



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

Relatório de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação em pessoas submetidas
a artroplastia da anca ou do joelho**

Cristina Amorim Dias

**Lisboa
2023**



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

Relatório de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação em pessoas submetidas
a artroplastia da anca ou do joelho**

Cristina Amorim Dias

Orientador: Professor Doutor Joaquim Paulo Oliveira

**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Pensamento

Não fiz o melhor, mas fiz tudo para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas não sou o que era antes.

Martin Luther King

To care for someone, I must know many things. I must know, for example, who the other is, what his powers and limitations are, what his needs are, and what is conducive to his growth; I must know how to respond to his needs, and what my own powers and limitations are.

Milton Mayeroff (1971)

Agradecimentos

Agradeço à minha à minha alma gémea e à minha família por me acompanharem nesta jornada, pelo apoio e compreensão em todos os momentos passados. Vocês são parte de mim, independentemente da distância trago-vos sempre no meu coração.

Agradeço ao Professor orientador e aos enfermeiros que me acompanharam por todo o apoio, partilha de conhecimentos, orientação e paciência ao longo de todo este percurso.

Agradeço também a todos aqueles que me ensinaram e que de algum modo contribuíram para a minha evolução. São marcos na minha vida que nunca esquecerei e aos quais desejo toda a felicidade do mundo. A sociedade precisa de pessoas assim. Muito obrigado por servirem de exemplo e permitirem manter a motivação para querer melhorar a cada dia um pouco mais.

Ainda não sou quem quero ser, mas estou um passo mais perto. Convido-vos a acompanharem-me no trajeto que se segue!

A todos que fizeram e fazem parte deste percurso, o meu muito obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD – Atividade Básica de Vida Diária

AIVD – Atividade Instrumental de Vida Diária

APA – American Psychological Association

ATA – Artroplastia Total da Anca

ATJ – Artroplastia Total do Joelho

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade Vida Diária

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

SNS – Serviço Nacional de Saúde

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

Resumo.....	6
Abstract.....	7
Introdução	8
1. Componente Científica e Formativa.....	13
1.1. Enquadramento conceptual do tema	13
1.1.1. A pessoa submetida a artroplastia da anca ou do joelho.....	13
1.1.2. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a artroplastia da anca ou do joelho	17
1.1.3. Impacto na pessoa, sociedade e família	20
1.1.4. Quadro teórico de referência de enfermagem	21
3. Implementação do projeto.....	24
3.1. Descrição e análise das atividades desenvolvidas em função dos objetivos	24
3.2. Análise e reflexão sobre as competências desenvolvidas durante o período de estágio.....	40
3.3. Avaliação global do trabalho desenvolvido em estágio.....	45
4. Considerações finais.....	48
5. Referências Bibliográficas.....	50

Apêndice I – Projeto de Estágio

Apêndice II – Estudo de Caso 1

Apêndice III – Jornal de Aprendizagem 1

Apêndice IV – Estudo de Caso 2

Apêndice V – Jornal de Aprendizagem 2

RESUMO

A população portuguesa é predominantemente idosa. Nesta faixa etária é frequente a existência de patologias de foro ortopédico cuja solução/tratamento muitas vezes passa pela realização de artroplastias. As artroplastias são cirurgias ortopédicas para substituição, remodelação ou realinhamento da articulação que promovem o alívio da dor e restauração da mobilidade. Compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação prestar cuidados neste âmbito proporcionando alívio da dor, segurança, promovendo a funcionalidade, autonomia, autoestima e dignidade do utente.

Considerando este contexto serão identificadas intervenções de enfermagem de reabilitação em pessoas idosas submetidas a artroplastias da anca ou joelho.

A filosofia de cuidados que sustentou a minha atuação foi a Teoria do déficit de Autocuidado de Orem, onde o autocuidado é o conceito central.

O objetivo do presente relatório é identificar as atividades desenvolvidas que permitiram o desenvolvimento e aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Palavras-chave: Artroplastia da anca, Artroplastia do joelho, Cuidados de enfermagem, Intervenções de enfermagem, Alta do paciente, Reabilitação

ABSTRACT

The portuguese population is predominantly elderly. In this age group, there are often orthopedic pathologies whose solution/treatment often involves arthroplasties. Arthroplasties are orthopedic surgeries for replacement, remodeling or realignment of the joint that promote pain relief and restoration of mobility. It is the responsibility of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing to provide differentiated care and proportionate pain relief, safety, promoting the functionality, autonomy, selfcare and self esteem of the patient. Considering this context, rehabilitation nursing interventions will be identified for elderly people undergoing hip or knee arthroplasty.

The philosophy of care that supported my work was Orem's Self-Care Deficit Theory, where self-care is the central concept.

The purpose of this report is to identify the activities developed that allow the development and acquisition of common and specific skills of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing.

Key Words: Hip Arthroplasty, Knee arthroplasty, Nursing Care, Nursing Intervention, Patient Discharge e Rehabilitation

INTRODUÇÃO

A concretização do presente relatório de estágio sucede no âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A obtenção da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação pressupõe o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, a pessoas com problemas de incapacidade, limitação da atividade ou restrição de participação, nos diferentes contextos de cuidados tendo em vista a sua reabilitação e reintegração social. (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

A prática especializada de enfermagem de reabilitação sustenta-se através de princípios cujo objetivo é promoção da melhoria progressiva dos cuidados prestados, como descrito nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.

Os referidos padrões remetem para a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidados dos clientes, a readaptação funcional, a reeducação funcional, a promoção da inclusão social e a organização dos cuidados de enfermagem.

Os cuidados de enfermagem prestados devem ser devidamente sustentados tendo por base modelos teóricos que garantam a orientação do profissional ao longo da sua prática, mantendo-o focado nas prioridades e aspetos relevantes que não podem ser esquecidos. As intervenções terapêuticas de mobilidade e autocuidado são a essência da prática de enfermagem reabilitativa (Hoeman, 2011).

No decurso do 2º semestre, previamente à concretização do ensino clínico (EC), foi idealizado e elaborado um Projeto de Estágio, apresentado no Apêndice I, com dois focos. O primeiro foco foi o estudo mais detalhado de uma temática na área da reabilitação ortopédica, neste caso a intervenção do EEER nas pessoas submetidas à artroplastia da anca ou do joelho. O segundo foco foi identificar e preparar os instrumentos necessários à implementação do projeto, de modo a atingir o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

A filosofia de cuidados que sustentou a minha atuação e foi referenciada ao longo do Projeto foi a Teoria do déficite de Autocuidado de Orem, onde o autocuidado é o conceito central. Este modelo foi eleito por se adequar ao trajeto de atuação para

alcance do objetivo interventivo pretendido, que corresponde à capacitação da pessoa para a realização dos autocuidados, sendo também uma das principais preocupações na maioria das pessoas submetidas a artroplastia da anca ou do joelho. Além disso, um dos grandes objetivos do EEER deve ser desenvolver as capacidades do indivíduo para maximizar a sua funcionalidade e restabelecer o autocuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2019), permitindo-lhe atingir o máximo de independência possível e por conseguinte melhorar a sua qualidade de vida.

Os objetivos e competências definidos no projeto encontram-se no corpo do mesmo, presente no Apêndice I.

No âmbito deste projeto foram realizados dois estágios. O primeiro estágio foi realizado em contexto hospitalar, num Serviço de Ortopedia de um Centro Hospitalar do SNS, onde a utente abordada no estudo de caso apresentado no apêndice II foi intervencionada. Esta utente realizou cirurgia ortopédica para colocação de PTJ devido a gonartrose no membro inferior esquerdo. Durante este estágio foi realizada a respetiva colheita de dados, avaliação da utente e planeamento dos cuidados, ou seja, o programa de reabilitação em si. Além disso, foram prestados cuidados a diversos utentes com a supervisão da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação que me orientou e assisti a intervenções cirúrgicas com colocação de PTJ's e PTA's.

O segundo estágio foi realizado em ambiente comunitário numa ECCI pertencente à ARSLVT. Ao longo deste estágio foram realizadas diversas visitas domiciliárias, tendo sido prestados cuidados reabilitativos em utentes com distintas patologias em diferentes fases de recuperação e de vida, personalizando o plano de reabilitação consoante o caso. Neste estágio foi realizado um estudo de caso sobre uma utente submetida a encavilhamento consequência de uma fratura no fémur esquerdo. Para esta utente foi realizada colheita de dados, avaliação e análise do potencial de recuperação e planeamento dos cuidados/programa de reabilitação em si.

Os principais conceitos mobilizados no Projeto são a contextualização teórica da fisiopatologia/complicações/tratamento sobre a pessoa submetida à artroplastia da anca ou joelho e as intervenções do EEER nesta situação patológica específica.

A atual sociedade portuguesa apresenta uma pirâmide etária que reflete o envelhecimento da mesma, com uma percentagem cada vez maior de idosos na sua configuração. (INE, 2021). A idade em si acarreta um conjunto de problemáticas ao

nível da saúde que por si só deixam o indivíduo mais frágil. Nesta faixa etária é frequente a existência de patologias de foro ortopédico. Além disso, o aumento da esperança média de vida conduz a problemas do foro osteoarticular resultantes da natural degradação do corpo humano com o avançar da idade. Devido a estilos de vida desadequados e, em determinadas situações, patologias ou acidentes, são muito frequentes as fraturas ao nível dos membros inferiores que podem desencadear a necessidade de intervenção cirúrgica através de artroplastia ao nível da anca ou do joelho.

Os fatores de risco identificados na literatura são a idade, género feminino, e a aquisição de patologias como a osteoporose. Existem também fatores que podem provocar a queda como tomas de fármacos psicotrópicos, consumo de álcool e/ou tabaco, sedentarismo, incapacidade física, comprometimento do equilíbrio e alterações cognitivas. (Guerra et al., 2010)

Frequentemente, estes fatores prejudicam o desempenho dos idosos na realização das atividades básicas da vida diária (ABVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD), na deambulação, originando quedas e conseqüentemente originando fraturas, cujo tratamento remete para a artroplastia. (Marques Vieira & Sousa, 2017)

As artroplastias são cirurgias ortopédicas para substituição, remodelação ou realinhamento da articulação que promovem o alívio da dor e restauração da mobilidade.

Independentemente da causa, a necessidade de uma intervenção cirúrgica como uma artroplastia conduz sempre numa fase inicial a um maior grau de dependência.

A incapacidade/maior grau de dependência afeta consideravelmente a saúde e qualidade de vida da pessoa, além de acarretar custos diretos e indiretos quer para a pessoa, como para a família, sistema de saúde e até mesmo a sociedade. Deste modo, intervenção do EEER é crucial desde o momento pré-operatório até ao regresso domiciliário.

No pré-operatório o EEER é responsável por preparar a pessoa para lidar com todo o processo de recuperação que se seguirá, dotá-la de conhecimento sobre prevenção de riscos, adoção de estratégias e exercícios que deve executar para que readquira autonomia (quando esta seja possível). É aqui iniciado o plano de reabilitação envolvendo a pessoa e promovendo a sua adesão ao mesmo. É

compreensível também a necessidade de apoio e presença das pessoas mais próximas ao indivíduo, e é de extrema importância este envolvimento familiar no plano reabilitativo do utente para facilitação do processo de recuperação do mesmo. Os pacientes que realizam artroplastia total da anca ou joelho necessitam de suporte das suas pessoas significativas, quer numa dimensão física quer psicológica (Lipp,2008; Tay Swee Cheng et al., 2015; Copanitsanou et al., 2019). A equipa de enfermagem tem um papel importante no suporte e educação do paciente e também das suas pessoas significativas. (Liptsp,2008; Kloos & Daly, 2008; Copanitsanou et al., 2019).

Após a realização da intervenção cirúrgica, o utente apresenta uma maior vulnerabilidade, resultante da alteração de parte do seu corpo (autoimagem). Esta alteração afeta o seu desempenho na realização de autocuidados e AVD's, quer devido a dor, quer devido às novas normas que deve seguir em função da cirurgia realizada. Neste contexto existem riscos e complicações sobre as quais o utente deve ser alertado e das quais deve estar ciente (infecção, luxação da prótese, risco de queda, entre outros).

No pós-operatório é crucial a intervenção precoce, devidamente planeada e personalizada. Muitas vezes, o próprio ambiente da habitação do utente necessita de ser revisto, pois o que antes da cirurgia não representava um obstáculo ou potencial risco, poderá posteriormente à cirurgia sê-lo. Assim, na preparação da alta e regresso ao domicílio, o EEER é responsável por auxiliar na identificação de barreiras e riscos (ex.: queda), aconselhamento de dispositivos e estratégias facilitadoras que permitam a capacitação para realização de AVD's, informar sobre obtenção dos apoios necessários, sem descurar o referido envolvimento e formação da família ao longo desta fase, entre outras funções.

Como tal, a atuação de um EEER pode ser muito benéfica para a recuperação funcional do paciente, diminuindo o tempo de internamento e elevando assim a sua qualidade de vida, além de baixar os custos para si e para a sociedade, o que permite também uma reintegração mais rápida na mesma.

Os factos acima descritos conduziram à eleição da temática em desenvolvimento, além de motivações pessoais e profissionais. A existência de familiares com patologia de foro ortopédico motivou-me para a exploração desta área específica e enquanto futura EEER, é uma vertente profissional que teria gosto em explorar e cuja necessidade no meu contexto de trabalho demonstra ser pertinente.

A estrutura do presente relatório consiste numa divisão em seis partes: a introdução; a componente científica e formativa, descrição e análise reflexiva da execução das tarefas previstas em função do desenvolvimento das competências gerais e específicas previstas pela OE para o EEER; a avaliação apresentando sucintamente os resultados obtidos (pontos fortes e pontos de melhoria) e quais os contributos para a melhoria dos cuidados prestados identificando o desenvolvimento das competências de EEER; e para finalizar a conclusões retiradas ao longo de todo este percurso percorrido.

O presente documento foi redigido segundo a 7ª Edição da norma APA (American Psychological Association), vigente na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa para realização de trabalhos académicos.

1. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

1.1. Enquadramento conceptual do tema

1.1.1. A pessoa submetida a artroplastia da anca ou do joelho

Existem um conjunto situações traumáticas (ex: fraturas) e ou patológicas (ex: artrite, osteoporose) que podem desencadear a necessidade de submissão da pessoa a uma artroplastia da anca ou joelho.

O propósito desta intervenção cirúrgica está associado à diminuição da dor, correção de fraturas/desalinhamentos/deformações e estabilização das articulações de modo a contribuir para promoção da capacitação funcional e autonomia da pessoa, elevando assim a sua qualidade de vida e de quem a rodeia.

A eleição das técnicas cirúrgicas, abordagens, desenhos protésicos e materiais para cada situação específica varia de acordo com a equipa médica.

No caso das fraturas, a tomada de decisão para seleção da intervenção de reparação cirúrgica tem em consideração o tipo de fratura (simples ou cominutiva), a deslocação, local afetado e a qualidade óssea. O tratamento das fraturas do colo do fémur normalmente é realizado por fixação interna, através da utilização de parafusos/pinos ou por substituição protésica. No caso das fraturas intertrocantéricas é utilizada a fixação interna através de parafusos.

A substituição protésica é uma abordagem predominante em utentes com idade avançada que sofreram fraturas deslocadas, com o intuito de prevenir complicações.

Este tratamento cirúrgico pode consistir em artroplastia total da anca, que substitui ambos acetábulo e colo do fémur por prótese ou em hemi-artroplastia que substitui apenas o colo do fémur.

As próteses de substituição podem ser cimentadas no local, colocadas por pressão ou com revestimento poroso de modo a permitir o crescimento do osso internamente à prótese ou uma combinação de ambos.

Uma das diferenças entre a eleição destas é que, mesmo tendo em conta que a carga seja condicionada após este tipo de intervenções cirúrgicas para redução da força exercida sobre a prótese, geralmente os utentes com próteses cimentadas têm permissão para exercer carga consoante a tolerância.

Os auxiliares de marcha, como andarilhos e bengalas, permitem que o utente distribua o peso pelos membros superiores auxiliando na manutenção do equilíbrio e postura correta.

A Reabilitação tem como objetivos primordiais recuperar a funcionalidade e promover o alcance do maior nível de independência possível de modo que seja obtida a satisfação plena da pessoa preservando a sua autoestima. Para tal são necessários um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que permitem ajudar as pessoas com patologias agudas, crónicas ou com sequelas, de modo a estimular o potencial funcional máximo e, por conseguinte, o maior nível de independência possível (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Para tal finalidade é de maior interesse da pessoa o envolvimento do EEER na prestação dos seus cuidados uma vez que de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, este deve conceber, implementar e monitorizar intervenções de enfermagem especializadas, tendo em consideração tanto as problemáticas e antecedentes da pessoa, bem como o seu potencial, apoio e ambiente de inserção.

O EEER atua assim na promoção da saúde, prevenção de complicações e tratamento reabilitativo com o propósito de estimular/explorar o potencial máximo da pessoa para seu benefício.

O diagnóstico precoce, planeamento e aplicação atempada do programa reabilitativo permite assegurar a manutenção da capacidade funcional, prevenir complicações e manter ou recuperar independência nas AVD's. Para tal, após a devida colheita de dados e avaliação do utente e do ambiente que o rodeia, no domicílio e comunidade, na qual se corre a escalas adequadas presentes nos Apêndices II e IV, são aplicadas técnicas específicas de reabilitação, como por exemplo, no domínio da reabilitação funcional motora, treino de marcha, são realizados ensinamentos de modo a orientar/educar o paciente e seus familiares, preparando-os para a alta, dando assim continuidade aos cuidados prestados e facilitando o processo de reintegração familiar e comunitário, mantendo a dignidade e qualidade de vida da pessoa e de quem o rodeia (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Posteriormente à submissão a uma artroplastia da anca ou joelho, o utente necessitará de um período de recuperação/reabilitação para que possa regressar à sua rotina prévia, contudo o internamento normalmente é de 5 a 6 dias salvo

exceções, o que pressupõe que no momento da alta, a pessoa ainda possa apresentar alguma dependência.

O momento da alta não garante a recuperação total da pessoa, sendo por isso, fundamental o EEER identificar, o mais precocemente possível, as necessidades da pessoa, contemplando-as no seu programa reabilitativo e dando conhecimento e formação à pessoa e sua à família envolvendo-as neste processo reabilitativo, originando um planeamento de alta eficaz (Martins & Fernandes, 2009).

A transição segura entre o ambiente hospitalar e o ambiente comunitário, assegura a continuidade dos cuidados e promove a qualidade dos mesmos, contribuindo para a redução do período de internamento e por conseguinte o dispêndio monetário para o SNS e a família. Constitui assim uma estratégia adequada e eficaz que deve ser levada a cabo.

O EEER tem um papel fundamental no processo de reabilitação e na equipa multidisciplinar, pois é possuidor de competências e oportunidades para efetuar avaliações do grau de dependência do utente, desde o internamento até à reinserção comunitária, o que lhe permite ajudar na toma decisiva garantindo a continuidade dos cuidados e bem-estar e segurança do utente (Martins & Mesquita, 2016). O EEER é responsável por assegurar que a pessoa e a sua família estão devidamente preparadas após a alta, dinamizando uma articulação e comunicação efetiva entre os profissionais de saúde/ equipa multidisciplinar, os serviços de saúde e apoio e a pessoa/família (Paniagua et al., 2018).

A artroplastia proporciona à pessoa o alívio da dor e uma melhoria significativa da qualidade de vida, no entanto, a restituição da força, resistência e qualidade de marcha, não é obtida imediatamente, carece de tempo, empenho e exercitação.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação são fundamentais no período pré e pós-operatório, pois permitem a recuperação das funções da zona intervencionada e a aquisição de autonomia na realização das AVD (Tinoco et al., 2009).

O programa de reabilitação deve ser personalizado de acordo com as necessidades reais da pessoa, devendo ser atualizado constantemente, de modo a adaptar e orientar os cuidados (Tinoco et al., 2009). Deve envolver duas vertentes, a intervenção educacional no pré-operatório e a intervenção educacional no pós-operatório. No início de cada programa deve ser realizada a avaliação da pessoa, existindo para isso variados instrumentos de avaliação, alguns deles previamente

aplicados nos estudos de caso efetuados apresentados nos apêndices II e IV (Sousa & Carvalho, 2017).

1.1.2. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a artroplastia da anca ou do joelho

O Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista define o enfermeiro especialista como aquele que possuiu um conhecimento mais desenvolvido numa área específica de enfermagem. Assim, com base nas competências adquiridas do Enfermeiro Generalista, o Enfermeiro Especialista parte do aperfeiçoamento dos quatro domínios de competências comuns (responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria continua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais) (Ordem dos Enfermeiros, 2011) para a aquisição uma série de competências específicas, definidas no Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (2019).

A reabilitação pode ser definida como uma especialidade multidisciplinar que engloba diversos conhecimentos e procedimentos específicos, permitindo ajudar pessoas com doenças agudas, crónicas ou as respetivas sequelas a realizar intervenções de modo a maximizar o seu potencial funcional e a tornando-as mais autónomas. Assim, é possível referir que os objetivos gerais da especialidade de reabilitação são melhorar a funcionalidade, a promover a independência e maximizar a satisfação, qualidade de vida e autoestima da pessoa. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

O EEER tem como funções a conceção, implementação e monitorização de planos de cuidados reabilitativos, específicos a cada pessoa, com base nos seus reais problemas mas também no potencial reabilitativo da pessoa. Assim, a atuação e domínio teórico do EEER transcende a promoção da saúde, intervindo também na prevenção de complicações, bem como tratamento e a maximização do potencial da pessoa. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

A intervenção do EEER tem como objetivo o diagnóstico precoce e a intervenção preventivas no âmbito de enfermagem de reabilitação, assegurando a manutenção das capacidades funcionais dos utentes, prevenindo complicações e evitando incapacidades ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica, e outras deficiências. Com esse objetivo, implementa intervenções terapêuticas de forma a melhorar funções residuais, mantendo ou recuperando a independência nas AVD's,. Para atingir este objetivo são utilizadas técnicas e

tecnologias específicas à área de reabilitação e procura-se a formação dos utentes e das pessoas próximas, quer no planeamento da alta, quer na continuidade de cuidados e reintegração dos utentes no seu ambiente comunitário, sempre com manutenção da dignidade e objetivando a qualidade de vida. (Ordem dos Enfermeiros, 2019) As intervenções específicas do EEER para pessoas submetidas a artroplastia da anca ou do joelho encontram-se apresentadas no capítulo 3.3 do Apêndice II e no capítulo 3.3 do Apêndice IV.

Em função dos constantes avanços na tecnologia e nos estudos que conduzem a atualizações às práticas e intervenção, é fundamental que o EEER incorpore na sua prática os mais recentes conhecimentos suportados pela evidência científica, e que participe também em projetos de investigação que promovam um maior conhecimento e o desenvolvimento de competências na sua especialização. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

O processo de reabilitação possui uma dimensão físico-motora, na medida em que o utente terá de seguir um caminho (plano de cuidados) de forma a melhorar as suas condições de vida (Leite & Faro, 2005), porém também se pode falar num processo de reabilitação psicossocial, visto que as melhorias obtidas também são valorizadas de um ponto de vista subjetivo por parte do utente, especialmente a conotação/valor que a maior ou menor independência tem para a autoestima da pessoa (Andrade et al., 2010). É possível dizer que os cuidados prestados não estão limitados à melhoria de uma condição física, mas também psíquica, com impacto social.

Deste modo, a reabilitação pode ser descrita como um processo que permite o desenvolvimento de funcionalidades perdidas ou limitadas, cuja recuperação não se limita à dimensão física, mas também abrange a dimensão psicológica ou social (Andrade et al., 2010).

Como consequência, o processo de reabilitação, com objetivos centrados no desenvolvimento das capacidades da pessoa, conduz a um desenvolvimento da pessoa em todas as suas dimensões (Santos & Rabiais, 2015). Isto verifica-se especialmente quando um utente consegue efetuar uma atividade que antes não conseguia, não só recuperou essa funcionalidade como o seu estado anímico melhora, promovendo a autoestima e felicidade fruto da sua evolução positiva e consequente maior independência.

A equipa responsável por este processo é geralmente multidisciplinar, focada no objetivo da inclusão da pessoa na sociedade, através de um processo adaptativo que desenvolve “uma nova atividade nas atividades de vida”, valorizando as suas potencialidades para um equilíbrio entre estas e as limitações que afetam a pessoa. (Borgneth, 2004).

O processo de reabilitação resulta de várias etapas, inicia com uma colheita de dados e a deteção da origem e gravidade dos problemas que afetam o utente. Partindo destes dados, estabelecem-se objetivos a alcançar através das intervenções definidas para as várias dimensões da pessoa, procurando atingir o seu potencial máximo e tendo em conta que estas encontram-se num determinado contexto ambiental. Posteriormente, é necessária uma avaliação dos resultados obtidos, preparação da alta e promoção da reintegração comunitária da pessoa, integrando momentos de reavaliações para eventual necessidade de ajuste interventivo de modo a finalizar o processo de reabilitação com sucesso. (Sousa & Vieira, 2017)

É necessário que seja o utente a tomar a iniciativa de integrar um processo de reabilitação, vendo a equipa como um fator motivacional para o trajeto a percorrer, sendo que a aceitação e adesão é um fator facilitador do processo reabilitativo. (Borgneth, 2004)

Presenciei em primeira mão a diferença evolutiva entre pacientes com antecedentes, motivo de internamento e potenciais semelhantes, mas a obterem resultados distintos. O maior fator distintivo entre ambos foi a presença de vontade e resiliência em um deles, o que conduzia à realização dos exercícios propostos com maior empenho, obtendo melhorias mais rápidas do que o paciente que não apreciava a prática de exercício e que não encarava com seriedade o treino disponibilizado. O desenvolvimento do autocuidado deverá estar sempre focado na pessoa, tendo em conta as suas dificuldades e potencialidades para planear as intervenções de enfermagem. (Simões et al., 2014) Assim, o enfermeiro deverá ser visto também como educador, para o qual a promoção do autocuidado assume uma importância crucial (Silva et al., 2014).

A atuação do EEER não se limita a atuar nas instituições de saúde, sendo que, especialmente em termos da continuidade de cuidados, também atua na comunidade. Este meio inclui principalmente o domicílio da pessoa, onde o EEER deverá prevenir complicações, otimizar recursos existentes e promover a autonomia do utente. A atuação deverá estar sempre enquadrada nas condições ambientais e

englobar uma parceria com a família e/ou cuidadores cuja formação e preparação dos mesmos é fundamental. Além do EEER procurar a maximização da independência do utente, também ambiciona a sua satisfação e qualidade de vida (Aquarone et al., 2014)

1.1.3. Impacto na pessoa, sociedade e família

Quando uma pessoa opta por submeter-se a uma artroplastia da anca ou do joelho procura obter uma melhoria na sua qualidade de vida, seja por promoção da sua capacidade de movimentação, independência ou alívio da dor. Assim, é possível concluir que o impacto geral de uma artroplastia da anca ou do joelho na pessoa a ela submetida é positivo, na medida em que um ou vários aspetos da sua vida estão suscetíveis de obter uma melhoria. Consequentemente, a família também recebe os efeitos dessa melhoria, quer do ponto de vista anímico (um ente querido melhorou o seu estado), quer do ponto de vista da sua própria qualidade de vida (uma menor dependência de um familiar leva a uma maior liberdade da restante família). Porém, estas intervenções cirúrgicas não contemplam apenas o alcance do objetivo da cirurgia, pois o impacto desta ramifica em diversos aspetos, além de que o pós-operatório obriga a algumas alterações na vida das pessoas.

Nos casos em que a artroplastia da anca ou do joelho conduz a uma diminuição ou desaparecimento da dor, esta resulta primariamente numa diminuição do desconforto da pessoa. Além disso, caso a pessoa estivesse medicada para minimizar essa dor, o impacto é mais abrangente: se a necessidade de medicação desaparecer, há uma poupança financeira por parte da família e a pessoa diminui a quantidade de analgésicos ingeridos, sendo que estes por vezes possuem efeitos secundários.

A maior independência que pode resultar de uma artroplastia da anca ou do joelho produz efeitos muito abrangentes. Primeiro, a pessoa submetida ao procedimento tem uma maior liberdade, podendo passar a realizar as suas atividades sem depender de terceiros (embora em muitos casos a vigilância seja aconselhada). Esta liberdade da pessoa submetida à cirurgia leva a que quem a tivesse que acompanhar nas atividades agora também possua mais liberdade. Mesmo que a vigilância seja necessária, esta requer menor esforço físico, pelo que os seus

cuidadores estarão menos sujeitos a problemas de saúde (especialmente importante no caso de casais idosos).

Embora uma pessoa submetida a artroplastia da anca ou do joelho ainda requeira acompanhamento, a frequência deste poderá diminuir quando comparado com o período pré-cirúrgico e pós cirúrgico imediato. Este facto conduz a uma poupança financeira por parte da família (quer em consultas, quer em deslocações) e a uma poupança financeira e de recursos pela SNS/sociedade.

Contudo é necessário e crucial ter em mentem que existe todo um processo reabilitativo prévio ao alcance dos benefícios da submissão a artroplastias (que são alcançados na maioria dos casos embora existam alguns que devido a comorbilidades torna-se impossível o seu alcance). Ao longo deste os níveis de dependência principalmente no pós-operatório aumentam, é crucial que a família e a pessoa estejam envolvidas e empenhadas no processo reabilitativo para que os melhores resultados possíveis sejam alcançados. Os níveis de dependência acarretam consequências para o individuo (autoimagem, frustração por sentimento de incapacidade...), para a sua família (dispêndio de tempo, monetário...) e para a sociedade (quanto mais prolongado for o internamento mais custos estão associados, existe menos uma vaga no serviço, etc...).

Os cuidados pós-operatórios e as alterações necessárias na habitação e vida da pessoa também são impactos resultantes da cirurgia a que pessoa foi submetida, tendo alguns sido abordados no capítulo 2 deste relatório.

1.1.4. Quadro teórico de referência de enfermagem

No decurso deste processo formativo foram mobilizados diversos conhecimentos teóricos aquando do contexto de prática clínica, de entre os quais presentes na orientação da minha prática profissional se encontrava a teoria de enfermagem de Dorothea Orem, de modo a num processo dinâmico de aprendizagem e construção de saberes, traçar uma identidade profissional como futura EEER.

“Desde sempre, as teorias de enfermagem descrevem, no essencial, que o desígnio fundamental da ação profissional dos enfermeiros é a promoção da independência no autocuidado”, sendo que permitem compreender e promover a qualidade de vida das pessoas. (Ribeiro et al., 2021)

O processo reabilitativo está relacionado com diversas variáveis, das quais é importante destacar que “O desenvolvimento do autocuidado é um dos caminhos cruciais na especificidade da enfermagem de reabilitação, assim como, a transição nesse processo é fundamental para uma concretização dos objetivos de todo o processo de reabilitação” (Sousa & Vieira, 2017). Assim não devemos descorar os contributos de Dorothea Orem, cuja filosofia de cuidados tem por base a promoção do autocuidado.

Deste modo, o autocuidado envolve não só capacidades necessárias para executar atividades de vida diária (AVD), como também mobiliza conhecimentos e estratégias/técnicas utilizadas pelas pessoas para autogerir o seu estado salutogénico (Orem, 2001). Assim sendo, adotei o referencial teórico do Modelo Conceptual de Orem (2001), tendo em conta que destaca a promoção do autocuidado como foco principal da prestação de cuidados de enfermagem. Este modelo fundamenta-se no princípio que os indivíduos são capazes de cuidar de si, sustentando a saúde e bem-estar e incorpora 3 teorias: a Teoria do Autocuidado (descreve e explica o autocuidado), a Teoria do Défice de Autocuidado (explica as razões pelas quais a enfermagem pode ajudar as pessoas) e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (descreve as relações que são necessárias estabelecer para a realização dos cuidados de enfermagem).

Na Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado, a autora dividiu em três categorias os requisitos do autocuidado: universais, desenvolvimento e de desvio de saúde (Taylor, 2003).

Os requisitos de desenvolvimento remetem para a adaptação a um novo ambiente/trabalho ou alterações físicas, enquanto que os requisitos de desvio de saúde abordam as condições patológicas/inquietações.

Os requisitos Universais, por sua vez, estão associados com os processos da vida e com manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano. São comuns a todos os seres humanos durante todos os estágios do ciclo de vida e devem ser vistos como fatores inter-relacionados, cada um influenciando o outro. Estes últimos foram os mais explorados ao longo dos trabalhos realizados no decurso dos trabalhos propostos.

Segundo Orem, a intervenção pode oscilar entre um sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e/ou de apoio-educativo. Para Orem, o autocuidado é precedido pela autoperceção do indivíduo, do seu nível cognitivo,

psicossocial, físico, demográfico e sociocultural, englobando os seus valores, crenças, experiências e atitudes perante a vida. O enfermeiro deve ter presente estes aspetos para capacitar a pessoa com deficiência ou limitação da atividade, tendo em vista a sua reinserção e exercício da sua cidadania. Deve igualmente desenvolver as capacidades do individuo para maximizar a sua funcionalidade e restabelecer o autocuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2019). A recuperação de funcionalidade e da capacidade de se autocuidar é uma das principais preocupações patentes na prestação de cuidados à pessoa submetida à artroplastia da anca ou joelho. A Teoria do déficit de Autocuidado, composta pelas suas sub-teorias, permite uma melhor compreensão do conceito do autocuidado, bem como da necessidade de intervenção da Enfermagem, sendo assim um ótimo modelo de base para esta atuação.

Aquando da minha prestação de cuidados, esta teoria permitiu orientar a minha prática. No caso da senhora L.P., submetida a PTJ, numa fase inicial da minha intervenção e planeamento de cuidados na avaliação da manutenção do equilíbrio entre atividade e o descanso a utente enquadrava-se num sistema de enfermagem parcialmente compensatório, na medida em que enquanto enfermeira necessitava de compensar as limitações da utente.

Contudo, após a realização de exercícios direcionados para RFM de modo a recuperar gradualmente a sua independência após a intervenção cirúrgica a utente recuperou a sua independência necessitando apenas de Sistema de apoio-educação. Aquando do planeamento de cuidados, o sistema de classificação utilizado foi a CIPE uma vez que no quotidiano do ambiente laboral explorado é a classificação vigente e com base na minha experiência profissional a predominante/ universalmente mais utilizada na classe de enfermagem, tornando-se desta forma mais prática e facilitadora a sua utilização.

Contudo nunca descorando a lógica subjacente da CIF, uma vez que esta permite identificar e classificar o grau de funcionalidade e perceber o impacto da patologia na realização de atividades de vida diárias (AVD's). (Santos, Lopes, Vidal & Gautério, 2013).

3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

3.1. Descrição e análise das atividades desenvolvidas em função dos objetivos

Ao longo da elaboração do projeto de estágio foram delineados 12 objetivos a atingir, sendo que 4 deles são mais gerais e os restantes por sua vez mais específicos.

Abaixo contemplo estes mesmos objetivos acompanhados de uma breve narrativa que descreve de forma sucinta como os atingi.

Os objetivos gerais definidos foram:

“1. Desenvolver uma prática baseada nos princípios éticos e deontológicos, bem como na evidência científica, tendo em vista a sua execução com qualidade, protegendo e respeitando sempre a privacidade e vontade do indivíduo/família.”

Cumpri o objetivo acima descrito na medida em que sempre tive em atenção que estava a prestar cuidados a pessoas, tendo respeitado a sua vontade, dignidade e, por conseguinte, a sua privacidade. Todos os cuidados prestados foram baseados em princípios éticos e deontológicos bem como na evidência científica. Tudo o que realizei previamente foi devidamente planeado com base nos livros recomendados pelos professores ao longo do curso e confirmados / revistos e supervisionados pelos orientadores com quem estive. No meio hospitalar embora o vírus SARS-CoV-2 (covid-19) tenha alterado e condicionado imensamente a nossa forma prévia de atuar junto das famílias, a formação e preparação destas para apoiar o utente sempre foi uma prioridade/ necessidade que tentamos suprir. Infelizmente o tempo de qualidade e capacitação direta/treino no serviço foi diminuído devido às restrições nos horários de visitas. Apesar dessa limitação, ao longo das mesmas tentamos explicar o máximo de informação possível e disponibilizávamos folhetos com ensinamentos na tentativa de auxiliar a memória quer do utente quer da sua família. A adaptação para a receção do utente sempre foi também uma preocupação durante a atuação em ambos campos de estágio de modo a que a pessoa conseguisse estar em segurança e recuperar a sua autonomia máxima o mais rapidamente possível.

Todo o programa de reabilitação sempre foi negociado de modo a tentar obter o melhor de dois mundos, por um lado a vontade do utente e por outro a

atuação/execução necessária, sendo o meu papel respeitar a vontade do utente sempre mas estimulando-o a realizar atividades e criar hábitos salutogénicos que lhe permitam evoluir positivamente no seu percurso reabilitativo.

“2. Conhecer a dinâmica de ambos contextos clínicos, em termos de articulação funcional, organizacional e relacional da equipa multidisciplinar, bem como o papel/contributo do EEER na prestação de cuidados da equipa de enfermagem.”

Aquando da escolha do local de estágio em Centro Hospitalar foi realizada uma reunião com a Enfermeira Chefe do serviço de ortopedia que me explicou sucintamente a dinâmica e organização do serviço e realizou uma visita guiada de modo a facilitar a minha integração no início do estágio. Posteriormente a Enfermeira orientadora procedeu à minha integração mais detalhada no local de estágio, apresentando não só o serviço de ortopedia como os restantes serviços e membros da equipa, bem como os utentes que recebem, quais as principais cirurgias e o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Inicialmente acompanhei a minha orientadora na prestação de cuidados, sendo que à medida que o estágio decorria foi-me sendo atribuída uma autonomia crescente, e no término do estágio já intervinha de modo autónomo (sempre com a devida concordância e supervisão da enfermeira orientadora).

Durante os dois estágios convivi com duas realidades distintas, mesmo tendo em conta que ambas se desenvolvem no campo da enfermagem de reabilitação. Durante o estágio no Centro Hospitalar a articulação da equipa dava-se em diferentes períodos do dia. No início do turno, aquando da passagem do mesmo, ocorria uma troca de informações e discussão sobre possíveis problemas e soluções. A articulação era planeada, pois era um período de tempo dedicado e previsto para essa finalidade, e dava-se maioritariamente entre elementos da equipa de enfermagem. Durante este estágio convivi de perto com o serviço de ortopedia, no qual prestei cuidados no âmbito de reabilitação. Nestes cuidados havia uma estreita articulação com o serviço de fisioterapia, com o qual ocorria uma divisão de tarefas.

A equipa de fisioterapia, em função da sua disponibilidade temporal, apresentava os utentes nos quais iria intervir nesse dia. As informações e registos desses utentes estavam presentes nas anotações clínicas do sistema de informação (SClínico), mas eram transmitidas pela equipa de enfermagem através de uma breve reunião, em que era apresentado o estado atual dos utentes. A equipa de enfermagem prestava cuidados gerais (higiene, terapêutica, posicionamentos, tratamento de

feridas, entre outros) e de reabilitação (reabilitação funcional motora e respiratória, ensinamentos clínicos, troca de informações sobre necessidades na habitação/família). O serviço de fisioterapia prestava cuidados de reabilitação aos pacientes alocados para intervenção nesse dia, consoante a disponibilidade temporal dos profissionais deste serviço e a necessidade de intervenção desses pacientes. A esses pacientes a equipa de enfermagem apenas prestava maioritariamente cuidados gerais nesse dia. Esta articulação entre os dois serviços permitia garantir que todos os utentes recebessem cuidados de reabilitação e uma otimização da prestação dos mesmos, maximizando a qualidade. Uma dificuldade que encontrei para a prática de cuidados de reabilitação era que os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação presentes na equipa não podiam estar dedicados à prática de enfermagem de reabilitação, devido à necessidade de incluir a prestação de cuidados gerais no seu trabalho.

Verifiquei durante estes períodos que, dada a necessidade de prestação de cuidados gerais por parte de toda a equipa de enfermagem, havia pouco tempo disponível para os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação intervirem neste domínio. A presença da prestação dos cuidados gerais sobrepunha-se muitas vezes à possibilidade de realização de intervenções de reabilitação. Porém, numa tentativa de otimizar os cuidados prestados, os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação tentavam inserir o plano de reabilitação aquando da prestação dos cuidados gerais. Um exemplo desta conjugação foi a realização de exercícios isotónicos (mobilizações ativas livres/assistidas/resistidas dos membros superiores e membro intervencionado, em função da tolerância e de acordo com as especificidades do utente e indicações médicas) aquando da prestação de cuidados de higiene no leito. Quando aplicável e possível, enquanto a pessoa iniciava a mobilização tibiotársica o enfermeiro efetuava a preparação do material. Posteriormente acompanhava o utente na realização dos exercícios, intervindo caso necessário por exemplo na flexão e extensão do joelho, abdução e adução da articulação coxofemoral e/ou flexão e extensão da articulação do joelho. Esta conjugação permitia otimizar o tempo e efetuar as intervenções de enfermagem de reabilitação aplicáveis. De seguida era efetuado o levante, facilitando a preparação para o treino de marcha, que decorria após os cuidados de higiene. Outro exemplo era aquando do processo de vestir e despir, durante o qual era promovida a realização de exercícios isométricos, como por exemplo contração dos glúteos, abdominais e quadríceps.

Em termos relação com a equipa multidisciplinar, o contacto com os médicos correspondia a uma apresentação da parte destes dos casos que nos eram apresentados e eram referidos os tratamentos previstos. A equipa de enfermagem informava os médicos da evolução dos pacientes. Existia um debate com a equipa de enfermagem no sentido de esclarecer alguma dúvida, otimizar algum tratamento ou cuidado a prestar, sendo que o enfermeiro possui informação crítica sobre o paciente uma vez que o avalia e cuida diariamente, com maior proximidade. Através da colaboração sistemática entre os elementos da equipa é possível otimizar a definição de objetivos e quais os procedimentos a adotar, potenciando um resultado melhor ao que seria obtido caso as equipas operassem de modo vertical (Marques-Vieira & Sousa, 2017). Desta interação entre a equipa de enfermagem e a equipa médica era também determinada uma previsão de alta.

