílio, com a presença de dor, mobilidade reduzida, funcionalidade afetada (ex. fraturas das vértebras), encaminhando para os recursos da comunidade, de reabilitação para promover a recuperação e a independência, esta referenciação dos cuidados de saúde primários vai-se associar também a um processo de prevenção secundária.

Numa situação de urgência, a pessoa vai ser avaliada pelo Serviço de Urgência, onde vai ser encaminhada para a realização de exames complementares de diagnóstico, podendo ter

indicação para cirurgia, terá que ser uma decisão rápida, de maneira a maximizar a reabilitação, potencializar a funcionalidade, com resultados efetivos, o ideal será nas primeiras 24h.

No processo cirúrgico, teremos que ter em atenção aos cuidados no pré-operatório, avaliação do tipo de cirurgia e o respetivo pós-operatório, tentando que seja o mais breve possível.

O objetivo fundamental da reabilitação e dos enfermeiros especialistas em reabilitação é maximizar a funcionalidade, o potencial para atingir a independência na mobilidade, nos autocuidados, e nas restantes atividades de vida diária, focadas nas atividades funcionais.

A Prevenção secundária incide na monitorização, na implementação de estratégias, colabora na ligação com os recursos da comunidade com programas de reabilitação, apropriados para promover os cuidados, as intervenções que respondam às necessidades, às dúvidas e preocupações das pessoas sujeitas a fraturas de fragilidade e sua família no período após o retorno á comunidade.

2. MODELOS TEÓRICOS

Os Modelos Teóricos que suportam este projeto são a Teoria do Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem e Teoria das Transições de Meleis.

Dorothea Orem definiu o autocuidado na sua Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem, assim, autocuidado “*é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar*” (Santos, Ramos, & Fonseca, 2017).

As atividades de autocuidado atenuam os sintomas e as complicações das doenças, reduzem o tempo de recuperação e reduzem a taxa de hospitalização.

É aqui que o papel do enfermeiro é fundamental, já que o autocuidado associado á pessoa sujeita a uma fratura de fragilidade, implica uma realidade nova que afeta o seu bem-estar, é um efeito sensível aos cuidados de enfermagem, com uma mudança que otimiza a promoção da saúde, através do aumento de conhecimentos da pessoa e habilidades onde os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros têm uma intervenção determinante. (Santos, Ramos, & Fonseca, 2017), incorpora a afirmação da necessidade de cuidados de enfermagem face à inabilidade da pessoa em satisfazer os seus requisitos de autocuidado.

Aplicando esta teoria, o enfermeiro é capaz de gerar e aplicar uma teia de conhecimentos sobre a pessoa e a forma como ela se relaciona com o mundo, de forma a dar a resposta mais adequada na sua prestação de cuidados de Enfermagem, anulando os deficits de autocuidado encontrados no utente, tanto em contexto hospitalar, como nos cuidados de saúde primários e até em contexto de domicílio.

A utilização da Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado (TEDAC) de Orem (2001) pode direccionar os enfermeiros no sentido de desenvolver planos de cuidados de enfermagem, num processo educativo de resolução de problemas (identificação, estabelecimento de metas, planeamento, implementação e avaliação).

Inserido no tema deste projeto, o enfermeiro tem de ter conhecimento das exigências que determinado desvio de saúde, neste caso pessoa sujeita a fratura de fragilidade, pois o número de exigências do desvio de saúde que têm de ser satisfeitas, em espaços de tempo específicos, determina o tipo e o nível de complexidade de cuidados que os indivíduos necessitam (Orem, 2001).

A existência de uma mudança conduz a um período de inconstância ao qual é preciso se ir adequando na procura de atingir um novo estado de equilíbrio, na qual está implícita a passagem de um estado de vida para outro, o que faz com que esta experiência, na perspetiva de Meleis e suas colaboradoras, represente uma transição (Santos, Ramos, & Fonseca, 2017).

As diversas situações de transição que vão acontecendo ao longo da vida, nomeadamente as situações de saúde doença, são um centro de atenção dos profissionais de enfermagem pelo sistema adaptativo que exigem e, tal como definiram Meleis e Trangenstein em 1994, a missão da enfermagem consiste em facilitar os processos de transição, através do cuidar, procurando atingir, como resultado, a saúde e o bem-estar subjetivo, prevenindo assim uma transição pouco saudável.

Ao longo da vida vão acontecendo inúmeros e consecutivos acontecimentos, alguns inevitáveis ou imprevisíveis, com os quais as pessoas se confrontam e, como trazem mudanças, impõem que estas se adaptem, pelo que solicitam uma constante aprendizagem.

«A passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as percepções. O processo sugere fases e sequência, o intervalo de tempo indica um fenómeno em curso, mas limitado e a percepção tem a ver com o significado da transição para a pessoa que a experimenta» (Meleis 2010, p.25-26).

O modelo teórico de transição descrito por Afaf Meleis (2010) proporciona uma vista esclarecedora sobre as existências das transições, permitindo perceber como cada pessoa vivência o processo de transição em que está envolvido. Logo, permite uma visão mais coesa e integradora da pessoa, assim como, um adiantamento do diagnóstico pelo que é fundamental uma atenção mais sábia e disciplinada aos diferentes processos de transição, fatores que direcionam as diferentes intervenções de enfermagem (Meleis, 2005).

A pessoa com fratura de fragilidade está a vivenciar, pelo menos um **processo de transição** no seu desenvolvimento.

Por outro lado, a dependência após fratura implica que a pessoa significativa/família também está a fazer uma **transição para o papel de cuidador**.

Nestas transições a pessoa com alterações na etapa do desenvolvimento, relacionado com desvio de saúde, podendo apresentar **dependência para o autocuidado**, necessitam de ser capacitados (pessoa/cuidador) para a realização do autocuidado, evitando assim o risco de nova queda/fratura mais prevalente nas pessoas com maior vulnerabilidade.

É inegável o papel do prestador de cuidados na resposta à pessoa em situação de dependência no autocuidado, para que se consiga a eficiência neste processo de cuidados, o prestador de cuidados tem que ser dotado de conhecimento e competências para a prática do papel, releva-se predominante que deve ser assumido pelo prestador de cuidados, ajudando a progredir da transição de uma forma saudável. Para Meleis (2010) ajudar a pessoa, a família ou a comunidade a lidar com as transições que afetam a sua saúde surge como um repto para os enfermeiros, antes, durante e após um evento gerador de mudança.

Esta teoria tem como objetivo promover a autonomia da pessoa, potenciando a sua qualidade de vida, determina a necessidade da intervenção de Enfermagem. Se os meios existentes (pessoais, sociais) não possibilitam a autossatisfação das necessidades, a capacidade de autocuidado enfraquece e surge a necessidade de autocuidado terapêutico, sendo primordial a ajuda do Enfermeiro. Perante o reconhecimento do défice de autocuidado, o enfermeiro pode delinear a sua intervenção.

3. LOCAIS DE ESTÁGIO

CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO

O Centro Hospitalar Barreiro Montijo foi criado a 1 de novembro de 2009, através do Decreto-lei n.º 280/2009, e integra o Hospital de Nossa Senhora do Rosário e o Hospital do Montijo. Tem mais de 30 valências clínicas, prestando assistência ao nível do Internamento, Consulta Externa, Urgência, Hospital de Dia, Assistência Domiciliária e assegurando, praticamente, todos os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica daí decorrentes.

Com uma área de influência que engloba os concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, a Instituição serve uma população de mais de 213 mil habitantes, de acordo com o Censo de 2011.

Inaugurado a 18 de janeiro de 1959 e dirigido pela Santa Casa da Misericórdia, o Hospital Nossa Senhora do Rosário consistia numa estrutura mais pequena e menos diferenciada, que funcionou durante quase 30 anos, com cerca de 115 camas. Presta cuidados de saúde diferenciados.

A sua área de influência direta corresponde aos concelhos de Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete.

O edifício atual, com maior número de especialidades e de camas (cerca de 500), internou os primeiros doentes no dia 17 de setembro de 1985, passando a ser designado de Hospital Distrital do Barreiro.

- **Missão**

Prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram, Hospital do Barreiro e Hospital do Montijo, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e decisões superiormente aprovados.

- **Atribuições**

Orientar toda a atividade em função do doente, respondendo às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas disponíveis; prosseguir e implementar metodologias de gestão que proporcionem a realização pessoal e profissional dos seus colaboradores; rentabilizar a capacidade disponível e garantir a viabilidade económico-financeira da instituição.

Serviço de Ortopedia

Atividade desenvolvida

- Internamento (enfermaria com 23 camas);
- Consulta;
- Bloco Operatório: áreas de diferenciação em cirurgia da coluna vertebral; cirurgia do ombro; cirurgia artroplástica do ombro, anca e joelho; cirurgia artroscópica do ombro, joelho e tornozelo; e traumatologia
- Urgência: balcões de atendimento geral, sala de reanimação, pequena cirurgia, Sala de Observação (SO), Unidade de Internamento Polivalente de Agudos (UIPA) e urgência interna.
- Equipa composta por Ortopedistas, Enfermeiros Generalistas e Enfermeiros Especialistas de Reabilitação, com programas de reabilitação ativos.