Havia também uma interação muito forte entre o pessoal da equipa de enfermagem e as auxiliares, que prestavam diversos cuidados e apoiavam a equipa de enfermagem. A equipa de enfermagem estava muito familiarizada com os pacientes (dado o estudo prévio realizado sobre os mesmos no âmbito das admissões e das interações com estes durante as prestações de cuidados) e conhecia a realidade destes em casa e no seio familiar, pelo que havia informações úteis a passar à família no sentido de serem prestados os melhores cuidados possíveis à pessoa (por exemplo, ensinios relacionados com AVD's, prevenção de quedas ou até algum equipamento que pudesse ser necessário indicar/prescrever).

A enfermeira-chefe responsável pelo serviço de ortopedia necessitava de reunir com a equipa médica e a administração no sentido de coordenar o agendamento das cirurgias com as disponibilidades no serviço para a prestação de cuidados pré e pós-cirúrgicos aos utentes, gerindo o serviço/unidade e a equipa e otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde. Assistia à passagem de turno de enfermagem de modo a garantir um desempenho profissional adequado e ético da mesma, intervindo para garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e a promoção de um ambiente de trabalho favorável e seguro.

Assim, verifiquei que a Enfermeira chefe ou gestora possui um vasto conhecimento da disciplina/profissão de enfermagem e de como gerir em enfermagem, de acordo com as respostas humanas aos processos de vida e patologias e assegurando que os Padrões de Qualidade dos Cuidados de

Enfermagem são cumpridos, indo de encontro ao definido no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (2015) O trabalho da enfermeira chefe obriga a que esta se encontre atualizada nas melhores práticas com base na evidência científica mais atual, de modo a que o seu trabalho de liderança conduza a resultados eficazes. Um caso de aplicação desta necessidade e da intervenção da mesma foi aquando da suspeita e posterior confirmação de uma utente infetada com SARS-CoV-2, que obrigou ao isolamento da mesma. A enfermeira-chefe havia previamente elaborado um protocolo para isolamento com base nas normativas DGS aplicáveis a este cenário, que utilizou neste processo para orientar, formar e gerir a equipa. Pude deste modo assistir à importância da orgânica da equipa estar bem definida e também do quão crucial é o papel da enfermeira-chefe.

No estágio realizado na ECCI a realidade era diferente, mesmo que a finalidade dos cuidados fosse a reabilitação dos pacientes também. Dado que o estágio aqui consistia em cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida maioritariamente em contexto domiciliário, a articulação entre a equipa multidisciplinar dava-se de forma mais concisa (não havendo uma passagem de turno, pois não havia uma troca de equipas e cada enfermeiro tinha os seus pacientes atribuídos). Porém havia uma articulação entre os diversos elementos focada no sentido de preparar os cuidados a prestar.

Inseridas na rede nacional de cuidados continuados existem várias tipologias: Unidade de Convalescença, Unidade de Média Duração e Reabilitação, Unidade de Longa Duração e Manutenção e Equipa de Cuidados Continuados Integrados – Domiciliários. Para ser admitido na rede nacional de cuidados continuados, no caso do utente se encontrar no domicílio, hospital privado ou outra instituição é necessário contactar um profissional da equipa de saúde familiar (médico, enfermeiro e/ou assistente social) da Unidade de Saúde da área de residência. Esse profissional avalia a situação e caso existam critérios contacta a equipa coordenadora local.

No caso do utente se encontrar num hospital do SNS, a equipa de gestão de altas analisa a situação do utente, avalia se tem critério para ingresso na RNCCI, caso tenha é enviada uma proposta para a Equipa Coordenadora local da área de residência.

A equipa de Cuidados continuados integrados em que me inseria aquando do segundo estágio recebe informações das Equipas de Gestão de Altas ou das Equipas

de Saúde Familiar e avalia os critérios de forma a integrar os utentes referenciados nas ECCI, o que permite a gestão da sua inclusão e alta.

Além destes elementos, havia também a pessoa que prestava o serviço de transporte até ao domicílio dos pacientes (no caso, um taxista contratado para o efeito).

Existia uma relação muito próxima dos profissionais de enfermagem com o cuidador informal, com o qual era necessário trocar informações de forma eficaz e eficiente, quando este estava presente, sendo uma tarefa complexa pois os cuidados tinham que ser corretamente ensinados, instruídos e treinados, algo que na maioria das vezes era totalmente novo para o cuidador.

No planeamento dos cuidados a prestar, inicialmente era efetuada uma colheita de dados através do processo e/ou da nota de alta do utente, era identificada a morada do utente e o contacto, sendo que este era contactado e era agendada uma visita. Nesta visita avaliávamos novamente o utente, desta vez em pessoa, e a informação da colheita de dados era atualizada. Realizávamos também uma avaliação do ambiente em que a pessoa se encontrava inserida, em termos de domicílio e arredores, identificávamos barreiras arquitetónicas e riscos bem como recursos que o utente pode utilizar. Com base nos problemas identificados eram planeadas intervenções, as quais eram aplicadas. Posteriormente eram avaliados os resultados. Um caso específico foi de uma utente de 74 anos que admitimos por fratura do colo do fémur que tinha sido submetida a uma artroplastia e necessitou de adaptação do espaço da habitação. Para tal sugerimos à filha (que era a respetiva cuidadora) a remoção de tapetes, a colocação de alteador de sanitas, barras de apoio no WC em pontos estratégicos e utilização de cadeira higiénica. Estas sugestões foram aceites pela filha e pela utente, a qual demonstrou em visitas o quanto haviam facilitado a realização das suas AVD's. Estas indicações apenas foram possíveis após a avaliação do contexto domiciliário, pois só aí foi possível claramente aferir os riscos e necessidades que a habitação possuía. Porém estas alterações nem sempre podiam ser acarretadas pela utente e/ou família, não por não aceitação das mesmas mas por défice monetário. Nestes casos, a assistente social era informada para o utente ser sinalizado e auxiliado das formas possíveis e necessárias e a equipa recorria aos recursos que tinha no centro de saúde. Por exemplo, equipamentos que já não estavam a ser utilizados e haviam sido doados pelos utentes ao centro de saúde que a equipa emprestava-os em situações de dificuldade.

Posteriormente à primeira visita, efetuávamos a programação do plano de cuidados reabilitativo, ou seja, identificação dos problemas com base no potencial da pessoa, programação dos objetivos e intervenções e posteriormente, em cada visita, avaliávamos os resultados (utilizando sempre que necessário as escalas adequadas, nomeadamente índice de Barthel, MIF, Teste de Tinetti, teste marcha de seis minutos, Goniometria MRC, EVA, entre outras, adequando a eleição ao utente).

A maioria dos utentes que cuidei necessitava de reabilitação funcional motora para recuperação de força e equilíbrio, treino de marcha com auxiliar de marcha (andarilho, canadianas), subir e descer escadas e tratamentos a feridas.

Algumas famílias necessitaram de formação para prestação de cuidados de higiene, auxílio na utilização do WC, prevenção de quedas e alimentação adequada. Outras que não tinham condições para disponibilizar tempo para estas atividades foram aconselhadas a recorrer instituições de serviço de apoio domiciliário (SAD), centros de dia, centros de noite, entre outros, quando compatível com a sua situação, permitindo ao utente o cuidado que necessitava (apenas nos era possível realizar 1 a 2 visitas por semana ao mesmo utente, não sendo possível assegurar diariamente este tipo de cuidados).

Além da necessidade de inventariar corretamente os materiais a levar (pois não estávamos em meio hospitalar), era também importante a gestão temporal, pois estávamos expostos a diversos fatores externos, alguns de grande variabilidade e difícil previsão (por exemplo, o trânsito e garantia de que o paciente se encontrava informado e estaria presente no local combinado). Havia também a necessidade de planejar o percurso de forma a tornar a deslocação o mais eficiente possível, organizando o trajeto e a ordem de visita aos pacientes.

“3. Expandir conhecimentos/know-how no domínio enfermagem de reabilitação aplicada na prestação de cuidados à pessoa submetida a artroplastia da anca ou joelho.”

Aquando da prestação de cuidados em ambos campos de estágio foi possível aplicar os procedimentos previamente estudados ao longo das aulas. O contacto direto com a realidade permitiu analisar a forma como enfermeiros com anos de experiência refletiam no seu contexto de trabalho os conhecimentos teóricos que haviam adquirido. Além disso, em diversas situações verifiquei a necessidade de adequar cuidados aos materiais e tempo disponíveis, pois nem sempre havia

disponibilidade destes (por exemplo, um elevado número de pacientes ou em cuidados domiciliários algum material não estar disponível).

Assim, pude desenvolver conhecimentos uma vez que em caso de dúvida além dos livros e da disponibilidade dos professores ao longo do percurso formativo, tive também a oportunidade de ouro de acompanhar/pertencer a duas equipas multidisciplinares fantásticas que me auxiliaram na aplicação prática da teoria aprendida expandindo assim o meu leque de conhecimentos e dotando-me do know-how necessário para a prestação de cuidados de reabilitação aos utentes com que me deparava.

Em termos concretos, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal desenvolvi uma prática baseada nos princípios éticos e deontológicos bem como na evidência científica com o objetivo de desenvolver uma prática com qualidade, protegendo e respeitando sempre a privacidade e vontade do indivíduo/família. Um caso prático foi aquando do planeamento do programa de reabilitação dos utentes, foi sempre necessário obter o consentimento e concordância dos mesmos para a realização de todas as intervenções, sendo que estas eram devidamente explicadas para que a decisão por eles tomada fosse devidamente fundamentada. Promovi também sempre um ambiente seguro (removendo barreiras e garantindo o adequado espaço para a realização das intervenções) para prestação de cuidados e respeitei às crenças e valores dos utentes, por exemplo, quando se efetuava a marcação de visitas domiciliárias, procurava-se adequar o horário da intervenção suas disponibilidades dos utentes. Num caso específico, uma utente pedia para que a visita não coincidisse com a sua prática religiosa (assistir à missa).

No domínio da melhoria contínua da qualidade e no domínio da gestão dos cuidados, procurei conhecer a dinâmica de ambos os contextos, bem como o papel e o contributo do EEER na prestação de cuidados em cada equipa de enfermagem. Para tal, procurei familiarizar-me com ambos os contextos através de visitas aos locais de estágios prévias ao seu início, acompanhada pelos respetivos enfermeiros responsáveis, visitas guiadas que recebi para integração nos serviços, consulta de protocolos, normas e documentação específica de cada serviço que efetuei e observação, análise e execução da prestação de cuidados enquanto membro das equipas com as quais tive oportunidade de trabalhar. Além disso, participei no desenvolvimento de ações de formação, nomeadamente a formação “Ergonomia

Transferências Posicionamentos” promovida para prestadores de cuidados no âmbito do projeto “Formar Para Cuidar”, para a qual elaborei os respetivos diapositivos.

No domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais procurei expandir os meus conhecimentos no domínio de enfermagem de reabilitação, por exemplo aplicada na prestação de cuidados a pessoas submetidas a artroplastia da anca ou do joelho, cujas intervenções estão descritas nos Apêndices II e IV.

“4. Elaborar relatório final de atividades dos ensinamentos clínicos realizados.”

Com o objetivo de refletir e avaliar o processo de aprendizagem desenvolvido ao longo dos estágios foi elaborado o presente relatório, que se baseia nas aprendizagens experienciadas que foram analisadas e sobre as quais se refletiu ao longo dos estágios, com acompanhamento dos enfermeiros orientadores e do Professor orientador, como espelhado nos apêndices II, III, IV e V. Estes, confrontados com o projeto de estágio previamente elaborado, permitiram analisar o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências que decorreu. A análise e reflexão sobre o referido desenvolvimento de competências encontra-se explicitada neste relatório e nos seus apêndices.

Os objetivos específicos são:

“5. Ser capaz de prestar cuidados de enfermagem especializados na pessoa submetida a artroplastia total da anca e/ou joelho tendo por base conhecimento teórico científico e atualizado.”

Ao longo dos dois estágios fui confrontada com casos de pessoas submetidas a artroplastias da anca ou joelho. Nestas situações alguns dos cuidados de enfermagem prestados possuem um caráter generalista, quer no pré quer no pós-operatório (exemplo de tratamento de feridas ou administração de medicação). Porém, dadas as especificidades dos procedimentos, existem cuidados que são especializados para os pacientes submetidos a ATA ou ATJ. Ao longo dos meus estágios, com especial foco no processo de reabilitação, prestei cuidados a pessoas submetidas a ATA e ATJ com o objetivo da recuperação funcional e maximização da sua independência e qualidade de vida. Estes cuidados, descritos nos projetos apresentados nos Apêndices II e IV, necessitaram de ser adequados a cada caso, pois cada paciente possui necessidades específicas, que variavam em função do grau de dependência, do tipo de cirurgia, de comorbilidades associadas, apoio familiar e

da própria habitação. O conhecimento que aprendi durante o curso foi posto em prática ao longo dos estágios, conjugando diversos conceitos, pois os pacientes necessitavam de uma abordagem caso a caso (fruto das diferentes patologias), para garantir a melhor prestação de cuidados com base no conhecimento científico mais atual. Assim, o conhecimento teórico aprendido permitiu-me identificar problemas e necessidades e projetar intervenções para reabilitar o paciente, sendo para esse fim elaborado um plano de cuidados, o qual é apresentado em cada projeto nos Apêndices II e IV.

Nos projetos e respectivos relatórios, localizados nos Apêndices II e IV, são mencionadas as intervenções planejadas e executadas ao longo da prestação de cuidados aos utentes em estudo, que demonstram que desenvolvi e aprimorei novas competências e que me permitiram promover a recuperação dos mesmos. Deste modo, fui capaz de prestar cuidados reabilitativos com obtenção de bons resultados na recuperação funcional de utentes submetidos a artroplastia da anca ou joelho. Esses cuidados foram adequados, quer em função dos resultados obtidos quer pela validação e supervisão no decurso dos estágios.

No primeiro estágio, que decorreu em centro hospitalar, a senhora L.P. foi submetida a uma cirurgia ortopédica para colocação de PTJ. Posteriormente à intervenção cirúrgica, com o objetivo de promover a mobilização da utente, prevenindo complicações de imobilidade pós-cirúrgicas, e promover a força muscular, foi elaborado um plano de cuidados que incluía ensino, instrução e treino de posicionamentos e reeducação funcional motora (que englobava exercícios de contração isométricos e exercícios isotónicos). Aplicando a escala qualitativa de avaliação da dor, determinou-se que previamente à cirurgia a utente apresentava dor intensa. Após a cirurgia, a dor era classificada como ligeira. Após as intervenções definidas no plano de cuidados, verificou-se uma evolução para sem dor. No que toca à avaliação da dependência funcional, a utente foi avaliada através do Índice de Barthel. Segundo este a utente apresenta um score de 80 (dependência moderada), maioritariamente associado à dor. No momento de alta, apresentava um score de 85, resultando numa diminuição ligeira da dependência, ainda que classificada como dependência moderada. Aplicando a escala de Berg para avaliação do equilíbrio da utente, aquando do internamento esta apresentava um score de 17, que se classifica como mau equilíbrio. Aquando da alta, a utente apresentava um score de 32, correspondendo a um equilíbrio aceitável. Com a escala de Morse foi possível

determinar que aquando do internamento a utente tinha elevado risco de queda e na alta passou a apresentar um baixo risco de queda. Esta evolução reflete a importância quer da intervenção cirúrgica quer da aplicação do plano de cuidados, na medida em que a utente apresentou uma melhoria na maioria dos parâmetros, não descurando que deve ser garantida a continuidade de cuidados para promover uma melhoria progressiva do estado salutogénico dos pacientes. Para tal, promovi ensinamentos junto da família da utente referida, quer no que toca à prevenção de quedas através da gestão do ambiente e devidas adaptações, como ensinamentos relativos à prevenção de complicações (por exemplo, como evitar luxações), exercícios que deve realizar para manter e melhorar equilíbrio e força muscular, treinos de marcha e escadas com auxiliar de marcha, entre outros.

“6. Ser capaz de planear e implementar planos de cuidados adequados à situação da pessoa de modo a promover a sua reabilitação funcional o mais precocemente possível.”

Para planear o tratamento dos pacientes e garantir a máxima eficiência, é crucial a elaboração de um plano de cuidados devidamente adequado à pessoa em questão. No decurso dos meus elaborei diversos planos de cuidados, dois quais dois são apresentados e detalhados como estudo de caso nos respetivos relatórios. Para a elaboração destes planos foi necessário ter em conta especificidade da pessoa e a necessidade de tratamento, o que nos casos em estudo correspondia a pessoa submetidas a cirurgia ortopédica. Os casos foram sempre tratados de forma independente, apesar das suas semelhanças em alguns aspetos. Além das necessidades da pessoa, foi necessário ter em conta o tempo que efetivamente seria possível dedicar aos tratamentos constantes no plano e que objetivos teriam que ser atingidos em cada sessão/tratamento. Dado que a pessoa pode, por diversos motivos, não evoluir como previsto, o plano poderá prever alterações que possam eventualmente ser necessárias para o adequar à realidade.

No caso do estágio na ECCI, a senhora M.P., que apresentou uma fratura diafisária do fémur esquerdo com necessidade de ser submetida a encavilhamento, na primeira avaliação apresentava um equilíbrio aceitável (score de 39 segundo a escala de Berg) e na última avaliação apresentou um score de 43 segundo a referida escala, correspondendo a um bom equilíbrio. A utente apresentava uma dependência moderada (score de 85 segundo a escala de Barthel) e na última avaliação apresentou

um score de 95, correspondendo a dependência ligeira. A utente referiu também que reconhecia a importância dos exercícios que lhe ensinamos e recomendamos realizar, pois sentiu uma evolução positiva na sua força muscular e equilíbrio, e consequentemente maior confiança, refletindo a importância das intervenções realizadas.

“7. Ser capaz de envolver o paciente no plano de intervenção, dotando-o de conhecimento e capacitando-o com vista à máxima autonomia possível.”

A elaboração do referido plano de cuidados obrigatoriamente envolve o paciente. Esta necessidade prende-se com o facto deste ser o destinatário do referido plano e do plano ter que ser adaptado à sua realidade e potencial. Assim, durante os meus estágios, na elaboração do plano de cuidados procurei conhecer o paciente, não só em termos da sua patologia mas também da sua realidade familiar, habitacional e formativa. Assim, conseguia adequar o plano a cada paciente (por exemplo, no caso de uma utente que possuía apartamento no segundo andar sem elevador, o treino de escadas merecia uma particular relevância) e também a minha linguagem na comunicação com este, de forma a garantir que o mesmo compreendia as intervenções do plano de cuidados e quais os objetivos e evolução esperados. Nos meus planos interventivos sempre priorizei a formação do utente e promovi a sua autonomia, dotando-o de estratégias para que realizasse o máximo de atividades de forma autónoma. Para garantir que não se esquecia do que havia ensinado, disponibilizei folhetos informativos para auxiliar a retenção da informação, a exercitação e facilitando as intervenções seguintes e envolvimento do utente e familiares.

“8. Ser capaz de identificar e prever a evolução do paciente de modo a atualizar e ajustar o plano de intervenção às reais necessidades do mesmo.”

Como já foi referido, na elaboração do plano de cuidados é conveniente prever a evolução do paciente, de forma a ser possível avaliar se a aplicação do mesmo está a surtir os efeitos desejados ou é necessário proceder a alguma alteração. Assim, na elaboração dos planos de cuidados foram detetados problemas, elaborados diagnósticos, definidos objetivos para cada diagnóstico, elaboradas as respetivas intervenções de enfermagem para alcançar os referidos objetivos e posteriormente realizada uma avaliação dos resultados obtidos. Esta avaliação permitiu identificar a

evolução do paciente, que seria crucial para conhecer os efeitos do plano e, caso necessário, adequar o mesmo. Esta definição de objetivos proveio da identificação do potencial da pessoa, que me permitiu gradualmente perceber e prever o prognóstico da mesma. Por exemplo, uma pessoa com imensas comorbilidades associadas e que previamente à cirurgia sempre foi totalmente dependente dificilmente/raramente viria a adquirir a independência total dentro do prazo estimado para a maioria das pessoas que eram independentes e saudáveis (sendo que estas normalmente em cerca 5 dias após a cirurgia tinham alta e estavam capacitadas a realizar grande parte das AVD's praticamente de forma). Contudo, aprendi que cada caso é um caso e que, com empenho e vontade do utente, o plano reabilitativo tem excelentes resultados e marca a diferença na vida da pessoa.

Para avaliar a evolução dos utentes foram aplicadas escalas e efetuadas avaliações com base nestas, que permitiram concluir sobre a evolução do paciente, tendo algumas já sido descritas neste capítulo e encontrando-se com maior detalhe nos Apêndices II e IV.

“9. Identificar recursos e possibilidades existentes no meio comunitário envolvente do paciente, permitindo-lhe o alcance dos seus direitos, melhor qualidade de vida e facilitando a sua recuperação.”

A recuperação do paciente não depende apenas do meio hospitalar e familiar. Existem diversos recursos na sociedade que permitem à pessoa uma boa qualidade de vida e que correspondem a um direito da pessoa, porém esta nem sempre têm conhecimento dos mesmos. Enquanto EEER, com o objetivo de maximizar e acelerar a reintegração da pessoa na sociedade, é adequado analisar o meio envolvente. Assim, além de analisar a habitação da pessoa e os recursos que esta possuía, procurávamos analisar a vizinhança da mesma identificando barreiras e elementos facilitadores para a sua reabilitação (por exemplo, jardins mais adequados para passeios, quando apropriado, ou instituições que a poderiam auxiliar no futuro como centros de dia, ou Fisioterapia). Especialmente no estágio realizado em contexto comunitário foi-me permitida a compreensão dos recursos a que as pessoas podem recorrer de modo a facilitar e melhorar a sua qualidade de vida. Tive oportunidade de presenciar processos de referenciação (para usufruírem de centros de dia, para serem encaminhados para ULMD...), e também como era obtido e disponibilizado material

adaptativo (por exemplo auxiliares de marcha) de modo a que o utente obtenha os cuidados que precisa e os meios que lhe permitem facilitar o seu quotidiano.

“10. Ser capaz de envolver a equipa multidisciplinar e a família do paciente no plano de cuidados em curso, permitindo assim o alcance do melhor tratamento possível para a pessoa e a devida continuidade dos cuidados.”

Dado que o trabalho realizado implica que haja garantia de continuidade de cuidados de forma a assegurar o seu sucesso, é necessário o envolvimento de uma equipa multidisciplinar bem como da família do paciente para a elaboração de um plano de cuidados eficaz. Durante os estágios, presenciei a interação entre os diversos elementos das equipas com que convivi. A necessidade de uma articulação entre todos os elementos é crucial para maximizar a eficácia e eficiência dos cuidados prestados. Por exemplo, na ausência do enfermeiro, é a família que convive com o paciente, garantindo a sua segurança, respeito pelo plano definido e prestação dos cuidados necessários. Estas funções devem ser prestadas tendo em conta o definido com o EEER. Por vezes, aquando da prestação de cuidados no domicílio do utente é possível detetar que este apresenta dificuldades económicas que podem futuramente comprometer o processo de reabilitação do mesmo. Por exemplo, um dos nossos utentes cuja dependência estava associada a sequelas do AVC que sofreu, morava numa casa sem condições e não tinha meio de transporte para conseguir estar presente nas consultas médicas. Estes casos são expostos e debatidos com assistente social no sentido de auxiliar o paciente. Este é apenas um exemplo da importância do envolvimento da equipa multidisciplinar, uma vez que cada profissional desempenha a sua função contudo a partilha de informação e conhecimentos com um objetivo comum (o bem estar e reabilitação do paciente) promove a qualidade dos cuidados prestados.

“11. Dotar a pessoa de conhecimento e capacitá-la para a execução dos exercícios de reabilitação funcional, sempre que possível.”

Todo o trabalho do EEER tem um objetivo primordial: maximizar a independência/autonomia do paciente na realização das AVD's. Dado este objetivo, é importante que o paciente seja capacitado para viver com a sua circunstância pós-cirúrgica, a qual deverá conduzir a uma melhoria na sua qualidade de vida, porém com algumas condicionantes. Assim, ao longo dos meus estágios procurei dotar a pessoa com o conhecimento necessário para executar os exercícios reabilitativos

necessários, reconhecer sinais de alerta e como proceder perante estes e como prevenir riscos. Nem todos os pacientes conseguem absorver este conhecimento, e é importante reconhecer tais casos. Além disso, em alguns casos, o paciente é capaz de ser autónomo na realização de exercícios, mas a linguagem utilizada para o ensino dos mesmos tem que ser adaptada à pessoa e situação. Em todo o caso, é essencial o envolvimento da família, à qual também deverão ser transmitidas estas informações.

Durante o estágio convivi com utentes e era sempre necessário envolver a família no processo reabilitativo do utente. Uma das estratégias que apliquei para facilitar este processo era que aquando da programação da sessão criava um folheto com os exercícios que pretendia que o utente realizasse comigo e os que pretendia que ele realizasse durante a semana. Existiu um caso em que o paciente foi submetido a artroplastia total da anca e vivia com o irmão, o qual presenciava todas as sessões de reabilitação, demonstrando também interesse em aprender as intervenções de forma a poder auxiliar o irmão. Assim, explicando durante as sessões e fornecendo o folheto como auxiliar de memória, foi-me referido pelos irmãos que praticaram os exercícios propostos no interregno entre sessões. Este comportamento proativo, alicerçado nos ensinamentos prestados e no interesse dos irmãos, teve como consequência uma recuperação muito mais célere que o previsto.

“12. Desenvolver competências pessoais e profissionais na prestação de cuidados diferenciados no domínio reabilitativo.”

Como referido até aqui, estive em dois contextos diferentes e com diversos pacientes, o que me permitiu que prestasse cuidados de diferentes formas e a diferentes patologias. Nesse âmbito, ao nível das competências pessoais, fiquei mais familiarizada com a orgânica das organizações em que realizei estágio, melhorei as minhas capacidades de comunicação e adequação do discurso, bem como as minhas capacidades de gestão de material e tempo e planeamento.

Em termos de competências profissionais, as mesmas foram desenvolvidas ao longo do estágio e são mais detalhas nos capítulos 2.2, 2.3 e 2.4. Em resumo, a aplicação prática dos conhecimentos teóricos previamente aprendidos, a necessidade de atualização e pesquisa inerentes à confrontação com diferentes patologias e realidades e trabalho em conjunto com uma multidisciplinar com anos de experiência permitiram-me um desenvolvimento de competências profissionais que me capacitam para a prestação de cuidados no domínio reabilitativo.

3.2. Análise e reflexão sobre as competências desenvolvidas durante o período de estágio

O Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, define o perfil das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Assim, no referido Regulamento são apresentadas e descritas as competências específicas, bem como referidas as respetivas unidades de competência e critérios de avaliação. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Em termos de competências específicas, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Ao longo do meu percurso nos dois estágios realizados procurei desenvolver as competências relacionadas com o exercício da atividade de enfermagem enquanto EEER.

Para a competência (J1), a qual refere que o EEER cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, devo ser capaz de identificar necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas de qualquer faixa etária impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, derivado da sua condição de saúde, deficiência, limitação de atividade e restrição na participação, quer de natureza permanente ou temporária. Ao longo dos estágios, avalei a funcionalidade e diagnostiquei limitações da atividade e incapacidades, como foi possível verificar com os resultados das escalas aplicadas aquando da avaliação dos utentes. Além disso, devo ser capaz de conceber, implementar e avaliar planos especializados tendo como objetivo a qualidade de vida do utente, a sua reintegração e participação na sociedade. (Ordem dos Enfermeiros, 2019) Ao longo dos meus estágios fui confrontada com situações que me fizeram avaliar a funcionalidade dos utentes e diagnosticar alterações que provocam limitações de atividade ou incapacidades. No caso do estágio no Centro Hospitalar, a cirurgia a que foi submetida a utente criou uma diminuição temporária da sua funcionalidade, especialmente aos níveis motor, de alimentação e da eliminação. No caso do estágio na ECCI encontrei

também diversos utentes com diminuição das suas funcionalidades aos níveis motor, de alimentação e da eliminação, porém aqui alguns encontravam-se afetados por uma diminuição permanente. Em ambos os estágios recolhi informação e utilizei escalas e instrumentos (como Índice de Barthel, MIF, Teste de Tinetti, teste marcha de seis minutos, Goniometria MRC, EVA, entre outras), cuja conjugação permitiram avaliar a capacidade dos utentes para realizar as AVD's de forma independente. Avaliei também os aspetos psicossociais que eventualmente interferiam na adaptação à doença ou incapacidade e o impacto que a alteração da capacidade funcional tem na qualidade de vida e bem-estar. Posteriormente a esta avaliação, que me permitiu conhecer as limitações dos utentes e o meio em que estes estavam integrados, procurei identificar fatores que pudessem facilitar ou inibir a realização de AVD's de forma independente. Visto que havia já avaliado os utentes, procurei diagnosticar precocemente eventuais respostas desadequadas (por exemplo, ao nível de alimentação, alguns utentes não possuíam a alimentação mais adequada para propiciar um bom desempenho aquando da intervenção e conseqüente ganho muscular – caso de um utente que queria iniciar a sessão previamente à toma do pequeno almoço) e identifiquei necessidades de intervenção que permitissem otimizar ou reeducar a funcionalidade dos utentes, no caso dos estágios realizados principalmente aos níveis motor, da alimentação, da eliminação e da realização das AVD's, além de definir quais as prioridades de saúde que permitissem a consecução do projeto de saúde do utente (no caso referido anteriormente, foi necessário efetuar uma revisão dos hábitos alimentares do utente, para perceber se era um padrão habitual e a que se devia, e procuramos promover uma alteração de forma a que o mesmo se encontrasse propriamente nutrido aquando da sessão, especialmente no que toca à ingestão proteica). (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Ao longo dos estágios conversei com os utentes acerca das práticas que poderiam originar riscos de redução de funcionalidade, e concebi planos, selecionando e prescrevendo intervenções para a sua redução. Conversei também com os utentes e cuidadores, quando existentes, sobre as alterações da sua função nos níveis afetados e debati com estes as estratégias a implementar, apresentei os resultados esperados e defini as metas a atingir para a promoção da autonomia e qualidade de vida. No seguimento destas interações, foram concebidos planos, selecionando e prescrevendo intervenções, que permitissem reeducar as funções afetadas. Estes planos foram dinamizados de forma a favorecer os processos de

transição ou adaptação situacional, conforme a situação fosse temporária ou permanente, encontrando-se nos Apêndices II e IV. Em muitos casos, foram sugeridos dispositivos de apoios. Além disso, em conjunto com os utentes, procurou-se identificar e gerir os recursos necessários para a realização das diferentes atividades, processos terapêuticos, ou facilitadores da transição saúde/doença e/ou incapacidade. Um caso específico foi a seleção, aquisição e utilização de auxiliares de marcha, para permitir efetuar treino de marcha seguro nos utentes cuja avaliação de equilíbrio e força assim o indicasse. Nestes casos, o recurso a auxiliares de marcha permitiu a realização de treinos que seriam impossíveis sem os mesmos (por exemplo, o treino de marcha em utentes submetidos a PTJ). Outro caso bastante comum foi a necessidade de utilizar cadeira adaptativa à banheira para possibilitar a prestação (em alguns casos autónoma) de cuidados de higiene no WC. Durante todos estes processos foram desenvolvidas intervenções técnicas e tecnológicas como resposta às necessidades identificadas nos utentes, devidas às alterações de funcionalidade verificadas. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Após a elaboração dos planos de cuidados, na qual foram tidos em conta os dados obtidos da avaliação dos utentes, quer em termos físicos como psicossociais e de ambiente, e o seu debate com os utentes e cuidadores respetivos, os mesmos foram implementados. A sua aplicação permitiu a redução o risco de alterações nos diferentes níveis funcionais e a reeducação funcional respetiva. Para a sua implementação foram utilizadas abordagens ativas, integrando sempre o utente na sua definição. Além disso, procurei ensinar, demonstrar e treinar técnicas no âmbito dos programas definidos, com o objetivo da promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos em que os utentes se encontravam. No caso do estágio no Centro Hospitalar, os contextos foram de internamento, domiciliário e comunidade. No caso do estágio na ECCL, os contextos foram domiciliário e comunidade. Em todos os casos foi garantida a segurança de todos os envolvidos nos programas e planos de reabilitação implementados. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Durante a implementação dos planos de cuidados e após a mesma foram monitorizados a sua execução e os seus resultados, quer nos casos de redução de risco, de otimização de função, reeducação funcional e treino. Com base nas alterações verificadas, os objetivos e estratégias dos planos de cuidados eram reformulados e adaptados, quando necessário. Foram também utilizados indicadores

relativos aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar a evolução dos utentes em termos de saúde, a nível pessoal, familiar e social, bem como a sua autonomia, qualidade de vida e capacitação, sendo que nesta última também se avaliaram os cuidadores, quando aplicável. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Segundo a competência (J2), o EEER capacita a pessoa com deficiência, limitação de atividade ou restrição da participação nas atividades enquanto cidadão inserido na sociedade. Para tal, enquanto EEER devo analisar essas questões com o objetivo de desenvolver e implementar ações autónomas ou pluridisciplinares em linha com o enquadramento social político e económico e que visem uma consciência social inclusiva. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Com esta finalidade, durante os estágios realizados ensinei a utentes e a cuidadores, quando aplicável/presentes, diferentes técnicas e apresentei tecnologias específicas para o autocuidado. Um caso com o qual me deparei foi o do Sr. J.T., com 62 anos, antecedentes de hipertensão, que tinha sofrido um AVC e que apresentava hemiparesia esquerda. Estava a ser cuidado pela sua esposa e pelo filho. Este utente utilizava fralda pelo simples facto de a esposa ter receio de o transferir para a sanita devido ao pouco espaço existente no WC para possibilitar a sua transferência a partir da cadeira de rodas. Foi sugerida a utilização de cadeira higiénica (cujo encaixe na sanita era direto e permitia uma melhor gestão do espaço), a qual foi aceite e permitiu ao utente, que se sentia incomodado com a utilização de fralda, defecar num local correto de uma forma que lhe permitia “manter a dignidade”, nas suas palavras. Outro caso do impacto dos ensinamentos a utentes e cuidadores foi o já referido caso dos dois irmãos. Realizei também treinos específicos de AVD's, em muitos casos recomendando/ensinando/supervisionando a utilização de produtos de apoio e treinos pertinentes de atividade e exercício físico tendo como objetivo o alcance da capacidade funcional máxima da pessoa. Dada a temática do meu estágio, uma tecnologia que apresentei a diversos utentes e cuja aplicação treinei foi a utilização de auxiliares de marcha, como andarilhos e canadianas. Além disso, também sugeri a alguns utentes a utilização de barras de apoio e rampas de banho, tendo nestes casos ensinado também o cuidador de como auxiliar o utente na sua utilização. Para auxiliar no processo de eliminação, introduzi em certos casos a utilização de alteadores de sanita. A utilização destes dispositivos permitiu aos utentes a melhoria nas funções intervencionadas. Resultando numa execução facilitada das AVD' e contribuindo para a capacitação e autonomia destes. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Promovi ambientes seguros, quer no ambiente hospitalar quer no contexto domiciliário dos utentes, através da identificação dos potenciais riscos e barreiras arquitetónicas, e ensinando como eliminá-los. Para prevenção de quedas foi recomendada uma iluminação adequada do ambiente, a remoção de tapetes/obstáculos do trajeto e utilização de calçado fechado adequado, desaconselhando a utilização de “sapatos não fixos” como chinelos e deambulação em piso molhado. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Demonstrei conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e da participação cívica, sensibilizando a comunidade para a importância da adoção de práticas inclusivas. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

De acordo com a competência (J3), o EEER deve potenciar o rendimento e desenvolvimento pessoal da pessoa através da maximização das suas capacidades funcionais, melhorando assim o seu desempenho a nível motor, cardíaco e respiratório. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Demonstrei conhecimentos com base na melhor evidência científica acerca das funções cardíaca, respiratória e motora aquando da realização dos planos de reabilitação sempre personalizados e adaptados ao paciente em questão. (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Levando a cabo os planos efetuados os meus pacientes foram ensinados, instruídos e treinados para a execução das técnicas e exercícios e também tecnologias a utilizar com vista ao alcance dos objetivos acordados ao longo do seu projeto de saúde. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Em cada sessão de treino realizada o objetivo sempre foi promoção da saúde, reabilitação/ capacitação e autogestão da pessoa prevenindo o desencadeamento lesões. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Os planos/programas concebidos foram monitorizados ao longo de todo o processo desde a implementação até à obtenção dos resultados em função dos objetivos definidos com o paciente. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

A prevenção de risco e manutenção da segurança do paciente é sempre condição *sine qua non* aquando da prestação de cuidados. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

3.3. Avaliação global do trabalho desenvolvido em estágio

Ao longo dos dois estágios sinto que cresci enquanto enfermeira, com especial desenvolvimento das minhas competências enquanto enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação.

Os estágios frequentados permitiram-me realizar uma aplicação prática dos conceitos aprendidos durante o curso, estar envolvida no cuidado/tratamento de pessoas no âmbito de enfermagem de reabilitação e partilhar experiências com enfermeiros e profissionais de saúde com anos de experiência.

Os pacientes que encontrei ao longo deste estágio apresentavam patologias que limitavam as suas capacidades, impedindo a execução das suas AVD's de forma desejada. Assim, o serviço prestado pelo EEER ajuda-o a evoluir para uma maior independência/autonomia e melhor qualidade de vida.

Durante os estágios foi possível implementar em contexto real planos de cuidados. Acompanhei a avaliação inicial que leva ao seu desenvolvimento, incluindo a colheita de dados através de interações com o paciente, família e com a equipa multidisciplinar. O contacto entre a equipa multidisciplinar permite uma partilha de conhecimentos e experiências que ajudam na melhor prestação de cuidados e, em especial no caso de trabalho por turnos, a troca de informações permite que toda a equipa esteja sempre a par da informação mais atual relativa aos utentes. Porém, esta troca de informações não incide apenas sobre os pacientes, mas também sobre o serviço. A gestão das camas disponíveis, o agendamento de cirurgias e os tratamentos a prestar necessitam de que toda a equipa multidisciplinar esteja a par da informação mais atual, para que o serviço não fique sobrelotado e os pacientes possam receber os cuidados devidos nas melhores condições. Verifiquei também, como já estava sensibilizada de outras experiências, como é importante a constante atualização do enfermeiro, de forma a garantir cuidados de excelência com base no mais atual conhecimento científico. Os estudos na área da saúde permitem saber quais as atividades que terão a maior probabilidade de gerar um impacto positivo na vida do paciente em função do seu problema, e a evolução tecnológica cria mecanismos que podem auxiliar o paciente no seu dia-a-dia. Além disso, é essencial o conhecimento da legislação atual, de forma a poder informar o paciente e até os seus familiares dos direitos que têm, que podem ser essenciais para a prestação de cuidados. Porém, para o exercício de enfermagem de reabilitação também exige que se conheça o meio em que o paciente está inserido. Tal é crítico para planear

eventuais visitas domiciliares, porém também é importante para prevenir eventuais riscos recomendar atividades que o paciente possa realizar e que o ajudem a acelerar o processo reabilitativo.

Presenciei em primeira mão os efeitos das intervenções de enfermagem, podendo ver a evolução dos pacientes. Verifiquei que esta ocorria a diferentes velocidades, dependendo do problema a ser tratado e também da vontade do paciente. Uma boa comunicação e a capacidade de gerar com estes uma relação empática/de confiança são essenciais para garantir o máximo empenho, que é um fator determinante para obter os resultados esperados. É também essencial uma atenção às necessidades do paciente e da família, pois nem sempre têm como obter os meios necessários para auxiliar no processo reabilitativo. Como já foi referido, o conhecimento da legislação e dos serviços disponíveis na área de residência podem colmatar diversas necessidades e muitas vezes nem o paciente nem a família estão a par destes.

O plano de cuidados é o guia que tem de ser seguido para maximizar a probabilidade de sucesso do processo reabilitativo. As artroplastias da anca e em especial as artroplastias do joelho, além de serem um procedimento cirúrgico, são intervenções complexas, realizadas em pessoas muitas vezes idosas e com algumas comorbidades associadas, portanto integram sempre um grau de risco e o seu sucesso depende de muitos fatores além da intervenção cirúrgica. A intervenção do EEER é essencial para maximizar a possibilidade de atingir esse sucesso, através de um acompanhamento desde o pré-operatório até o pós-operatório que integra planeamento da alta e a garantia da continuidade de cuidados após a mesma. Durante os meus estágios pude ver em primeira mão o quão importantes estas intervenções são: desde a minimização da dor, passando pelo ensino dos cuidados a ter em função da intervenção e acompanhando o paciente em casa, seja presencialmente seja através de recomendações feitas em meio hospitalar de forma a minimizar riscos e promover uma melhoria da qualidade de vida. Estes cuidados são essenciais para garantir a minimização de infeções, prevenção de quedas, o sucesso da artroplastia eventualmente realizada e para a adaptação da pessoa à nova realidade, em princípio com maior autonomia mas ainda assim, em alguns casos, com limitações.

Durante os estágios, especialmente o realizado na ECCI, também acompanhei alguns tratamentos mais conservadores, que não envolviam cirurgia. Nestes casos, os pacientes possuíam dor ou desconforto, na realização de AVD's ou

constantemente, e a intervenção do EEER auxiliava nesse aspeto. Através de exercício e análise do ambiente em que a pessoa vivia, o EEER promovia uma melhoria da qualidade de vida, eliminando obstáculos e riscos e promovendo uma melhoria da qualidade de vida da pessoa através de exercícios, realizados na presença do EEER, com a família ou autonomamente.

Em suma, a realidade e as pessoas com que convivi durante os estágios permitiu-me adquirir novas competências, colocar em prática conhecimentos com que havia convivido apenas no plano teórico e realizar diversos atos de enfermagem. Mas, acima de tudo, a maior satisfação que retiro destes estágios foi poder assistir em primeira mão à evolução de diversas pessoas, a superarem dificuldades e a sentirem que a sua vida melhorou de algum modo.

Em termos de dificuldades, notei que preciso de evoluir mais no que toca a gestão de tempo, sendo que enquanto presto os cuidados ou realizo outras tarefas tendo a não contabilizar com exatidão o tempo que demoro a executar. É uma limitação da qual tenho consciência e que sei que tenho que colmatar.