UCC DE PALMELA (UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE)

Uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos, terapeuta da fala, psicóloga, higienista oral, técnica de serviço social, e assistentes técnicos.

Prestam cuidados de saúde à população do concelho de Palmela no domicílio e na comunidade, sendo responsáveis por programas/projetos que se caracterizam por:

- Ser de âmbito domiciliário e comunitário
- Dirigido às pessoas dependentes, vulneráveis e em risco
- Utente/família/comunidade são parceiros.

Prestam serviços domiciliários, decorrentes de uma avaliação integral de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência, com rede de suporte familiar, cuja situação não requer internamento, mas que não se podem deslocar de forma autónoma.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados está implementada no concelho de Palmela através da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Palmela.

4. PLANO DE AÇÃO

Como enfermeiros a prestar cuidados gerais, temos a obrigação e o dever de responder a estes desígnios, mas na procura constante da excelência dos cuidados, temos que ir de encontro às competências específicas de Enfermeiro especialista com uma área de abrangência

mais completa e capaz de dar mais respostas às necessidades da população dentro seu contexto específico.

No **Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal** no que diz respeito ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista podemos evidenciar os nossos cuidados de acordo com as intervenções que refletem os nossos objetivos para responder às necessidades.

Quadro 1: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

“Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal”

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

Competência A2- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores	CrITÉrios de Avaliação	Recursos
Desenvolver uma prática de cuidados especializados na área de enfermagem de reabilitação com base nos princípios éticos e deontológicos	Conhecimento da dinâmica de cuidados de enfermagem dos contextos de ensino clínico, integrando a equipa multidisciplinar; Justificação da prática profissional com recurso ao código deontológico de Enfermagem; Tornar a pessoa alvo de cuidados parceira na elaboração do seu plano de cuidados; Promoção de um ambiente de confidencialidade e respeito pela pessoa; Analisar uma situação com recurso a um jornal de aprendizagem, onde mobilize os princípios éticos e deontológicos.	Demonstra conhecimentos sobre os locais de ensino clínico, a sua dinâmica, organização, recursos disponíveis; Mobiliza os princípios e valores éticos e deontológicos de enfermagem na discussão e na tomada de decisão; Revela conhecimento sobre as normas e protocolos do serviço e da instituição atuando em concordância; Realiza entrevistas e avaliações num espaço promotor de privacidade.	As atividades a desenvolver serão implementadas para permitir uma prática de cuidados baseada num raciocínio clínico, suportado pelos princípios éticos e deontológicos e na evidencia científica que fundamentam a tomada de decisão.	Humanos: docente orientados, enfermeiro orientador do local de ensino clínico, equipa multidisciplinar, pessoa / família (unidade alvo de cuidados). Materiais: bibliografia com conteúdos certificados (área da reabilitação e outros), protocolos, normas de serviço/instituição, legislação, processos clínicos, código deontológico, regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em reabilitação, documentos da OE; Físicos: Locais de estágio, ESEL; Temporais. Cronograma.
Incrementar a capacidade de tomada de decisão, responsável e justificada por um raciocínio clínico	Toma de uma postura de proatividade na sugestão de intervenções terapêuticas; Discussão de casos clínicos com capacidade de argumentação e fundamentação da sua avaliação e plano de ação; Mobilização para a discussão dados científicos atuais, promovendo o desenvolvimento dos cuidados prestados.	Demonstrar iniciativa na tomada de decisão com base no raciocínio clínico, na mobilização de princípios éticos e morais; Explicar nos planos de cuidados realizados a evidencia atual que pesquisa e mobiliza.	As atividades a desenvolver serão implementadas para permitir uma prática de cuidados baseada num raciocínio clínico, suportado pelos princípios éticos e deontológicos e na evidencia científica que fundamentam a tomada de decisão.	Humanos: docente orientados, enfermeiro orientador do local de ensino clínico, equipa multidisciplinar, pessoa / família (unidade alvo de cuidados). Materiais: bibliografia com conteúdos certificados (área da reabilitação e outros), protocolos, normas de serviço/instituição, legislação, processos clínicos, código deontológico, regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em reabilitação, documentos da OE; Físicos: Locais de estágio, ESEL; Temporais. Cronograma.

“Domínio da melhoria continua da qualidade”

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

Competência B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria continua da qualidade.

Competência B3- Cria e mantém um ambiente seguro.

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores	Crítérios de Avaliação	Recursos
Colaborar em programas de melhoria da qualidade na prestação de cuidados desenvolvidos na instituição.	Identificação dos projetos desenvolvidos e implementados no serviço; Identificação das metas para novos projetos da instituição; Apresentação de sugestões de melhoria dos projetos em desenvolvimento.	Descreve os projetos de melhoria dos cuidados prestados, assim como objetivos e metas atingir; Analisa-os, identifica aspetos bons e aspetos a melhorar; Demonstra iniciativa na pesquisa sobre projetos similares, tentando encontrar melhorias que possam ser implementadas.	As atividades planeadas foram realizadas promovendo a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados, com respeito categórico pela segurança da pessoa/família e pelo uso da melhor evidência na implementação de intervenções que visem dar resposta aos défices do autocuidado.	Humanos: docente orientados, enfermeiro orientador do local de ensino clínico, equipa multidisciplinar, pessoa / família (unidade alvo de cuidados). Materiais: bibliografia com conteúdos certificados (área da reabilitação e outros), protocolos, normas de serviço/instituição, legislação, processos clínicos, código deontológico, regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em reabilitação, documentos da OE; Físicos: Locais de estágio, ESEL; Temporais. Cronograma.
Desenvolver a capacidade de mobilização e	Realização de pesquisas em base de dados científicas,	Implementa intervenções baseadas na	As atividades planeadas foram realizadas promovendo a melhoria dos cuidados de enfermagem	Humanos: docente orientados, enfermeiro orientador do local de ensino clínico, equipa multidisciplinar, pessoa / família (unidade alvo de cuidados).

utilização da melhor evidência disponível na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação	conseguindo contribuir com evidência atual e certificada; Realização de fichas de leitura onde compara os artigos analisados.	evidência científica e em conformidade com as atividades realizadas.	prestados, com respeito categórico pela segurança da pessoa/família e pelo uso da melhor evidência na implementação de intervenções que visem dar resposta aos défices do autocuidado	Materiais: bibliografia com conteúdos certificados (área da reabilitação e outros), protocolos, normas de serviço/instituição, legislação, processos clínicos, código deontológico, regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em reabilitação, documentos da OE; Físicos: Locais de estágio, ESEL; Temporais. Cronograma.
--	---	--	---	---

“Domínio da gestão de cuidados”

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

Competência C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores	Crítérios de Avaliação	Recursos
Participar na gestão dos cuidados de enfermagem de reabilitação nos locais de ensino clínico	Realização de avaliações dos défices do autocuidado e da capacidade funcional, estabelecendo prioridades na prestação de cuidados; Adequação em conformidade com as necessidades identificadas e os recursos existentes a melhor assistência a dar à pessoa/família; Identificação das necessidades de formação junto dos enfermeiros especialista em enfermagem de reabilitação, generalistas desenvolvendo-as; Identificação das necessidades de recursos humanos ou materiais, sugerindo a sua retificação; Desenvolvimento de estratégias compensatórias na falta de recursos necessários.	Gerir e priorizar a prestação de cuidados com rigor e critério, promovendo a segurança e qualidade dos mesmos; Reportar ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e enfermeiro chefe/coordenador as necessidades de formação identificadas; Consegue com os meios disponíveis ser criativo na sua reutilização, permitindo realizar intervenções que necessitem de recursos específicos.	As atividades planeadas devem ser executadas revelando capacidade de gestão de recursos (humanos e materiais) garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados de forma a aproveitar os recursos existentes.	Humanos: docente orientados, enfermeiro orientador do local de ensino clínico, equipa multidisciplinar, pessoa / família (unidade alvo de cuidados). Materiais: bibliografia com conteúdos certificados (área da reabilitação e outros), protocolos, normas de serviço/instituição, legislação, processos clínicos, código deontológico, regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em reabilitação, documentos da OE; Físicos: Locais de estágio, ESEL; Temporais. Cronograma.