Outra dificuldade que sei que tenho que colmatar é o impacto emocional de algumas situações. Quando presenciei a frustração do utente que quer fazer uma atividade que previamente conseguia efetuar, mas atualmente não consegue, foi deveras difícil, e embora procuremos sempre maximizar a sua qualidade de vida por vezes é simplesmente fisicamente impossível. Senti várias vezes as minhas emoções a se inundarem de uma angústia por ver essa tristeza. Tentei sempre manter a compostura e, sem ignorar a tristeza do utente, procurei que este encontrasse uma conquista no exercício realizado, algo em que tivesse evoluído, que o animasse, através do encorajamento e reforço positivo das pequenas conquistas. Porém, sempre com a atenção que é uma pessoa com limitações e que não pode ter à vontade para realizar toda e qualquer tarefa. Este meio termo, entre promover uma visão mais positiva, mas sem esquecer as limitações, associado à emoção do momento, foi das situações mais complexas que enfrentei. O controlo das minhas emoções é um aspeto que tenho que melhorar.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando elaborei o projeto, defini objetivos para a realização destes estágios, de forma a conseguir verificar na prática os conteúdos teóricos aprendidos e também evoluir enquanto EEER. Estes apresentaram-se como metas a atingir, e o grau de sucesso dos estágios seria definido em função dos objetivos atingidos.

Assim, os objetivos permitiram que abordasse cada estágio com uma finalidade, desenvolvendo atividades de forma a atingir cada objetivo. Desta forma, e como descrito ao longo deste relatório, considero que cumpri com os objetivos propostos, tendo atingido os mesmos.

O desenvolvimento de competências foi realizado ao longo dos estágios, tendo por base os objetivos definidos mas também o Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, que define o perfil das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Como já foi descrito, as experiências permitiram atingir diversas unidades de competência, devidamente analisadas tendo por base os critérios de avaliação definidos pela Ordem dos Enfermeiros. Deste modo, considero que adquiri e sistematizei diversas competências essenciais para o trabalho enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Não obstante as competências adquiridas, os estágios permitiram-me também verificar que é importante a constante atualização do EEER, não só em termos técnicos como legislativos. É essencial que o EEER esteja informado das melhores práticas atualizadas e também do que legalmente está definido, tanto para o trabalho enquanto EEER como para assegurar os melhores cuidados dos pacientes, especialmente em termos dos direitos destes.

Quando iniciei este Mestrado, os meus conhecimentos de enfermagem estavam mais focados na prática generalista. O curso e os estágios que contribuíram para a elaboração deste relatório dotaram-me de competências que me permitem cumprir com as funções designadas para um EEER. Sinto que evoluí e não só adquiri como pude por em prática as competências que definem o perfil de um EEER. As realidades com que me deparei (hospitalar e domiciliária) permitiram-me verificar que o trabalho de um EEER não está limitado aos cuidados e ensinamentos ao paciente e família, existe uma equipa multidisciplinar que se entrelaça e contribui para maximizar a qualidade dos cuidados prestados. A articulação dos diversos elementos desta equipa é essencial e é importante não limitar o trabalho à prestação de cuidados, sendo que a interlocução com os restantes profissionais envolvidos e a criação de

uma equipa funcional são cruciais para melhorar os cuidados prestados. Também verifiquei o próprio EEER tem que ser versátil na sua análise, sendo capaz não só de prestar cuidados como de avaliar pessoas (em termos de saúde mas também caracterizando-as socialmente, de forma a melhorar a interação com estas), analisar o meio em que estas se enquadram (quer para a determinação de riscos como para avaliar possíveis serviços que esta poderá facilmente aceder) e compreender o enquadramento legal destas em termos de direitos (por exemplo, uma família com menos capacidades financeiras poderá ter direito a ajudas do Estado ou mesmo de instituições locais, Câmaras Municipais e IPSS's, o que poderá facilitar o acesso a meios que melhorem a evolução da saúde das mesmas).

A base do trabalho do EEER corresponde a cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo da vida destas, capacitar a pessoa com deficiência ou limitação e maximizar a sua funcionalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Implica a aplicação de diversas competências, a necessidade de constante atualização e a interação com diversas entidades. As aprendizagens que adquiri neste curso e em particular nestes estágios permitiram-me sistematizar os conhecimentos e evoluir enquanto enfermeira, tomando consciência de realidades distintas e como o impacto das intervenções do EEER pode afetar a vida das pessoas, quer dos utentes, quer da família, quer da sociedade.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, L.T., Araújo, E.G., Andrade, K.D.R.P., Soares, D.M. & Chianca, T.C.M. (2010). Papel da enfermagem na reabilitação física. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6).
- Aquarone, R.L., Agostini, P., Linhares, C.S., Gimenez, G.P. & Hasegawa, J. (2014). A atuação do enfermeiro de reabilitação na visita domiciliar. *Revista de Enfermagem Referência*, Suplemente ao n.º 1, Série IV. Disponível em: https://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id=abstact=5257&id_event=128
- Borghneth, L. (2004). Considerações sobre o processo de reabilitação. *Acta fisiátrica*, 11(2).
- Copanitsanou, P., Sourtzi, P., Valkeapaa, K. & Lemonidou, C. (2019). Received Knowledge of Orthopaedic Patients' Significant Others. *Nursing Care & Research*, 54, 144-154. Acedido em: 09/07/2020. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=6ae88c5e-ab72-4409-a642-43dc51247c42%40pdc-v-sessmgr01>
- Guerra, N. (2021). Dotações seguras na Gestão de Cuidados a Pessoas com Doença Aguda. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. Loures: Lusodidacta.
- Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Normas APA (Apontamentos). Prof^a. Natércia Godinho. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2018.
- Hoeman, S. P. (2011). Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenções e resultados esperados. (4^a edição). Loures: Lusodidacta.
- Kloos, J. A., Daly, B. J. (2008). Effect of a Family-Maintained Progress Journal on anxiety of families of critically ill patients. *Critical Care Nursing Quarterly*. 31(2): 96-107.
- Leite, V.B.E. & Faro, A.C.M. (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Revista da Escola de Enfermagem da Uniservidade de São Paulo*, 39(1).

- Lipp, A. (2008). Supporting the significant other in women undergoing abortion. *British Journal of Nursing*: 17(19): 1232-1236.
- Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. Loures: Lusodidacta.
- Martins, R. & Mesquita, M. (2016). Fraturas da Extremidade Superior do Fémur em Idosos. *Millenium*, 50 (jan/jun), 239-252.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª edição). St. Louis, MO: Mosby
- Paniagua, D., Ribeiro, M., Correia, A., Cunha, C., Baixinho, C., & Ferreira, Ó. (2018). Projeto K: Capacitar para uma transição segura hospital-comunidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71 (5), 2396-2403. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0190>
- Regulamento n.º 101/2015 (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. *Diário da República, Série II* (N.º 48/2015 de 2015-03-10), 5948–5952. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2015/03/048000000/0594805952.pdf>
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º35/20211 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 125/2011 (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, Série II* (N.º 35/2011 de 2011-02-18), 8658–8659. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/3477014>
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Santos, P.A. & Rabiais, I.M. (2015) Trauma e reabilitação: que modelo de intervenção numa perspetiva da qualidade no cuidado? *Livro de Resumos do IX Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem*.
- Santos, S. S. C., Lopes, M. J., Vidal, D. A. S. & Gautério, D. P. (2013). Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde:

utilização no cuidado de enfermagem a pessoas idosas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66 (5), 789-83. Acedido em: 12/07/2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/21.pdf>

Silva, J.P.X., Ribeiro, A.B.S., Arnaldo, S.M., Cavalcante, T.L., Pinheiro, W.R. (2014). O papel educativo do enfermeiro na reabilitação do paciente pós-operatório. *Revista de Enfermagem Referência*. Suplemento ao n.º 1, Série IV.

Simões, S.C.G., Henriques, H.F.C. & Silva, M.F.R. (2014). Intervenção de enfermagem na reabilitação do autocuidado mobilidade na pessoa com acidente vascular. *Revista de Enfermagem Referência*. Suplemento ao n.º 1, Série IV.

Sousa, L. & Carvalho, M. (2017). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.

Tay Swee Cheng, R., Klainin-Yobas, P., Hegney, D., Mackey, S. (2015). Factors relating to perioperative experience of older persons undergoing joint replacement surgery: an integrative literature review. *Disability and Rehabilitation*: 37(1): 9-24.

Taylor, S. G. (2002). Dorothea E. Orem: Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem. In A. M. Tomey & M. R. Alligood, *Teorias da Enfermagem e a sua obra* (5ª ed., pp. 211-236). Loures, Portugal: Lusociência.

Tinoco, A., Rodrigues, A., Sousa, A., Morais, A., Albuquerque, C., Parente, C., Santos, D., Brandão, D., Rocha, E., Morais, F., Conceição, F., Venda, F., Caneira, J., Justino, I., Gomes, J., Chainça, L., Silva, L., Cistina, M., Sá, M., & Conceição, V. (2009). *Enfermagem em Ortopneumatologia* (2nd ed.). Formasau.

Apêndice I – Projeto de Estágio



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Projeto de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação em pessoas submetidas a
artroplastia da anca ou do joelho**

Cristina Amorim Dias
Nº de aluna: 9576

Lisboa
2020



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Projeto de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação em pessoas submetidas a
artroplastia da anca ou do joelho**

Cristina Amorim Dias
Nº de aluna: 9576

Orientador: Professor Doutor Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa
2020

Lista de abreviaturas e siglas

ABVD - - Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

APA – American Psychological Association

ATA – Artroplastia Total da Anca

ATJ – Artroplastia Total do Joelho

AVD – Atividades de Vida Diárias

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCC – Participantes, Conceito e Contexto

SNS – Serviço Nacional de Saúde

WHO – World Health Organization

Índice

1. Introdução.....	8
2. Identificação do projeto.....	9
3. Componente Científica e Formativa	10
3.1. Sumário	10
3.2. Enquadramento Conceptual do Tema	16
3.2.1. Pessoa submetida a artroplastia da anca e/ou joelho	16
3.2.1.1. Fisiopatologia, tratamento e complicações	16
3.2.1.2. Impacto na Pessoa, Família e Sociedade	19
3.2.2. A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a artroplastia da anca ou joelho	21
3.2.3. Utilização de quadros de referência teóricos de Enfermagem~	22
3.3. Plano de trabalho e métodos	24
3.3.1. Problema Geral.....	24
3.3.2. Objetivo geral e objetivos específicos.....	24
3.3.3. Fundamentação da escolha dos locais de estágio	26
3.3.4. Descrição das tarefas e resultados esperados	26
4. Considerações finais	27
5. Referências Bibliográficas	28

Apêndice I – Estratégia de Pesquisa

Apêndice II – Prisma Flow

Apêndice III – Tabela de Extração de Resultados

Apêndice IV – Planeamento de Atividades

Apêndice V – Cronograma

Anexo I – Instrumentos de Avaliação Utilizados na Pessoa com ATA e ATJ
(os instrumentos de avaliação a negrito estão validados para português europeu)

Anexo II – Reeducação Funcional da Pessoa Submetida a ATA, no Período
Pré-Operatório

Anexo III – Reeducação Funcional da Pessoa Submetida a ATJ, no Período
Pré-Operatório

Anexo IV – Intervenção Educacional da Pessoa Submetida à ATA com Abordagem Posterior no Período Pós-Operatório

Anexo V – Intervenção Educacional da Pessoa Submetida à ATA com Abordagem Posterior no Período Pós-Operatório (Cont.)

Anexo VI – Intervenção Educacional da Pessoa Submetida à ATJ

Anexo VII – Intervenção Educacional da Pessoa Submetida à ATJ (Cont.)

Anexo VIII – Intervenção Educacional da Pessoa Submetida à ATJ (Cont.)

Resumo

Background: A população portuguesa é predominantemente idosa. Nesta faixa etária é frequente a existência de patologias de foro ortopédico cuja solução/tratamento muitas vezes passa pela realização de artroplastias. As artroplastias são cirurgias ortopédicas para substituição, remodelação ou realinhamento da articulação que promovem o alívio da dor e restauração da mobilidade.

Objetivos: identificar intervenções de enfermagem de reabilitação em pessoas idosas submetidas a artroplastias da anca e joelho.

Crítérios de Inclusão: foram selecionados todos os estudos realizados desde 2014, com texto integral disponível, que incluíssem intervenções de enfermagem, se possível, reabilitativas em pessoas submetidas a artroplastias da anca e/ou joelho.

Metodologia: foi elaborada uma revisão *scoping*, de acordo com a metodologia preconizada pelo *Joanna Briggs Institute*. Utilizaram-se predominantemente as bases de dados MEDLINE Complete e CINAHL Complete para realizar a pesquisa. Os resultados obtidos foram apresentados em tabela.

Palavras-chave: Hip Arthroplasty, Knee arthroplasty, Nursing Care, Nursing Intervention, Patient Discharge e Rehabilitation

Índice de Figuras

Figura 1 - Artrose da articulação da anca	18
Figura 2 - Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem	22
Figura 3 – Interações entre os componentes da CIF	23

Índice de Tabelas

Tabela 1. Artroplastias para colocação de próteses da anca ou do joelho em Portugal no ano 2019	13
--	----

1. INTRODUÇÃO

A realização deste projeto de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Opção II, integrada no plano curricular do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A eleição da temática teve por base motivações pessoais e profissionais. A existência de familiares com patologia de foro ortopédico motivou-me para a exploração desta área específica e enquanto futura EEER é uma vertente profissional que teria gosto em explorar.

Este projeto é estruturalmente dividido em duas partes principais. Uma destas partes corresponde à componente científica e formativa, onde é abordado o enquadramento conceptual, e a outra parte corresponde ao planeamento do projeto, onde é incorporado o planeamento de atividades com objetivos gerais e específicos e resultados esperados.

Este trabalho foi redigido segundo a 6ª Edição da norma APA (American Psychological Association), vigente na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa para realização de trabalhos académicos.

2. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

O presente projeto de desenvolvimento de competências tem como título “A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em pessoas submetidas a artroplastia do joelho ou da anca”.

As palavras chave utilizadas ao longo da pesquisa realizada foram *Hip Arthroplasty, Knee arthroplasty, Nursing Care, Nursing Intervention, Patient Discharge e Rehabilitation*.

O atual trabalho teve início no dia 18 de junho de 2020, aquando da reunião com o professor orientador Joaquim Oliveira, e o seu seguimento dar-se-á até início de Novembro.

Para a concretização/alcance das competências propostas foram nesta fase elegidos dois campos de estágio, o [REDACTED]

3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

3.1. Sumário

Na atualidade, cada vez mais se prolonga a esperança média de vida graças ao sistema nacional de saúde e aos seus profissionais que diariamente trabalham com o objetivo de prestar cuidados de excelência, além do avançar das técnicas e dos tratamentos que advém das descobertas científicas.

A Organização Mundial da Saúde considera que em “2025 existirão aproximadamente 1,2 milhões de pessoas acima de 60 anos no mundo e que até 2050 se elevará para 2 milhões” (Almeida et al., 2017)

Segundo o SNS (Serviço Nacional de Saúde, 2019), “As mulheres com 65 anos em Portugal podem esperar viver, em média, mais 20,88 anos e os homens mais 17,58 anos, com uma esperança de vida global à nascença de 80,8 anos.”

Em Portugal, a população é predominantemente idosa, e como tal devemos estar preparados para dar resposta às problemáticas que surgem devido a este fator.

De acordo com o INE (Instituto Nacional de Estatística, 2020), em 2019 existia uma proporção 161,3 idosos para cada 100 jovens.

O aparecimento de patologias de foro osteoarticular é muito frequente nesta faixa etária, por diversos motivos inerentes à sua fragilidade.

A osteoartrose é uma das causas mais frequentes na incapacidade definitiva e reforma antecipada de idosos devido ao grau de invalidez que provoca. (CUF, 2020)

Esta patologia não tem cura, mas o seu tratamento pode permitir a manutenção da normalidade quotidiana na maioria dos casos. (CUF, 2020)

Uma importante evolução terapêutica é a forma de tratamento através de artroplastia, que predominantemente tem resultados muito satisfatórios. (CUF, 2020)

“A artroplastia é uma intervenção razoavelmente segura que pode levar a um alívio considerável da dor e diminuir a incapacidade, pois permite que uma nova articulação funcione normalmente” (Lenza et. al, 2013)

Segundo a DGS (Direção-Geral de Saúde, 2013) e de acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, objetiva-se uma maximização dos ganhos em saúde, que se traduzem em anos de vida. Este objetivo é concretizável por meio de um conjunto de intervenções colocadas em prática por uma equipa multidisciplinar - onde está presente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) -

que atua na manutenção e promoção da funcionalidade e independência e na redução da incapacidade.

Segundo o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde relativo ao ano de 2015 (OMS, 2015), o envelhecimento saudável é visto como a manutenção da habilidade funcional.

Atendendo ao aumento do número de idosos, ao facto do processo de envelhecimento acarretar um conjunto de fatores que contribuem para declínio funcional dos mesmos (Barbosa, Almeida, Barbosa & Rossi-Barbosa, 2014) e à frequência em que a realização de artroplastias é necessária aumentar cada vez mais nessa população, enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação acredito ser pertinente identificar quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na pessoa submetida a artroplastia do joelho e/ou da anca. Para tal, foi realizada uma revisão *scoping*, com o objetivo de perceber a atuação e o contributo dados pelo EEER neste contexto/situação específica, de modo a desenvolver as minhas competências e estar preparada para atuar em contexto de estágio e ao longo da minha carreira profissional.

O objetivo geral do projeto é, através da recolha da informação atualizada sobre uma temática pertinente, projetar o desenvolvimento de competências, preparar o aluno para a sua intervenção ao longo do estágio que futuramente será realizado e, deste modo, facilitar a aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) propostas para a prestação de cuidados de excelência.

O tema em estudo é “A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em pessoas submetidas a artroplastia do joelho ou da anca”.

Como tal, ao longo da presente revisão *scoping* pretende-se responder à questão de investigação: “Quais as intervenções do EEER na pessoa submetida a artroplastia da anca ou do joelho?”, com o objetivo geral de identificar as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em pessoas submetidas a artroplastia da anca e/ou do joelho e os objetivos específicos de sintetizar a literatura científica atual existente sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em pessoas submetidas a artroplastia da anca e/ou do joelho; analisar o processo de recuperação desde o momento pós-cirúrgico até à preparação para a alta; perceber quais as necessidades reais dos pacientes

submetidos a artroplastia anca e/ou do joelho e conseguir assim identificar as intervenções de reabilitação pertinentes e eficazes nesta patologia em contexto hospitalar e na preparação do regresso ao domicílio.

A intervenção cirúrgica ortopédica evoluiu ao longo dos anos e é cada vez menos invasiva, com uma diminuição das limitações pós-operatórias, permitindo assim uma intervenção cada vez mais precoce do EEER. Contudo, estas ainda são significativas e devem ser consideradas no planeamento de cuidados de enfermagem, principalmente devido à população-alvo corresponder frequentemente a idosos. Deverá ter-se presente durante a intervenção do EEER que um dos objetivos é promover a autonomia e independência destes indivíduos.

A intervenção do EEER é crucial para a prevenção de complicações e alcance da máxima mobilidade articular e funcionalidade do indivíduo.

Os dados epidemiológicos evidenciam a importância do estudo desta questão devido à frequência de casos na população. De acordo com a World Health Organization (World Health Organization, 2015), as principais patologias nas populações idosas são doenças crónicas ao nível musculoesquelético, sendo estas as causas mais frequentes associadas a incapacidade e morbilidade que resultam em gastos exorbitantes em saúde.

A artrite reumatoide, a osteoartrose, disfunções da coluna e traumatismos graves dos membros salientam-se. A osteoartrose encontra-se entre as dez patologias mais incapacitantes, afeta 18,0% das mulheres e 9,6% dos homens com idade superior a 60 anos. Entre estes, estima-se que 80% possuam limitações no movimento e 25% poderão demonstrar dificuldades na execução das principais atividades de vida diária. (WHO, 2020)

Segundo a Norma nº 014/2013 da DGS (Direção-Geral da Saúde, 2013), “A artroplastia total da anca (ATA) deve ser considerada em pessoas com artropatia da anca que mantenham dor ou limitação na realização das atividades de vida diárias, após tentativa de tratamento conservador ou de outras opções cirúrgicas prévias”, sendo que as causas algicas e disfuncionais da anca que remetem mais frequentemente para indicações de ATA são a osteoartrose primária ou secundária; osteonecrose da cabeça femoral, doença inflamatória da anca e fratura do colo do fémur.

De acordo com o Registo Português de Artroplastias, apenas no ano 2019 em Portugal foram realizadas 2164 artroplastias para colocação de próteses da anca e

2603 para colocação de próteses do joelho. (Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia, 2020)

Tabela 1. Artroplastias para colocação de próteses da anca ou do joelho em Portugal no ano 2019

Zona	ARS Norte	ARS Centro	ARS Lisboa e Vale do Tejo	ARS Alentejo	ARS Algarve	DRS Açores	DRS Madeira	Portugal
Próteses da Anca em 2019	533	554	842	74	95	66	0	2164
Próteses do Joelho em 2019	899	550	886	73	99	96	0	2603

Fonte: <http://www.rpa.spot.pt/Main-Sections/Hospitals.aspx>

Entre a gama de cirurgias ortopédicas para substituição articular com realização mais frequente, aquela que atinge maior sucesso é a ATA. O objetivo primordial desta intervenção é promover a qualidade de vida através do alívio da dor e/ou melhoria das funções da pessoa. (Direção-Geral da Saúde, 2013)

O EEER é um dos profissionais de saúde essenciais na prestação de cuidados de uma pessoa com esta patologia, uma vez que “Os cuidados de enfermagem de reabilitação são uma área especializada que compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que tem por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e a qualidade de vida restaurando a funcionalidade quanto possível, promovendo o autocuidado, prevenindo complicações e maximizando capacidades”. (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A prática especializada de enfermagem de reabilitação sustenta-se através de princípios cujo objetivo é promoção da melhoria progressiva dos cuidados prestados, como descrito nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Os referidos padrões remetem para a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidados dos clientes, a readaptação funcional, a reeducação funcional, a promoção da inclusão social e a organização dos cuidados de enfermagem.

Os cuidados de enfermagem prestados devem ser devidamente sustentados tendo por base modelos teóricos que garantem a orientação do profissional ao longo da sua prática, mantendo-o focado nas prioridades e aspetos relevantes que não podem ser esquecidos.

As intervenções terapêuticas de mobilidade e autocuidado são a essência primordial da prática de enfermagem de reabilitativa (Hoeman, 2011). Como tal, na realização do presente trabalho, os modelos elegidos para sustentação do mesmo

foram a teoria do défice do autocuidado de Orem (Orem, 2001), pela primazia na adequação à avaliação do quadro clínico previsto, abrangendo a promoção de autocuidado; e o modelo dinâmico de funcionalidade segundo a CIF, uma vez que este permite à equipa multidisciplinar identificar e classificar o grau de funcionalidade sem considerar a doença do idoso e permite perceber o impacto da patologia na realização de atividades de vida diárias (AVD's), algo crítico no caso em estudo. (Santos, Lopes, Vidal & Gautério, 2013).

A presente revisão *scoping* respeita a metodologia preconizada pelo instituto *Joanna Briggs*, sendo utilizada a estratégia Participantes, Conceito e Contexto (PCC) (Aromataris & Munn, 2020).

No que diz respeito aos participantes (P) foram elegidos todos os estudos que incluíssem pessoas submetidas a artroplastia da anca e/ou joelho e cujo grupo etário fosse de 65 ou mais anos.

Quanto ao conceito (C), o presente trabalho abrange todos os estudos que referissem intervenções de enfermagem de reabilitação na pessoa idosa submetida a artroplastia da anca e/ou joelho com vista à preparação para a alta.

No que concerne ao contexto (C) foram considerados todos os estudos que incluíssem a intervenção do Enfermeiro ao longo do processo de recuperação pós-cirúrgico e preparação para a alta da pessoa.

Serão contemplados todos os tipos de estudos, com texto integral, realizados a partir de 2014 desde que respeitem também os critérios de inclusão anteriormente descritos.

A estratégia de pesquisa teve como objetivo identificar todo o tipo de estudos publicados e não publicados (literatura cinzenta) sobre a temática a desenvolver. Foram utilizados os componentes PCC, anteriormente descritos, de modo a eleger as palavras-chave.

De acordo com a indicação do instituto *Joanna Briggs*, foi adotada uma estratégia de pesquisa com três etapas distintas. Realizou-se uma pesquisa inicial sobre esta temática, nas bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL Complete e no Google Scholar, recorrendo às palavras-chave em linguagem natural. Posteriormente, efetuou-se a análise dos termos presentes no título, no resumo dos artigos e dos documentos encontrados. Posto isto, identificaram-se os termos de indexação para a respetiva base de dados utilizada para pesquisa (MEDLINE Complete e CINAHL Complete).

A partir das palavras-chave elegidas e os termos de indexação identificados, realizou-se uma segunda pesquisa, nas mesmas bases de dados. (Apêndice I)

Por fim, foi realizada uma pesquisa final para análise da lista de referências bibliográficas dos artigos encontrados, com o objetivo de detetar estudos de interesse adicional.

A eleição das bases de dados acima referidas deveu-se a estas englobarem documentação científica da área de saúde, mais especificamente na área de Enfermagem.

A pesquisa foi efetuada com limitação temporal, apenas estudos realizados a partir de 2014 foram aceites, para que a informação extraída seja o mais atual possível.

Através da leitura do título e/ou do resumo dos artigos encontrados, foram excluídos todos os artigos que não respeitavam os critérios de inclusão acima descritos. Foi extraído o texto integral dos artigos relevantes.

A extração das informações pertinentes dos artigos eleitos foi realizada através do auxílio de uma tabela proposta pelo Instituto *Joanna Briggs*.

Este método de extração de dados permitiu-me identificar de forma simplificada e resumida a informação pertinente para o alcance dos objetivos propostos e obtenção da resposta à questão de investigação desta revisão *scoping*.

Assim sendo, os resultados foram exibidos na forma de tabela, onde serão apresentados os resultados obtidos e as conclusões importantes.

Os resultados foram evidenciados através do PCC – Participantes, Conceito e Contexto. Todos estes serão descritos em resposta à questão de investigação da presente revisão *scoping*. (Apêndice III)

Com a realização deste trabalho é perceptível a importância do papel do enfermeiro de reabilitação, embora não seja frequente a sua documentação.

O EEER tem um papel preponderante na reabilitação do idoso com défice de mobilidade, dirigindo-se a sua intervenção nos períodos pré-operatório, pós-operatório e na continuidade do programa de reabilitação após a alta hospitalar.

A intervenção do EEER assenta na reabilitação dos indivíduos, potencializando as suas capacidades realizando programas de reabilitação funcional para o autocuidado.

Enquanto estudante pretendo, com base nos conhecimentos adquiridos até ao atual momento deste curso e mobilizando os conhecimentos que a experiencia

prática me proporcionará, estabelecer/realizar programas de reabilitação funcional eficazes e adequados às individualidades do paciente e ao período de recuperação em que se encontre, de modo a ensinar e treinar o paciente, capacitando-o a alcançar a máxima independência e autonomia possível (ex.: autocuidados e AVD's), sempre tendo em conta que a família deve ser também alvo de intervenção para auxiliar a pessoa na ausência da presença dos profissionais de saúde ,contribuindo assim para o seu bem-estar holístico.

A prática de cuidados do EEER é benéfica para a pessoa, família (melhor qualidade de vida) e para os serviços de saúde (diminuição do tempo de internamento e reingressos, conseqüentemente diminuindo gastos monetários). Assim, revela-se a necessidade e o valor da presença desta especialidade nos diversos contextos da prática clínica.

3.2. Enquadramento Conceptual do Tema

O Enquadramento Conceptual é definido como sendo um departamento de investigação, que serve como elemento orientador deste processo. A investigação nutre-se através de conclusões/teorias anteriores que explicarão a conveniência da temática no quadro de conhecimentos atuais, uma vez que as explicações dos conceitos fornecem a base da investigação que a dota de robustez (Fortin, 1999).

Como tal a presente secção será dividida em uma contextualização teórica da fisiopatologia/complicações/tratamento sobre a pessoa submetida à artroplastia da anca e/ou joelho, sucedida pela especificação das intervenções do EEER neste caso patológico específico e terminando com uma explicação sucinta dos modelos teóricos de enfermagem elegidos para base de atuação.

3.2.1. Pessoa submetida a artroplastia da anca e/ou joelho

3.2.1.1. Fisiopatologia, tratamento e complicações

Como acima referido, de acordo com a DGS (2013) as principais indicações para ATA são a osteoartrose primária ou secundária; osteonecrose da cabeça femoral; doença inflamatória da anca e fratura do colo do fémur.

Ao longo da execução do presente trabalho foi possível explorar com mais enfoque a OA e de um modo mais superficial a fratura da extremidade superior do fémur (fratura mais frequente na população em estudo).

As patologias do aparelho locomotor podem ser agregadas em dois grupos: a patologia músculo-esquelética ou reumática (doenças inflamatórias, metabólicas e degenerativas, onde se encontra a OA) e a patologia traumática (como as fraturas). (Lucas & Monjardino, 2010).

“As fraturas da extremidade superior do fémur (FESF) (principalmente região trocantérica e colo do fémur) são mais frequentes no género feminino e na população idosa após os 60 anos, alcançando o pico entre os 70 e 79 anos devido à osteoporose, e são normalmente associadas a quedas no domicílio.” (Guerra et al., 2010)

A patologia de foro traumático é deveras incapacitante, remete para o aumento de institucionalizações a longo prazo, contribuindo para o decréscimo da qualidade de vida da pessoa e conduzindo a um aumento das despesas.

“A capacidade de realizar as ABVD e AIVD diminuiu em mais 50%.” (Guimarães et.al, 2011)

A demência e a depressão são causas associadas ao aumento da taxa de mortalidade. (Ricci et.al, 2012)

Os fatores de risco identificados na literatura são a idade, género feminino osteoporose (diminuição da densidade óssea). Existem também fatores que podem provocar a queda como tomas de fármacos psicotrópicos, consumo de álcool e/ou tabaco, sedentarismo, incapacidade física, comprometimentos ao nível do equilíbrio, alterações cognitivas e existência de comorbidades. (Guerra et al., 2010)

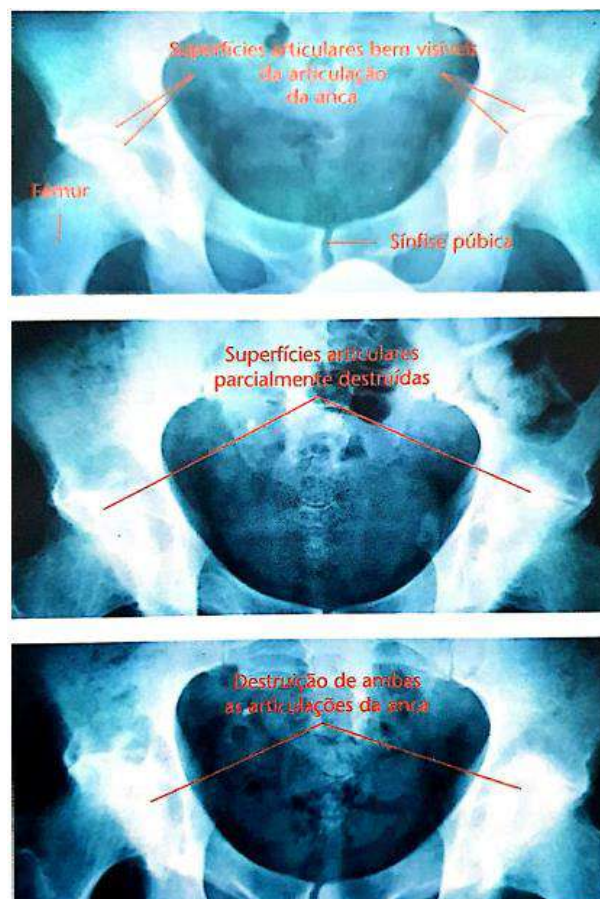
Muito frequentemente, a diminuição de massa óssea conduz à presença de limitações físicas que prejudicam o desempenho dos idosos na realização das atividades básicas da vida diária (ABVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD) e prejudicam a deambulação, que frequentemente origina quedas que conseqüentemente provocam este tipo de fraturas, cujo tratamento remete para a artroplastia. (Marques Vieira & Sousa,2017)

“A opção pelo tipo de intervenções cirúrgicas, reabilitação, desenhos protésicos e materiais para cada pessoa varia de acordo com a opinião do médico. Contudo, as técnicas de reparação cirúrgica baseiam-se na localização da fratura, qualidade óssea, deslocação e tipo.” (Hoeman, 2011)

As fraturas intratrocantéricas são tratadas através de fixação interna com parafusos. As fraturas do colo do fêmur são tratadas por fixação interna ou por substituição protésica. A substituição protésica é adotada em pacientes idosos com fraturas deslocadas, com o intuito de evitar complicações. Encontram-se em desenvolvimento novas técnicas cada vez menos invasivas para substituição da anca, estas podem ter um impacto positivo na diminuição algica pós-operatória e no tempo de recuperação. (Hoeman, 2011)

No entanto, a patologia de foco e mais explorada no presente trabalho e que também pode conduzir à necessidade de artroplastia é a osteoartrose. “A osteoartrose é uma doença articular crónico-degenerativa que se caracteriza pelo desgaste da cartilagem articular e se manifesta por dor, rigidez matinal, crepitação óssea e atrofia muscular. A nível radiológico é observado a diminuição do espaço intra-articular, formação de osteófitos, esclerose do osso subcondral e formação de quistos.” (Marques-Vieira & Sousa, 2017)

Figura 1 - Artrose da articulação da anca



Fonte: (Schäffler & Menche, 2004)

Os fatores de risco mais relevantes associados à OA são o género, a idade, a hereditariedade ou fator genético, traumatismo, stress articular repetitivo, obesidade,

nutrição, alterações hormonais e metabólicas e densidade óssea. (Marques-Vieira & Sousa, 2017)

A OA é uma patologia bastante comum em pessoas cuja idade é superior a 50 anos e ainda mais frequente na faixa etária acima dos 75 anos. (Duarte et al., 2013; Dobberstein, 2014)

A reabilitação da pessoa com OA passa pelo recurso à neuroestimulação elétrica transcutânea com o objetivo de aliviar a dor; aplicação de calor superficial; terapia com gelo caso exista edema e dor aguda; a ultrassonoterapia em virtude do efeito anti-inflamatório no tratamento do edema crónico; o fortalecimento muscular com recurso a uma rotina de exercícios de repetição e pouca resistência que conduz a uma redução da tensão das articulações. (Marques-Vieira & Sousa, 2017)

Se o tratamento conservador não surtir o efeito desejado e se não existirem contraindicações que o impeçam, é possível recorrer à realização de artroplastia para remodelar, realinhar ou até mesmo substituir a articulação. Estas são cirurgias de baixo custo e com diversos benefícios, entre os quais o alívio da dor, melhoria da funcionalidade e melhoria da qualidade de vida. (Marques-Vieira & Sousa, 2017)

Conforme a norma nº 014/2013 da DGS (Direção Geral de saúde, 2013), são descritas contra-indicações na concretização deste procedimento. Estas podem ser absolutas ou relativas. Dentro das absolutas encontram-se a infeção ativa (local ou sistémica); imaturidade esquelética e a paraplegia ou tetraplegia. Relativamente a contra-indicações relativas, são identificadas a obesidade mórbida; artropatia de Charcot e a doença neurológica ou neuromuscular incapacitante e/ou progressiva.

3.2.1.2. Impacto na Pessoa, Família e Sociedade

Como referido ao longo deste documento, a população portuguesa é maioritariamente envelhecida. A idade em si acarreta um conjunto de problemáticas ao nível da saúde que por si só deixam o indivíduo mais frágil. Independentemente da causa, a necessidade de uma intervenção cirúrgica como uma artroplastia conduz sempre a algum nível de dependência, principalmente numa fase inicial. É, portanto, compreensível a necessidade de apoio e presença das pessoas mais próximas ao indivíduo.

A incapacidade afeta consideravelmente a saúde e qualidade de vida da pessoa, além de acarretar custos diretos e indiretos quer para a pessoa, como para a família, sistema de saúde e até mesmo a sociedade.

A atuação de um EEER pode ser muito benéfica para a recuperação funcional do paciente, diminuindo o tempo de internamento e elevando assim a qualidade de vida, além de baixar os custos para si e para a sociedade, o que permite também uma reintegração mais rápida na mesma.

Os pacientes que realizaram artroplastia total da anca ou joelho, necessitam de suporte das suas pessoas significativas, quer numa dimensão física quer psicológica (Lipp,2008; Tay Swee Cheng et al., 2015; Copanitsanou et al., 2019).

A equipa de enfermagem tem um papel importante no suporte e educação do paciente e também das suas pessoas significativas. (Liptsp,2008; Kloos& Daly, 2008; Copanitsanou et al., 2019)

Estudos realizados descobriram que a maior parte do conhecimento transmitido ao paciente e familiares dá-se durante a sua hospitalização. (Copanitsanou et al., 2019)

Estudos anteriores revelam que os pacientes e as suas pessoas significativas experienciam esperança, ansiedade, preocupação e impaciência nos período pré-operatório, período de hospitalização e 6 meses após a alta hospitalar. (Copanitsanou et al., 2019)

As emoções sentidas durante a hospitalização estão associadas às emoções sentidas 6 meses após a alta hospitalar. É muito provável que este seja um indicador que remete para a necessidade de suporte ao longo de todo o processo de recuperação. (Copanitsanou et al., 2019)

Apesar de não ser expectável da equipa de enfermagem uma intervenção terapêutica complexa, existem princípios de suporte psicológico que podem ser integrados na prática destes profissionais. Exemplos desses princípios são demonstrar compaixão e ser carinhoso, bem como utilizar técnicas de comunicação para apoiar os pacientes e as suas pessoas significativas com vista a diminuir a ansiedade dos mesmos. (Cross, 2018; Copanitsanou et al., 2019) Outra forma é através da educação. Estudos revelam que quanto mais informação/ensinos estas pessoas recebem durante a hospitalização menor é a ansiedade sentida. (Copanitsanou et al., 2019)

Torna-se assim evidente a necessidade da intervenção do enfermeiro de reabilitação quer a um nível psicológico e educacional, quer no domínio físico nos pacientes e as pessoas significativas.

3.2.2. A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a artroplastia da anca ou joelho

A intervenção do EEER no individuo com patologias do âmbito ortopédico tem por base a criação de um programa de reabilitação cujo objetivo seja prevenção de complicações (úlceras por pressão, problemas de ventilação pulmonar e circulatórios), a reeducação funcional motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da eliminação, da alimentação, sexualidade e a capacitação da pessoa para o autocuidado para que atinja o nível máximo de funcionalidade visando também a sua reinserção familiar, social e profissional. (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

Para tal é indispensável conhecer a pessoa. No primeiro contacto inicia-se o processo de reabilitação através da realização de uma avaliação inicial, sendo esta subjetiva e objetiva, com o propósito da recolha de dados identificando assim diagnósticos pertinentes, planeando intervenções eficazes adequadas ao individuo, resultados espectáveis com base no potencial identificado e capacidade para atingir os objetivos pessoais e de reabilitação. (Hoeman, 2011).

A avaliação da pessoa submetida a artroplastia da anca ou do joelho deve ser efetuada com o auxílio de instrumentos, incluindo aqueles que permitam uma documentação o mais precisa e fiável possível da sua evolução. Alguns dos instrumentos utilizados ao nível dos principais domínios a ter em conta (dor, força muscular, amplitude articular, desempenho físico e marcha, equilíbrio, qualidade de vida, AVBD e AIVD) encontram-se no anexo I. Nestas pessoas a intervenção do EEER é necessária tanto no período pré-operatório quanto no pós-operatório.

No período pré-operatório o EEER deve ter como focos a reeducação funcional respiratória (RFR) e a reeducação funcional motora (RFM) para prevenir complicações (anexo II ao VIII).

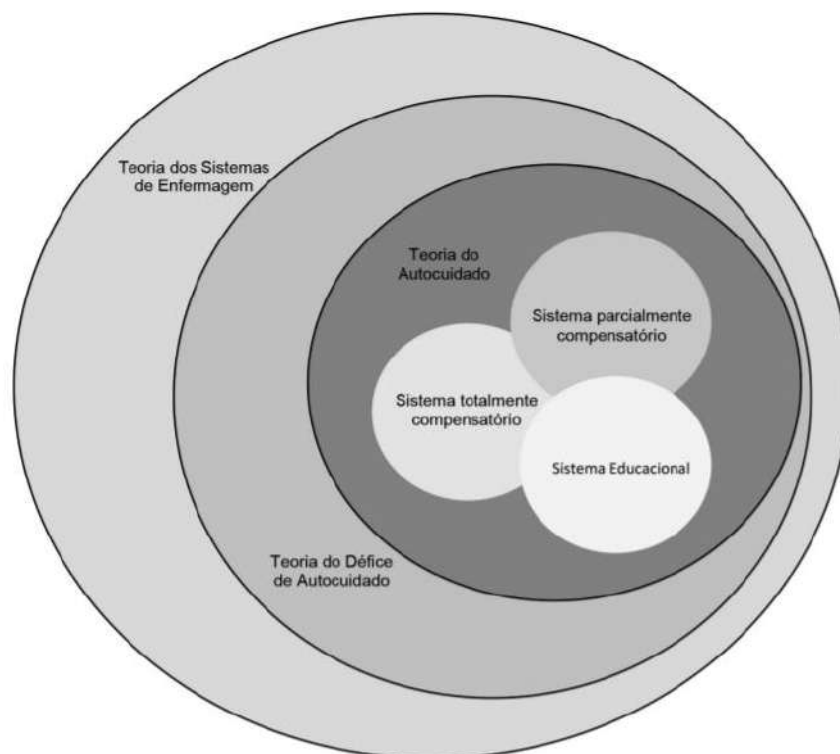
As expectativas da pessoa sobre o período pré-operatório podem interferir nos resultados pós-operatórios (Lucas, 2008), especialmente porque as pessoas podem não ter presente que a recuperação completa pode levar até um ano.