Promover um ambiente terapêutico seguro na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família nos diferentes locais de ensino clínico.	Conhecimento dos princípios de segurança para a prestação de cuidados à pessoa/família; Participação em auditorias destinadas a garantir a segurança da pessoa/ família; Aplicação da norma para dotações seguras dos cuidados de enfermagem nos locais de ensino clínico.	Identifica as estratégias implementadas para garantir a segurança da pessoa/família; Participar em auditorias ou sugere e identifica melhorias para a promoção da pessoa/família; Identifica o número de enfermeiros generalistas e especialistas que o serviço necessita, tendo em conta as suas necessidades.	As atividades planeadas devem ser executadas revelando capacidade de gestão de recursos (humanos e materiais) garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados de forma a aproveitar os recursos existentes	Humanos: docente orientados, enfermeiro orientador do local de ensino clínico, equipa multidisciplinar, pessoa / família (unidade alvo de cuidados). Materiais: bibliografia com conteúdos certificados (área da reabilitação e outros), protocolos, normas de serviço/instituição, legislação, processos clínicos, código deontológico, regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em reabilitação, documentos da OE; Físicos: Locais de estágio, ESEL; Temporais. Cronograma.
---	---	--	---	---

“Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”

Competência D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Competência D2- Baseia a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Objetivos específicos	Atividades desenvolver	Indicadores	CrITÉrios de AvaliaÇão	Recursos
Aquisição de conhecimentos que fundamentem as intervenções especializada da prática de enfermagem de reabilitação e na tomada da sua decisão.	Realização de pesquisa bibliográfica; Realização de análise crítica das situações clínicas, assegurando o conhecimento adquirido e identificando as intervenções mais adequadas a implementar.	Gerir e priorizar a prestação de cuidados com rigor e critério, promovendo a segurança e qualidade dos mesmos; Reportar ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e enfermeiro chefe/coordenador as necessidades de formação identificadas; Consegue com os meios disponíveis ser criativo na sua reutilização, permitindo realizar intervenções que necessitem de recursos específicos.	Desenvolve cuidados de enfermagem de reabilitação em colaboração com a equipa multidisciplinar. Participa na tomada de decisões, reconhecendo os limites da sua área de intervenção e a necessidade de intervenção de outros profissionais; Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e formação na área da especialidade. -Participa nas reuniões da equipa multidisciplinar. -Esclarece questões com o professor orientador e enfermeiro tutor.	Professor orientador; Tutor de estágio; Equipa Multidisciplinar; Utente/família; Normas e protocolos do serviço; Legislação e processos clínicos; Regulamente do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, documentos da OE; Local e tempo de estágio.

Quadro 2: Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	CrITÉRIOS de Avaliação	Recursos
Elaborar plano e programa de reabilitação individualizado tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade; Executar plano de cuidados de enfermagem de reabilitação com base na teoria do défice do autocuidado em enfermagem que tendem as necessidades da pessoa/família	Realização de entrevistas á unidade de cuidados (pessoa/família), realizar exame físico, avaliar a capacidade funcional, recorrer a exames complementares de diagnóstico para identificar os défices no autocuidado; Elaborar um plano de cuidados especializados na área da reabilitação; Identificar juntamente com a pessoa/família as prioridades a incluir no plano de cuidados; Para cada tipo de fratura a elaboração assim como os cuidados e estabelecer são diferentes; ** Utilização de escalas que permitam a avaliação com maior pormenor dos défices da pessoa/família; Realização de diagnósticos de enfermagem, com intervenções e encaminhamento para outros profissionais de saúde quando identifica défices que não consegue satisfazer de forma autónoma;	Desenvolve cuidados de enfermagem de reabilitação em colaboração com a equipa multidisciplinar. Participa na tomada de decisões, reconhecendo os limites da sua área de intervenção e a necessidade de intervenção de outros profissionais; Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e formação na área da especialidade. -Participa nas reuniões da equipa multidisciplinar. -Esclarece questões com o professor orientador e enfermeiro tutor.	Professor orientador; Tutor de estágio; Equipa Multidisciplinar; Utente/família; Normas e protocolos do serviço; Legislação e processos clínicos; Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, documentos da OE; Local e tempo de estágio.

Competência J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição e exercício da cidadania