A educação no período pré-operatório permite o fornecimento de informação sobre exercícios e estratégias de alívio da dor, dando tempo à pessoa para se familiarizar com a situação. Estas informações ajudam a reduzir a ansiedade pré-operatória e a preparar as pessoas para os próximos procedimentos. (Marques-Vieira & Sousa, 2017)

O EEER tem um papel fundamental nos cuidados no período pré-operatório, pós-operatório e na continuidade do programa de reabilitação no regresso a casa, em pessoas sujeitas a ATA e ATJ, de modo a contribuir para os ganhos em saúde após a intervenção cirúrgica. A investigação realizada em Portugal, no âmbito dos mestrados em enfermagem de reabilitação, tem demonstrado evidência destes ganhos serem sensíveis à intervenção desta especialidade, nomeadamente no aumento na força muscular e amplitude de movimento articular, diminuição da dor, melhoria do equilíbrio, no desempenho das ABVD, na qualidade de vida e ainda na diminuição do tempo médio de internamento. (Marques-Vieira & Sousa, 2017)

3.2.3. Utilização de quadros de referência teóricos de Enfermagem~

Figura 2 - Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem



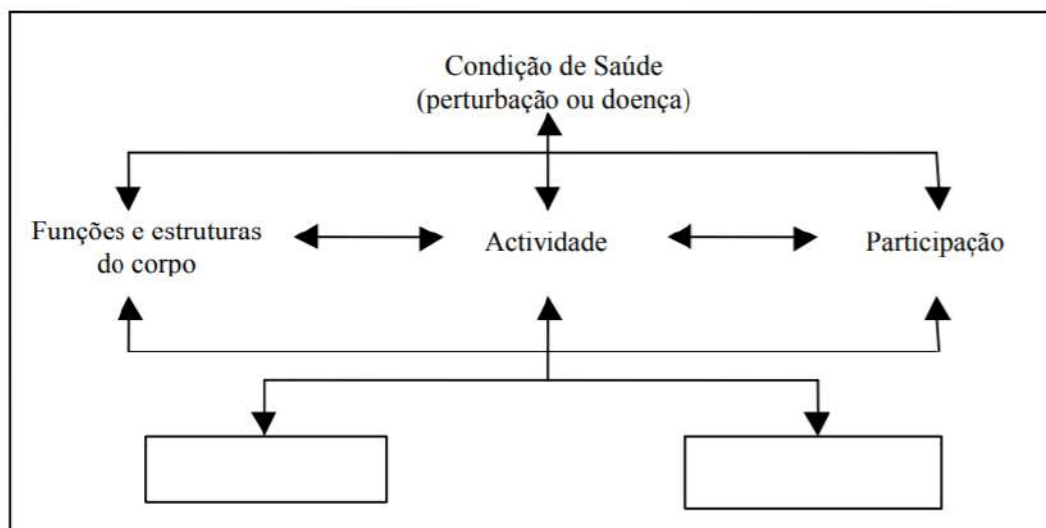
Fonte: (Orem, 2001)

O enfermeiro deve diagnosticar a necessidade de cuidados, fazer um planeamento e intervir. Segundo Orem, a intervenção pode oscilar entre um sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e/ou de apoio-educativo.

Para Orem, o autocuidado é precedido pela autoperceção do indivíduo, do seu nível cognitivo, psicossocial, físico, demográfico e sociocultural, englobando os seus valores, crenças, experiências e atitudes perante a vida. O enfermeiro deve ter presente estes aspetos para capacitar a pessoa com deficiência ou limitação da atividade, tendo em vista a sua reinserção e exercício da sua cidadania. Deve igualmente desenvolver as capacidades do indivíduo para maximizar a sua funcionalidade e restabelecer o autocuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2019). A recuperação de funcionalidade e da capacidade de se autocuidar é uma das principais preocupações patentes na prestação de cuidados à pessoa submetida à artroplastia da anca ou joelho.

A Teoria do déficit de Autocuidado, composta pelas suas sub-teorias, permite uma melhor compreensão do conceito do autocuidado, bem como da necessidade de intervenção da Enfermagem, sendo assim um ótimo modelo de base para esta atuação.

Figura 3 – Interações entre os componentes da CIF



Fonte: (CIF, 2004)

Outro modelo a ter em consideração nesta atuação em particular deve ser o modelo interativo da funcionalidade, incapacidade e saúde. Este refere que a

funcionalidade de um indivíduo num domínio específico resulta da interação entre a condição de saúde e os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais). Uma vez que este defende um pressuposto que devemos ter em mente ao logo da nossa atuação, este torna-se uma ferramenta valiosa na abordagem interventiva à pessoa com a patologia em estudo.

3.3. Plano de trabalho e métodos

3.3.1. Problema Geral

A realização do presente trabalho de investigação é fruto da tentativa de evolução com base num tema de interesse que se demonstra pertinente estudar.

Este tema tem na sua essência uma problemática, “Como cuidar pessoas submetidas a artroplastias da anca e joelho”, e através desta revisão foi possível compreender e definir intervenções para objetivamente atuar sobre ela.

Deste modo, para no decorrer do estágio e do meu percurso profissional intervir de forma consciente e teoricamente fundamentada, desenvolvendo o máximo possível de competências profissionais, foi crucial efetuar um plano de atividades.

Uma das partes fundamentais deste plano são os objetivos definidos que serão descritos seguidamente.

3.3.2. Objetivo geral e objetivos específicos

Os objetivos gerais definidos são:

1. Desenvolver uma prática baseada nos princípios éticos e deontológicos, bem como na evidência científica, tendo em vista a sua execução com qualidade, protegendo e respeitando sempre a privacidade e vontade do indivíduo/família.
2. Conhecer a dinâmica de ambos contextos clínicos, em termos de articulação funcional, organizacional e relacional da equipa multidisciplinar, bem como o papel/contributo do EEER na prestação de cuidados da equipa de enfermagem.

3. Expandir conhecimentos/know-how no domínio enfermagem de reabilitação aplicada na prestação de cuidados à pessoa submetida a artroplastia da anca ou joelho.
4. Elaborar relatório final de atividades dos ensinamentos clínicos realizados.

Os objetivos específicos são:

5. Ser capaz de prestar cuidados de enfermagem especializados na pessoa submetida a artroplastia total da anca e/ou joelho tendo por base conhecimento teórico científico e atualizado.
6. Ser capaz de planejar e implementar planos de cuidados adequados à situação da pessoa de modo a promover a sua reabilitação funcional o mais precocemente possível.
7. Ser capaz de envolver o paciente no plano de intervenção, dotando-o de conhecimento e capacitando-o com vista à máxima autonomia possível.
8. Ser capaz de identificar e prever a evolução do paciente de modo a atualizar e ajustar o plano de intervenção às reais necessidades deste.
9. Identificar recursos e possibilidades existentes no meio comunitário envolvente do paciente, permitindo-lhe o alcance dos seus direitos, melhor qualidade de vida e facilitando a sua recuperação.
10. Ser capaz de envolver a equipa multidisciplinar e a família do paciente no plano de cuidados em curso, permitindo assim o alcance do melhor tratamento possível para a pessoa e a devida continuidade dos cuidados.
11. Dotar a pessoa de conhecimento e capacitá-la para a execução dos exercícios de reabilitação funcional, sempre que possível.
12. Desenvolver competências pessoais e profissionais na prestação de cuidados diferenciados no domínio reabilitativo.

3.3.3. Fundamentação da escolha dos locais de estágio

Para a concretização/alcance das competências propostas foram nesta fase elegidos dois campos de estágio, o [REDACTED]

Esta escolha baseia-se essencialmente no aconselhamento do Professor Orientador, uma vez que estes campos de estágio proporcionarão um ambiente favorável para o cumprimento das atividades propostas e conseqüentemente o desenvolvimento das competências desejadas.

A escolha consiste também no desejo de experienciar as duas vertentes, hospitalar e comunitária, percebendo assim a atuação do EEER nestes dois contextos, de modo a futuramente enquanto profissional ser capaz de prestar cuidados num domínio mais holístico possível, acompanhando a pessoa desde o perioperatório até à sua inserção no meio comunitário a que pertence, e facilitando assim a sua recuperação a todos os níveis.

3.3.4. Descrição das tarefas e resultados esperados

O plano de atividades foi realizado com o intuito de facilitar o processo de aprendizagem e consolidação de informação, podendo assim preparar para o que será enfrentado no contexto clínico e desenvolvendo deste modo o máximo de Competências designadas pela Ordem dos Enfermeiros para o EEER. Para tal, ao longo do plano são estabelecidos os objetivos acima descritos e presentes no apêndice IV. Foi também realizada uma alocação temporal para as atividades a concretizar para cumprir esses objetivos, sendo que a mesma encontra-se explicitada no apêndice V .

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação assume a existência de uma dúvida, uma problemática que desperte o interesse ou preocupação no investigador. Essa investigação deve ser realizada com recurso a um método de pesquisa estruturado que permita a obtenção de evidência científica, o mais atualizada possível, proporcionando assim a obtenção de uma resposta que permita justificar a pertinência desta exploração e se possível solucionar/satisfazer a questão e/ou talvez acrescentar conhecimento.

O projeto tem como essência este processo investigativo, que apesar da sua dificuldade tem sido muito recompensador, possuindo até mesmo um efeito ansiolítico, uma vez que ajuda na preparação para a realização do ensino clínico.

O projeto de estágio terminará aquando da sua entrega no dia 2 de Novembro, contudo servirá de base para desenvolver trabalhos futuros no domínio desta especialidade.

Considero que revelou-se essencial a orientação do Professor Joaquim para facilitar a concretização do presente documento, sendo que o mesmo sempre se mostrou disponível e aberto para esclarecimentos de dúvidas e comentar os trabalhos realizados, contribuindo com a sua vasta experiência e conhecimentos para o desenvolvimento do presente projeto.

No entanto, existiram dificuldades ao longo da sua realização no que toca à obtenção da informação pretendida atualizada.

Como é esperado, este processo formativo ampliou os meus conhecimentos e servirá de base e guia para o desenvolvimento das competências pretendidas, contudo é passível de futuras alterações de acordo com as necessidades sentidas ao longo do ensino clínico, uma vez que a aprendizagem é um processo dinâmico e pode ser necessária adaptação do plano prévio.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acello, B. (2014). Restorative care for residents after hip surgery. *CNA Training Advisor*, 12 (10), 1-5. Acedido em: 09/07/2020. Disponível em:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=36ada1ba-9e0b-4010-b283-23cb0070d491%40pdc-v-sessmgr02>
- Almeida, P., Mendonça, M. A., Marinho, M. S., Santos, L. S., Andrade, S. M. B. & dos Reis, L. A. (2017). Funcionalidade e fatores associados em idosos participantes de grupo de convivência. *Revista da Sobama*, 18 (1), 53-64. Acedido em: 11/07/2020. Disponível em:
<https://docplayer.com.br/72909559-Funcionalidade-e-fatores-associados-em-idosos-participantes-de-grupo-de-convivencia.html>
- Aromataris, E. & Munn, Z. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. *JBI*. Acedido em: 09/07/2020. Disponível em:
<https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Barbosa, B. R., de Almeida, J. M., Barbosa, M. R. & Rossi-Barbosa, L. A. R. (2014). Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (8), 3317-3325. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.06322013>
- Brennan, C. & Parsons, G. (2017). Enhanced recovery in orthopedics: a prospective audit of an enhanced recovery program for patients undergoing hip or knee arthroplasty. *MEDSURG Nursing*, 26 (2), 99-104. Acedido em: 09/07/2020. Disponível em:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=326b24ba-707f-4ed3-af26-0073b54f64e9%40pdc-v-sessmgr03>
- Copanitsanou, P., Sourtzi, P., Valkeapaa, K. & Lemonidou, C. (2019). Received Knowledge of Orthopaedic Patients' Significant Others. *Nursing Care & Research*, 54, 144-154. Acedido em: 09/07/2020. Disponível em:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=6ae88c5e-ab72-4409-a642-43dc51247c42%40pdc-v-sessmgr01>

- Cross, J. (2018). *Nursing the patient with altered cognitive function*. Em: Hertz, K., Santy-Tomlinson, J. (2018). *Fragility Fracture Nursing*. Suíça: Springer.
- CUF. (2020). *Artrose*. Acedido em: 10/07/2020. Disponível em: <https://www.cuf.pt/saude-a-z/artrose>
- Despacho n.º 12427/2016, de 17 de outubro (2016). Presidência do Conselho de Ministros, Finanças, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 199 de 2016-10-17). 30783-30784. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/75533168>
- Direcção-Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátrica. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- Dobberstein, L. J. (2014). Osteoarthritis: What kind of oils are in your joints? Part I. *Journal of the Council on Nutrition*, 37(3), 6-10.
- Duarte, V. D. S., Santos, M. L. D., Rodrigues, K. D. A., Ramires, J. B., Arêas, G. P. T., & Borges, G. F. (2013). Exercícios físicos e osteoartrose: uma revisão sistemática. *Fisioterapia e movimento*, 26(1), 193-202.
- Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fundo de População das Nações Unidas & HelpAge International. (2012). *Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio*. Nova York & Londres. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf
- Guerra, M. T. E., Thober, T. A., Bigolin, A. V., de Souza, M. P., & Echeveste, S. (2010). Fractura do quadril: avaliação pós operatória do resultado clínico e funcional. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 45(6), 577-582.
- Guimarães, F. D. A. M., Lima, R. R. D., Souza, A. D. C., Livani, B., & Belangero, W. D. (2011). Avaliação da qualidade de vida em pacientes idosos um ano após o tratamento cirúrgico de fraturas

- transtrocanterianas do fêmur. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 46(Supl 1), 48-54.
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenções e resultados esperados*. (4ª edição). Loures: Lusodidacta.
- Kloos, J. A., Daly, B. J. (2008). Effect of a Family-Maintained Progress Journal on anxiety of families of critically ill patients. *Critical Care Nursing Quarterly*. 31(2): 96-107.
- Lage, I. (2017). *Cuidados e Envelhecimento: Perspetivas da Enfermagem*. Vialonga: Coisas de Ler.
- Lenza, M., Ferraz, S. B., Viola, D. C. M., Filho, R. J. G., Neto, M. C. & Ferretti, M. (2013). Epidemiologia da artroplastia total de quadril e de joelho: estudo transversal. *Einstein*, 11 (2), 197-202. Acedido em: 10/07/2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eins/v11n2/pt_11.pdf
- Lipp, A. (2008). Supporting the significant other in women undergoing abortion. *British Journal of Nursing*: 17(19): 1232-1236.
- Lucas, B. (2008). Total hip and total knee replacement: Preoperative nursing management. *British Journal of Nursing*, 17(21), 1346-1351.
- Lucas, R. & Monjardino, M. T. (2010). *O Estado da Reumatologia em Portugal*. Disponível em http://pns.dgs.pt/files/2010/05/ONDOR_Estado_Reumatologia_Portugal-1.pdf
- Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.
- Norma N.º 014/2013 (2013). Artroplastia Total da Anca. Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142013-de-23092013-png.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª edição). St. Louis, MO: Mosby
- Organização Mundial da Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa. Disponível em:

<https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004/4cdfad93-81d0-42de-b319-5b6b7a806eb2>

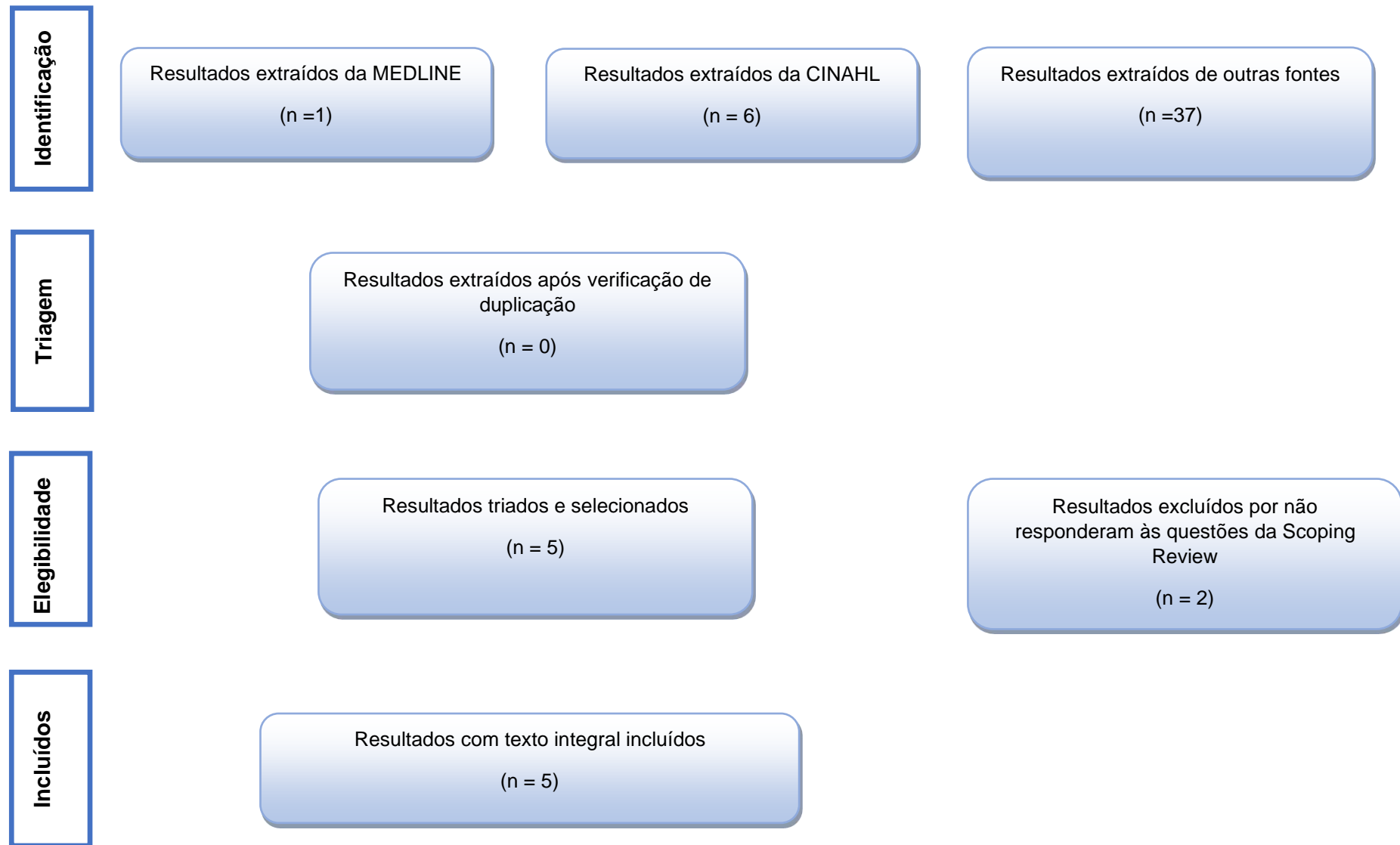
- PORDATA. (2020). *Índice de envelhecimento*. Acedido em 17/07/2020. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>
- Regulamento n.º 125/2011 (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, Série II* (N.º 35/2011 de 2011-02-18), 8658–8659. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/3477014>
- Regulamento n.º 140 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II série (N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019)*, 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Ricci, G., Longaray, M. P., Gonçalves, R. Z., Neto, A. S. U., Manente, M., Barbosa, L. B. H. (2012). Evaluation of the mortality rate one year after hip fracture and factors relating to diminished survival among elderly people. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 47(3), 304-309.
- Santos, S. S. C., Lopes, M. J., Vidal, D. A. S. & Gautério, D. P. (2013). Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: utilização no cuidado de enfermagem a pessoas idosas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66 (5), 789-83. Acedido em: 12/07/2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/21.pdf>
- Schäffler, A. & Menche, N. (2004). *Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Serviço Nacional de Saúde. (2019). *Portugal | Esperança de vida aumenta*. Acedido em: 10/07/2020. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/09/26/portugal-esperanca-de-vida-aumenta/>
- Silveira, L. L., Almeida, M. A., da Silva, M. B. & Nomura, A. T. G. (2015). Nursing registries of educational actions for patients submitted to hip arthroplasty. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 17 (4), 1-7. Doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.31636>

- Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia. (2020). *Hospitais / Estatísticas*. Acedido em: 17/07/2020. Disponível em: <http://www.rpa.spot.pt/Main-Sections/Hospitals.aspx>
- Tay Swee Cheng, R., Klainin-Yobas, P., Hegney, D., Mackey, S. (2015). Factors relating to perioperative experience of older persons undergoing joint replacement surgery: an integrative literature review. *Disability and Rehabilitation*: 37(1): 9-24.
- Wang, J., Tong, Y., Jiang, Y., Zhu, H., Gao, H., Wei, R., Que, X. & Gao, L. (2018). The effectiveness of extended care based on Internet and home care platform for orthopaedics after hip replacement surgery in China. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 4077-4088. Doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14545>
- World Health Organization. (2015). *World Report on Ageing and Health*. Luxemburgo. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2020). *Chronic diseases and health promotion*. Acedido em: 10-07-2020. Disponível em: <https://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/>

Apêndice I – Estratégia de Pesquisa

	CINAHL Plus®			MEDLINE		
	P (População)	C (Conceitos)	C (Contexto)	P (População)	C (Conceitos)	C (Contexto)
Linguagem Natural	Hip Arthroplasty (S1; 799) Knee arthroplasty (S10; 667)	Nursing Care (S4; 6,741) Nursing Intervention (S6; 720) Patient Discharge (S8; 2,067)	Arthroplasty AND Rehabilitation (S17; 9)	Hip arthroplasty (S1; 10,075) Knee arthroplasty (S3; 10,703)	Nursing Care (S8; 5,680) Nursing Intervention (S10; 575) Patient Discharge (S12; 7,420)	Rehabilitation (S18; 112,919)
Linguagem indexada	MM "Arthroplasty, Replacement, Hip" (S2; 709) MH "Arthroplasty, Replacement, Knee" (S11; 735)	MH "Nursing Care+" (S5; 29,407) MH "Nursing Interventions" (S7; 1,144) MH "Patient Discharge" OR MH "Patient Discharge Education" OR MH "Patient Education" (S9; 7,475)	MH "Rehabilitation Nursing") OR (MH "Rehabilitation" (S18; 1,489)	MH "Arthroplasty, Replacement, Hip" (S2; 7,097) MH "Arthroplasty, Replacement, Knee" (S4; 7,746)	MH "Nursing Care" (S9; 1,718) MH "Patient Discharge" (S13; 6,909)	MH "Rehabilitation" OR MH "Rehabilitation Nursing" (S19; 1,061)
Pesquisa Combinada (natural e indexada)	S1 OR S2 = S3 (650) S10 OR S11 = S12 (782) S3 OR S12 = S16 (1,159)	S4 OR S5 OR S6 OR S7 = S13 (22,841) S8 OR S9 = S14 (5,654) S13 AND S14 = S15 (1,016)	S17 OR S18 = S19 (10,261)	S1 OR S2 = S5 (10,538) S3 OR S4 = S6 (11,154) S5 OR S6 = S7 (19,495)	S8 OR S9 = S14 (5,680) S12 OR S13 = S16 (7,420) S14 AND S16 = S17 (70)	S18 OR S19 = S20 (112,919)
S15 AND S16 = S20 (6 Artigos)			S7 AND S17 AND S20 = S21 (1 Artigo)			

Apêndice II – Prisma Flow



Apêndice III – Tabela de Extração de Resultados

Scoping Review Details	
Scoping Review title:	" The effectiveness of extended care based on internet and home care platform for orthopaedics after hip replacement surgery in China"
Review objective/s:	Avaliar a eficácia de uma plataforma online de cuidado domiciliário ortopédico na recuperação funcional das articulações, qualidade de vida e atividades do cotidiano de pacientes após a artroplastia da anca.
Review question/s:	Qual a eficácia do cuidado continuado domiciliário ortopédico através de uma plataforma online, em pacientes submetidos a artroplastia da anca na China?
Inclusion/Exclusion Criteria	
Population	400 pacientes submetidos a artroplastia da anca entre Abril e Outubro de 2016, selecionados de 18 hospitais da província Jiangsu. Critérios de inclusão: - Pacientes voluntários que assinaram um consentimento informado escrito. - Paciente ou a família possuem um smartphone com fácil acesso à internet e aceitaram a utilização da plataforma de cuidado ortopédico domiciliário. Foram excluídos: - Pacientes com perda de consciência e incapacidade de autocuidado - Pacientes que após a alta, num período de 6 meses visitam a plataforma menos de 6 vezes; - Pacientes cujo seguimento foi interrompido; - Pacientes readmitidos ou que faleceram devido a complicações.
Concept	Plataforma online de cuidados ortopédicos domiciliários
Context	Cuidados domiciliários a pacientes submetidos a artroplastia da anca nos hospitais da província Jiangsu.
Types of evidence source	Estudo experimental. Os pacientes foram divididos em dois grupos, um de controlo e outro de intervenção. No grupo de controlo foi utilizada uma rotina de prestação de cuidados de enfermagem convencional. No grupo de intervenção, além da rotina convencional, o paciente aderiu à plataforma, onde se poderia manter em contacto com o especialista de enfermagem sempre que necessário, poderia esclarecer dúvidas e era disponibilizado um conjunto de materiais que permitiam proceder ao seu autocuidado domiciliário, incluindo videos de exercícios reabilitativos. Posteriormente, os grupos foram submetidos a uma avaliação de 3 escalas (recuperação funcional Harris hip score, atividades de vida diária Barthel index e qualidade MOS SF-36) em 3 fases distintas: na admissão e 3 e 6 meses após a alta hospitalar. Para finalizar, os resultados obtidos foram comparados.
Evidence source Details and Characteristics	
Citation details (e.g. author/s, date, title, journal, volume, issue, pages)	- Wang, Yahui Tong, Yingqing Jiang, Hongxia Zhu, Hui Gao, Rong Wei, Xianfeng Que, Luoluo Gao - " The effectiveness of extended care based on internet and home care platform for orthopaedics after hip replacement surgery in China" - J Clin Nurs.2018; 27:4077-4088
Country	China
Context	Cuidados domiciliários a pacientes submetidos a artroplastia da anca nos hospitais da província Jiangsu.
Participants (details e.g. age/sex and number)	400 pacientes submetidos a artroplastia da anca entre Abril e Outubro de 2016, selecionados de 18 hospitais da província Jiangsu.
Details/Results extracted from source of evidence (in relation to the concept of the scoping review)	
Este estudo explica a importância do papel dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação na prestação de cuidados domiciliários aos pacientes submetidos a artroplastia da anca. Através de uma plataforma online de cuidados ortopédicos, os pacientes são auxiliados no domínio do conhecimento sobre a patologia e na metodologia de exercícios de reabilitação, na promoção da recuperação da atividade articular, na melhoria realização das atividades de vida diárias, na elevação da qualidade de vida e é dada resposta às necessidade de gestão a longo prazo.	

Scoping Review Details	
Scoping Review title:	"Restorative care for residents after hip surgery"
Review objective/s:	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os 4 diferentes tipos de fraturas e as implicações para adultos maiores de 65 anos de idade - Discutir um modelo de precauções que podem ser incluídas no plano de cuidados de pacientes submetidos a intervenção cirúrgica. - Educar estes adultos sobre precauções adicionais que podem ter durante o processo de recuperação.
Review question/s:	Quais os cuidados restaurativos a ter com idosos submetidos a artroplastia da anca?
Inclusion/Exclusion Criteria	
Population	Adultos com mais de 65 anos submetidos a artroplastia da anca
Concept	Fraturas da anca Precauções a ter após intervenção cirúrgica
Context	Hospitalar: Pós cirúrgico
Types of evidence source	Artigo editado da "The Long-Term Care Restorative Nursing Desk Reference", escrito por Barbara Acello
Evidence source Details and Characteristics	
Citation details (e.g. author/s, date, title, journal, volume, issue, pages)	CNA Training Advisor: Lesson Plans for Busy Staff Trainers, Oct2014; 12(10): 1-5. 5p. (Article - CEU, exam questions) ISSN: 1545-7028
Country	Estados Unidos da América
Context	Hospitalar: Pós cirúrgico
Participants (details e.g. age/sex and number)	Adultos com mais de 65 anos submetidos a artroplastia da anca
Details/Results extracted from source of evidence (in relation to the concept of the scoping review)	
<p>O artigo apresenta um conjunto de intervenções e precauções a tomar relativamente ao período pós-operatório da artroplastia da anca, permitindo assim, com a adoção destes comportamentos, promover o conforto, a cura e o otimismo dos idosos, reduzindo assim a mortalidade e diminuindo a incidência de complicações.</p>	

Scoping Review Details	
Scoping Review title:	"Nursing registries of educational actions for patients submitted to hip arthroplasty"
Review objective/s:	Identificar registos sobre ações educativas realizadas para pacientes submetidos a artroplastia da anca.
Review question/s:	Quais os registos de enfermagem realizados durante ações educativas a pacientes submetidos a artroplastia da anca?
Inclusion/Exclusion Criteria	
Population	Diversos registos eletrónicos de pacientes submetidos a artroplastia da anca do Hospital universitário do sul do Brasil
Concept	Registos de enfermagem de pessoas submetidas a artroplastia da anca
Context	Hospitalar
Types of evidence source	Estudo retrospectivo, descritivo de abordagem quantitativa
Evidence source Details and Characteristics	
Citation details (e.g. author/s, date, title, journal, volume, issue, pages)	Lauser Silveira, Laiana; de Abreu Almeida, Miriam; da Silva, Marcos Barragan; Gaedke Nomura, Aline Tsuma; Revista Eletronica de Enfermagem, out-dez2015; 17(4): 1-7. 7p. (Article - research, tables/charts) ISSN: 1518-1944
Country	Brasil
Context	Hospital universitário do sul do Brasil
Participants (details e.g. age/sex and number)	112 processos de pacientes internados, com idade média de 64,69 anos e 63 eram do sexo masculino
Details/Results extracted from source of evidence (in relation to the concept of the scoping review)	
<p>Com base na análise dos registos foi possível verificar a existência de conteúdo educacional em apenas 60 processos (53% da amostra). Verificou-se uma associação entre o número de dias de admissão e o número de registos, ainda que com uma baixa correlação positiva. De entre estes pacientes, a presença de duas ou mais comorbidades foi encontrada, e obteve-se uma associação significativa com os dias de hospitalização. Não havia registo de participação familiares ou prestadores de cuidados nas sessões educativas, de realização de planos de cuidados educacionais individuais nem de entrega do guia com as orientações específicas para artroplastia da anca. Relativamente ao processo de enfermagem, o registo educacional esteve presente na evolução de enfermagem em 56 processos. Em relação ao conteúdos, 119 registos de ações educacionais foram identificados. Os tipos de registos prevalentes eram relativos ao cuidado pós-operatório (n = 36), mobilização (n = 23) e levante da cama (n = 21).</p>	

Scoping Review Details	
Scoping Review title:	"Enhanced Recovery in Orthopedics: A Prospective Audit of an Enhanced Recovery Program for Patients Undergoing Hip or Knee Arthroplasty"
Review objective/s:	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzir o tempo de internamento, - Proporcionar e manter uma elevada qualidade dos cuidados prestados ao paciente, - Aumentar a produtividade para reduzir o tempo de espera e efetuar poupança financeira.
Review question/s:	Qual a eficácia do programa de recuperação melhorado para pacientes submetidos a artroplastia do joelho ou da anca?
Inclusion/Exclusion Criteria	
Population	40 pacientes submetidos a artroplastia do joelho ou da anca.
Concept	"Enhanced Recovery Program"
Context	Pré-operatório, operatório e pós-operatório
Types of evidence source	Estudo prospetivo
Evidence source Details and Characteristics	
Citation details (e.g. author/s, date, title, journal, volume, issue, pages)	Brennan, Catherine; Parsons, Gail; MEDSURG Nursing, Mar/Apr2017; 26(2): 99-104. 6p. (Article - research, tables/charts) ISSN: 1092-0811
Country	Reino Unido
Context	Pré-operatório, operatório e pós-operatório
Participants (details e.g. age/sex and number)	40 pacientes submetidos a artroplastia do joelho ou da anca.
Details/Results extracted from source of evidence (in relation to the concept of the scoping review)	
<p>Programa introduzido as unidades de ortopedia do Reino Unido: Consiste em analgesia epidural, início de mobilização cedo, nutrição enteral. Conduziu a uma redução do tempo de hospitalização de 5 para 2 dias. A educação preoperatória e a realização de infiltrações com <i>ropivacaine</i>, <i>adrenalina</i> e <i>ketorolac</i> são importantes para o sucesso do ERP uma vez que promovem a mobilização prematura e posterior alta hospitalar antecipada. O estudo indica que ERP é eficaz mas possui áreas de melhoria. Os dados indicam boa gestão da dor e diminuição náuseas e vômitos pós operatórios, contribuindo isto para que o paciente possa ser mobilizado mais cedo e o processo de reabilitação se inicie o mais precocemente possível. Este programa facilita a prestação de cuidados de elevada qualidade ao paciente. O sucesso deste programa requer a continuidade de uma liderança forte, uma estrutura organizada do programa e procedimentos padrão. Além disso, o envolvimento ativo interprofissional da equipa é necessário para rever os elementos requeridos do programa.</p>	

Scoping Review Details	
Scoping Review title:	"Received Knowledge of Orthopaedic Patients' Significant Others"
Review objective/s:	<ul style="list-style-type: none"> - Investigar o nível de conhecimento fornecido às pessoas significativas de pacientes através do cuidado standard à pessoa com patologia ortopédica durante hospitalização e seis meses após a alta hospitalar com vista à educação empoderadora. - Investigar o empoderamento proporcionado pelo conhecimento fornecido às pessoas significativas para o paciente submetido a artroplastia articular total do joelho e anca.
Review question/s:	<ul style="list-style-type: none"> - Qual o conhecimento recebido pelas pessoas significativas dos pacientes ortopédicos durante o internamento? - Qual o conhecimento recebido pelas pessoas significativas dos pacientes ortopédicos seis meses após a alta hospitalar? - Quais as emoções das pessoas significativas dos pacientes ortopédicos durante o internamento e seis meses após a alta hospitalar? - Qual a correlação existente entre o conhecimento recebido pelas pessoas significativas dos pacientes ortopédicos durante o internamento e o conhecimento recebido pelas pessoas significativas dos pacientes ortopédicos seis meses após a alta? - Qual a correlação existente entre as emoções das pessoas significativas dos pacientes ortopédicos durante o internamento e seis meses após a alta hospitalar? - Quais as características de base das pessoas significativas dos pacientes que estão correlacionadas com o seu conhecimento recebido? - Quais as características de base das pessoas significativas dos pacientes correlacionadas com as suas emoções? - Qual a correlação entre as emoções das pessoas significativas dos pacientes ortopédicos com o seu conhecimento recebido?
Inclusion/Exclusion Criteria	
Population	72 pessoas significativas de pacientes com artrite submetidos a artroplastia articular total em 3 hospitais gerais em Attica
Concept	Educação de pessoas significativas do paciente submetido a artroplastia total
Context	3 hospitais gerais em Attica
Types of evidence source	Estudo longitudinal e transversal Um estudo transversal e longitudinal foi conduzido para encontrar se existiam diferenças no conhecimento recebido ao longo do tempo. A amostra incluía pessoas significativas para os pacientes que foram submetidos a artroplastia total em 3 hospitais gerais em Attica, Grécia. Os instrumentos utilizados foram a escala hospitalar de conhecimento recebido pelas pessoas significativas de pacientes e o questionário das emoções das pessoas significativas de pacientes. Este estudo faz parte de um estudo europeu mais amplo sobre como empoderar a educação do paciente.
Evidence source Details and Characteristics	
Citation details (e.g. author/s, date, title, journal, volume, issue, pages)	Copanitsanou, Panagiota; Sourtzi, Panayota; Valkeapaa, Kirsi; Lemonidou, Chryssoula; Nursing Care & Research / Nosileia kai Ereuna, May-Aug2019; (54): 144-154. 11p. (Article - research, tables/charts) ISSN: 1791-1567
Country	Grécia
Context	3 hospitais gerais em Attica
Participants (details e.g. age/sex and number)	72 pessoas significativas de pacientes com artrite submetidos a artroplastia articular total em 3 hospitais gerais em Attica
Details/Results extracted from source of evidence (in relation to the concept of the scoping review)	
Um total de 72 pessoas significativas participaram no estudo desde a alta hospitalar até 6 meses depois. Durante a hospitalização, as pessoas significativas reportaram que receberam maior conhecimento sobre as dimensões biofisiológicas e funcionais de empoderamento educacional. Aos seis meses eles reportaram que tinham recebido mais conhecimento da dimensão funcional. Participantes sentiam mais desespero e luto durante a hospitalização experienciavam mais desespero e impaciência aos seis meses. Quanto mais conhecimento as pessoas significativas obtinham durante a hospitalização, menos ansiedade era sentida.	

Apêndice IV – Planejamento de Atividades

					<p>estabelecida criando à vontade para expressão livre.</p> <p>- Ter promovido um ambiente seguro para prestação de cuidados.</p> <p>- Ter consultado o Código Deontológico do Enfermeiro.</p>
Recursos Humanos e materiais	Professor Orientador, biblioteca da ESEL, equipa multidisciplinar, pessoa/família, acesso a base de dados científica, Código Deontológico dos Enfermeiros e literatura cinzenta sobre o tema em estudo.				
Crítérios de avaliação: Em que medida a execução das atividades está possibilitar a concretização dos objetivos, bem como o desenvolvimento das competências elencadas?					