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Critérios de Avaliação	Recursos
Elaborar um plano de cuidados/plano de reabilitação de treino de Atividades de Vida diárias visando a adaptação às limitações/restrições à maximização da autonomia e da qualidade de vida; Promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.	Elaborar um plano de cuidados/plano de reabilitação de treino de Atividades de Vida diárias visando a adaptação às limitações/restrições à maximização da autonomia e da qualidade de vida; Promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social. Ensinar à pessoa e ou ao cuidador, técnicas específicas para o autocuidado; Realizar treinos específicos de atividades de vida diária, utilizando produtos de apoio; Ensinar e supervisionar a utilização dos produtos de apoio, tendo em vista a máxima funcionalidade da pessoa.	As atividades planeadas e impostas possibilitaram um aumento da capacidade funcional da pessoa, permitindo enfrentar o processo com um menor declínio funcional, promovendo uma recuperação mais rápida.	Humanos: Docente orientador, Enfermeiro orientador do local de ensino clínico, equipa multidisciplinar, pessoa/família (unidade alvo de cuidados). Materiais: Bibliografia com conteúdos certificados (área da reabilitação e outras pertinentes), protocolos, normas do serviço/institucionais, legislação, processos clínicos, código deontológico, regulamento do exercício profissional, regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista de reabilitação, documentos da OE Físicos: Locais de estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Temporais: Cronograma

Competência J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	CrITÉrios de Avaliação	Recursos
Desenvolver um programa que permita maximizar as suas capacidades funcionais para um melhor desempenho motor; Potenciar o rendimento e desenvolvimento pessoal.	Demonstrar conhecimento acerca das funções motoras; Ensinar, instruir e treinar técnicas para maximizar o desempenho a nível motor, de encontro aos objetivos pessoais da pessoa; Criar sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação	As atividades planeadas e impostas possibilitaram um aumento da capacidade funcional da pessoa, permitindo enfrentar o processo com um menor declínio funcional, promovendo uma recuperação mais rápida.	Humanos: Docente orientador, Enfermeiro orientador do local de ensino clínico, equipa multidisciplinar, pessoa/família (unidade alvo de cuidados). Materiais: Bibliografia com conteúdos certificados (área da reabilitação e outras pertinentes), protocolos, normas do serviço/institucionais, legislação, processos clínicos, código deontológico, regulamento do exercício profissional, regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista de reabilitação, documentos da OE Físicos: Locais de estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Temporais: Cronograma

Cronograma

Meses		Outubro			Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro				Março			
Semanas		11-15	18-22	25-29	1-6	8-12	15-19	22-26	29-3	6-10	13-17	20-24	27-31	3-7	10-14	17-21	24-28	31-4	7-11	14-18	21-25			
Atividades	Pesquisa Bibliográfica																							
	Elaboração de Jornais de Aprendizagem dos EC																							
	Correções Finais do Relatório de Aprendizagem do EC																							
	Entrega do Relatório de Aprendizagem do EC																							
	Integração no 1º serviço																							
	Integração no 2º serviço																							
	Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista																							
	Desenvolvimento de Competências Específicas do EER																							
	Realização de atividades planejadas nos objetivos específicos																							

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste projeto, com recurso à evidência científica mais atual permite-nos incorporar conhecimentos e habilidades essenciais para uma prática de enfermagem baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, compreendendo um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permitam ao EEER conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais da pessoa, proporcionando-lhes o direito à dignidade e à qualidade de vida tal como está referido no Regulamento nº 392/2019.

Também a Ordem dos Enfermeiros, no artigo 89º do seu Código Deontológico, faz referência à humanização dos cuidados, em que o enfermeiro, “sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”.

Tendo como princípio desde o início deste projeto e propósitos bastantes claros na elaboração do mesmo e o grande Objetivo Geral que é maximizar o potencial e funcionalidade e promover o autocuidado, norteia toda a estrutura do trabalho, podemos refletir sobre a nossa atuação com profissionais que oferecem cuidados especializados de excelência para dar respostas às transições dos processos saúde/doença.

As fraturas de fragilidade são a face mais visível da Osteoporose, a pessoa sujeita a uma fratura por fragilidade óssea mostra-se como a maior manifestação clínica desta doença.

Implica uma mudança, uma alteração no seu ciclo de vida que se manifesta com declínio da funcionalidade, podendo ser submetida a cirurgia, correndo risco de nova fratura, permite-nos elaborar todo um programa de reabilitação adequado, personalizado para cada tipo de fratura, tendo em conta a pessoa como um ser holístico, identificando as suas necessidades, avaliando as suas dificuldades e qual o seu grau de declínio mediante esta transição.

Prevenção primária com a avaliação e identificação do problema, cuidados antes e durante o ato cirúrgico, se ele ocorrer e a prevenção secundária com um plano elaborado de reabilitação com a missão de devolver e potenciar a independência da pessoa/ família sujeita a fratura de fragilidade.