		<p>- Participar na prestação de cuidados como membro da equipa multidisciplinar.</p>	<p>██████████ ██████████ ██████████</p>	<p>██████████ ██████████████████ ██████████████████ ██████████████████ ██████████</p>	<p>protocolos, normas e documentação específica vigente nos serviços.</p> <p>- Ter observado e analisado a intervenção do EEER em contexto hospitalar e comunitário.</p> <p>- Ter participado na prestação de cuidados como membro da equipa multidisciplinar.</p>
<p>Recursos Humanos e materiais</p>	<p>Professor Orientador, enfermeiro orientador do local de estágio, equipa multidisciplinar, acesso a base de dados científica, documentação específica dos serviços.</p>				
<p>Crítérios de avaliação: A integração realizada está a permitir o alcance dos objetivos propostos?</p> <p>Grau de conhecimento sobre as funções do EEER em ambos contextos e as dinâmicas organizacionais dos diferentes contextos.</p>					

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades	Local	Duração	Indicadores de avaliação
<p>D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p>D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.</p> <p>D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica</p> <p>D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica. . .</p>	<p>3. Expandir conhecimentos/ know-how no domínio enfermagem de reabilitação aplicada na prestação de cuidados à pessoa submetida a artroplastia da anca ou joelho.</p> <p>4. Elaborar relatório final de atividades dos ensinamentos clínicos realizados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento do conhecimento teórico através da pesquisa, literatura e análise de fontes atualizadas e de origem científica. - Identificação das intervenções de reabilitação na prestação de cuidados à pessoa submetida a artroplastia da anca ou joelho em ambos contextos de estágio. - Realização de reflexões sobre as aprendizagens efetuadas através da elaboração de, pelo menos 2 Jornais de Aprendizagem e de um estudo de caso em cada contexto de estágio. - Validação de conhecimentos adquiridos com o Enfermeiro Orientador e com o Professor Orientador. - Participação no processo de construção da tomada de decisão clínica em equipa. - Elaboração de um Relatório final de atividades que demonstre o 	<p>Biblioteca</p> <p>ESEL e bases de dados online.</p> <p>Trabalho individual</p> <p>Orientações tutoriais</p> <p>Trabalho individual</p>	<p>Ter incrementado o conhecimento teórico através da pesquisa, literatura e análise de fontes atualizadas e de origem científica.</p> <p>Ter identificado as intervenções de reabilitação na prestação de cuidados à pessoa submetida a artroplastia da anca ou joelho em ambos contextos de estágio.</p>	

		desenvolvimento das competências enunciadas pela OE para o EEER.			<ul style="list-style-type: none">- Ter realizado reflexões sobre as aprendizagens efetuadas através da elaboração de, pelo menos 2 Jornais de Aprendizagem e de um estudo de caso em cada contexto de estágio. - Ter validado conhecimentos adquiridos com o Enfermeiro Orientador e com o Professor Orientador. - Ter participado no processo de
--	--	--	--	--	--

					<p>construção da tomada de decisão clínica em equipa.</p> <p>-Ter elaborado um Relatório final de atividades evidenciando o desenvolvimento das competências enunciadas pela OE para o EEER.</p>
Recursos Humanos e materiais	Professor Orientador, Enfermeiro Orientador, biblioteca da ESEL, equipa multidisciplinar, pessoa/família, acesso a base de dados científica e literatura sobre o tema em estudo.				
<p>Critérios de avaliação: De que forma as reflexões estão a contribuir para a aquisição/ consolidação de conhecimento obtido e melhoria das práticas profissionais?</p> <p>A teoria científica aprendida está a ser refletida na prática profissional quotidiana?</p>					

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades	Local	Duração	Indicadores de avaliação
<p>J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.</p> <p>J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.</p> <p>J1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação</p>	<p>5. Ser capaz de prestar cuidados de enfermagem especializados na pessoa submetida a artroplastia total da anca e joelho tendo por base conhecimento teórico científico e atualizado.</p> <p>6. Ser capaz de planear e implementar planos de cuidados adequados à situação da pessoa de modo a promover a sua reabilitação funcional o mais precocemente possível.</p> <p>7. Ser capaz de envolver o paciente no plano de intervenção dotando-o de conhecimento e capacitando com vista à máxima autonomia possível.</p>	<p>- Realização da colheita de dados e aplicação das devidas escalas de avaliação para diagnosticar alterações e limitações da pessoa/ família.</p> <p>- Mobilização dos recursos disponíveis da pessoa/ família e dos contextos de intervenção/comunidade de modo a facilitar o processo reabilitativo e promover a recuperação máxima, e se possível mais rápida.</p> <p>- Realização do plano de cuidados de reabilitação funcional da pessoa submetida a artroplastia da anca ou joelho com vista à autonomia máxima possível. Para tal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificação das necessidades da pessoa e evolução funcional da mesma, adaptando e atualizando assim o plano de cuidados nunca descartando a individualidade/libre arbitrio desta. ➤ Promoção da capacitação da pessoa/família através do ensino e 	<p>[Redacted]</p>	<p>[Redacted]</p>	<p>- Ter realizado a colheita de dados e aplicado as devidas escalas de avaliação para diagnosticar alterações e limitações da pessoa/ família.</p> <p>- Ter mobilizado os recursos disponíveis da pessoa/ família e dos contextos de intervenção/comunidade de facilitando o processo reabilitativo e promovendo a recuperação máxima, e se possível mais rápida.</p> <p>- Ter realizado o plano de cuidados de reabilitação funcional da pessoa submetida a artroplastia da anca ou joelho com vista à</p>

<p>e da sexualidade.</p> <p>J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p> <p>J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.</p> <p>J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p> <p>J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<p>8. Ser capaz de identificar e prever a evolução do paciente de modo a atualizar e ajustar o plano de intervenção às reais necessidades do paciente.</p> <p>9. Identificar recursos e possibilidades existentes no meio comunitário envolvente do paciente, permitindo-lhe o alcance dos seus direitos, melhor qualidade de vida e facilitando a sua recuperação.</p> <p>10. Ser capaz de envolver a equipa multidisciplinar e a família do paciente no plano de cuidados em curso, permitindo assim o alcance do melhor tratamento possível para a pessoa e a devida continuidade dos cuidados.</p>	<p>realização supervisionada de exercício de reabilitação funcional.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação da compreensão/eficácia dos ensinamentos realizados. ➤ Implementação de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação utilizando a metodologia científica do processo de enfermagem, com o propósito de otimizar ou reeducar a funcionalidade do doente. ➤ Realização do registo das intervenções detalhadamente de modo a promover a continuidade dos cuidados. ➤ Avaliação do plano de cuidados e resultados obtidos com o auxílio do Professor Orientador e/ou do Enfermeiro Orientador. <p>- Perceber o potencial e as dificuldades da pessoa e com base no manuseamento de um balanço equilibrado dessas duas</p>		<p>autonomia máxima possível.</p> <p>Ter identificado as necessidades da pessoa e evolução funcional da mesma, tendo adaptado e atualizado o plano de cuidados nunca descartando a individualidade/livre arbítrio desta.</p> <p>-Ter promovido a capacitação da pessoa/família com os ensinamentos e a supervisão de exercícios realizados.</p> <p>-Ter avaliado a compreensão/eficácia dos ensinamentos efetuados.</p> <p>- Ter implementado planos de cuidados de enfermagem de reabilitação com base na metodologia</p>
--	--	---	--	--

	<p>11.Dotar a pessoa de conhecimento e capacitá-la para a execução dos exercícios de reabilitação funcional, sempre que possível.</p> <p>12.Desenvolver competências pessoais e profissionais na prestação de cuidados diferenciados no domínio reabilitativo.</p>	<p>vertentes, criar estratégias que facilitem a aprendizagem da pessoa.</p> <p>- Perceber a intervenção do EEER em cada caso com que me depare independentemente da patologia e intervir adequadamente quando teórica e tecnicamente preparada para isso.</p>			<p>científica do processo de enfermagem.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter realizado o registo de intervenções detalhadamente. - Ter promovido a continuidade dos cuidados. - Ter avaliado o plano de cuidados e resultados obtidos com o auxílio do Professor Orientador e/ou do Enfermeiro Orientador.
<p>Recursos Humanos e materiais</p>	<p>Professor Orientador, Enfermeiro Orientador, biblioteca da ESEL, equipa multidisciplinar, pessoa/família, acesso a base de dados científica e literatura sobre o tema em estudo.</p>				
<p>Critérios de avaliação: Os planos de cuidados reabilitativos estão adequados ao caso clínico? A aplicação dos mesmos está a surtir efeito positivo?</p>					

Apêndice V – Cronograma

		Ano								Ano				
		Mês				Mês				Mês				
		Semana (*)								Semana (*)				
		Local												
Objetivos	1					Férias de Natal								
	2													
	3													
	4													
	5													
	6													
	7													
	8													
	9													
	10													
	11													
	12													

(*) para cada semana é indicado o dia correspondente à segunda-feira da semana

Anexo I – Instrumentos de Avaliação Utilizados na Pessoa com ATA e ATJ (os instrumentos de avaliação a negrito estão validados para português europeu)

Função/área	ATA	ATJ
Qualidade de vida	OHS; AIMS-PAS; WHOQOL-bref ; WOMACPF; SF-36-PF ; HDOOS; LK 2.0	OKS ; AKSS; KSS
Atividades Básicas e Instrumentais da vida diária	MIF motora ; Índice de Barthel	Índice de Barthel Índice Katz Índice de Lawton e Brody
Equilíbrio	Teste de Tinetti ; step test	Berg balance scale <i>functional reach test, distance test</i>
Desempenho físico e marcha	TUGT	TUGT teste marcha de seis minutos
Amplitude articular	Goniometria	Goniometria
Força muscular	MRC para a força muscular	MRC para a força muscular MMT
Dor	Escala visual analógica (EVA) e escala numérica visual	

Fonte: Marques-Vieira & Sousa, 2017

Anexo II – Reeducação Funcional da Pessoa Submetida a ATA, no

Período Pré-Operatório

Pré-operatório	Reeducação Funcional Respiratória (RFR)		<ul style="list-style-type: none"> • Ensino dirigido à pessoa de acordo com a patologia cardio-respiratória • Consciencialização da respiração • Exercícios abdomino-diafragmáticos • Exercícios de reeducação costal • Ensino da tosse
	Reeducação Funcional Motora (RFM)	Exercícios Isométricos	<ul style="list-style-type: none"> • Contrações isométricas abdominais • Contrações isométricas dos glúteos • Contrações isométricas do quadríceps
		Exercícios Isotónicos	<ul style="list-style-type: none"> • Flexão/Extensão da articulação coxofemoral associada com extensão/flexão do joelho • Abordagem Anterior: evitar os <u>movimentos luxantes</u> (rotação externa e hiperextensão da coxofemoral) • Abordagem posterior: evitar os <u>movimentos luxantes</u> (rotação interna, flexão coxofemoral acima de 90°, adução da coxofemoral para além da linha média do corpo) • Dorsiflexão/flexão plantar da tibiotársica

Fonte: Marques-Vieira & Sousa, 2017


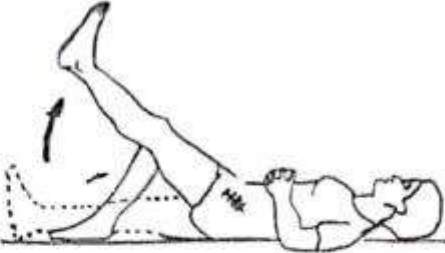
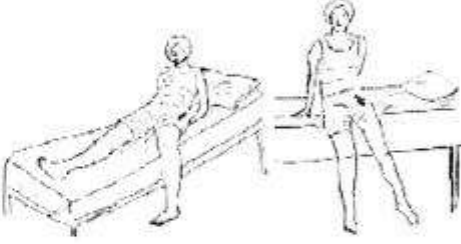
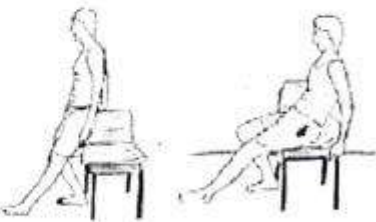
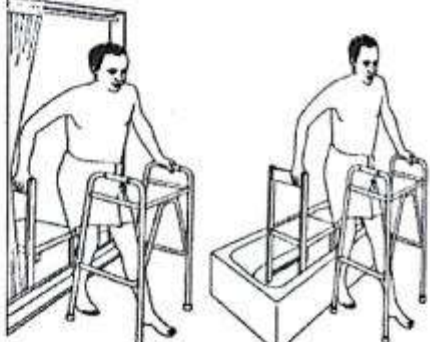
Anexo III – Reeducação Funcional da Pessoa Submetida a ATJ, no

Período Pré-Operatório

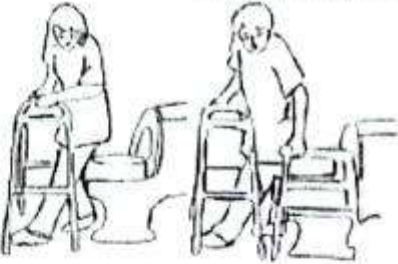
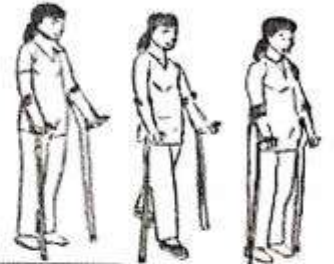
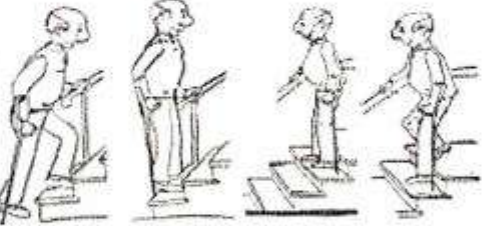


Pré-operatório	Reeducação Funcional Respiratória		<ul style="list-style-type: none"> • Ensino dirigido à pessoa de acordo com a patologia cardio-respiratória • Consciencialização da respiração • Exercícios abdomino-diafragmáticos • Exercícios de reeducação costal • Ensino da tosse
	Reeducação Funcional Motora	Exercícios Isométricos	<ul style="list-style-type: none"> • Contrações isométricas abdominais • Contrações isométricas dos glúteos • Contrações isométricas do quadríceps
		Exercícios Isotónicos	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizações ativas livres/assistidas/resistidas dos membros sãos • Mobilizações ativas assistidas/resistidas do membro intervencionado de acordo com a tolerância da pessoa: <ul style="list-style-type: none"> ○ Flexão/extensão da articulação coxofemoral com extensão flexão do joelho ○ Abdução/adução da articulação coxofemoral (até à linha média do corpo) ○ Flexão/extensão do joelho ○ Dorsiflexão/flexão plantar da articulação tibiotársica • Mobilizações passivas do membro intervencionado em tala dinâmica, a iniciar com 0 – 30º e aumentar progressivamente, de acordo com prescrição médica e tolerância da pessoa

Fonte: Marques-Vieira & Sousa, 2017

Anexo IV – Intervenção Educacional da Pessoa Submetida à ATA com Abordagem Posterior no Período Pós-Operatório




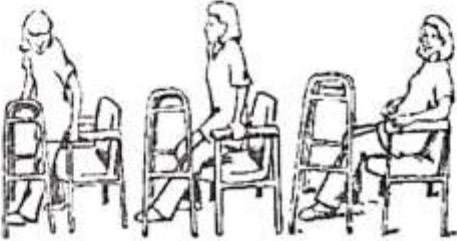
ENSINAR, INSTRUIR E TREINAR	DESCRIÇÃO E ILUSTRAÇÃO	
Posicionamentos no Leito		<p>Evitar os movimentos luxantes em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decúbito lateral para o lado não intervencionado. • Decúbito Semi-dorsal para o lado intervencionado. • Decúbito Dorsal.
Extensão Lombo-Pélvica Ou meia ponte		<ol style="list-style-type: none"> 1. Colocar o membro intervencionado em extensão. 2. Fletir o membro não intervencionado. 3. Usando a força de ambos os membros superiores para elevar a região lombo-pélvica.
Levante da cama		<ol style="list-style-type: none"> 1. Sair pelo lado do membro intervencionado. 2. Sentar na cama, apoiado nos antebraços, evitando fletir o tronco para além de 90º graus, com o membro intervencionado em extensão. 3. Fletir o membro são, rodar até tocar no chão.
Sentar e levantar da cadeira		<ol style="list-style-type: none"> 1. Colocar o membro intervencionado em extensão antes de se sentar. 2. Baixar-se lentamente usando a força de ambos os membros superiores apoiados na cadeira. 3. Para se levantar, proceder de forma inversa.
Uso base de chuveiro / Banheira		<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizar se possível base de chuveiro em vez da banheira. 2. Utilizar barras de apoio. 3. Tomar banho sentado. (Utilizar cadeira de banho / tabua de banho (banheira)). 4. Para entrar e sair da cadeira de banho ou tábua: primeiro entra o membro são e depois sai com o membro intervencionado em extensão.

Anexo V – Intervenção Educacional da Pessoa Submetida à ATA com Abordagem Posterior no Período Pós-Operatório (Cont.)

ENSINAR, INSTRUIR E TREINAR	DESCRIÇÃO E ILUSTRAÇÃO	
Uso do sanitário		<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizar o alteador de sanita. 2. Colocar o membro intervencionado em extensão antes de se sentar. 3. Apoiar-se nas barras e baixar-se lentamente usando a força de ambos os membros superiores. 4. Para se levantar, proceder de forma inversa.
Treino de marcha com andarilho ou canadianas		<ol style="list-style-type: none"> 1. Avançar o andarilho ou as duas canadianas 2. Deslocar o membro inferior intervencionado até ao nível das canadianas ou andarilho. 3. Avançar o membro inferior são. 4. Mudar de direção virando-se sobre o lado são.
Treino de subir e descer escadas		<p>Sequencia para subir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membro inferior são. 2. Membro inferior intervencionado. 3. Colocar as canadianas no degrau onde se encontram os pés. 4. Descer, fazer o inverso.
Apanhar objectos do chão		<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizar os membros superiores para se apoiar. 2. Membro intervencionado em extensão para trás (<u>proibido</u> na abordagem anterior). 3. Fletir o membro são. 4. Evitar ajoelhar-se mas se tiver de o fazer leve primeiro o joelho do lado intervencionado ao chão.
Entrar e sair do carro		<ol style="list-style-type: none"> 1. Sentar-se com os membros inferiores de fora. 2. Rodar os membros inferiores dentro. 3. Membro intervencionado em extensão. 4. Para sair, fazer o inverso.

Fonte: Marques-Vieira & Sousa, 2017

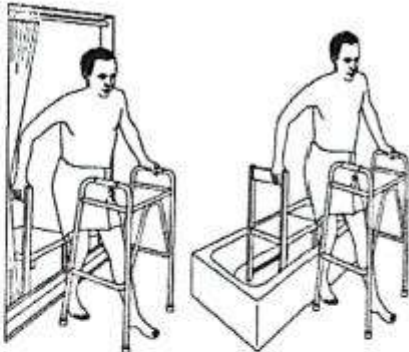
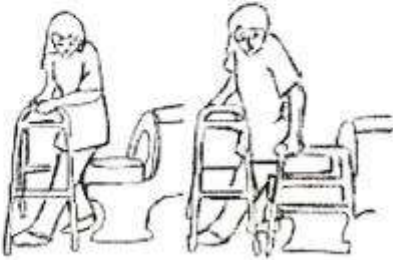
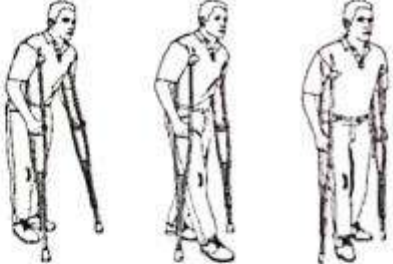
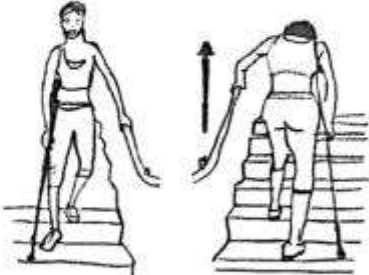
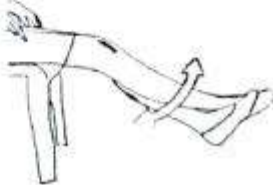
Anexo VI – Intervenção Educacional da Pessoa Submetida à ATJ

ENSINAR, INSTRUIR E TREINAR	DESCRIÇÃO E ILUSTRAÇÃO	
<p>Contrações isométricas dos glúteos e quadricipites</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar as contrações isométricas empurrando o membro contra o colchão • Realizar as contrações com um rolo ou bola • Fazer duas séries de oito a dez repetições, três a quatro vezes por dia
<p>Mobilização da articulação tibiotársica</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Fazer duas séries de oito a dez repetições, três a quatro vezes por dia.
<p>Levante da cama</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Sair pelo lado do membro intervencionado. • Sentar na cama, apoiado nos antebraços sem fletir o tronco, com o membro intervencionado em extensão. • Fletir o membro sã, rodar até tocar no chão.
<p>Sentar e levantar da cadeira</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Colocar o membro intervencionado em extensão, antes de se sentar. • Baixar-se lentamente usando a força de ambos os membros superiores nos braços da cadeira. • Para se levantar, proceder de forma inversa.

Fonte: Marques-Vieira & Sousa, 2017

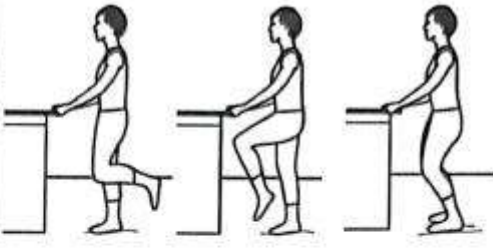

Anexo VII – Intervenção Educacional da Pessoa Submetida à ATJ

(Cont.)

<p>Uso do base de chuveiro / Banheira</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar se possível base de chuveiro em vez da banheira. • Utilizar barras de apoio. • Tomar banho sentado. (Utilizar cadeira de banho / tabua de banho (banheira)). • Para entrar e sair da cadeira de banho ou tábua: primeiro entra o membro são e depois sai com o membro intervencionado em extensão.
<p>Uso do sanitário</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar o alteador de sanita. • Colocar o membro intervencionado em extensão antes de se sentar. • Apoiar-se nas barras e baixar-se lentamente usando a força de ambos os membros superiores. • Para se levantar, proceder de forma inversa.
<p>Treino de marcha com andarilho ou canadianas</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Avançar o andarilho ou as duas canadianas. • Deslocar o membro inferior intervencionado até ao nível das canadianas ou andarilho. • Avançar o membro inferior são. • Mudar de direcção virando-se sobre o lado são.
<p>Treino de subir e descer escadas</p>		<p>Subir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membro inferior são. • Membro inferior intervencionado. • Colocar as canadianas no degrau onde se encontram os pés. • Descer, fazer o inverso.
<p>Exercícios na cadeira</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Quando sentado pode mobilizar o MI intervencionado com ajuda do MI são. • Fazer duas séries de oito a dez repetições, três a quatro vezes por dia.

Anexo VIII – Intervenção Educacional da Pessoa Submetida à ATJ

(Cont.)

<p>Exercícios ativos do joelho intervencionado</p>		<ul style="list-style-type: none">• Junto a uma cadeira, pés da cama ou móvel (dispositivos de apoio).• Realizar exercícios com o MI intervencionado de flexão do joelho e flexão da coxofemoral.• Realizar agachamentos.• Fazer duas séries de oito a 10 repetições, três a quatro vezes por dia.
<p>Entrar e sair do carro</p>		<ul style="list-style-type: none">• Sentar-se com os membros inferiores de fora.• Rodar os membros inferiores dentro.• Membro intervencionado em extensão.• Para sair, fazer o inverso.

Fonte: Marques-Vieira & Sousa, 2017

Apêndice II – Estudo de Caso 1



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Unidade curricular Estágio com Relatório

Estudo de Caso

Local de Estágio: Serviço de Ortopedia do [REDACTED]

[REDACTED]

Cristina Amorim Dias

Nº de aluna: 9576

[REDACTED]

Lisboa

2022



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Unidade curricular Estágio com Relatório

Estudo de Caso

Local de Estágio: Serviço de Ortopedia do [REDACTED]

[REDACTED]

Cristina Amorim Dias

Nº de aluna: 9576

—

Docente Orientador: Professor Doutor Joaquim Paulo Oliveira

[REDACTED]

—

Lisboa

2022

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINE – Anti-Inflamatórios Não Esteroides

AVD – Atividade Vida Diária

██

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECG – Eletrocardiograma

EEER – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

FC – Frequência Cardíaca

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

LCP – Ligamento Cruzado Posterior

MI – Membro Inferior

MI – Membros Inferiores

OKS - Oxford Knee Score

PT – Prótese Total

PTJ – Prótese Total do Joelho

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória.

RX – Raio X

SpO2- Saturação periférica de Oxigénio

TA – Tensão Arterial

ÍNDICE

1. Introdução.....	7
2. Colheita de dados.....	8
2.1. Dados pessoais	8
2.2. Histórico da doença atual/Motivo do internamento	8
2.3. Antecedentes pessoais e alergias	8
2.4. Cirurgias anteriores	8
2.5. Medicação habitual.....	9
2.6. Hábitos aditivos	9
2.7. Exposição a poluentes.....	9
2.8. Exames auxiliares de diagnóstico.....	9
2.8.1. ECG.....	9
2.8.2. Análises clínicas	9
2.8.3. RX Membros Inferiores: Joelho duas incidências	9
2.8.4. Teste PCR SARS-CoV-2 (COVID-19)	9
2.9. Exame clínico objetivo	9
2.10. Diagnóstico clínico.....	10
2.11. Internamento.....	10
2.12. Condições de habitação e acessibilidades	10
2.13. Situação familiar atual	11
2.13.1. Genograma.....	12
3. Revisão da anatomia do Joelho e fisiopatologia da gonartrose / Artroplastia total do joelho (PTJ).....	13
3.1. O joelho	13
3.2. A gonartrose e artroplastia total do joelho (PTJ).....	19
3.3. Intervenção do EEER na pessoa submetida a artroplastia do total do joelho (PTJ)	23
4. Avaliação da sr. ^a L.P.	27
4.1. The Oxford Knee Score: Avaliação da qualidade de vida.....	27
4.2. Escala de avaliação da dor: Avaliação qualitativa da dor	28
4.3. Índice de Lawton-Brody	29
4.4. Índice de Barthel: Avalia a dependência funcional	30
4.5. Escala de Coma de Glasgow : Avaliação Neurológica	31

4.6. Escala de Braden : Avaliação do risco de UP	32
4.7. Medical Research Council Muscle Scale: Avaliação da Força Muscular	34
4.8. Escala de Ashworth Modificada: Avaliação de Tónus muscular	36
4.9. Escala de Berg: Avaliação do Equilíbrio	37
4.10. Escala de Morse: Avaliação do risco de queda	45
5. Impacto nos autocuidados	46
6. Plano de cuidados	48
7. Considerações finais	57
8. Referências Bibliográficas	58

Anexo I – Reeducação Funcional da Pessoa Submetida a ATJ, no Período Pré-Operatório

Anexo II – Intervenção Educacional da Pessoa Submetida à ATJ

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Genograma	12
Figura 2 - Ossos da articulação do joelho	14
Figura 3 - Face externa da cápsula articular do joelho	15
Figura 4 - Ligamentos colaterais e bolsas da articulação do joelho	16
Figura 5 - Ligamentos cruzados da articulação do joelho.....	18
Figura 6 - Meniscos da articulação do joelho	18
Figura 7 – Efeito luxante externo na rótula	20
Figura 8 - Linhas orientadoras para o tratamento conservador da gonartrose (OARSI)	22
Figura 9 – Avaliação da qualidade de vida da Sr. ^a L.P. utilizando a OKS	27
Figura 10 - Avaliação do equilíbrio da Sr. ^a L.P. no início do internamento ...	37

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Análises Clínicas	9
Tabela 2 - Escala qualitativa de avaliação da dor	28
Tabela 3 - Avaliação da Sr. ^a L.P. no desempenho das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) no período pré- operatório	29
Tabela 4 - Parametrização do índice de Lawton-Brody	29
Tabela 5 - Avaliação da dependência funcional da Sr. ^a L.P. através do Índice de Barthel	30
Tabela 6 - Parametrização do Índice de Barthel.....	30
Tabela 7 - Escala de coma de Glasgow	31
Tabela 8 - Avaliação do risco de desenvolvimento de UP na Sr. ^a L.P. durante o internamento e na alta	32
Tabela 9 - Parametrização da escala de Braden.....	33
Tabela 10 - Parametrização da Medical Research Scale	34
Tabela 11 - Avaliação da Força Muscular - Medical Research Council Muscle Scale.....	34
Tabela 12 - Avaliação do tônus Muscular.....	36
Tabela 13 - Parametrização da Escala de Berg	40
Tabela 14 - Avaliação do equilíbrio da Sr. ^a L.P. dois dias após internamento	41
Tabela 15 - Escala de Morse	45
Tabela 16 - Parametrização da escala de Morse	45
Tabela 17 - Avaliação do risco de queda da Sr. ^a L.P. através da escala de Morse.....	45

1. INTRODUÇÃO

A realização deste estudo de caso surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no plano curricular do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A Unidade Curricular de estágio com relatório tem como objetivo promover o desenvolvimento de competências especializadas na área da enfermagem de reabilitação. Deste modo:

“Pretende-se que o estudante desenvolva competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação a pessoas com problemas de incapacidade, limitação da atividade ou restrição de participação, nos diferentes contextos de cuidados tendo em vista a sua reabilitação e reintegração social.” (Godinho, 2018)

Para dar continuidade a este processo de aprendizagem foi necessária a eleição de um paciente para realização de um estudo de caso no decorrer do primeiro estágio, de modo a estruturar, planear e implementar um plano de cuidados reabilitativo para o mesmo.

Esta eleição teve por base a conjugação da temática do meu Projeto de estágio com as oportunidades fornecidas pelo campo de estágio, além do horário disponível para seguimento do paciente de modo a cumprir os prazos estipulados.

Este Estudo de Caso é estruturalmente dividido em 3 partes principais. A primeira parte corresponde à componente da colheita de dados, a segunda parte à avaliação do paciente, na qual é abordado o seu potencial de recuperação, e a última corresponde ao planeamento dos cuidados, ou seja, o programa de reabilitação em si.

Este trabalho foi redigido segundo a 6ª Edição da norma APA (American Psychological Association), vigente na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa para realização de trabalhos académicos.

2. COLHEITA DE DADOS

2.1. Dados pessoais

Nome: L.P.

Género: Feminino

Idade: 68 anos

Etnia: Caucasiana

Nacionalidade: Portuguesa

Estado Civil: Casada

Profissão: Empregada de limpeza (reformada)

Pessoa significativa/cuidador: Esposo

Prestadora de Cuidados: Esposo com 69 anos.

Profissão do Cuidador: Desempenhava diversas funções na área da construção civil

Habilitações Literárias da Cuidadora: 6º ano de escolaridade em Portugal.

2.2. Histórico da doença atual/Motivo do internamento

A paciente tinha acompanhamento ortopédico já há alguns anos, associado a queixas álgicas no joelho esquerdo. Após a observação dos exames complementares diagnósticos (como RX ao membro afetado) a etiologia foi descoberta, tratando-se de gonartrose. Devido ao estado avançado da situação e queixas álgicas crescentes, com impacto negativo na vida da utente devido à limitação na realização das suas atividades de vida diárias, a mesma concordou com o aconselhamento médico em intervir cirurgicamente.

A Sr.^a L.P. recorre ao serviço de ortopedia do [REDACTED] no dia 24 de janeiro de 2022, com o propósito de realizar cirurgia ortopédica para colocação de PTJ devido a gonartrose no membro inferior esquerdo.

2.3. Antecedentes pessoais e alergias

A Sr.^a L.P. refere que apresenta HTA e dislipidemia. Nega qualquer tipo alergias.

2.4. Cirurgias anteriores

No que concerne a antecedentes cirúrgicos, a Sr.^a L.P. afirma nunca ter sido submetida a nenhuma intervenção de carácter cirúrgico.

2.5. Medicação habitual

A Sr.^a L.P. refere que efetua a toma de Pantoprazol 20mg, Valsartan 320 mg +Hidroclorotiazida 12,5 mg, Rosuvastatina10mg e Lexotan 6 mg no domicílio.

2.6. Hábitos aditivos

Nega qualquer comportamento ou hábito aditivo.

2.7. Exposição a poluentes

Refere contacto com detergentes ligeiramente agressivos aquando das limpezas.

2.8. Exames auxiliares de diagnóstico

2.8.1. ECG

Todos os parâmetros dentro da normalidade, nenhum impeditivo da intervenção cirúrgica.

2.8.2. Análises clínicas

Tabela 1 - Análises Clínicas

	21/01/2022		Valores de Referência
Leucócitos	6,50	$\times 10^3 / \mu\text{L}$	4.0 - 10.0
Eritrócitos	4,32	$\times 10^6 / \mu\text{L}$	3.85 - 5,20
Hemoglobina	12,7	g/dl	11,5 – 16.0
Plaquetas	178	$\times 10^3 / \mu\text{L}$	140-440
PCR	0,5	mg/dl	<0,5

2.8.3. RX Membros Inferiores: Joelho duas incidências

Não foi possível aceder ao RX prévio à intervenção devido a indisponibilidade do mesmo no sistema informático, contudo foi possível aceder ao RX de controlo pós artroplastia total joelho.

2.8.4. Teste PCR SARS-CoV-2 (COVID-19)

Resultado: Negativo.

2.9. Exame clínico objetivo

A Sr.^a L.P. é uma paciente consciente e orientada nas 3 vertentes. É calma, colaborante e comunicativa quando abordada.

Na observação inicial aparenta um bom estado geral, sem alterações significativas para além do membro intervencionado. Aquando do primeiro contacto com a paciente efetuei a avaliação dos sinais vitais no serviço de ortopedia, cujos valores obtidos são apresentados abaixo:

Tensão Arterial (TA): 154/78 mmHg

Frequência cardíaca (FC): 66 b.p.m.

Saturação Periférica de oxigénio (SpO2): 98% (em ar ambiente)

Temperatura Corporal: 36,6°C

Dor ligeira de acordo com a escala qualitativa da dor

Não apresentava alterações a nível respiratório

Peso corporal: 72 Quilogramas

Altura: 1,70 metros

IMC: Normal (24,9)

2.10. Diagnóstico clínico

Gonartrose no membro inferior esquerdo com necessidade de atroplastia do joelho com colocação de prótese total.

2.11. Internamento

Internada no serviço de Ortopedia do [REDACTED] para realizar artroplastia com colocação de PTJ no dia 24 de janeiro de 2022. Manteve-se estável ao longo do internamento, que decorreu sem intercorrências e com boa evolução do estado geral da paciente. Teve alta clínica dia 28 de janeiro de 2022, tendo alta hospitalar para o domicílio.

2.12. Condições de habitação e acessibilidades

As condições de habitação e acessibilidade são muito importantes para a programação da alta da Sr.^a L.P., uma vez que serão tidas em consideração no programa reabilitativo, especialmente aquando dos ensinamentos realizados para preparação/adaptação da alta para o domicílio.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

A paciente refere que economicamente se encontra estável e tem alguma folga financeira devido às poupanças que realizou ao longo da sua vida, pelo que, se necessário, tem poder para investir monetariamente no seu processo reabilitativo.

A paciente refere que vive com o marido numa moradia própria. Para aceder à entrada da mesma terá que subir um lanço de escadas com 3 degraus. Posteriormente, para se deslocar para o seu quarto, teria que subir mais dois lanços de escadas com 6 degraus cada, pelo que decidiu colocar previamente uma cama na sala de estar, que lhe permite deambular em piso plano e aceder a todas as divisões necessárias do seu lar na fase inicial de recuperação.

A habitação é iluminada, ampla, arejada e sem humidade. Refere que não utiliza tapetes no domicílio e que antes de se submeter à cirurgia efetuou alterações no WC, colocando barras de apoio na sanita e *poliban*. Também mencionou que colocou um banco para se sentar no *poliban*.

2.13. Situação familiar atual

A paciente habita numa moradia com o seu marido. Têm duas filhas e um filho.

A filha mais nova (S.P.) encontra-se solteira e é contabilista.

A filha mais velha (E.P) está casada com P.P. e é esteticista. Tem duas filhas gémeas, sendo que uma é nutricionista (M.P.) e a outra fisioterapeuta (T.P.), ambas recém-formadas.

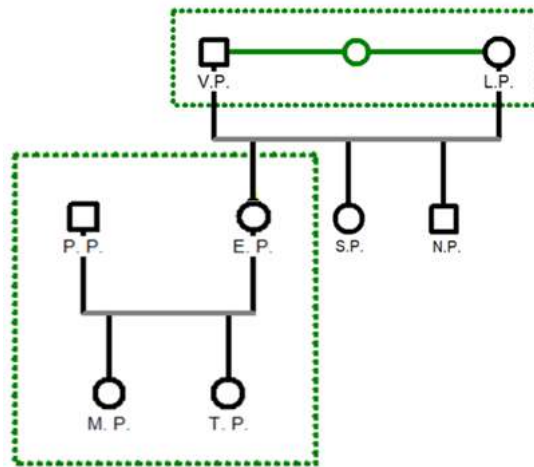
O filho encontra-se divorciado e trabalha no estrangeiro.

Trata-se de uma família nuclear funcional que se apoia na resolução de problemas e que comunica diariamente. Ambas filhas e netas vivem num raio de 1km da moradia dos pais/avós e estão motivadas para ajudar em tudo o que for necessário.

No internamento o papel de cuidador principal será assumido pelo marido, contudo, se necessário, terá apoio familiar de ambas as filhas e netas.

2.13.1. Genograma

Figura 1 - Genograma



Legenda:



3. REVISÃO DA ANATOMIA DO JOELHO E FISIOPATOLOGIA DA GONARTROSE / ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO (PTJ)

3.1. O joelho

Os traumatismos no joelho podem danificar a estrutura ligamentar do mesmo. Enquanto profissionais torna-se imperativo conhecer a sua anatomia e função.

A articulação do joelho é uma articulação sinovial do tipo gínglimo, permitindo flexão e extensão. É uma articulação bem construída, porém é comum o seu comprometimento, especialmente quando hiperextendida. (Moore, Dalley & Agur, 2014)

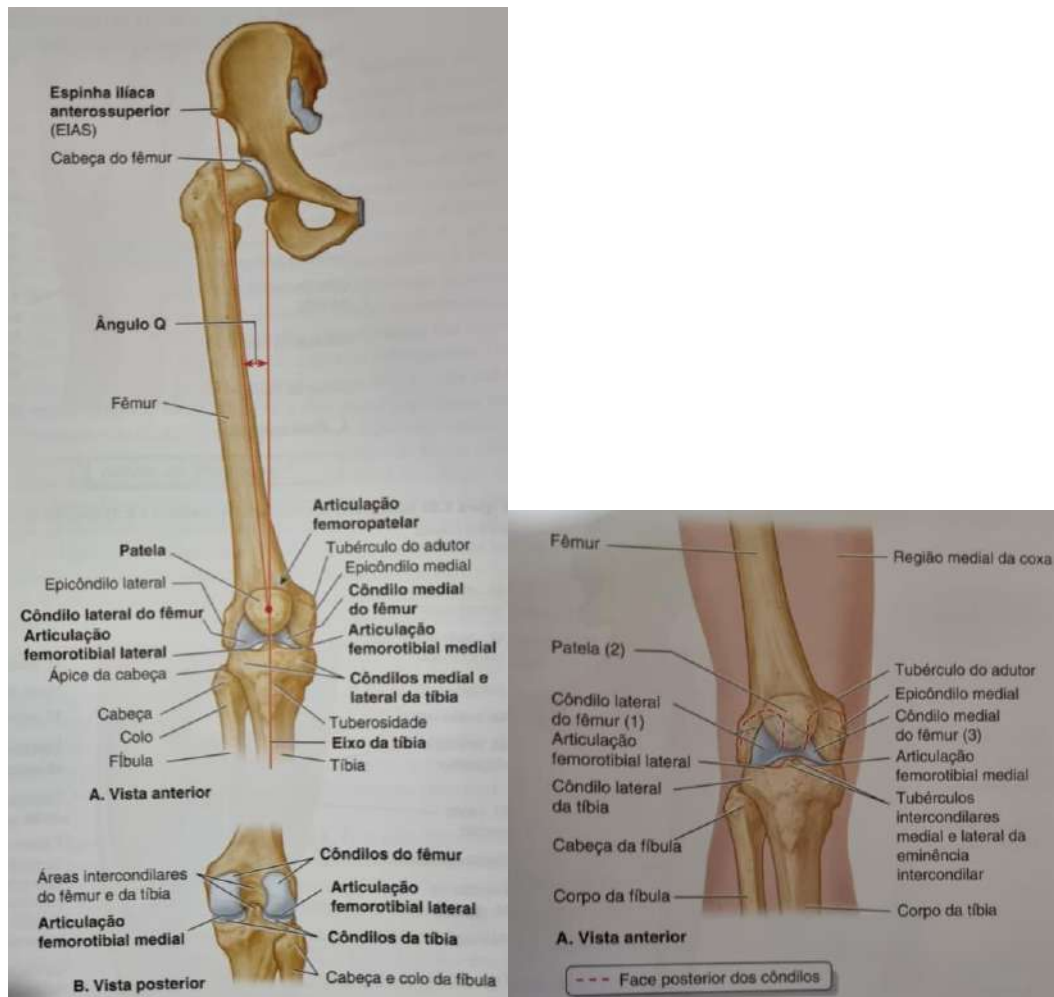
A região do joelho inclui proeminências da parte distal do fêmur e da parte proximal da tíbia, a cabeça da fíbula e a rótula (também comumente denominada de patela). A rótula situa-se anteriormente à extremidade distal do fêmur. (Moore et al., 2014)

As faces articulares do joelho são caracterizadas por possuírem grandes dimensões e formatos complexos e incongruentes. A articulação do joelho é formada por três articulações:

- a articulação femorotibial lateral e a articulação femorotibial medial, sendo estas duas localizadas entre os côndilos laterais e mediais do fêmur e da tíbia;
- a articulação femoropatelar, intermediária entre a rótula e o fêmur.

A fíbula não participa na articulação do joelho. (Moore et al., 2014)

Figura 2 - Ossos da articulação do joelho



Fonte: Moore et al., 2014

Devido à incongruência das suas faces articulares, a articulação do joelho é relativamente fraca do ponto de vista mecânico. A sua estabilidade depende da força e das ações dos músculos adjacentes e dos seus tendões, bem como dos ligamentos que unem o fêmur e a tibia. (Moore et al., 2014)

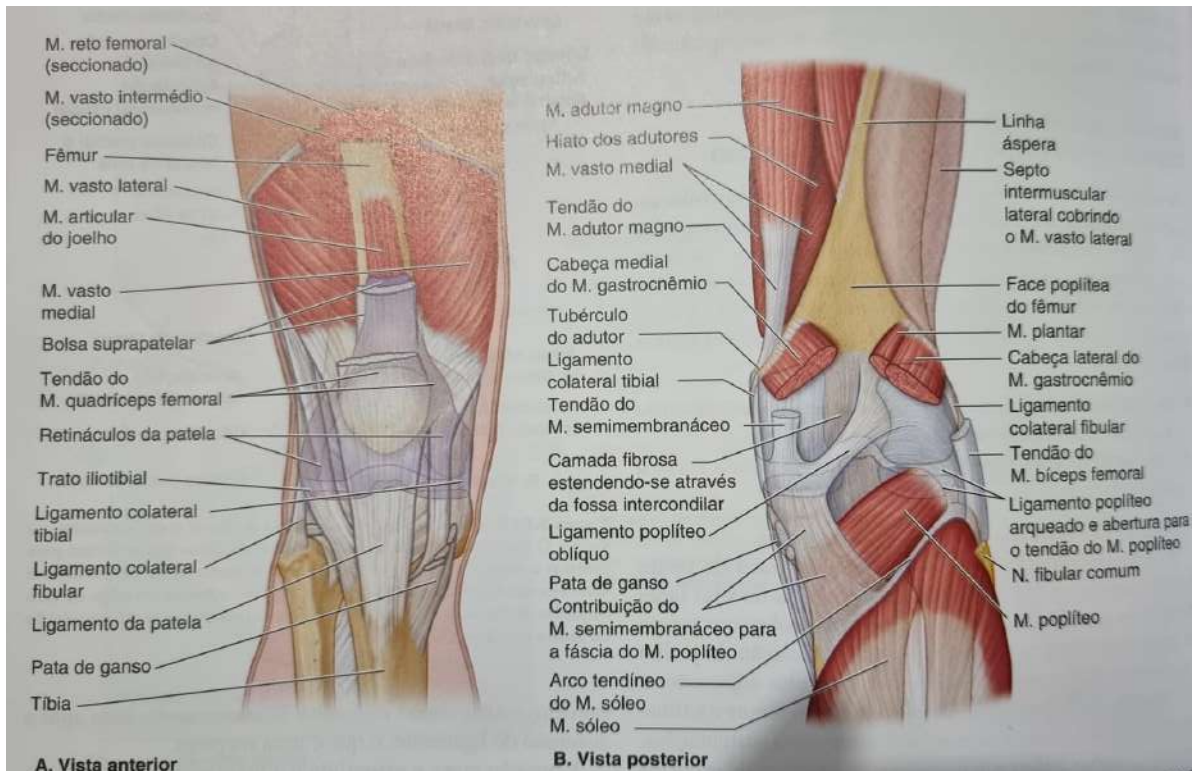
A posição ereta e estendida é a mais estável da articulação do joelho. Nesta posição, as faces articulares são as mais congruentes, resultando num contacto minimizado em todas as outras posições, e os ligamentos colaterais e cruzados encontram-se tensos. Os tendões que circundam a articulação proporcionam um efeito de imobilização. (Moore et al., 2014)

A cápsula articular do joelho consiste numa camada fibrosa e numa camada sinovial interna que reveste todas as faces internas da cavidade articular não recobertas por cartilagem articular. A porção superior desta camada fibrosa fixa-se no fêmur, sendo proximal às margens articulares dos côndilos. Na parte posterior a camada fibrosa envolve os côndilos e a fossa intercondilar e tem uma abertura posterior ao côndilo lateral da tibia para permitir que o tendão do músculo poplíteo saia da cápsula articular e se fixe nesta. Na parte inferior,

a camada fibrosa fixa-se na margem da face articular superior da tíbia, exceto no local onde o tendão do músculo poplíteo cruza o osso. A membrana sinovial da cápsula reveste todas as superfícies que limitam a cavidade articular e não são cobertas por cartilagem articular, fixando-se na periferia da cartilagem articular que cobre os côndilos do fêmur e da tíbia, na face posterior da rótula e nas margens dos meniscos, correspondendo estes a discos fibrocartilagíneos que existem entre as faces articulares da tíbia e do fêmur. (Moore et al., 2014)

A membrana sinovial reflete-se anteriormente para a região intercondilar desde a face posterior da articulação, cobrindo os ligamentos cruzados e o corpo adiposo infrarotular. (Moore et al., 2014)

Figura 3 - Face externa da cápsula articular do joelho



Fonte: Moore et al., 2014

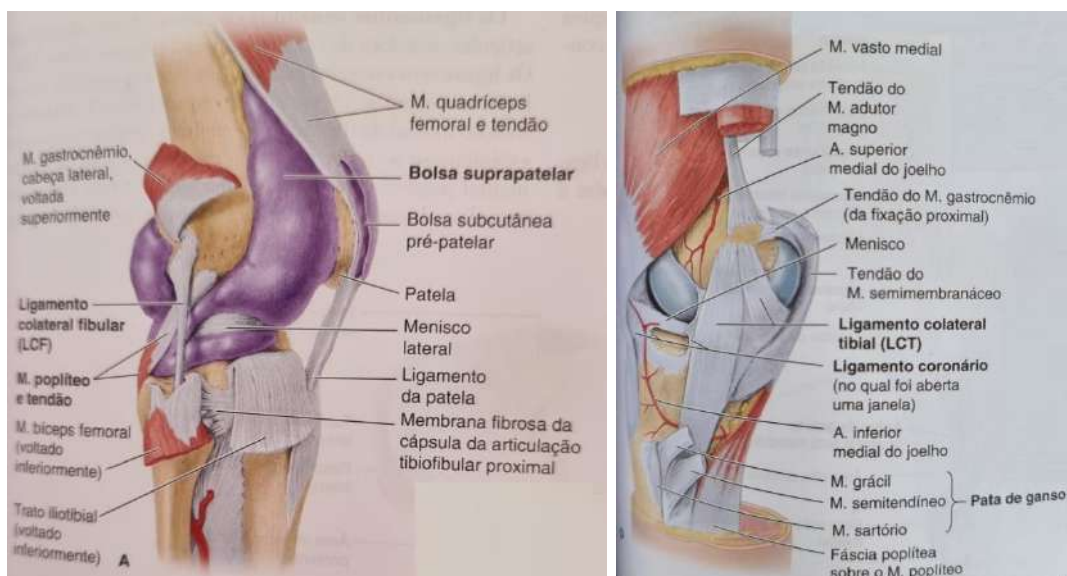
A cápsula articular é fortalecida por cinco ligamentos extracapsulares ou capsulares (intrínsecos):

- ligamento da rótula: uma faixa fibrosa espessa e forte que segue do ápice e das margens adjacentes da rótula até à tuberosidade da tíbia.
- ligamento colateral fibular: ligamento extracapsular semelhante a um cordão, que se estende inferiormente a partir do epicôndilo lateral do fêmur até à face lateral da cabeça da fíbula.

- ligamento colateral tibial: uma faixa forte, plana e capsular que se estende desde o epicôndilo medial do fêmur até ao epicôndilo medial e parte superior da face medial da tíbia. No seu ponto médio, as suas fibras estão firmemente fixadas no menisco medial.
- ligamento poplíteo oblíquo: expansão recorrente do tendão do semimembrâneo que reforça a cápsula articular posteriormente quando transpõe a fossa intracondilar, tendo a sua origem localizada posteriormente ao côndilo medial da tíbia, seguindo em sentido superolateral em direção ao côndilo lateral do fêmur, unindo-se com a parte central da face posterior da cápsula articular.
- ligamento poplíteo arqueado: fortalece a parte posterolateral da cápsula articular e tem origem na face posterior da cabeça da fíbula, seguindo em sentido superomedial sobre o tendão do poplíteo e estendendo-se sobre a face posterior da articulação do joelho. (Moore et al., 2014)

Os ligamentos colaterais do joelho encontram-se tensos na posição de extensão completa do joelho e contribuem para a estabilidade na posição de pé. Durante a flexão tornam-se cada vez mais relaxados, permitindo e limitando a rotação do joelho. (Moore et al., 2014)

Figura 4 - Ligamentos colaterais e bolsas da articulação do joelho



Fonte: Moore et al., 2014

Os ligamentos intra-articulares do joelho consistem nos ligamentos cruzados e meniscos, sendo que o tendão poplíteo é também intra-articular durante parte do seu trajeto. (Moore et al., 2014)

Os ligamentos cruzados cruzam-se dentro da cápsula articular, porém fora da cavidade sinovial. Estão localizados no centro da articulação, cruzando-se obliquamente. Aquando da rotação medial da tíbia sobre o fémur, os ligamentos cruzados espiralam-se em redor um do outro, limitando o grau de rotação medial possível a 10°. Como eles desenrolam-se durante a rotação lateral, é possível realizar quase 60° de rotação lateral quando o joelho é fletido cerca de 90°, sendo o movimento limitado pelo ligamento colateral tibial. O ponto de cruzamento dos ligamentos cruzados é o eixo para movimentos giratórios do joelho. Os ligamentos cruzados têm contacto com as faces articulares do fémur e da tíbia durante a flexão do joelho. (Moore et al., 2014)

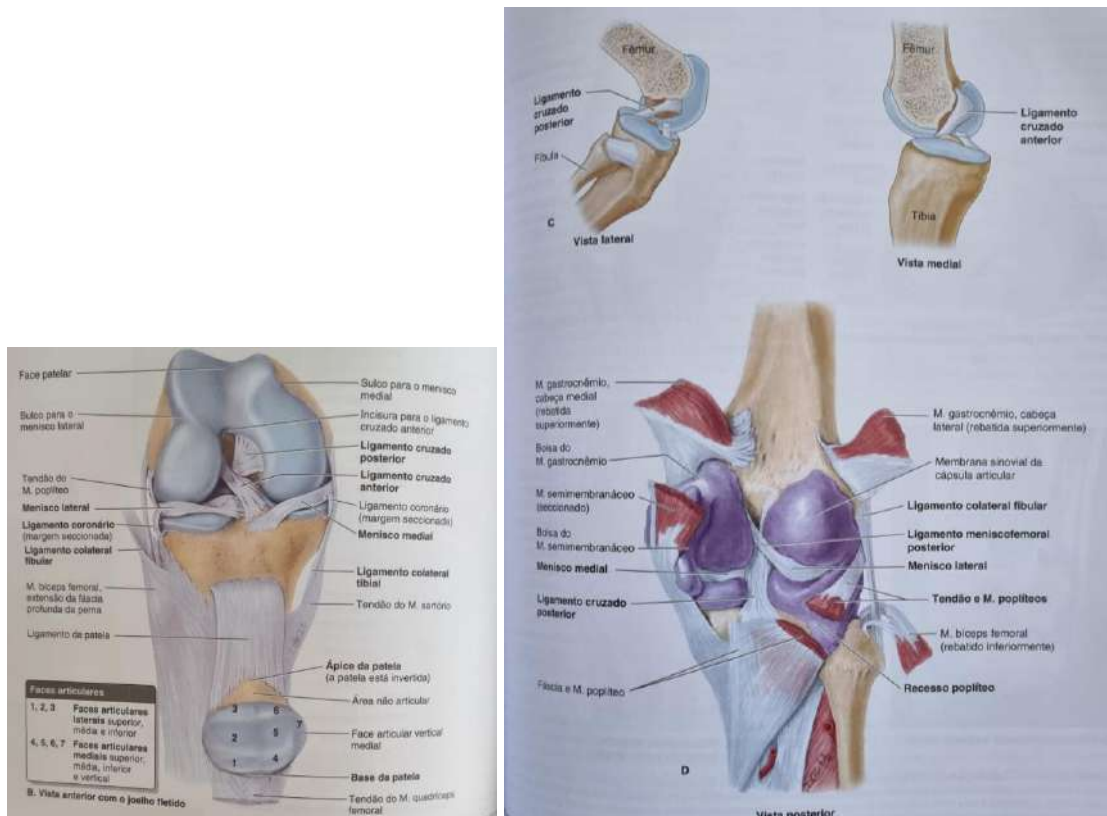
O ligamento cruzado anterior é o mais fraco dos ligamentos cruzados. Tem origem na área intercondilar anterior da tíbia, imediatamente posterior à fixação do menisco medial. (Moore et al., 2014)

O ligamento cruzado posterior é o mais forte dos ligamentos cruzados, tendo origem na área intercondilar posterior da tíbia, seguindo em sentido superior e anterior na face medial do ligamento cruzado anterior para se fixar à parte anterior da face lateral do côndilo medial do fémur. Quando o joelho se encontra fletido com sustentação de peso, o ligamento cruzado posterior é o principal responsável pela estabilização do fémur. (Moore et al., 2014)

Os meniscos da articulação do joelho são como lâminas em forma de meia-lua, compostos por fibrocartilagem na face articular da tíbia. Aprofundam a superfície e absorvem o choque. Os meniscos são mais espessos nas suas margens externas, tornando-se menos espessos até formarem margens finas não fixadas no interior da articulação. Estão firmemente fixados nas suas extremidades na área intercondilar da tíbia e as margens externas fixam-se à cápsula articular do joelho. (Moore et al., 2014)

O ligamento transversal do joelho é uma faixa fibrosa delgada. Este une-se às margens anteriores dos meniscos, cruzando a área intercondilar anterior, fixando os meniscos um ao outro aquando dos movimentos do joelho. (Moore et al., 2014)

Figura 5 - Ligamentos cruzados da articulação do joelho



Fonte: Moore et al., 2014

O menisco medial, com um formato em “C”, é mais largo na sua parte posterior do que na anterior. A sua extremidade anterior está fixa à área intercondilar anterior da tibia, localizando-se anteriormente à fixação do ligamento cruzado posterior. O menisco medial adere firmemente à face profunda do ligamento colateral tibial. O menisco medial é menos móvel sobre o plano tibial do que o menisco lateral devido às suas fixações laterais na área intercondilar tibial e medial no ligamento colateral tibial. (Moore et al., 2014)

O menisco lateral é quase circular, de menor dimensão e com maior mobilidade que o menisco medial. (Moore et al., 2014)

Figura 6 - Meniscos da articulação do joelho



Fonte: Moore et al., 2014

A flexão e a extensão são os principais movimentos do joelho, existindo alguma rotação quando o joelho está fletido. Quando está completamente estendido, o joelho “trava” passivamente devido à rotação medial dos côndilos do fêmur sobre o plano tibial, tornando o membro inferior numa coluna sólida, mais adaptado para a sustentação de peso. Quando o joelho é “travado”, os músculos da coxa e da perna relaxam rapidamente sem tornar o joelho instável em demasia. De forma a destravar o joelho, o músculo poplíteo contrai, girando o fêmur lateralmente cerca de 5° sobre o plano da tíbia, permitindo a flexão do joelho. (Moore et al., 2014)

3.2. A gonartrose e artroplastia total do joelho (PTJ)

De acordo com (Serra, Oliveira & Castro, 2012), a gonartrose ou artrose do joelho “pode surgir em consequência de trauma, infecção, meniscectomia, lesão ligamentar ou qualquer outra lesão articular, mas também ocorre sem qualquer causa aparente.” (Serra et al., 2012)

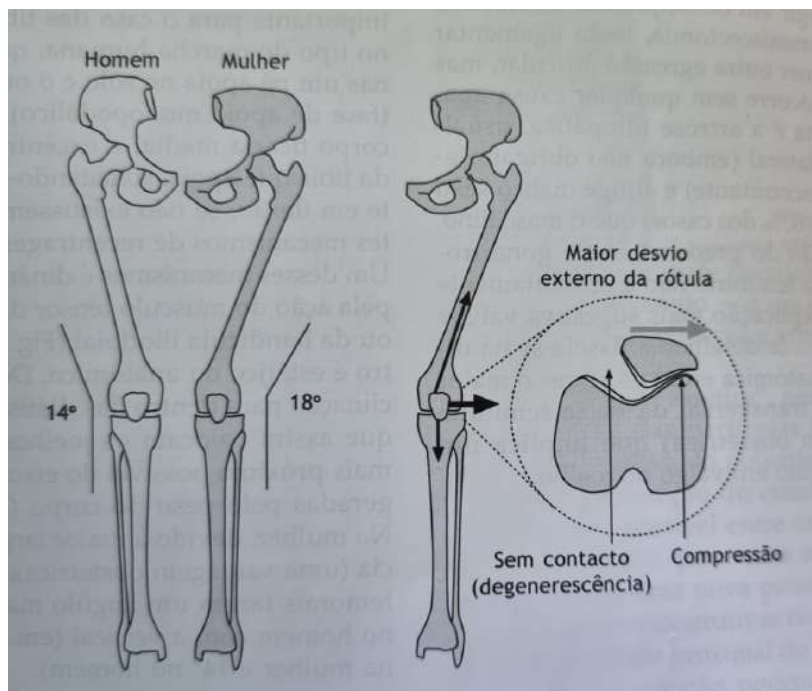
A artrose idiopática surge em 80% dos casos no sexo feminino. Esta predominância pode estar associada ao diâmetro transversal da bacia feminina, que conduz a um maior ângulo valgo no joelho.

Deste modo, o ângulo de ação do quadricípite provoca o aumento do efeito luxante externo na rótula, distanciando-a do contacto com a superfície condiliana interna.

Como consequência as cartilagens não são adequadamente nutridas, o que causa a tendência para degenerescência das mesmas.

“A situação típica é a mulher de meia-idade que, de modo relativamente súbito começa a referir dor incapacitante no joelho, acentuada por terreno irregular, ao vencer declives e degraus e muitas vezes sobretudo ao descê-los. A dor pode ser intensa e siderante, ocasionando sensação de falência funcional do joelho e risco de queda quando ocorre.” (Serra et al., 2012)

Figura 7 – Efeito luxante externo na rótula



Fonte: Serra et al., 2012

Tal como mencionado por (Serra et al., 2012) o joelho é a maior das articulações humanas quanto à área de cartilagem e membrana sinovial, sendo também a mais complexa no que respeita a componentes e mecânica.”

No passado a artrose não era considerada uma patologia inflamatória, contudo na atualidade, tendo em conta a deteção crescente da presença de inflamação em pacientes com esta doença, é reconhecida a sua vertente inflamatória.

No que diz respeito ao tratamento, o desconhecimento dos processos exatos implicados na etiopatogenia dificultam o desenvolvimento de terapias eficazes para os doentes com osteoartrose. Deste modo a abordagem terapêutica direcionou-se fortemente para o controlo da inflamação, o controlo da dor e a melhoria da função articular. (Pessoa & Espregueira-Mendes, 2019)

O tratamento desta patologia é similar ao adotado para outras articulações de carga, como a da anca, mas com ligeiras especificidades resultantes da maior complexidade anatômica e funcional desta articulação. Este resume-se a duas vertentes: tratamento conservador e tratamento cirúrgico. (Pessoa & Espregueira-Mendes, 2019)

O tratamento cirúrgico é um tratamento de última linha de atuação, sendo apenas aconselhado quando os sintomas condicionam a qualidade de vida dos pacientes e o tratamento conservador não consegue surtir efeito eficaz. (Pessoa & Espregueira-Mendes, 2019)

O tratamento conservador inclui tratamentos gerais e tratamentos específicos, sendo estes últimos diferenciados para a gonartrose isolada e para a artrose poliarticular, em função da existência ou não de comorbidades.

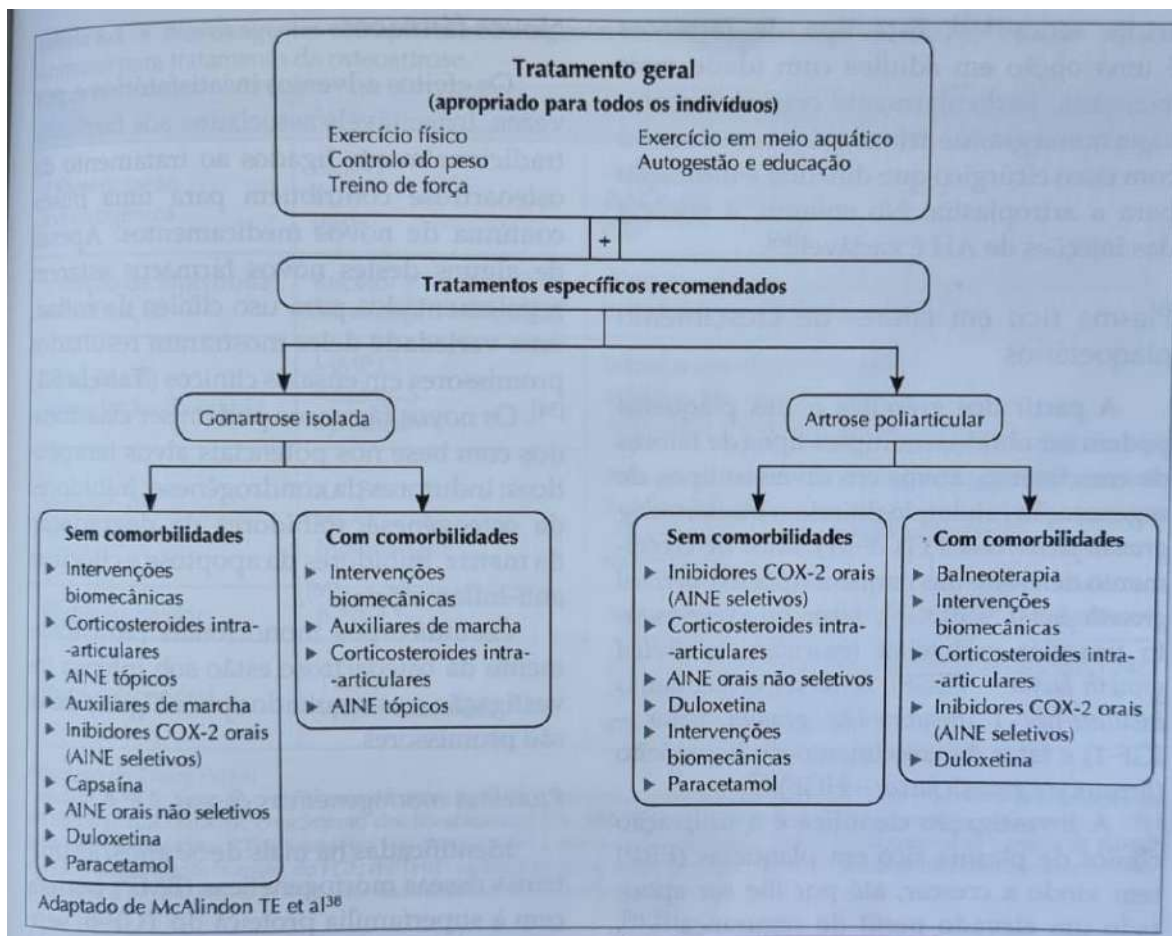
O tratamento geral, apropriado para todos os indivíduos, inclui diversas estratégias. A atividade física permite combater o sedentarismo, que contribui para a falta de condicionamento muscular e rigidez periarticular, e assim diminuir os sintomas da osteoartrose. (Pessoa & Espregueira-Mendes, 2019)

A obesidade influencia a gravidade da gonartrose e, como tal, deve ser corrigida, ajustando o peso a um índice de massa corporal adequado. É desaconselhado peso superior a 10% do peso corporal ideal. (Pessoa & Espregueira-Mendes, 2019)

No caso específico da gonartrose isolada sem comorbidades, é possível realizar uma série de intervenções biomecânicas e incentivar a utilização de auxiliares de marcha para o controlo sintomático da gonartrose. Além disso, também se aconselha tratamento farmacológico, como AINE, AINE seletivos, corticoesteroides intra-articulares, duloxetina e paracetamol. Para gonartrose isolada com comorbidades aconselha-se também o tratamento não farmacológico e, dentro do tratamento farmacológico, apenas AINE tópicos e corticoesteroides intra-articulares. (Pessoa & Espregueira-Mendes, 2019)

Para artrose poliarticular, o tratamento específico não farmacológico engloba intervenções biomecânicas e, no caso de existência de comorbidades, balneoterapia. Ao nível do tratamento farmacológico, nos casos com comorbidades poderão ser utilizados corticoesteroides intra-articulares, AINE seletivos e duloxetina. Caso não existam comorbidades, poderá ser utilizada a mesma terapêutica, incluindo também paracetamol e AINE orais não seletivos. (Pessoa & Espregueira-Mendes, 2019)

Figura 8 - Linhas orientadoras para o tratamento conservador da gonartrose (OARSI)



Fonte: Pessoa & Espregueira-Mendes, 2019

Atualmente estão a ser estudadas também terapias regenerativas que se baseiam em processos de substituição ou regeneração de células, tecidos ou órgãos humanos, de modo a restituir a função normal. De forma simplificada, este processo envolve “a utilização de células, matrizes e fatores bioativos para potenciar as propriedades mecânicas tecidulares, promover a migração celular, a sua fixação, proliferação e diferenciação no tipo de células desejado. Estas soluções têm vindo a mostrar resultados promissores no tratamento de defeitos da cartilagem.” (Pessoa & Espregueira-Mendes, 2019)

No estudo de caso atual o tratamento adotado foi cirúrgico, uma vez que o tratamento conservador não se manteve eficaz e a limitação funcional com redução da qualidade de vida tornou-se considerável.

No estudo de caso atual o tratamento adotado foi cirúrgico, uma vez que o tratamento conservador não se manteve eficaz e a limitação funcional com redução da qualidade de vida tornou-se considerável.

Foi realizada artroplastia total do joelho com prótese Triathlon (Stryker) – fémur 6, tibia 6, polietileno 10 com sacrifício do ligamento cruzado posterior (LCP).

A artroplastia consiste num “procedimento de substituição das superfícies articulares danificadas por implantes de revestimento metálico, que se articulam entre si, com interposição de um componente de polietileno. É reconhecido como um procedimento seguro e com elevada taxa de sucesso.” (Pessoa & Espregueira-Mendes, 2019)

A durabilidade dos componentes escolhidos é de aproximadamente 15 a 20 anos.

Devido ao carácter irreversível e probabilidade de ser necessária nova intervenção cirúrgica, quando possível este tipo de cirurgia deve ser evitado em pessoas com idade inferior a 60 anos.

No entanto, é especialmente indicada para indivíduos com mais de 60 anos de idade, com sintomatologia avançada e cujo tratamento conservador se revelou ineficaz, provocando uma limitação considerável da qualidade de vida, tal como no caso da Sr.^a L.P..

Dois fatores que parecem ser determinantes no sucesso de uma PTJ são o alinhamento do membro (femorotibial e patelofemoral) e o balanço ligamentar. (Pessoa & Espregueira-Mendes, 2019)

O sacrifício do LCP é efetuado dado que numa prótese em que este é preservado pode ficar excessivamente tenso, aumentando a pressão entre os componentes e por conseguinte alterando a cinemática do joelho, diminuindo a flexão e provocando maior desgaste do polietileno.

Se cessar o seu funcionamento por rotura ou degeneração pode provocar instabilidade da prótese.

“Numa revisão da literatura pela Cochrane, em 2013, os autores concluíram que não há diferença nos resultados entre as duas operações, exceto no grau de flexão e na escala funcional Knee Society Score, que favorecem o grupo das próteses com sacrifício do LCP”. (Pessoa & Espregueira-Mendes, 2019)

No caso da Sr.^a L.P. foi considerado pelo cirurgião mais seguro e fiável aplicar prótese com mecanismo de compensatório da ausência do LCP.

3.3. Intervenção do EEER na pessoa submetida a artroplastia do total do joelho (PTJ)

A intervenção do EEER na pessoa submetida a artroplastia do joelho com colocação de PTJ envolve cuidados pré-operatórios, cuidados ao longo do internamento e cuidados de preparação para a alta (sendo que esta última deve ser considerada desde o início do plano reabilitativo). Estes cuidados são apresentados nos Anexo I e Anexo II.

As instruções e treinos realizados devem ser implementados de acordo com indicações médicas e considerando estabilidade hemodinâmica, tolerância, capacidade cognitiva e adesão ao plano de reabilitação por parte do utente.

Assim sendo, no período pré-operatório, o EEER deve:

1. Informar/ Ensinar sobre:

- Em que consiste a Artroplastia Total do Joelho (funcionamento articular, procedimento cirúrgico e os cuidados a ter com pós cirúrgicos);
- Procedimentos pré-operatórios (lavagem com antisséptico, avaliação de sinais vitais, medicação, etc.);
- Recuperação na unidade de recobro;
- Período provável de recuperação/reabilitação;
- Planeamento do internamento hospitalar;
- Posicionamentos permitidos;
- Técnicas necessárias durante o internamento e após a alta clínica;
- Transferências da cama para a cadeirão/cadeira sanitária; treino de marcha com andarilho e/ou canadianas e treino de escadas.
- Envolver o cuidador informal neste processo preparando-o para os cuidados que deverá prestar no domicílio, dotá-lo de capacidade para prestar os cuidados reabilitativos necessários.

2. Ensinar exercícios de Reeducação Funcional Respiratória:

- Consciencialização da respiração e dissociação dos tempos respiratórios;
- Ensinar respiração abdomino-diafragmática;
- Ensinar reeducação costal;
- Ensinar a tossir.

3. Ensinar exercícios de Reeducação Funcional Motora:

- Ensinar flexão e extensão tibiotársica;
- Ensinar abdução/adução da articulação coxofemoral;
- Ensinar exercícios de contrações isométricas dos abdominais, glúteos e quadricípites;
- Ensinar exercícios isotónicos;
- Ensinar flexão/extensão da articulação coxofemoral associada à extensão/flexão do joelho.

No período de internamento o EEER deve:

- Durante pós-operatório imediato:

- Instruir/treinar reeducação funcional respiratória;
 - Instruir consciencialização da respiração e dissociação dos tempos respiratórios;
 - Ensinar da respiração abdomino diafragmática;
 - Ensinar de Reeducação Costal;
 - Ensinar a tossir;
 - Instruir/treinar posicionamentos permitidos;
 - Avaliar a sensibilidade;
 - Avaliar a força muscular;
 - Ensinar/Instruir/Treinar exercícios de reeducação funcional motora, tais como:
 - Exercícios isométricos (glúteos, quadríceps e abdominais);
 - Exercícios isotônicos do membro operado;
 - Exercícios isotônicos ativos no membro inferior menos lesados e membros superiores.
 - Crioterapia (20 a 30 min. 3xdia).
- Após 24 horas:
- Manter as intervenções anteriores;
 - Avaliar e treinar de equilíbrio estático/dinâmico na posição de sentado e na posição ortostática;
 - Instruir/treinar o 1.º levante, exceto se indicação contrária médica e tendo em conta a estabilidade hemodinâmica da utente;
 - Ensinar/Instruir/Treinar transferência da cama para a cadeira de rodas e vice-versa;
 - Instruir/treinar técnicas de sentar-se/rodar/colocar-se de pé e inverso.
- Após 48 horas:
- Manter as intervenções anteriores;
 - Manter reeducação funcional motora previamente ensinada e treinada, permitindo à utente a realização dos exercícios de forma autónoma em função da sua capacidade, incluindo exercícios isotônicos ativos no membro operado e ativos/assistidos no membro não operado;
 - Avaliar capacidade da utente para adotar posição ortostática;

- Ensinar/Instruir/Treinar técnica de marcha com auxiliar de marcha (tendo em conta a indicação médica para efetuar carga) de acordo com tolerância da utente;
 - Ensinar/Instruir/Treinar autocuidados relativos a:
 - Alimentação;
 - Higiene pessoal/Banho;
 - Vestir/despir;
 - Transferência da cama para o cadeirão e vice-versa;
 - Transferência da cama para o WC e vice-versa;
 - Utilização o WC.
 - Ensinar como prevenir quedas.
- Após 72 horas:
- Manter as intervenções anteriores;
 - Reinstruir/Treinar a marcha com auxiliar de marcha até 10 metros de distância percorrida, atendendo às restrições médicas.
- Após 96 horas:
- Manter as intervenções anteriores;
 - Reinstruir/Treinar marcha com auxiliar de marcha, para uma distância de 20 metros;
 - Ensinar/Instruir/Treinar subida e descida de escadas, entrar e sair do carro

No período preparação de alta o EEER deve:

- Caso a evolução ocorra de acordo com o esperado, a paciente necessitará apenas de supervisão e esclarecimento de dúvidas;
- Ensinar estratégias facilitadoras para auxiliar a utente e como prevenir acidentes/complicações ao cuidador informal;
- Fornecer documentos orientadores com a informação essencial para evitar erros e auxiliar na consolidação da aprendizagem.
- Ensino de mestria de readaptação à sua nova condição
- Validar a capacitação do cuidador informal para dar continuidade ao processo reabilitativo no domicílio.

4. AVALIAÇÃO DA SR.^a L.P.

4.1. The Oxford Knee Score: Avaliação da qualidade de vida

Figura 9 – Avaliação da qualidade de vida da Sr.^a L.P. utilizando a OKS

Please answer the following 12 multiple choice questions.
During the past 4 weeks.....

1. How would you describe the pain you usually have in your knee? <input type="radio"/> None <input type="radio"/> Very mild <input type="radio"/> Mild <input type="radio"/> Moderate <input checked="" type="radio"/> Severe	7. Could you kneel down and get up again afterwards? <input type="radio"/> Yes, easily <input type="radio"/> With little difficulty <input type="radio"/> With moderate difficulty <input checked="" type="radio"/> With extreme difficulty <input type="radio"/> No, impossible
2. Have you had any trouble washing and drying yourself (all over) because of your knee? <input type="radio"/> No trouble at all <input type="radio"/> Very little trouble <input type="radio"/> Moderate trouble <input checked="" type="radio"/> Extreme difficulty <input type="radio"/> Impossible to do	8. Are you troubled by pain in your knee at night in bed? <input type="radio"/> Not at all <input type="radio"/> Only one or two nights <input type="radio"/> Some nights <input checked="" type="radio"/> Most nights <input type="radio"/> Every night
3. Have you had any trouble getting in and out of the car or using public transport because of your knee? (With or without a stick) <input type="radio"/> No trouble at all <input type="radio"/> Very little trouble <input type="radio"/> Moderate trouble <input checked="" type="radio"/> Extreme difficulty <input type="radio"/> Impossible to do	9. How much has pain from your knee interfered with your usual work? (including housework) <input type="radio"/> Not at all <input type="radio"/> A little bit <input type="radio"/> Moderately <input checked="" type="radio"/> Greatly <input type="radio"/> Totally
4. For how long are you able to walk before the pain in your knee becomes severe? (With or without a stick) <input type="radio"/> No pain > 60 min <input type="radio"/> 16 - 60 minutes <input checked="" type="radio"/> 5 - 15 minutes <input type="radio"/> Around the house only <input type="radio"/> Not at all - severe on walking	10. Have you felt that your knee might suddenly give away or let you down? <input type="radio"/> Rarely / Never <input type="radio"/> Sometimes or just at first <input checked="" type="radio"/> Often, not at first <input type="radio"/> Most of the time <input type="radio"/> All the time
5. After a meal (sat at a table), how painful has it been for you to stand up from a chair because of your knee? <input type="radio"/> Not at all painful <input type="radio"/> Slightly painful	11. Could you do household shopping on your own? <input type="radio"/> Yes, easily <input type="radio"/> With little difficulty
6. Have you been limping when walking, because of your knee? <input type="radio"/> Rarely / never <input type="radio"/> Sometimes or just at first <input type="radio"/> Often, not just at first <input type="radio"/> Most of the time <input checked="" type="radio"/> All of the time	12. Could you walk down a flight of stairs? <input type="radio"/> Yes, easily <input type="radio"/> With little difficulty <input type="radio"/> With moderate difficulty <input checked="" type="radio"/> With extreme difficulty <input type="radio"/> No, impossible

The Oxford Knee Score is:

Grading for the Oxford Knee Score

Score 0 to 19 May indicate severe knee arthritis. It is highly likely that you may well require some form of surgical intervention, contact your family physician for a consult with an Orthopaedic Surgeon.

Score 20 to 29 May indicate moderate to severe knee arthritis. See your family physician for an assessment and x-ray. Consider a consult with an Orthopaedic Surgeon.

Score 30 to 39 May indicate mild to moderate knee arthritis. Consider seeing your family physician for an assessment and possible x-ray. You may benefit from non-surgical treatment, such as exercise, weight loss, and /or anti-inflammatory medication

Score 40 to 48 May indicate satisfactory joint function. May not require any formal treatment.

Reference for Score: Dawson J, Fitzpatrick R, Murray D, Carr A. Questionnaire on the perceptions of patients about total knee replacement. J Bone Joint Surg Br. 1998 Jan;80(1):63-9. [Link](#)

Reference for Grading: [Link](#)

Web Design London -
James Blake Internet

Fonte: http://www.orthopaedicscore.com/scorepages/oxford_knee_score.html

4.2. Escala de avaliação da dor: Avaliação qualitativa da dor

Tabela 2 - Escala qualitativa de avaliação da dor

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Fonte: https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

A paciente referiu ao longo do internamento dor ligeira aquando da mobilização do membro afetado, que após analgesia em esquema, crioterapia e repouso aliviava.

Aquando da alta aparentava-se sem dor. A paciente referiu que estava muito satisfeita com a realização desta intervenção uma vez que previamente à mesma as dores que sentia tornaram-se insuportáveis.

4.3. Índice de Lawton-Brody

Tabela 3 - Avaliação da Sr.^a L.P. no desempenho das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) no período pré- operatório

Itens	Cotação	
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a roupa	3
Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré cozinhados	3
	Incapaz de preparar refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de taxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

Fonte: Apóstolo, 2012

Tabela 4 - Parametrização do índice de Lawton-Brody

Independente	Moderadamente dependente	Severamente dependente
8 pontos	9 a 20 pontos	> 20 pontos

Fonte: Apóstolo, 2012

4.4. Índice de Barthel: Avalia a dependência funcional

Tabela 5 - Avaliação da dependência funcional da Sr.^a L.P. através do Índice de Barthel

Grau de dependência no Autocuidado	Admissão	Alta
Alimentação	10	10
Transferência	10	10
Toaleta	5	5
Utilização do WC	10	10
Banho	5	5
Mobilidade	5	10
Subir e descer escadas	5	10
Vestir	10	5
Controlo intestinal	10	10
Controlo urinário	10	10
Total	80	85

Fonte: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

Tabela 6 - Parametrização do Índice de Barthel

Barthel > 90	90 > Barthel > 55	Barthel < 55
Dependente ligeiro	Dependente Moderado	Dependente elevado

Fonte: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

A paciente apresentava um score de 80 (dependência moderada) na admissão, cuja limitação funcional era maioritariamente associada à dor. No momento de alta tinha um score de 85 (dependência moderada), uma vez que esta refere que a dor diminuiu consideravelmente apesar da intervenção cirúrgica.

4.5. Escala de Coma de Glasgow : Avaliação Neurológica

Tabela 7 - Escala de coma de Glasgow

Abertura dos olhos	Espontânea	4
	Ao comando verbal	3
	À dor	2
	Fechados	1
Resposta motora	Obedece a comandos	6
	Localiza a dor	5
	Flexão retirada à dor	4
	Flexão anormal à dor	3
	Extensão à dor	2
	Não mexe	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhuma	1

Fonte: https://rdstation-static.s3.amazonaws.com/cms/files/45633/1559690358Escala_de_Coma_de_Glasgow_-_atualizada_em_2018.jpg

Ao longo do decorrer do internamento e até à ao momento da alta a paciente sempre manteve:

- Abertura ocular espontânea (4)
- Resposta motora que obedece a comandos (6)
- Resposta verbal orientada (5)

Assim, o score da paciente manteve-se em 15, mantendo a normalidade neurológica aquando das avaliações efetuadas.

4.6. Escala de Braden : Avaliação do risco de UP

Tabela 8 - Avaliação do risco de desenvolvimento de UP na Sr.^a L.P. durante o internamento e na alta

Escala de Braden			Internamento	Alta
Perceção sensorial	Completamente limitada	1		
	Muito limitada	2		
	Ligeiramente limitada	3		
	Nenhuma limitação	4	4	4
Humidade	Pele constantemente húmida	1		
	Pele muito húmida	2		
	Pele ocasionalmente húmida	3		
	Pele raramente húmida	4	4	4
Atividade	Acamado	1		
	Sentado	2		
	Anda ocasionalmente	3	3	
	Anda frequentemente	4		4
Mobilidade	Completamente imobilizado	1		
	Muito limitada	2		
	Ligeiramente limitada	3	3	3
	Nenhuma limitação	4		
Nutrição	Muito pobre	1		
	Provavelmente inadequada	2		
	Adequada	3	3	3
	Excelente	4		
Fricção e forças de deslizamento	Problema	1		
	Problema potencial	2	2	
	Nenhum problema	3		3
Score			19	21

Fonte: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx

Tabela 9 - Parametrização da escala de Braden

	Classificação
Sem risco	22 a 24
Baixo risco	18 a 21
Risco moderado	13 a 17

Fonte :https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx

4.7. Medical Research Council Muscle Scale: Avaliação da Força Muscular

Tabela 10 - Parametrização da Medical Research Scale

Não apresenta movimento muscular nem articular. Não se observa contração muscular – paralisia total	0
Não usa o músculo para mover a articulação: Percebem-se apenas pequenas contrações musculares, mas sem movimento	1
Amplitude completa de movimento, mas sem vencer a gravidade	2
Amplitude completa do movimento, vence a gravidade, mas não uma resistência mínima adicional	3
Amplitude completa do movimento, vence a gravidade com alguma resistência adicional	4
Amplitude normal e completa dos movimentos – força normal	5

Tabela 11 - Avaliação da Força Muscular - Medical Research Council Muscle Scale

Segmentos	Movimentos	Avaliação Força Muscular	
		Direito	Esquerdo
	Membro Superior		
Escapulo-umeral	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
	Adução	5	5
	Abdução	5	5
	Rotação interna	5	5
	Rotação externa	5	5
	Circundação	5	5
	Elevação	5	5
	Depressão	5	5
Cotovelo	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
Antebraço	Pronação	5	5
	Supinação	5	5
	Flexão palmar	5	5
	Dorsiflexão	5	5
Punho	Desvio radial	5	5

	Desvio cubital	5	5
	Circundação	5	5
Membro Superior		Direito	Esquerdo
Dedos	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
	Adução	5	5
	Abdução	5	5
	Circundação polegar	5	5
	Oponência polegar	5	5
Membro Inferior		Direito	Esquerdo
Coxo-femoral	Flexão	5	4
	Extensão	5	4
	Adução	5	4
	Abdução	5	4
	Rotação interna	5	4
	Rotação externa	5	4
	Circundação	5	4
Joelho	Flexão	5	3/4
	Extensão	5	3/4
Tíbio-társica	Flexão plantar	5	3/4
	Flexão dorsal	5	3/4
	Inversão	5	3/4
	Eversão	5	3/4
Dedos	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
	Adução	5	5
	Abdução	5	5

4.8. Escala de Ashworth Modificada: Avaliação de Tônus muscular

Tabela 12 - Avaliação do tônus Muscular

Escala de <i>Ashworth</i> Modificada: ALTA			
Membro superior		Membro inferior	
Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
0	0	0	1

Aquando das avaliações realizadas denotou-se no membro inferior esquerdo um discreto aumento do tônus muscular com resistência mínima nos últimos graus do movimento. Os restantes membros não apresentavam alterações.

4.9. Escala de Berg: Avaliação do Equilíbrio

Figura 10 - Avaliação do equilíbrio da Sr.^a L.P. no início do internamento

1. DA POSIÇÃO DE SENTADO PARA A POSIÇÃO DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos como suporte.

- 4 Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma
- 3 Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos
- 2 Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas
- 1 Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável
- 0 Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar

2. FICAR EM PÉ SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar.

- 4 Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos
- 3 Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão
- 2 Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos
- 1 Necessita de várias tentativas para se manter de pé, sem apoio, durante 30 segundos
- 0 Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda



3. SENTA-SE COM AS COSTAS DESAPOIADAS MAS COM OS PÉS APOIADOS NO CHÃO OU SOBRE UM BANCO

• INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.

- 4 Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos
- 3 Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão
- 2 Mantém-se sentado durante 30 segundos
- 1 Mantém-se sentado durante 10 segundos
- 0 Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos

4. DA POSIÇÃO DE PÉ PARA A POSIÇÃO DE SENTADO

• INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

- 4 Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos
- 3 Ao sentar-se recorre às mãos
- 2 Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida
- 1 Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida
- 0 Necessita de ajuda para se sentar

5. TRANSFERÊNCIAS

• INSTRUÇÕES: Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo “pivot”. Podem ser utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira sem braços.

- 4 Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos
- 3 Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos
- 2 Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão
- 1 Necessita de ajuda de uma pessoa
- 0 Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança

6. FICAR EM PÉ SEM APOIO E COM OS OLHOS FECHADOS

• INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos.

- 4 Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos
- 3 Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão
- 2 Consegue manter-se em pé durante 3 segundos
- 1 Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável
- 0 Necessita de ajuda para evitar a queda

7. MANTER-SE EM PÉ SEM APOIO E COM OS PÉS JUNTOS

• INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar.

- 4 Consegue manter os pés juntos, de forma autônoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto
- 3 Consegue manter os pés juntos, de forma autônoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão
- 2 Consegue manter os pés juntos, de forma autônoma, mas não consegue manter a posição durante 30 segundos
- 1 Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos
- 0 Necessita de ajuda para chegar à posição mas não consegue mantê-la durante 15 segundos

8. INCLINAR-SE PARA A FRENTE COM O BRAÇO ESTENDIDO AO MESMO TEMPO QUE SE MANTÉM DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Mantenha o braço estendido a 90 graus. Estique os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (O examinador coloca uma régua no final dos dedos quando o braço está a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar a rotação do tronco.)

- 4 Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante (10 polegadas)
- 3 Consegue inclinar-se mais de 12 cm para a frente, com segurança (5 polegadas)
- 2 Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança (2 polegadas)
- 1 Inclina-se para a frente mas necessita de supervisão
- 0 Perde o equilíbrio durante as tentativas / necessita de apoio externo

9. APANHAR UM OBJECTO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés.

4 Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança

3 Consegue apanhar o chinelo mas necessita de supervisão

2 Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma

1 Não consegue apanhar o chinelo e necessita supervisão enquanto tenta

0 Não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

10. VIRAR-SE PARA OLHAR SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO ENQUANTO ESTÁ DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Vire-se e olhe para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o lado direito. O examinador pode pegar num objecto para o paciente olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar a rotação.

4 Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso

3 Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir o peso

2 Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio

1 Necessita de supervisão ao virar

0 Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

11. DAR UMA VOLTA DE 360 GRAUS

• INSTRUÇÕES: Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direcção oposta.

4 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos

3 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em 4 segundos ou menos

2 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança mas lentamente

1 Necessita de supervisão ou de indicações verbais

0 Necessita de ajuda enquanto dá a volta

12. COLOCAR OS PÉS ALTERNADOS NUM DEGRAU OU BANCO ENQUANTO SE MANTÉM EM PÉ SEM APOIO

• INSTRUÇÕES: Coloque cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.