Este projeto é o início de um longo percurso, que terá aplicação na prática clínica quando ocorrem os estágios durante o 3º semestre do Curso de mestrado em Enfermagem- área de especialização de Reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direcção-Geral da Saúde. (2003). *Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso- Recomendações para intervenção terapêutica*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. Acedido a 27-08-2021. Disponível em <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/683/1/Fraturas%20da%20extremidade%20proximal%20do%20f%C3%A9mur%20no%20idoso.pdf>.
- Araujo, F., Campos, J., Lumini, M. J., & Nogueira, N. (2022). Autocuidado: Um foco central na Enfermagem. *A Fragilidade no Contexto da Saúde*.
- Baixinho, C. L., & dos Santos, W. B. (2020). *Intervenção da Enfermagem na prevenção da queda em idoso: Estudo de revisão*.
- Campos, C. (junho de 2017). *A comunicação terapeutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de enfermagem*.
- Campos, M. d., & Rached, R. A. (2017). *O PAPEL DA ENFERMAGEM NA REABILITAÇÃO FÍSICA*.
- Castro, C. M., Marques, M. M., & Vaz, C. R. (2021). *COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DE PORTUGAL*.
- Costa, L. G. (9 de Junho de 2015). *Visitando a teoria das transições de Alaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem*.
- DGS. (2019-2021). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Faria, A. d., Martins, M. M., Ribeiro, O. M., Gomes, B., & Fernandes, C. S. (2020). *Idosos residentes na comunidade: conhecer para sustentar um programa de enfermagem de reabilitação*.
- Faria, A., Martins, M. M., Aguilera, J. A., Ribeiro, O. M., Fonseca, E. F., & Flores, J. M. (29 de Maio de 2021). *Fragilidade em pessoas idosas residentes no domicilio inscritas numa unidade de saude do norte de Portugal*.
- Farias, L. T., Lago, C. C., & Andrade, J. C. (2016). *Osteoporose uma análise fisiopatológica voltada para os profissionais de Enfermagem*.
- Ferreira, A. S., Ferreira, D., & Coelho, F. S. (3 de junho de 2020). *Ordem dos Médicos. Trabalho de euipa e comunicação: armas em tempo de guerra*.
- Ferreira, B. A., Gomes, T. J., Baixinho, C. R., & Ferreira, Ó. M. (2020). *Revista Brasileira de Enfermagem. Cuidado transicional aos cuidadores de idosos dependentes:revisão integrativa da literatura*.

- Fonseca, C., Ramos, A., & Santos, B. (2017). Journal of Aging and Innovation. *Da Formação á prática: Importância das Teorias do Autocuidado no processo de Enfermagem para a melhoria dos Cuidados.*
- Fronteira, I., Jesus, É. H., & Dussalt, G. (janeiro de 2020). Ciência Saúde Coletiva. *A Enfermagem em Portugal aos 40 anos do Serviço Nacional de Saúde.*
- Gomes, J., Soares, C. M., & Bule, M. J. (Junho de 2019). *Enfermagem de Reabilitação na prevenção de quedas em idosos no domicílio.*
- Gomes, J., Soares, C. M., & Bule, M. J. (24 de Abril de 2019). *Enfermagem de Reabilitação de quedas em idosos no domicílio.*
- Gould, J. S., Eveneshen, S. S., Fleig, L., McAllister, M., & Ashe, M. C. (2017). *Patient Perspectives on Engagement in Recovery after Hip Fracture: A Qualitative Study.*
- Jensen, C. M., Hertz, K., & Mauthner, O. (2018). Orthogeriatric Nursing in the Emergency and Perioperative In-Patient Setting. Em *Fragility Fracture Nursing: Holistic Care and Management of the Orthogeriatric Patient.*
- kolodiy, T., & Pontífice, P. S. (Dezembro de 2019). Revista Servir. *A Dimensão Espiritual nos cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e sua família: Revisão Integrativa.*
- Krams, T., Lafont, C., Voisin, T., Castex, A., Houles, M., & Rolland, Y. (2018). The Journal of Nursing Home Research. *Rehabilitation care after hip fracture in older patients with cognitive impairment: systematic review.*
- Levi, Y., Punchick, B., Zikrin, E., Schacham, D., Katz, D., Makulin, E., . . . Press, Y. (Outubro de 2020). *Intensive Inpatient vs. Home-Based Rehabilitation after hip fracture in the elderly population.*
- Madeira, A. d., dos Reis, A. C., & Godinho, M. C. (21 de junho de 2021). *Supervisão clínica em Enfermagem-uma solução digital.*
- Marques, A., Lourenço, Ó., & Silva, J. A. (Maio de 2015). Osteoporos Int. *The burden of osteoporotic hip fractures in Portugal: costs, health related quality of life and mortality.*
- Martins, R., & Santos, C. (20 de Maio de 2020). Gestão e Desenvolvimento. *Capacitação do cuidador Informal: O papel dos enfermeiros no processo de gestão da doença.*
- Martins, R., Cardoso, R., Carvalho, N., Batista, S., Dinis, A., & Andrade, A. (2020). Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios. *Perceção dos Enfermeiros de Cuidados Paliativos sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação.*