4 Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos

3 Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos

2 Consegue completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão

1 Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda

0 Necessita de ajuda para evitar a queda / não consegue tentar

13. FICAR EM PÉ SEM APOIO COM UM PÉ À FRENTE DO OUTRO

• INSTRUÇÕES: (DEMONSTRAR PARA O SUJEITO) Coloque um pé exactamente em frente do outro. Se sentir que não consegue colocar o pé exactamente à frente, tente dar um passo suficientemente largo para que o calcanhar do seu pé esteja à frente dos dedos do seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura do paciente deverá aproximar-se da sua passada normal).

4 Consegue colocar um pé exactamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos

3 Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos

2 Consegue dar um pequeno passo, de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos

1 Necessita de ajuda para dar um passo mas consegue manter a posição durante 15 segundos

0 Perde o equilíbrio enquanto dá o passo ou ao ficar de pé

14. FICAR EM PÉ SOBRE UMA PERNA

• INSTRUÇÕES: Fique em pé sobre uma perna, sem se segurar, pelo maior tempo possível.

4 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante mais de 10 segundos

3 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição entre 5 e 10 segundos

2 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante 3 segundos ou mais

1 Tenta levantar a perna sem conseguir manter a posição durante 3 segundos, mas continua a manter-se em pé de forma autónoma

0 Não consegue tentar ou necessita de ajuda para evitar a queda

TOTAL 17

Fonte: Apóstolo, 2012

Score correspondente ao início do internamento, na primeira tentativa de levantar e transferência para cadeirão, que indica que a Sr.^a L.P. provavelmente precisava da ajuda de uma cadeira de rodas para se movimentar com segurança.

Tabela 13 - Parametrização da Escala de Berg

0 to 20:	A pessoa provavelmente precisará da ajuda de uma cadeira de rodas para se movimentar com segurança. Mau equilíbrio
21 to 40:	A pessoa precisará de algum tipo de assistência para caminhar, como utilização de auxiliar de marcha, por exemplo, andarilho ou bengala. Equilíbrio aceitável.
41 to 56:	A pessoa é considerada independente e deve ser capaz de se locomover com segurança sem assistência. Bom equilíbrio

Fonte: Apóstolo, 2012

Foi efetuada nova avaliação dois dias após a avaliação acima apresentada. Nesta reavaliação a paciente apresentou um score de 32, o que significa que pessoa precisará de algum tipo de assistência para caminhar, ou seja, um auxiliar de marcha como andarilho ou bengala. Equilíbrio aceitável

Tabela 14 - Avaliação do equilíbrio da Sr.^a L.P. dois dias após internamento

1. DA POSIÇÃO DE SENTADO PARA A POSIÇÃO DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos como suporte.

- 4 Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma
- 3 Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos
- 2 Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas
- 1 Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável
- 0 Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar

2. FICAR EM PÉ SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar.

- 4 Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos
- 3 Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão
- 2 Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos
- 1 Necessita de várias tentativas para se manter de pé, sem apoio, durante 30 segundos
- 0 Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda

3. SENTA-SE COM AS COSTAS DESAPOIADAS MAS COM OS PÉS APOIADOS NO CHÃO OU SOBRE UM BANCO

• INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.

- 4 Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos
- 3 Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão
- 2 Mantém-se sentado durante 30 segundos
- 1 Mantém-se sentado durante 10 segundos
- 0 Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos

4. DA POSIÇÃO DE PÉ PARA A POSIÇÃO DE SENTADO

• INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

- 4 Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos
- 3 Ao sentar-se recorre às mãos
- 2 Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida
- 1 Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida
- 0 Necessita de ajuda para se sentar

5. TRANSFERÊNCIAS

• INSTRUÇÕES: Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo “pivot”. Podem ser utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira sem braços.

- 4 Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos
- 3 Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos
- 2 Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão
- 1 Necessita de ajuda de uma pessoa
- 0 Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança

6. FICAR EM PÉ SEM APOIO E COM OS OLHOS FECHADOS

• INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos.

- 4 Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos
- 3 Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão
- 2 Consegue manter-se em pé durante 3 segundos
- 1 Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável
- 0 Necessita de ajuda para evitar a queda

7. MANTER-SE EM PÉ SEM APOIO E COM OS PÉS JUNTOS

• INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar.

- 4 Consegue manter os pés juntos, de forma autônoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto
- 3 Consegue manter os pés juntos, de forma autônoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão
- 2 Consegue manter os pés juntos, de forma autônoma, mas não consegue manter a posição durante 30 segundos
- 1 Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos
- 0 Necessita de ajuda para chegar à posição mas não consegue mantê-la durante 15 segundos

8. INCLINAR-SE PARA A FRENTE COM O BRAÇO ESTENDIDO AO MESMO TEMPO QUE SE MANTÉM DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Mantenha o braço estendido a 90 graus. Estique os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (O examinador coloca uma régua no final dos dedos quando o braço está a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar a rotação do tronco.)

- 4 Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante (10 polegadas)
- 3 Consegue inclinar-se mais de 12 cm para a frente, com segurança (5 polegadas)
- 2 Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança (2 polegadas)
- 1 Inclina-se para a frente mas necessita de supervisão
- 0 Perde o equilíbrio durante as tentativas / necessita de apoio externo

9. APANHAR UM OBJECTO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés.

- 4 Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança
- 3 Consegue apanhar o chinelo mas necessita de supervisão
- 2 Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma
- 1 Não consegue apanhar o chinelo e necessita supervisão enquanto tenta
- 0 Não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

10. VIRAR-SE PARA OLHAR SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO ENQUANTO ESTÁ DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Vire-se e olhe para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o lado direito. O examinador pode pegar num objecto para o paciente olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar a rotação.

- 4 Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso
- 3 Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir o peso
- 2 Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio
- 1 Necessita de supervisão ao virar
- 0 Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

11. DAR UMA VOLTA DE 360 GRAUS

• INSTRUÇÕES: Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direção oposta.

- 4 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- 3 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em 4 segundos ou menos
- 2 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança mas lentamente
- 1 Necessita de supervisão ou de indicações verbais
- 0 Necessita de ajuda enquanto dá a volta

12. COLOCAR OS PÉS ALTERNADOS NUM DEGRAU OU BANCO ENQUANTO SE MANTÉM EM PÉ SEM APOIO

• INSTRUÇÕES: Coloque cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.

- 4 Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos
- 3 Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos
- 2 Consegue completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão
- 1 Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda
- 0 Necessita de ajuda para evitar a queda / não consegue tentar

13. FICAR EM PÉ SEM APOIO COM UM PÉ À FRENTE DO OUTRO

• INSTRUÇÕES: (DEMONSTRAR PARA O SUJEITO) Coloque um pé exactamente em frente do outro. Se sentir que não consegue colocar o pé exactamente à frente, tente dar um passo suficientemente largo para que o calcanhar do seu pé esteja à frente dos dedos do seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura do paciente deverá aproximar-se da sua passada normal).

- 4 Consegue colocar um pé exactamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- 3 Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- 2 Consegue dar um pequeno passo, de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- 1 Necessita de ajuda para dar um passo mas consegue manter a posição durante 15 segundos
- 0 Perde o equilíbrio enquanto dá o passo ou ao ficar de pé

14. FICAR EM PÉ SOBRE UMA PERNA

• INSTRUÇÕES: Fique em pé sobre uma perna, sem se segurar, pelo maior tempo possível.

- 4 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante mais de 10 segundos
- 3 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição entre 5 e 10 segundos
- 2 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante 3 segundos ou mais
- 1 Tenta levantar a perna sem conseguir manter a posição durante 3 segundos, mas continua a manter-se em pé de forma autónoma
- 0 Não consegue tentar ou necessita de ajuda para evitar a queda

Fonte: Apóstolo, 2012

TOTAL 32

4.10. Escala de Morse: Avaliação do risco de queda

Tabela 15 - Escala de Morse

Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilidade Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

Fonte: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Tabela 16 - Parametrização da escala de Morse

Sem risco	Baixo risco	Alto risco
0 e ≤ 24 pontos	≥ 25 e ≤ 50 pontos	≥ 51 pontos

Fonte: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Tabela 17 - Avaliação do risco de queda da Sr.^aL.P. através da escala de Morse

Item	Internamento	Alta
1	0	0
2	15	15
3	15	15
4	20	0
5	20	10
6	0	0
Total	70	40

Durante o internamento a paciente apresentava elevado risco de queda. No momento de alta apresentava baixo risco de queda.

5. IMPACTO NOS AUTOCUIDADOS

“Desde sempre, as teorias de enfermagem descrevem, no essencial, que o desígnio fundamental da ação profissional dos enfermeiros é a promoção da independência no autocuidado” (Ribeiro et al., 2021)

Orem (2006) refere, entre os conceitos da Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado, os requisitos de autocuidado. Na perspetiva da Teoria, os requisitos de autocuidado são as ações direcionadas à prestação do autocuidado. A categoria dos requisitos que iremos abordar abaixo são os requisitos universais.

Requisitos Universais: estão associados com os processos da vida e com manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano. São comuns a todos os seres humanos durante todos os estágios do ciclo de vida e devem ser vistos como fatores inter-relacionados, cada um influenciando o outro. Orem identifica os seguintes requisitos de autocuidado universais.

Requisitos universais de Autocuidado		
Manutenção de inspiração de ar suficiente	A sr ^o L.P. evidencia ausência de dispneia (de acordo com a escala de Borg modificada), sem necessidade de aporte de O ₂ . A paciente foi ensinada exercícios respiratórios para manutenção da oxigenação adequada e redução do cansaço ao longo do programa de reabilitação.	Sistema de enfermagem apoio-educação.
Manutenção de ingestão suficiente de água e alimentos	A paciente necessita apenas de ser ensinada/instruída para adotar uma alimentação saudável adequada. Não apresenta qualquer tipo de renitência alimentar ou na ingestão hídrica.	Sistema de enfermagem apoio-educação.
Promoção dos cuidados associados com a eliminação	A paciente não tem nenhuma dependência neste domínio. A únicas limitações que teve foram associadas à intervenção cirúrgica, tendo solicitado arrastadeira previamente ao 1 ^o levante e treino de marcha.	Sistema de enfermagem parcialmente compensatório.
Manutenção do equilíbrio entre atividade e o descanso	A paciente teve que ser ensinada e auxiliada a realizar exercícios direcionados para RFM de modo a recuperar gradualmente a sua independência após a intervenção cirúrgica.	Sistema de enfermagem parcialmente compensatório. Sistema de enfermagem apoio-educação.

<p>Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social</p>	<p>Ao longo do internamento a paciente manteve contacto telefónico com o seu marido, filhas e amigas. Também recebeu visitas do seu marido (principal cuidador) dentro do horário estipulado pelo serviço. Quando possível também teve momentos de convivência com a equipa multidisciplinar de saúde (ex: enfermeiros, auxiliares, médicos...)</p>	<p>Sistema de enfermagem apoio-educação.</p>
<p>Prevenção de riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e o bem-estar humano</p>	<p>A paciente foi ensinada a reconhecer alterações significativas, tendo sempre a campainha perto de si para alertar/chamar a enfermeira quando necessário.</p>	<p>Sistema de enfermagem apoio-educação.</p>
<p>Promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de normalidade</p>	<p>A paciente dispõe um ótimo suporte familiar e tem um grupo de amigas da sua área de residência muito presente e prestativo.</p>	<p>Sistema de enfermagem apoio-educação.</p>

6. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas respiratórias	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir complicações pulmonares, no pós-operatório - Promover devida oxigenação das células - Promover relaxamento - Diminuir stress - Promover cicatrização adequada 	Reeducação funcional respiratória: <ul style="list-style-type: none"> - Consciencialização da respiração e dissociação dos tempos respiratórios - Ensino da respiração abdominodiafragmática - Ensino de Reeducação Costal - Ensino da tosse assistida 	<p>25/01: Paciente colaborante e participativa, com capacidade para aprendizagem dos exercícios ensinados/ instruídos e treinados.</p> <p>Saturação inicial 95% e final 97%.</p> <p>27/01: Paciente colaborante e participativa, com capacidade para retenção dos ensinamentos previamente efetuados e realização autónoma dos exercícios treinados nos dias anteriores.</p> <p>Saturação inicial 96% e final 98%.</p>

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
Ferida Cirúrgica	Prevenir infeção	<ul style="list-style-type: none"> - Limpeza/desinfecção da ferida cirúrgica - Identificar presença de sinais inflamatórios - Avaliar evolução cicatricial - Avaliar o conhecimento da paciente sobre prevenção de infeção - Ensinar a paciente sobre prevenção da contaminação/infeção 	No decorrer do internamento a ferida cirúrgica manteve-se sem sinais inflamatórios. Apresentava boa evolução cicatricial. Sem sinais de deiscência da sutura.

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
Dor	Controlar/prevenir dor	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a dor com recurso à escala visual analógica (EVA) - Controlar dor e edema através da crioterapia e posicionamento adequado. - Administrar terapêutica antiálgica de acordo com a prescrição médica instituída; - Executar técnicas não medicamentosas de alívio de dor - Monitorizar a eficácia das intervenções acima mencionadas 	<p>25/01: A paciente refere dor ligeira que diminuiu para após as intervenções referidas.</p> <p>27/01: A paciente refere que a dor não era significativa.</p>

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
Hipertensão	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar tensão arterial - Prevenir hipertensão 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar tensão arterial - Ensinar sobre a doença - Ensinar sobre complicações da doença - Avaliar hipertensão 	<p>25/01: TA: 154/78 mmHg FC: 66 b.p.m. SpO2: 97% (em ar ambiente) Temperatura Corporal: 36,6°C Dor ligeira</p> <p>27/01: TA: 136/74 mmHg FC: 66 b.p.m. SpO2: 98% (em ar ambiente) Temperatura Corporal: 36,2°C Dor não significativa</p>

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
<p>Movimento corporal comprometido no membro inferior esquerdo</p> <p>Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre pratica dos exercícos musculares e articulares e a mobilidade do joelho</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre os exercícos</p> <p>Potencial para melhorar a capacidade para realizar os exercícos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a mobilização da utente - Prevenir complicações por imobilidade/pós-cirúrgicas - Promover a força muscular - Diminuir a perda de massa muscular - Identificar potencial e características específicas da pessoa para personalização do programa de reabilitação; - Promover retorno venoso e boa perfusão tecidual - Diminuir dor - Diminuir edema 	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a relação entre pratica dos exercícos musculares e articulares e a mobilidade do joelho - Incentivar a mobilização imediatamente após a cirurgia (sempre tendo em conta o nível de dor e o grau de consciência da paciente) - Ensinar/Instruir/treinar posicionamentos permitidos no período pós-cirúrgico. - Avaliação da sensibilidade - Avaliar amplitude articular, promovendo-a - Avaliação da força muscular - Reeducação funcional motora: 2 x turno 2 series de 10 repetições (aumentando gradualmente o número de séries e repetições se possível) <ul style="list-style-type: none"> • Exercícos de contrações isométricas (glúteos, quadricípites, abdominais) • Exercícos isotónicos: <ul style="list-style-type: none"> - Mobilizações ativas/livres/assistidas/resistidas dos membros sãos -Mobilizações ativas assistidas/resistidas do membro intervencionado de acordo com a tolerância da pessoa: -Flexão/extensão da articulação coxofemoral com extensão flexão do joelho -Abdução/adução da articulação coxofemoral (até à linha média do corpo) -Flexão/extensão do joelho -Dorsiflexão/flexão plantar da articulação tibiotársica • Mobilizações passivas do membro intervencionado em tala dinâmica, a iniciar com 0 – 30º e aumentar progressivamente, de acordo com prescrição médica e tolerância da pessoa 	<p>25/01: Paciente colaborante e participativa no processo de aprendizagem dos exercícos ensinados. Realizou 2 x turno 2 series de 10 repetições com tolerância referindo apenas dor ligeira no final.</p> <p>A paciente consegue não efetuar extensão completa do membro operado (-30º) e realiza flexão do joelho operado com ângulo de 50º.</p> <p>Paciente consegue manter posição ortostática, e dar cerca de 5 passos até ao cadeirão com instrução/pouca ajuda de enfermagem e auxilio do andarilho.</p> <p>Demonstra excelente capacidade de retenção dos ensinados realizados.</p> <p>27/01: Paciente colaborante e participativa no programa de reabilitação. Realizou 2 x turno 3 series de 15 repetições com tolerância referindo que quase não tinha dor referiu “é uma dor que se aguenta bem”.</p> <p>A paciente consegue efetuar extensão completa do membro operado e flexão do joelho operado de 80 a 90º.</p> <p>Paciente consegue manter posição ortostática e deambular com andarilho de forma correta, com tolerância efetuando carga em ambos membros. retornou para o cadeirão. Uma vez que tinha preferência por canadianas e que seria o auxiliar de marcha que teria no domicílio (foi-lhe</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar crioterapia (30 min. 2 a 3x dia). - Selecionar auxiliar de marcha adequado. - Instruir e treinar técnica de transferência com o auxiliar de marcha elegido - Efetuar treino de marcha com o auxiliar de marcha elegido - Efetuar reforço positivo valorizando o esforço da paciente 	<p>emprestado por uma amiga) foi efetuado treino de marcha e de degraus/escadas com canadianas, ao qual se adaptou muito bem e facilmente aprendeu a aplicar a técnica devidamente.</p> <p>Demonstra excelente capacidade de retenção dos ensinamentos realizados e um potencial reabilitativo muito bom devido à motivação que tem para adesão ao regime reabilitativo. A paciente quer regressar ao domicílio o mais rapidamente possível.</p>
--	--	---	--

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
<p>Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o uso do dispositivo de apoio e a autonomia para transferir-se</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento e capacidade para transferir-se</p>	<p>Ensinar, instruir, treinar e capacitar a pessoa para a realização de transferências</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a relação entre o uso do dispositivo de apoio e a autonomia para transferir-se. - Instruir sobre técnica de transferência - Treinar técnica de adaptação para transferir-se - Instruir e treinar técnica de levante/transferência/sentar-se à doente (cama/cadeira/cama) - Instruir e treinar técnica de transferência à doente (cadeira/sanitário/cadeira) - Instruir e treinar técnica de transferência com auxiliar de marcha (cama/andarilho/cama) - Providenciar material educativo - Incentivar a pessoa a transferir-se 	<p>25/02: A paciente é colaborante e demonstra empenho, capacidade de aprendizagem e potencial aprendizagem dos ensinamentos relativos às transferências com auxílio dos auxiliares de marcha</p> <p>27/02: A paciente é colaborante e demonstra empenho, transferindo-se autonomamente com auxílio das canadianas.</p>

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
<p>Potencial para melhorar a capacidade deambular com auxiliar de marcha</p>	<p>Avaliar a capacidade para deambular com auxiliar de marcha</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o potencial/capacidade para deambular com auxiliar de marcha - Instruir a deambulação com auxiliar de marcha - Treinar deambulação com auxiliar de marcha 	<p>27/02: A paciente demonstra potencial/capacidade para deambulação (equilíbrio, força muscular, capacidade de aprendizagem da técnica de utilização do auxiliar de marcha...). Conseguiu manter a posição ortostática durante minutos e dar cerca de 20 a 30 passos com auxílio das canadianas aquando do treino de marcha. Demonstrou facilidade na aprendizagem da técnica de deambulação com auxiliar de marcha.</p>

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
<p>Risco de equilíbrio corporal comprometido</p>	<p>Estimular adoção da posição ortostática pela paciente e garantir a segurança da mesma</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o equilíbrio corporal estático e dinâmico sentada - Avaliar o equilíbrio corporal estático e dinâmico em pé - Adequar programa de reabilitação de acordo com o resultado obtido 	<p>25/02: Score 15 de acordo com a escala de Berg</p> <p>27/02: Score 31 de acordo com a escala de Berg</p>

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
Risco de Queda	Prevenir quedas e complicações associadas	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o risco de queda (escala de morse) - Gerir o ambiente - Garantir a toma de medidas de segurança - Vigiar grades de segurança - Providenciar dispositivos necessários ao paciente (campainha, telemóvel...) - Assegurar a utilização de calçado e auxiliar de marcha adequados 	<p>25/02: A paciente tem elevado risco de queda de acordo com a escala de morse.</p> <p>27/02: A paciente tem elevado baixo risco de queda de acordo com a escala de morse.</p>

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
Risco de úlcera por pressão	Informar, instruir e capacitar o paciente sobre como prevenir o desenvolvimento de UP	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar risco de UP de acordo com a escala de Braden - Avaliar conhecimento da pessoa sobre posicionamentos - Avaliar a capacidade da pessoa para se posicionar autonomante - Capacitar a pessoa com estratégias que lhe permitam autonomia nos posicionamentos - Garantir aporte nutricional adequado - Assistir a paciente na alternância de decúbitos (2 em 2 horas). 	<p>A paciente tem a pele íntegra e hidratada. Consegue realizar mobilizações de modo a alternar decúbitos e aliviar pressão nas zonas críticas e, caso necessite de ajuda, é consciente e orientada nas 3 vertentes para solicitá-la.</p> <p>Revela capacidade de aprendizagem e retenção de informação sobre os posicionamentos recomendados.</p> <p>25/02: Score escala de Braden: 19 Risco moderado.</p> <p>27/02: Score escala de Braden: 21 Baixo Risco.</p>

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
Autocuidado: alimentar-se dependente em grau reduzido	Providenciar aporte nutricional necessário que favoreça recuperação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar autocuidado: alimentar-se - Providenciar a dieta e dispositivos para o autocuidado: alimentar-se - Incentivar o autocuidado: alimentar-se - Vigiar refeição 	<p>A pessoa necessita apenas que lhe seja fornecida a alimentação.</p> <p>Alimentou-se por mão própria de praticamente a totalidade da dieta, com tolerância e satisfação em todas as refeições dos turnos que presenciei.</p>

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
Autocuidado: higiene dependente em grau moderado a reduzido	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a autonomia no autocuidado higiene - Ensinar estratégias adaptativas para alcance de autonomia 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar autocuidado: higiene - Assistir no autocuidado: higiene - Assistir no autocuidado: higiene da boca - Ensinar sobre o autocuidado: higiene - Instruir o autocuidado: higiene - Incentivar o autocuidado: higiene - Providenciar dispositivos para o autocuidado: higiene - Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado: higiene - Treinar o autocuidado: higiene 	<p>27/02: A paciente é participativa e colaborante dentro das suas possibilidades.</p> <p>Consegue deslocar-se até ao WC autonomamente com o auxílio das canadianas e supervisão de enfermagem apenas por segurança. Posteriormente apenas necessita de supervisão ao sentar no banco e ajuda parcial uma vez que consegue higienizar-se devidamente sozinha, exceto na extremidade distal do membro operado e nas costas.</p>

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
Autocuidado: uso do Sanitário dependente em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar a paciente para utilização autónoma do WC - Promover a independência da pessoa na utilização do wc - Promover satisfação das necessidades humanas básicas de eliminação intestinal e vesical 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar autocuidado: uso do sanitário - Assistir autocuidado: uso do sanitário - Ensinar sobre o autocuidado: uso do sanitário - Instruir autocuidado: uso do sanitário - Incentivar autocuidado: uso do sanitário - Providenciar dispositivos para o autocuidado: uso do sanitário - Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado: uso do sanitário - Instruir para o autocuidado: uso do sanitário com dispositivos - Monitorizar eliminação intestinal e vesical - Otimizar fralda - Trocar fralda 	<p>27/01: A paciente colabora na transferência do leito para a cadeira sanitária e vice-versa. Demonstra capacidade de aprendizagem e retenção da informação transmitida. Necessita apenas de supervisão na ida até ao wc e eventual ajuda para desviar obstáculos.</p> <p>Urinou em quantidade abundante, urina sem alterações. Teve uma dejeção moldada, acastanhada em quantidade moderada.</p>

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
Autocuidado: vestuário dependente em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a autonomia no autocuidado vestir - Ensinar estratégias adaptativas para alcance de autonomia 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar autocuidado: vestuário - Ensinar sobre autocuidado: vestuário - Incentivar o autocuidado: vestuário - Assistir no autocuidado: vestuário - Providenciar dispositivos para o autocuidado: vestuário - Instruir o autocuidado: vestuário com dispositivos - Incentivar o autocuidado: vestuário com dispositivos 	<p>A paciente é participativa e colaborante dentro das suas possibilidades.</p> <p>Necessita de ajuda a vestir as calças e calçar-se .</p>

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
<p>-Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação</p> <p>-Potencial para melhorar o conhecimento sobre o regime de reabilitação</p> <p>- Potencial para melhorar a adesão ao regime de reabilitação</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar adesão ao regime de reabilitação - Aumentar conhecimento da paciente sobre o regime de reabilitação - Melhorar a recuperação 	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a paciente a relação entre a adesão ao regime terapêutico e a recuperação; - Ensinar sobre o regime de reabilitação: fases do processo de reabilitação, objetivos das intervenções reabilitativas e qual o seu benefício. - Incentivar adesão ao regime de reabilitação. 	<p>A consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a sua recuperação evoluiu positivamente.</p> <p>O conhecimento sobre o regime reabilitativo aumentou, minimizando a ansiedade da paciente.</p> <p>Consequentemente a adesão e envolvimento da paciente ao regime reabilitativo demonstrou-se melhorada.</p>

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
<p>Potencial para melhorar consciencialização da relação entre precauções de segurança e a prevenção de complicações;</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações na articulação do joelho;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar a capacidade para prevenir complicações na articulação do joelho; - Potencial para melhorar a adesão a precauções de segurança. 	<p>Adesão a precauções de segurança</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a paciente a relação entre as precauções de segurança e a prevenção de complicações. - Informar sobre complicações na articulação do joelho (rigidez articular) - Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação do joelho (ensinar a paciente que para prevenir rigidez articular durante o repouso no leito deve apoiar a região poplíteia de modo a realizar extensão completa da articulação do joelho e advertir para que evite aumento de peso devido ao risco inerente de sobrecarga do joelho...) - Instruir para a prevenção de complicações na articulação do joelho. - Treinar a prevenção de complicações na articulação do joelho - Incentivar a adesão a precauções de segurança. 	<p>A consciencialização da relação entre as precauções de segurança e a prevenção de complicações foi melhorada.</p> <p>O conhecimento sobre a prevenção de complicações foi melhorado.</p> <p>A paciente é capaz de prevenir complicações na articulação do joelho.</p> <p>A adesão a precauções de segurança foi aumentada.</p>

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo de caso, relativo à Sr^a. L.P., permitiu-me mobilizar, adquirir e consolidar conhecimentos previamente abordados ao longo das aulas teóricas do curso de especialização em enfermagem de reabilitação.

Foi, indubitavelmente, um desafio em todos os sentidos, quer ao nível da gestão temporal, quer ao nível da aplicação dos diversos conhecimentos teórico-práticos. Ao longo de todo o estágio deu-se o desenvolvimento de competências para utilizar enquanto futura enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Tive oportunidade de prestar cuidados de reabilitação com supervisão da [REDACTED] [REDACTED] que desempenhou a função de minha orientadora durante o meu estágio no [REDACTED]. O impacto destes cuidados surtiu efeitos claramente benéficos para a paciente, tal como se pode constatar na avaliação realizada através da aplicação das escalas recomendadas pelo colégio da especialidade de reabilitação em Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

A paciente foi bastante colaborante e recetiva, consentindo a minha atuação e demonstrando motivação e empenho na sua reabilitação com o objetivo de recuperar a sua autonomia e regressar ao domicílio.

Ao longo do estágio e durante o meu relacionamento com a paciente e colegas, denotei a importância do respeito e da responsabilidade profissional, bem como os princípios da ética e deontológicos. Assim, garanti, em conjunto com o estabelecimento hospitalar em que me encontrava, a salvaguarda dos dados pessoais da utente, bem como um ambiente terapêutico seguro e acolhedor ao longo da prestação de cuidados.

O plano de cuidados para a utente foi elaborado seguindo a evidências científica e assente nas boas práticas recomendadas. A terminologia utilizada na criação do plano de cuidados foi baseada na CIP.

Assim, em termos práticos, pude concluir que o programa de reabilitação implementado conduz a resultados positivos e melhora quer a mobilidade quer os níveis de independência funcional dos pacientes submetidos a artroplastia total do joelho.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbosa, B. R., de Almeida, J. M., Barbosa, M. R. & Rossi-Barbosa, L. A. R. (2014). Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (8), 3317-3325. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.06322013>
- Brennan, C. & Parsons, G. (2017). Enhanced recovery in orthopedics: a prospective audit of an enhanced recovery program for patients undergoing hip or knee arthroplasty. *MEDSURG Nursing*, 26 (2), 99-104. Acedido em: 09/07/2020. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=326b24ba-707f-4ed3-af26-0073b54f64e9%40pdc-v-sessmgr03>
- Circular Normativa 09/DGCG (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- Cross, J. (2018). *Nursing the patient with altered cognitive function*. Em: Hertz, K., Santy-Tomlinson, J. (2018). *Fragility Fracture Nursing*. Suíça: Springer.
- CUF. (2020). *Artrose*. Acedido em: 10/07/2020. Disponível em: <https://www.cuf.pt/saude-a-z/artrose>
- Dawson J, Fitzpatrick R, Murray D, Carr A. Questionnaire on the perceptions of patients about total knee replacement. *J Bone Joint Surg Br*. 1998 Jan;80(1):63-9. Disponível em: http://www.orthopaedicscore.com/scorepages/oxford_knee_score.html
- Direcção-Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátrica. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>
- Dobberstein, L. J. (2014). Osteoarthritis: What kind of oils are in your joints? Part I. *Journal of the Council on Nutrition*, 37(3), 6-10.
- Duarte, V. D. S., Santos, M. L. D., Rodrigues, K. D. A., Ramires, J. B., Arêas, G. P. T., & Borges, G. F. (2013). Exercícios físicos e osteoartrose: uma revisão sistemática. *Fisioterapia e movimento*, 26(1), 193-202.
- Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Normas APA (Apontamentos). Profª. Natércia Godinho. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2018.

- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenções e resultados esperados*. (4ª edição). Loures: Lusodidacta.
- Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments) (Apontamentos). Prof. João Luís Alves Apóstolo. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012.
- International Council of Nurses (2015). *International Classification for Nursing Practice*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.
- Lucas, B. (2008). Total hip and total knee replacement: Preoperative nursing management. *British Journal of Nursing*, 17(21), 1346-1351.
- Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.
- Moore, K. L., Dalley, A. F. & Agur, A. M. R. (2014). *Moore: Anatomia Orientada para a Clínica* (7ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda.
- Norma 008/2019 (2019). Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- Norma 054/2011 (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª edição). St. Louis, MO: Mosby
- Organização Mundial da Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa. Disponível em: <https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004/4cdfad93-81d0-42de-b319-5b6b7a806eb2>
- Orientação 017/2011 (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx




- Pessoa, P. & Espregueira-Mendes, J. (2019). *O Joelho* (2ª edição). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Regulamento n.º 125/2011 (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, Série II* (N.º 35/2011 de 2011-02-18), 8658–8659. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/3477014>
- Regulamento n.º 140 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II série* (N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Santos, S. S. C., Lopes, M. J., Vidal, D. A. S. & Gautério, D. P. (2013). Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: utilização no cuidado de enfermagem a pessoas idosas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66 (5), 789-83. Acedido em: 12/07/2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/21.pdf>
- Serra, L. M. A., Oliveira, A. F. & Castro, J. C. (2012). *Crítérios Fundamentais em Fraturas e Ortopedia* (3ª edição). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Anexo I – Reeducação Funcional da Pessoa Submetida a ATJ, no Período Pré-Operatório

Pré-operatório	Reeducação Funcional Respiratória		<ul style="list-style-type: none"> • Ensino dirigido à pessoa de acordo com a patologia cardio-respiratória • Consciencialização da respiração • Exercícios abdomino-diafragmáticos • Exercícios de reeducação costal • Ensino da tosse
	Reeducação Funcional Motora	Exercícios Isométricos	<ul style="list-style-type: none"> • Contrações isométricas abdominais • Contrações isométricas dos glúteos • Contrações isométricas do quadrícipite
		Exercícios Isotónicos	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizações ativas livres/assistidas/resistidas dos membros sãos • Mobilizações ativas assistidas/resistidas do membro intervencionado de acordo com a tolerância da pessoa: <ul style="list-style-type: none"> ○ Flexão/extensão da articulação coxofemoral com extensão flexão do joelho ○ Abdução/adução da articulação coxofemoral (até à linha média do corpo) ○ Flexão/extensão do joelho ○ Dorsiflexão/flexão plantar da articulação tibiotársica • Mobilizações passivas do membro intervencionado em tala dinâmica, a iniciar com 0 – 30º e aumentar progressivamente, de acordo com prescrição médica e tolerância da pessoa

Fonte: Marques-Vieira & Sousa, 2017

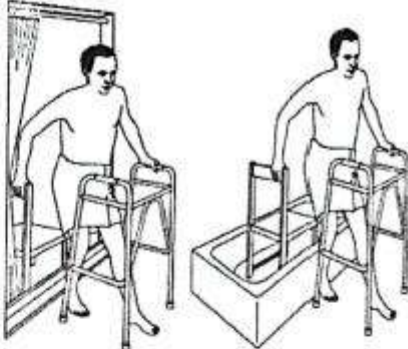
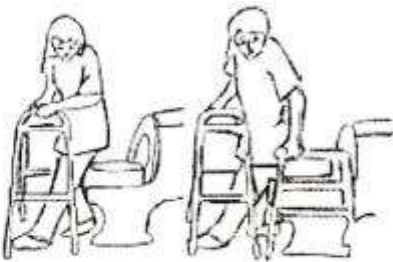
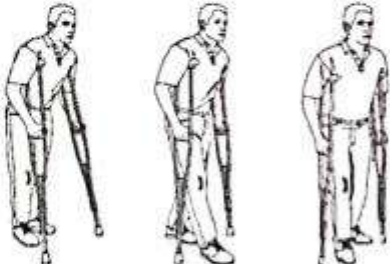
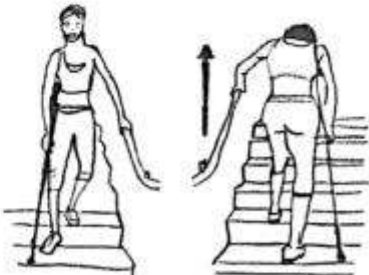
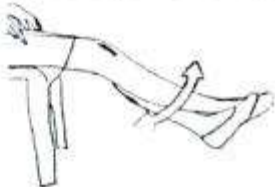
Anexo II – Intervenção Educacional da Pessoa Submetida à ATJ

ENSINAR, INSTRUIR E TREINAR	DESCRIÇÃO E ILUSTRAÇÃO	
<p>Contrações isométricas dos glúteos e quadricípites</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar as contrações isométricas empurrando o membro contra o colchão • Realizar as contrações com um rolo ou bola • Fazer duas séries de oito a dez repetições, três a quatro vezes por dia
<p>Mobilização da articulação tibiotársica</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Fazer duas séries de oito a dez repetições, três a quatro vezes por dia.
<p>Levante da cama</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Sair pelo lado do membro intervencionado. • Sentar na cama, apoiado nos antebraços sem fletir o tronco, com o membro intervencionado em extensão. • Fletir o membro são, rodar até tocar no chão.
<p>Sentar e levantar da cadeira</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Colocar o membro intervencionado em extensão, antes de se sentar. • Baixar-se lentamente usando a força de ambos os membros superiores nos braços da cadeira. • Para se levantar, proceder de forma inversa.

Fonte: Marques-Vieira & Sousa, 2017

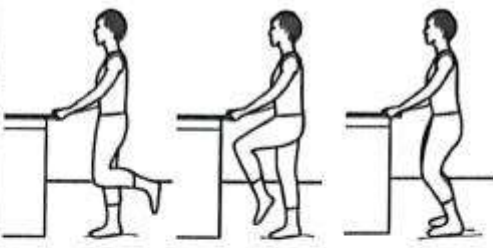

Anexo II – Intervenção Educacional da Pessoa Submetida à ATJ

(Cont.)

<p>Uso do base de chuveiro / Banheira</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar se possível base de chuveiro em vez da banheira. • Utilizar barras de apoio. • Tomar banho sentado. (Utilizar cadeira de banho / tabua de banho (banheira)). • Para entrar e sair da cadeira de banho ou tábua: primeiro entra o membro são e depois sai com o membro intervencionado em extensão.
<p>Uso do sanitário</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar o alteador de sanita. • Colocar o membro intervencionado em extensão antes de se sentar. • Apoiar-se nas barras e baixar-se lentamente usando a força de ambos os membros superiores. • Para se levantar, proceder de forma inversa.
<p>Treino de marcha com andarilho ou canadianas</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Avançar o andarilho ou as duas canadianas. • Deslocar o membro inferior intervencionado até ao nível das canadianas ou andarilho. • Avançar o membro inferior são. • Mudar de direcção virando-se sobre o lado são.
<p>Treino de subir e descer escadas</p>		<p>Subir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membro inferior são. • Membro inferior intervencionado. • Colocar as canadianas no degrau onde se encontram os pés. • Descer, fazer o inverso.
<p>Exercícios na cadeira</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Quando sentado pode mobilizar o MI intervencionado com ajuda do MI são. • Fazer duas séries de oito a dez repetições, três a quatro vezes por dia.

Anexo II – Intervenção Educacional da Pessoa Submetida à ATJ

(Cont.)

<p>Exercícios ativos do joelho intervencionado</p>		<ul style="list-style-type: none">• Junto a uma cadeira, pés da cama ou móvel (dispositivos de apoio).• Realizar exercícios com o MI intervencionado de flexão do joelho e flexão da coxofemoral.• Realizar agachamentos.• Fazer duas séries de oito a 10 repetições, três a quatro vezes por dia.
<p>Entrar e sair do carro</p>		<ul style="list-style-type: none">• Sentar-se com os membros inferiores de fora.• Rodar os membros inferiores dentro.• Membro intervencionado em extensão.• Para sair, fazer o inverso.

Fonte: Marques-Vieira & Sousa, 2017

Apêndice III – Jornal de Aprendizagem 1

JORNAL DE APRENDIZAGEM

No dia 13 de janeiro de 2022 iniciei o meu primeiro estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação no serviço de Ortopedia do [REDACTED]

Fui recebida pela [REDACTED] que me apresentou o Centro Hospitalar e mais detalhadamente o serviço de Ortopedia, caracterizando o mesmo e explicando a sua dinâmica. Posteriormente informou-me quem seria a Enfermeira de Reabilitação que me acompanharia durante o dia, neste caso a [REDACTED] e que posteriormente a enfermeira que estaria responsável por me acompanhar seria a [REDACTED]

Eu senti-me muito bem-vinda ao serviço. Estava entusiasmada pelo processo de aprendizagem que tinha pela frente e ansiosa pelos resultados do mesmo. Ainda assim, a minha timidez e nervosismo transmitiram-se através da comunicação, apesar de eu tentar contrariar esta minha lacuna.

Comecei a pensar em como me enquadrar eficazmente, nomeadamente percebendo a organização do serviço, a distribuição de utentes por enfermeiro, o tipo de utentes admitidos, o percurso destes utentes desde que contactaram o hospital em busca de uma solução para o seu problema até ao acompanhamento após a alta do serviço de ortopedia, os programas/planos de cuidados adotados para tratamento/cuidado destes pacientes e o funcionamento/dinâmica da equipa multidisciplinar para prestação de cuidados. Procurei sempre ter em vista a busca de oportunidades que permitissem adquirir conhecimento e experiência no âmbito da reabilitação destes utentes.

O contexto hospitalar é diferente do que estou habituada e este fator gerou alguma ansiedade e nervosismo, mas que estes têm vindo a diminuir à medida que realizo mais turnos, uma vez que consigo perceber onde estão os materiais e as dinâmicas de serviço, podendo assim ser mais prestativa e ativa no meu processo de aprendizagem.

Todas as oportunidades que tive neste campo de estágio, desde o dia de integração até ao dia de hoje, foram muito valiosas, quer para mim enquanto pessoa quer enquanto profissional.

Como aspeto mais negativo, embora tenha sido resolvido com sucesso, aponto a conjugação dos horários de estágio com o horário do local de trabalho. Apesar da flexibilidade quer do meu atual patronato quer das Enfermeiras do [REDACTED], foi necessário algum compromisso de parte a parte para conseguir cumprir o número de horas definidas.

Este período inicial de integração foi essencial para conseguir perceber a dinâmica do serviço e integrar-me na equipa (sempre compreendendo o meu lugar enquanto estudante). Além disso, facilitou a iniciação do processo de aprendizagem, permitindo-me criar o à

vontade para exprimir as minhas dúvidas e necessidades de aprendizagem e maximizando a aquisição de experiências benéficas que me permitirão evoluir no sentido desejado.

Após esta reflexão sobre o período de integração posso concluir que estou extremamente satisfeita com o contexto que me foi atribuído, desde a equipa nele presente até todas as oportunidades que me têm vindo a ser proporcionadas.

Compreendo que o meu modo de me exprimir e a minha ansiedade são barreiras que devo ultrapassar. Futuramente trabalharei também no sentido de gerir melhor o meu tempo para conseguir ter o desempenho que desejo e que é esperado de mim.

O meu conhecimento tem vindo a crescer fruto das oportunidades providenciadas e da curiosidade que me despertaram, criando uma busca pelo conhecimento e ampliando assim a minha experiência. Contudo sei que ainda tenho muito para aprender e pretendo aproveitar todas as oportunidades que este estágio me disponibiliza, crescendo assim diariamente e tornando-me na profissional que pretendo ser, fornecendo aos meus utentes uma prestação de cuidados de excelência.

No que que respeito à caracterização do [REDACTED]

Este Centro Hospitalar pertence [REDACTED]

Desta população salienta-se a sua estrutura cada vez mais envelhecida, evidenciada no número elevado de lares [REDACTED] caracterizada pela prevalência de doenças crónico-degenerativas.

Os serviços prestados pelo [REDACTED] englobam diversas especialidades nomeadamente a consulta externa, o internamento, o bloco operatório, o bloco de partos, o serviço de urgência, o hospital de dia e os meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Possui oferta assistencial ao nível do internamento nas especialidades de Cirurgia Geral, Medicina Interna, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria Médica, Pneumologia e Urologia. Esta Unidade Hospitalar é ainda composta por um Bloco Operatório com 4 salas e uma Unidade de Cirurgia de ambulatório. Destinadas a prestação de cuidados de internamento, no [REDACTED]

Existem 2 serviços de ortopedia, nomeadamente Ortopedia 1 (urgência e internamento com 13 camas) e Ortopedia 2 (unidade dedicada a internamento com 24 camas). No serviço de Ortopedia 2 durante a manhã normalmente estão presentes 5 enfermeiros (cada um com 5 a 6 utentes atribuídos) e duas a três auxiliares. No serviço de Ortopedia 1 normalmente

estão presentes 3 enfermeiros (um deles mais dedicado a urgências, sendo auxiliado pelos colegas sempre que necessário) e 2 auxiliares.