- Mears, S. C., & Kates, S. L. (2015). *A Guide to Improving the care of patients with fragility fractures, edition 2*.
- Merêncio, K. M., & Ventura, M. A. (2019). Revista de Enfermagem "Referencia". *Vivências da mulher mastectomizada: a enfermagem de reabilitação na promoção da autonomia*.
- Minosso, J. S., Souza, L. J., & Oliveira, M. d. (2016). *Reabilitação em Cuidados Paliativos*.
- Network, S. O. (2011). Model of fragility fractures care in South Australia. Em S. O. Network, *Fragility Fractures general orthopedic trauma and arthroplasty* (pp. 14-25).
- OMS. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*.
- Oostwaard, M. V. (2018). Osteoporosis and the Nature of Fragility Fractures-An Overview. Em *Fragility Fracture Nursing- Holistic care and Management of the Orthogeratric Patient* (pp. 1-13).
- Palma, M., Teixeira, H., Pino, H., Vieira, J., & Bule, M. J. (Setembro de 2021). Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. *PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PARA A PESSOA COM FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO FÉMUR:ESTUDO DE CASO*.
- Pedrosa, A. C., Ferreira, Ó. R., & Baixinho, C. R. (2021). Revista brasileira de Enfermagem. *Cuidado transicional de reabilitação e continuidade da assistência ao paciente como prática avançada de enfermagem*.
- Pinheiro, S. B., Silva, A. L., Cardenas, C. J., & Silva, M. L. (2015). *A Síndrome do pós queda em idosos que sofrem fratura do Fêmur*.
- Rocha, S. A., Garcia de Àvila, M. A., & Mangini Bocchi, S. C. (2016). Revista Gaúcha de Enfermagem. *Influência do cuidador informal na reabilitação do idoso em pós-operatório de fratura de femur proximal*.
- Santos, B., Ramos, A., & Fonseca, C. (2017). Da Formação á prática: Importância das Teorias do Autocuidado no processo de Enfermagem para a melhoria dos cuidados. *Journal of Aging and Inovation*.
- Santos, G., Sousa, L., & Couto, P. S. (2016). Psicologia, Saúde e Doenças. *Hospitalização de pessoas idosas: Espiritualidade, risco de dependência, quedas e readmissão*.
- Schoene, D., Heller, C., Aung, Y. N., Sieber, C. C., Kemmler, W., & Freiburger, E. (2019). *A systematic review on the influence of fear of falling on quality of life in older people: is there a role for falls?*

- Silva Pereira, R. S., Martins, M. M., Gomes, B., Aguilera, J. A., & Santos, J. (2018). *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Promoção da Acessibilidade.*
- Silva, V. B., Barbosa, S. B., Rodrigues, J., Silva, M. A., Miguéns, A. C., Horta, L., & Branco, P. S. (Abril de 2019). *Revista da SPMFR. Osteoporose e Quedas: Problemas Não Valorizados pela Comunidade Médica Portuguesa*, pp. 15-23.
- Stolnicki, B., & Oliveira, L. G. (2016). *Revista Brasileira Ortopédica. Para que a primeira fratura seja a última*, pp. 121,126.
- Takahashi, M., Iwase, J., Abe, M., Hashimoto, N., Kosaka, H., & Egawa, H. (2019). *Insufficient Postoperative Rehabilitation in Patients with Both Proximal Femoral Fracture and Antecedent Mental Illness.*
- Tarantino, U., Cerocchi, I., Liuni, F. M., Pistillo, P., Rao, C., & Celi, M. (2014). *Physical Therapy Perspectives in the 21st Century- Challenges and Possibilities. Evidence-Based Management in the Rehabilitation of Osteoporotic Patients with Fragility Fractures*, pp. 233-248.
- van der Vet, P. C., Kusen, J. Q., Spengler, M. R., Link, B. C., Houwert, R. M., Knobe, M., . . . Beeres, F. J. (2021). *Fear of Falling, Recurrence of Falls, and Quality of Life in Patients with a Low Energy Fracture.*
- WHO. (2007). *Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice.*