Nos serviços de ortopedia os pacientes são admitidos através de consulta externa (referenciados por exemplo por centros de saúde ou unidades de cuidados continuados) ou através do serviço de urgência. Durante este período de estágio foram muito frequentes admissões por fraturas na região da anca e por artroses (coxartroses e gonartroses) para intervenção cirúrgica. Contudo também foram admitidos pacientes por outras patologias, nomeadamente fraturas diversas, bursite no joelho, hérnias discais entre outras.

Durante a pandemia o [REDACTED] teve que se reorganizar e com esta reorganização o [REDACTED] teve que conseguir ter unidade para tratamento de pacientes COVID-19 positivos. De referir também que o plano de contingência perante o COVID-19 previa uma lotação máxima de 16 ocupação de 70 camas destinadas a doentes com COVID-19, tendo em janeiro de 2021 chegado às 142 camas, representando uma taxa de esforço de 58% da capacidade instalada.

Atualmente, a alteração mais evidente no serviço é provocada pela pandemia, uma vez que, envolvimento da família é menor porque apenas um “tutor” pode participar nas consultas multidisciplinares (pré e pós internamento) e as visitas são mais curtas. Anteriormente estariam presentes praticamente todo o dia, sendo assim envolvidos na prestação de cuidados e facilitando a preparação para a alta da pessoa. Também existiam as reuniões de interação entre pacientes que já tinham sido operados e estavam prestes a ter alta e os pacientes que iriam ser intervencionados (algo que fomentava o otimismo e motivava os pacientes). Gradualmente, assim que possível será permitido maior envolvimento à família na prestação de cuidados.

Ao longo deste estágio foi possível perceber que o serviço de ortopedia havia aderido ao programa Rapid Recovery. Contudo, devido a decisões administrativas fomentadas questões económicas e diminuição de recursos, não foi possível manter o acordo com a Biomet (a quem pertence a patente do projeto) e, como tal, neste momento o projeto em si não está em vigor. Ainda assim, a filosofia do mesmo é aplicada nos cuidados prestados e na estruturação dos planos de cuidados efetuados e normas em vigor.

Apêndice IV – Estudo de Caso 2



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Unidade curricular Estágio com Relatório

Estudo de Caso

Local de Estágio: [REDACTED]

Cristina Amorim Dias

Nº de aluna: 9576

Lisboa

2022



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Unidade curricular Estágio com Relatório

Estudo de Caso

Local de Estágio: [REDACTED]

Cristina Amorim Dias

Nº de aluna: 9576

Docente Orientador: Professor Doutor Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa

2022

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD – Atividade Básica de Vida Diária

AIVD – Atividade Instrumental de Vida Diária

APA – American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade Vida Diária

CHLN – Centro Hospitalar de Lisboa Norte

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

DRC – Doença Renal Crónica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

FC – Frequência Cardíaca

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RX – Raio X

SpO₂- Saturação periférica de Oxigénio

TA – Tensão Arterial

ÍNDICE

1. Introdução.....	7
2. Colheita de dados.....	8
2.1. Dados pessoais	8
2.2. Histórico da doença atual/Motivo da admissão.....	8
2.3. Antecedentes pessoais e alergias	8
2.4. Cirurgias anteriores	9
2.5. Medicação habitual.....	9
2.6. Hábitos aditivos	10
2.7. Exposição a poluentes.....	10
2.7.1. Análises clínicas	10
2.8. Exame clínico objetivo	10
2.9. Diagnóstico clínico.....	11
2.10. Condições de habitação e acessibilidades	11
2.11. Situação familiar atual	12
2.11.1. Genograma.....	13
3. Revisão da anatomia Coxofemoral.....	14
3.1. O Fémur e a Articulação Coxofemoral.....	14
3.2. Fraturas femorais atípicas e bifosfonatos	22
3.3. Intervenção do EEER em contexto domiciliário na pessoa submetida encavilhamento do fémur	25
4. Avaliação da sr. ^a M.P.	28
4.1. WHOQOL-BREF.....	28
4.2. Escala de avaliação da dor: Avaliação qualitativa da dor	30
4.3. Escala de Berg: Avaliação do Equilíbrio	31
4.4. Índice de Lawton-Brody	40
4.5. Índice de Barthel: Avalia a dependência funcional	42
4.6. Escala de Braden : Avaliação do risco de UP	43
4.7. Medical Research Council Muscle Scale: Avaliação da Força Muscular	45
4.8. Escala de Ashworth Modificada: Avaliação de Tónus muscular	47
4.9. Índice de Katz: Avaliação das atividades básicas de vida diária	48
4.10. Escala de Morse: Avaliação do risco de queda	49

5. Impacto nos autocuidados	50
6. Plano de cuidados	52
7. Considerações finais	64
8. Referências Bibliográficas	65

Anexo I – Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na reeducação funcional da pessoa que sofreu fratura do fémur

Anexo II – Avaliação da amplitude articular

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Genograma.....	13
Figura 2 - O Fémur.	14
Figura 3 - Evolução ao longo da vida do ângulo de inclinação formado pela projeção em sentido superomedial do eixo longitudinal da cabeça e do colo com o corpo.	15
Figura 4 – Ossos primários do osso coxal.....	18
Figura 5 - Osso coxal direito num adulto em posição anatómica.	21
Figura 6 - Ossos do membro inferior.	22
Figura 7 - Fraturas do fêmur com diferentes desvios entre os topos por efeito da ação muscular. Na imagem “a” apenas os músculos rotadores externos da anca estão evidenciados, sendo o seu efeito representado por uma seta na image “b”. O efeito dos restantes músculos que intervêm é também representado por uma seta. (“a” – fratura do colo; “b” – fratura do terço proximal da diáfise; “c” – fratura diafisária medial).	23

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Medicação habitual.....	9
Tabela 2 - Classificação de Tronzo	25
Tabela 3 - Escala qualitativa de avaliação da dor	30
Tabela 4 - Parametrização da Escala de Berg	35
Tabela 5 - Avaliação da Sr. ^a M.P. no desempenho das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) no domicílio	40
Tabela 6 - Parametrização do índice de Lawton-Brody.....	40
Tabela 7 - Avaliação da dependência funcional da Sr. ^a M.P. através do Índice de Barthel	42
Tabela 8 - Parametrização do Índice de Barthel.....	42
Tabela 9 - Avaliação do risco de desenvolvimento de UP na Sr. ^a M.P. durante o 1º e 3º contacto.....	43
Tabela 10 - Parametrização da escala de Braden.....	44
Tabela 11 - Parametrização da Medical Research Scale	45
Tabela 12 - Avaliação da Força Muscular - Medical Research Council Muscle Scale.....	45
Tabela 13 - Avaliação do tônus Muscular.....	47
Tabela 14 - Escala de Morse.....	49
Tabela 15 - Parametrização da escala de Morse	49
Tabela 16 - Avaliação do risco de queda da Sr. ^a L.P. através da escala de Morse.....	49

1. INTRODUÇÃO

A concretização do presente estudo de caso sucede no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, incorporada no plano curricular do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A Unidade Curricular de Estágio com Relatório tem por finalidade promover a aquisição de competências especializadas na área da enfermagem de reabilitação. Assim sendo:

A obtenção da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação pressupõe o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, a pessoas com problemas de incapacidade, limitação da atividade ou restrição de participação, nos diferentes contextos de cuidados tendo em vista a sua reabilitação e reintegração social. (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

Para dar continuidade à aquisição de conhecimentos e competências inerentes à atuação de EEER foi eleita uma paciente para ser alvo do estudo de caso no decorrer do segundo estágio, com o propósito de estruturar, planear e implementar um plano de cuidados reabilitativo para a mesma em contexto domiciliário.

A seleção da utente foi efetuada de acordo com as oportunidades fornecidas pelo campo de estágio que se revelaram mais relevantes para o estudo da temática do relatório final que pretendo elaborar.

O presente Estudo de Caso é estruturalmente dividido em 3 partes fundamentais: colheita de dados, avaliação do paciente (potencial de recuperação) e planeamento dos cuidados/programa de reabilitação em si.

O presente documento foi redigido segundo a 7ª Edição da norma APA (American Psychological Association), vigente na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa para realização de trabalhos académicos.

2. COLHEITA DE DADOS

2.1. Dados pessoais

Nome: M.P.

Género: Feminino

Idade: 77 anos

Etnia: Caucasiana

Nacionalidade: Portuguesa

Estado Civil: Casada

Profissão: Cabeleireira (reformada)

Pessoa significativa/cuidador: Esposo

Prestadora de Cuidados: Esposo com 88 anos.

Profissão do Cuidador: Engenheiro

2.2. Histórico da doença atual/Motivo da admissão

A utente deu entrada no serviço de ortopedia do [REDACTED] no dia 22/03/2022 devido a uma queda da própria altura a 14/03/2022 que resultou numa fratura diafisária atípica do fémur esquerdo.

Foi submetida a encavilhamento sob raquinesesia no dia 2/04/2022 que decorreu sem intercorrências. Efetuou levante no dia 3/04/2022 com boa tolerância.

Devido a estar clinicamente estável teve alta para o domicílio no dia 19/04/2022 com recomendação para retomar terapêutica habitual, cumprir prescrição terapêutica adicional, crioterapia, e realização de levante diário e treino de marcha efetuando carga no membro operado conforme tolerância algica. Deve suspender bifosfonatos segundo indicação médica para prevenção de fraturas atípicas do fémur.

Como tal, a paciente foi referenciada para a [REDACTED] a pedido da família da mesma para dar continuidade ao seu processo reabilitativo. Admitida pela ECCI no dia 26/04/2022.

Teve consulta de seguimento de ortopedia a 13/05/2022 no [REDACTED], a qual decorreu sem intercorrências, atendendo a que os resultados obtidos nos exames complementares de diagnóstico realizados se encontravam sem anormalidades a reportar.

2.3. Antecedentes pessoais e alergias

A Sr.^a M.P. refere que tem antecedentes de:

- HTA,

- Síndrome depressivo,
 - Anemia perniciosa
 - Osteoporose,
 - Dislipidemia,
 - Rinite alérgica,
 - DRC,
 - AVC hemorrágico em 2003, sem sequelas,
 - Síndrome vertiginoso,
 - Pesquisa de SARS-CoV-2 positiva no dia 11/04/2022 com critérios de cura desde 18/04/2022,
 - Neoplasia mamária em 2017 com esvaziamento ganglionar axilar a esquerda tendo realizado 13 ciclos de quimioterapia e 35 sessões de radioterapia,
 - Histerectomia.
 - Fratura do fêmur direito, com submissão a cirurgia ortopédica para encavilhamento em 2019,
- Nega alergias medicamentosas conhecidas.

2.4. Cirurgias anteriores

No que concerne a antecedentes cirúrgicos, a Sr.^a M.P. afirma ter sido submetida a histerectomia, esvaziamento ganglionar axilar à esquerda e cirurgia ortopédica ao fêmur direito também devido a queda da própria altura por tropeçar num desnível do pavimento.

2.5. Medicação habitual

A Sr.^a M.P. refere que efetua a toma da seguinte medicação.

Tabela 1 - Medicação habitual

Jejum	Pequeno-almoço	Almoço	Jantar	SOS
Omeprazol1cp	Pritor 40mg	Tromalyt 150mg	Calcitab D1	Lexotan 1.5 mg
	Sertralina 50mg	Visacor 10mg	Fenofibrato	
	Ferrum hausmann			
	Calcitab D1			
	Aromasin			
Betahistina 24 mg				

2.6. Hábitos aditivos

Nega qualquer comportamento ou hábito aditivo.

2.7. Exposição a poluentes

Refere que contactava esporadicamente, quando pertencia à população ativa, com produtos químicos ligeiramente agressivos aquando da aplicação/remoção de tintas capilares. Desde a reforma nega qualquer exposição a poluentes.

2.7.1. Análises clínicas

Refere que as últimas análises que realizou apresentavam valores estáveis em todos os parâmetros.

2.8. Exame clínico objetivo

A Sr.^a M.P. é uma paciente consciente, com orientação autopsíquica e alopsíquica. É calma, comunicativa e colaborante nas atividades terapêuticas propostas.

Demonstra ótima capacidade de compreensão e retenção da mensagem transmitida. Sem alterações a nível respiratório.

Apresenta reflexo de deglutição mantido. Autónoma na alimentação.

Continente de esfíncteres. Padrão de eliminação sem alterações.

Pele e mucosas hidratadas. Evidencia ligeira palidez. Sem lesões, apresenta apenas cicatrizes cirúrgicas íntegras e sem sinais inflamatórios.

Executadas mobilizações ativas resistidas em todos os segmentos musculares. Evidencia apenas diminuição da força muscular 4/5 no membro inferior esquerdo, nos restantes segmentos sem alterações.

Apresenta ligeira limitação da amplitude articular característica da idade.

Demonstra equilíbrio estático e dinâmico sentada mantido. Aquando da adoção da posição ortostática, o equilíbrio estático não apresenta alterações, contudo o equilíbrio dinâmico encontrava-se ligeiramente alterado. Efetua carga nos membros inferiores. Necessita de correção postural aquando da marcha.

Necessita de ajuda parcial nas transferências. Posiciona-se no leito autonomamente.

Na observação inicial aparentava um bom estado geral, sem alterações significativas para além do membro intervencionado. Aquando do primeiro contacto com a paciente efetuei a avaliação dos sinais vitais no domicílio, cujos valores obtidos são apresentados abaixo:

Tensão Arterial (TA): 142/59 mmHg

Frequência cardíaca (FC): 82 b.p.m.

Saturação Periférica de oxigénio (SpO2): 98% (em ar ambiente)

Apirética

Dor ligeira no membro intervencionado, de acordo com a escala qualitativa da dor

Não apresentava alterações a nível respiratório

Peso corporal: 65 Quilogramas

Altura: 1,60 metros

IMC: Normal (25,4)

2.9. Diagnóstico clínico

Fratura diafisária do fémur esquerdo com necessidade de ser submetida a encavilhamento.

2.10. Condições de habitação e acessibilidades

As condições de habitação e acessibilidade são muito importantes para ajustar/personalizar o programa de reabilitação da Sr.^a M.P., uma vez que serão tidas em consideração no programa reabilitativo, especialmente aquando da eleição das áreas a intervir e do planeamento de exercícios/ensinos realizados para a manutenção/recuperação de funcionalidades para restabelecer o máximo de “normalidade” possível ao dia-a-dia da pessoa previamente ao acidente que sofreu.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

O casal menciona que é economicamente independente e está financeiramente estável, com capacidade financeira para investir no seu processo reabilitativo. A paciente adquiriu cadeira de rodas, andarilho, canadianas e prancha de banheira aquando da fratura do fémur que sofreu em 2019, tendo-os reutilizado agora.

A paciente vive com o marido num apartamento próprio que se situa no 2º andar de um prédio, sem elevador. Para aceder à entrada do mesmo terá que subir 4 lanços de escadas com 10 degraus cada. Posteriormente, no interior do seu lar o piso é plano o que lhe permite deambular em segurança e aceder a todas as divisões necessárias durante o processo de recuperação.

A habitação é iluminada, suficientemente ampla para satisfazer as necessidades da paciente, arejada, limpa, organizada e sem humidade. Não utiliza tapetes no domicílio e está sempre supervisionada pelo marido. Foi sugerida a colocação de alçador na sanita e barras de apoio em locais considerados necessários para facilitar a execução autónoma das atividades básicas de vida diárias (ex: na parede junto da banheira), algo que a paciente está recetiva.

2.11. Situação familiar atual

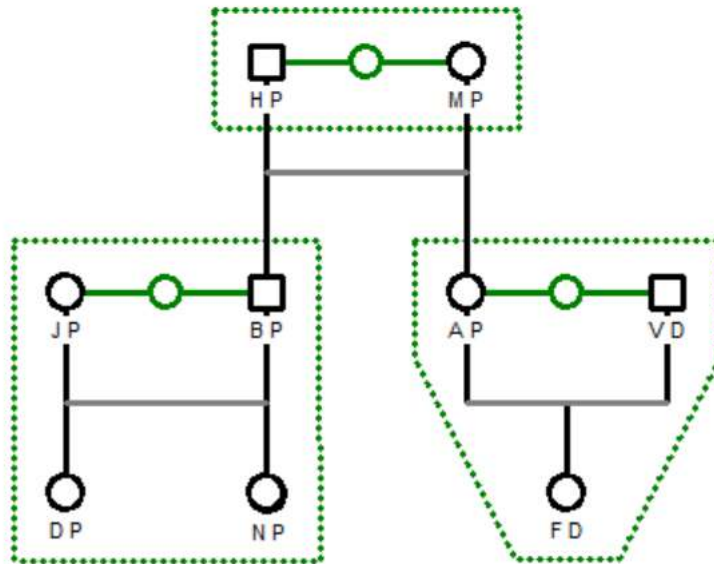
A paciente habita num apartamento com o seu marido. Têm dois filhos e 3 netas.

Trata-se de uma família nuclear funcional que se apoia na resolução de problemas e que comunica diariamente.

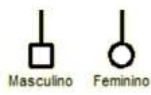
Ambos filhos e netas vivem em Lisboa e estão motivados para ajudar em tudo o que for necessário. Contudo o papel de cuidador principal é assumido pelo marido de 88 anos que é consciente e orientado nas 3 vertentes, autónomo e saudável.

2.11.1. Genograma

Figura 1 – Genograma



Legenda:



Rótulo da Relação Emocional



Cohabitação

Rótulo da Relação Familiar

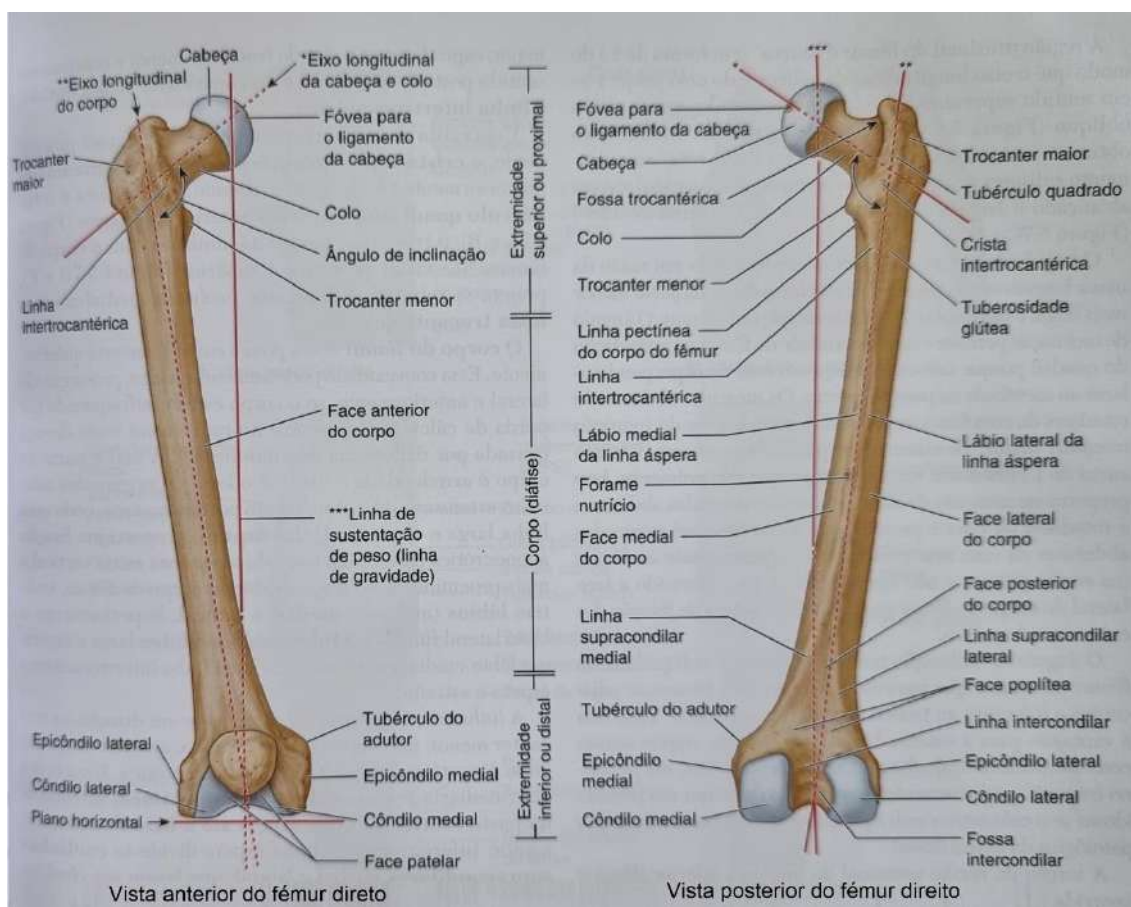


3. REVISÃO DA ANATOMIA COXOFEMORAL

3.1. O Fémur e a Articulação Coxofemoral

O fémur é o osso mais comprido e com maior massa do corpo humano, sendo que o seu comprimento corresponde a cerca de 25% da altura de um ser humano. É composto por um corpo e duas extremidades, a superior ou proximal e a inferior ou distal. Quando a pessoa se encontra em pé, o fémur transmite o peso do corpo do osso coxal para a tibia. (Moore, Dalley & Agur, 2014)

Figura 2 - O Fémur.



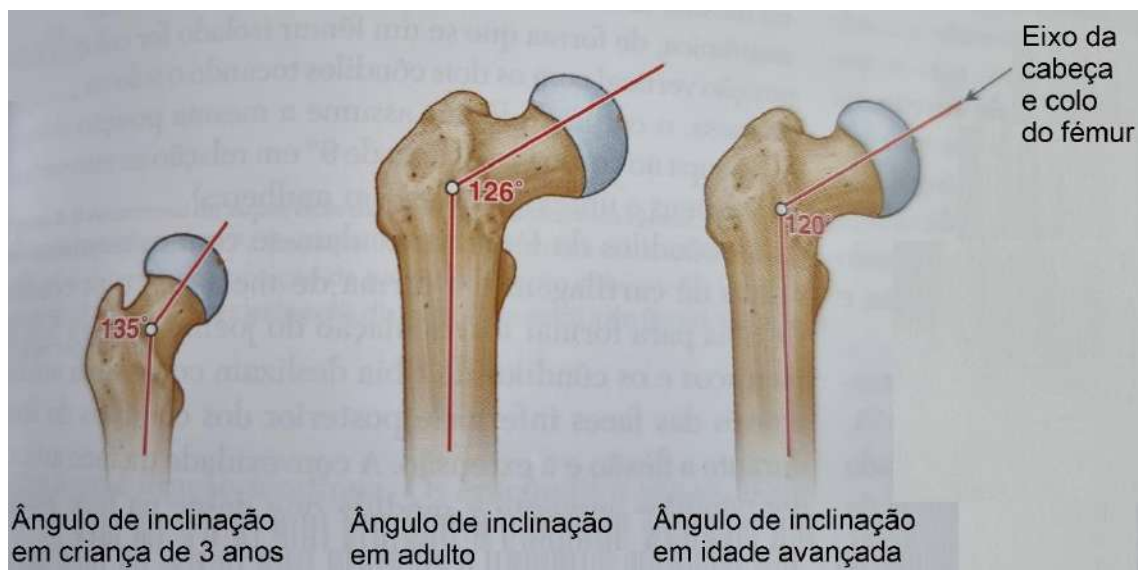
Fonte: (Moore et al., 2014)

A extremidade superior do fémur encontra-se dividida em cabeça, colo e dos trocânteres (maior e menor). A cabeça do fémur é redonda e corresponde a cerca de dois terços de uma esfera coberta por cartilagem articular, excetuando na fóvea do fémur, sendo esta uma depressão medial. O colo do fémur tem um formato trapezoidal, sendo que a extremidade estreita sustenta a cabeça e a base mais larga é contínua com o corpo. O colo

do fêmur tem um diâmetro médio com cerca de três quartos do diâmetro da cabeça do fêmur. (Moore et al., 2014)

A região proximal do fêmur possui uma forma de “L”, sendo que o eixo longitudinal da cabeça e do colo se projeta em sentido superomedial, formando um ângulo obtuso com o corpo. Esse ângulo obtuso vai diminuindo gradualmente ao longo da idade, formando quase uma linha reta aquando do nascimento e alcançando um ângulo de cerca entre 115° a 140° na idade adulta. (Moore et al., 2014)

Figura 3 - Evolução ao longo da vida do ângulo de inclinação formado pela projeção em sentido superomedial do eixo longitudinal da cabeça e do colo com o corpo.



Fonte: (Moore et al., 2014)

Este ângulo de inclinação é maior nas pessoas do sexo feminino devido à maior largura entre os acetábulos, como consequência da menor largura da pélvis, e da maior obliquidade do corpo do fêmur. O acetábulo é a grande cavidade caliciforme na face lateral do osso coxal que se articula com a cabeça do fêmur para formar a articulação coxal. (Moore et al., 2014)

O ângulo de inclinação permite maior mobilidade do fêmur na articulação com o osso coxal pois coloca a cabeça e o colo mais perpendiculares ao acetábulo quando na posição neutra. Os músculos adutores e rotadores da coxa fixam-se principalmente ao ápice do ângulo, como puxando uma alavanca (o ramo mais curto do “L”) orientada mais lateral do que verticalmente. Isto proporciona um aumento da alavanca para os músculos adutores e rotadores da coxa, permitindo que a massa dos adutores da coxa seja posicionada

superiormente ao fêmur, na região glútea, e não na lateral deste, libertando a face lateral do corpo do fêmur e aumentando a área de fixação dos extensores do joelho. (Moore et al., 2014)

O ângulo de inclinação assegura também a obliquidade do fêmur na coxa, permitindo que os joelhos se situem adjacentes e inferiores ao tronco. Todos estes fatores são vantajosos para a marcha bípede, porém impõem tensão considerável no colo do fêmur. Assim, um pequeno tropeção pode causar fratura do colo do fêmur em pessoas idosas se o colo estiver enfraquecido, por exemplo por osteoporose. (Moore et al., 2014)

A torção da região proximal do membro inferior que ocorre durante o desenvolvimento não termina com o eixo longitudinal da extremidade superior do fêmur (cabeça e colo) paralelo ao eixo transversal da extremidade inferior (côndilos do fêmur). Quando o fêmur é visto superiormente, os dois eixos formam um ângulo (ângulo de torção ou ângulo de declinação). O ângulo de torção, que possui uma média de 7° em pessoas do sexo masculino e uma média de 12° em pessoas do sexo feminino, permite que os movimentos giratórios da cabeça do fêmur dentro do acetábulo posicionado obliquamente sejam convertidos em flexão e extensão, abdução e adução e movimentos giratórios da coxa. (Moore et al., 2014)

No local onde o colo se une com o corpo do fêmur existem duas grandes elevações arredondadas denominadas trocânteres. O trocânter menor é abrupto, cônico e arredondado, estendendo-se medialmente desde a parte posteromedial da junção do colo com o corpo e servindo de local de fixação tendínea para o flexor primário da coxa, o músculo iliopsoas. O trocânter maior corresponde a uma grande massa óssea, posicionada lateralmente, que se projeta superior e posteriormente no local onde o colo se une ao corpo do fêmur, proporcionando fixação e alavanca para abdutores e rotadores da coxa. O local onde o colo e o corpo do fêmur se unem é indicado pela intertrocantérica, que corresponde a uma estria áspera formada pela fixação de um ligamento forte, o ligamento iliofemoral. A linha intertrocantérica inicia-se no trocânter maior, espirala-se em torno do trocânter menor e continua em sentido posterior e inferior como uma estria menos distinta. (Moore et al., 2014)

A crista intertrocantérica é uma crista semelhante à linha intertrocantérica, porém mais lisa e mais proeminente. A crista intertrocantérica une-se aos trocânteres posteriormente. A elevação arredondada na crista corresponde ao tubérculo quadrado. Quando visto anterior e posteriormente, o trocânter maior está alinhado com o corpo do fêmur. Quando visto posterior e superiormente, o trocânter maior projeta-se sobre uma depressão profunda medialmente, a fossa trocantérica. (Moore et al., 2014)

O corpo do fêmur apresenta uma ligeira curvatura, sendo convexo. Essa convexidade pode aumentar, prosseguindo lateral e anteriormente, se o corpo estiver enfraquecido devido

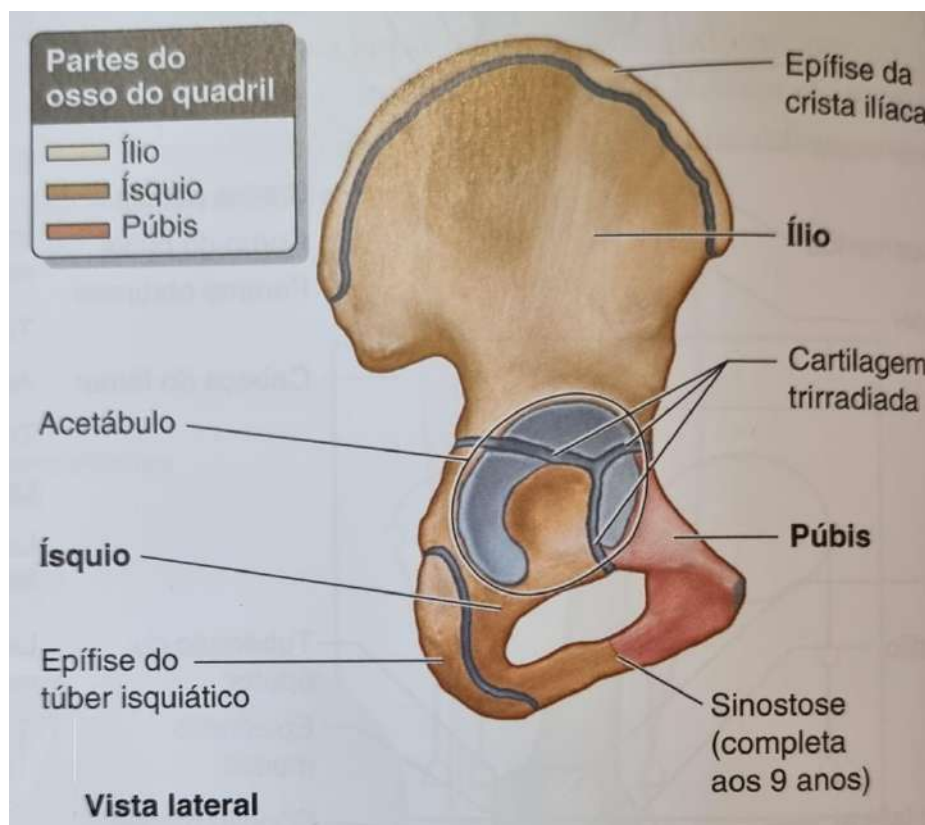
a perda de cálcio. A maior parte do corpo do fêmur é arredondada e lisa. O corpo é o local de origem dos músculos extensores do joelho, exceto posteriormente, onde uma linha larga e grossa, denominada linha áspera, proporciona fixação aponeurótica para os adutores da coxa. Essa estria vertical é mais proeminente no terço médio do corpo do fêmur, onde tem lábios (margens) medial e lateral. Superiormente, o lábio lateral funde-se à tuberosidade glútea larga e áspera, enquanto o lábio medial continua como uma linha intertrocantérica áspera e estreita. (Moore et al., 2014)

A linha intretrocantérica estende-se em direção ao trocânter menor, prosseguindo depois até à face anterior do fêmur. A linha pectínea, que corresponde a uma crista intermediária proeminente, estende-se desde a parte central da linha áspera até à base do trocânter menor. Inferiormente, a linha áspera divide-se em linhas supracondilares medial e lateral, que levam aos côndilos medial e lateral. Os côndilos medial e lateral formam quase toda a extremidade inferior, ou distal, do fêmur. Os dois côndilos encontram-se no mesmo nível horizontal quando o osso está na sua posição anatômica, de forma que caso um fêmur isolado seja colocado em posição vertical com os dois côndilos tocando o solo ou o tampo da mesa, o corpo do fêmur assume a mesma posição oblíqua que ocupa no corpo vivo. (Moore et al., 2014)

Os côndilos do fêmur articulam-se com os meniscos e os côndilos da tíbia para formar a articulação do joelho, sendo que os meniscos e os côndilos da tíbia deslizam como uma unidade através das faces inferior e posterior dos côndilos do fêmur durante a flexão e a extensão. (Moore et al., 2014)

O osso coxal, ou anca, é o grande osso pélvico plano, sendo formado pela fusão de três ossos primários: ílio, ísquio e púbis. Esta fusão ocorre no final da adolescência. No nascimento, os três ossos primários encontram-se unidos por cartilagem hialina e em crianças encontram-se incompletamente ossificados. Os ossos primários começam a fundir-se entre os 15 e os 17 anos, estando a fusão completa entre os 20 e os 25 anos. Em adultos idosos, as linhas de fusão dos ossos primários são pouco visíveis ou mesmo invisíveis. Mesmo tendo em conta que exista uma rígida fusão dos componentes ósseos, em adultos os nomes dos três ossos primários continuam a ser utilizados para descrição das três partes do osso coxal. (Moore et al., 2014)

Figura 4 – Ossos primários do osso coxal.



Fonte: (Moore et al., 2014)

O ílio forma a maior parte do osso coxal e contribui para formar a parte superior do acetábulo. Tem partes mediais espessas para sustentação de peso e partes posterolaterais finas, denominadas asas, que proporcionam superfícies largas para fixação carnosa dos músculos. (Moore et al., 2014)

O corpo do ílio une-se ao púbis e ao ísquio para formar o acetábulo. Anteriormente, o ílio tem espinhas ilíacas anterossuperiores e anteroinferiores firmes, que fornecem fixação para ligamentos e tendões dos músculos do membro inferior. (Moore et al., 2014)

Iniciando a análise a partir da espinha ilíaca anterossuperior, a margem superior curva, longa e espessa do ílio, denominada crista ilíaca, estende-se posteriormente, terminando na espinha ilíaca posterossuperior. A crista funciona como um para-choques, sendo um local importante para fixação aponeurótica de músculos finos, laminares e da fáscia muscular. Uma proeminência no lábio externo da crista, o túberculo ilíaco, está situada cerca de 5 a 6 cm posterior à espinha ilíaca anterossuperior. (Moore et al., 2014)

A face lateral da asa do ílio tem três linhas curvas e ásperas, denominadas linhas glúteas posterior, anterior e inferior, que demarcam as fixações proximais dos três grandes

músculos glúteos. Medialmente, cada asa tem uma depressão grande e lisa, denominada fossa ilíaca, correspondendo ao local de fixação proximal do músculo ilíaco. O osso que forma a parte superior dessa fossa pode tornar-se fino e translúcido, sobretudo em mulheres idosas com osteoporose. (Moore et al., 2014)

Posteriormente, a face medial do ílio tem uma área articular áspera e auriculiforme, denominada face auricular, e uma tuberosidade ilíaca ainda mais áspera, superior a ela, para articulação sinovial e sindesmótica com as faces recíprocas do sacro na articulação sacroilíaca. (Moore et al., 2014)

O ísquio forma a parte posteroinferior do osso coxal. A parte superior do corpo do ísquio funde-se ao púbis e ao ílio, formando a face posteroinferior do acetábulo. O ramo do ísquio une-se ao ramo inferior do púbis para formar uma barra de osso, o ramo isquiopúbico, que constitui o limite inferomedial do forame obturado. A margem posterior do ísquio forma a margem inferior de um entalhe profundo denominado incisura isquiática maior. A grande espinha isquiática triangular na margem inferior desse entalhe e um local de fixação de ligamentos. Essa nítida demarcação efetua a separação entre a incisura isquiática maior de um entalhe inferior, de menor dimensão, arredondado e com superfície lisa, denominado incisura isquiática menor. A incisura isquiática menor atua como tróclea ou polia para um músculo que emerge da pelve óssea. A projeção óssea áspera na junção da extremidade inferior do corpo do ísquio e o seu ramo é o túber isquiático. Quando uma pessoa se encontra sentada, o peso do corpo fica apoiado sobre essa tuberosidade, sendo o local de fixação tendínea proximal dos músculos posteriores da coxa. (Moore et al., 2014)

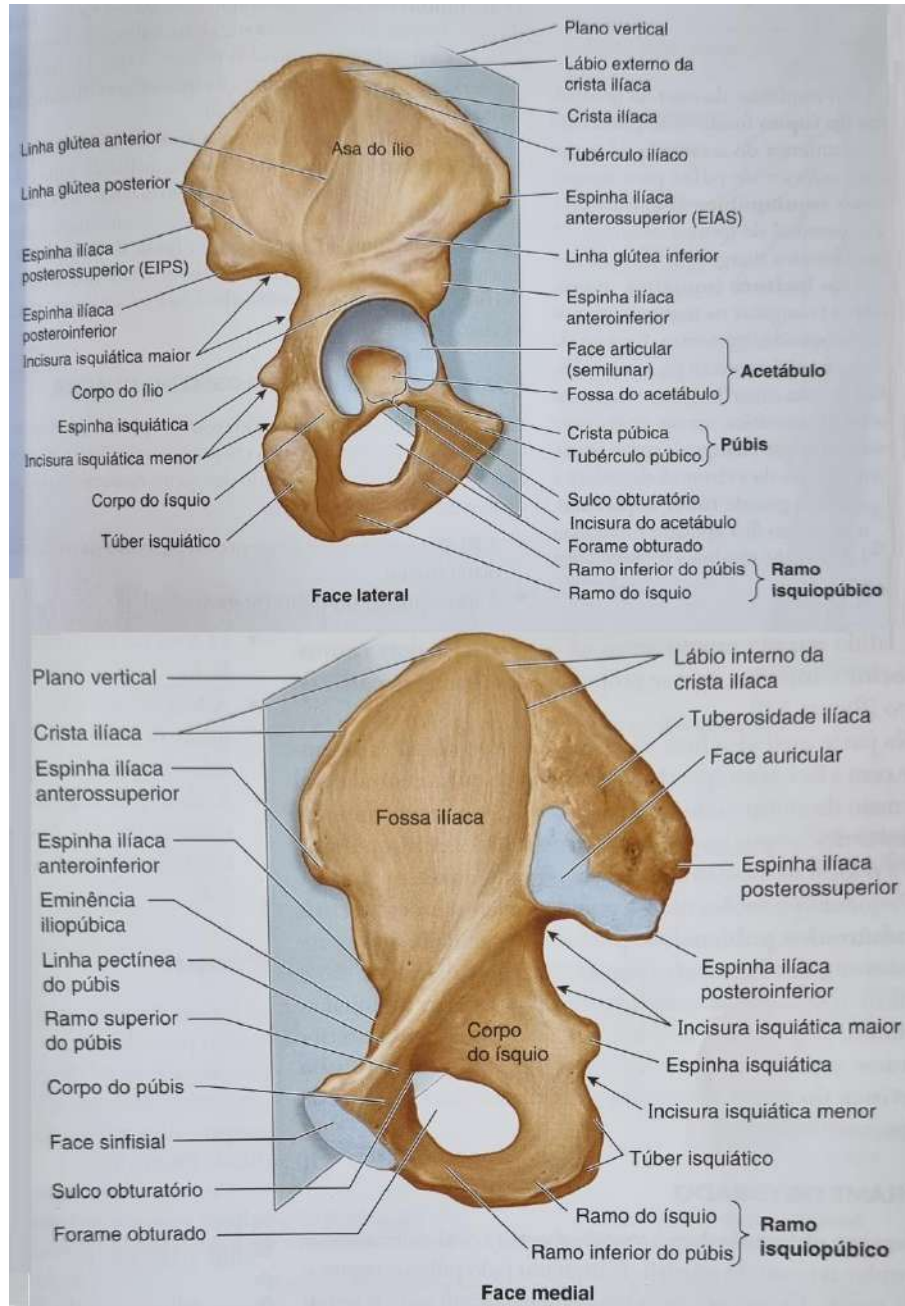
O púbis forma a parte anteromedial do osso coxal, contribuindo para a parte anterior do acetábulo, e é o local de fixação proximal dos músculos mediais da coxa. O púbis é dividido num corpo achatado e medial e dois ramos, um superior e um inferior, que se projetam lateralmente a partir do corpo. Na parte medial, a face sínfial do corpo do púbis articula-se com a face correspondente do corpo do púbis contralateral através da sínfise púbica. A margem anterossuperior dos corpos unidos e da sínfise formam a crista púbica, sendo o local de fixação dos músculos abdominais. Os tubérculos púbicos correspondem a pequenas projeções nas extremidades laterais dessa crista, sendo pontos de referência importantes nas regiões inguiniais. Os tubérculos são o local de fixação da parte principal do ligamento inguinal, sendo, portanto, de fixação muscular indireta. A margem posterior do ramo superior do púbis tem uma elevação nítida, a linha pectínea do púbis, sendo que esta forma parte da abertura superior da pelve. (Moore et al., 2014)

O forame obturado corresponde a uma grande abertura oval ou triangular irregular no osso coxal. É delimitado pelo púbis e pelo ísquio e seus ramos. Com a exceção de uma

pequena passagem para o nervo e vasos obturatórios, o forame obturado é fechado pela membrana obturadora, sendo esta fina e forte. O forame minimiza a massa óssea enquanto o seu fecho pela membrana obturadora propicia uma extensa superfície de ambos os lados, originando fixação muscular. (Moore et al., 2014)

Como já referido, o acetábulo é a grande cavidade caliciforme na face lateral do osso coxal, articulando-se com o fémur para formar a articulação coxal. Os três ossos primários que constituem o osso coxal contribuem para a formação do acetábulo. O limbo do acetábulo é incompleto inferiormente na incisura do acetábulo, tornando a fossa semelhante a um cálice em que falta um pedaço da borda. A depressão áspera no assoalho do acetábulo, denominada fossa do acetábulo, estende-se superiormente a partir da incisura deste. A incisura e a fossa do acetábulo também criam um defeito na face semilunar do acetábulo, que é a face articular que recebe a cabeça do fémur. (Moore et al., 2014)

Figura 5 - Osso coxal direito num adulto em posição anatômica.

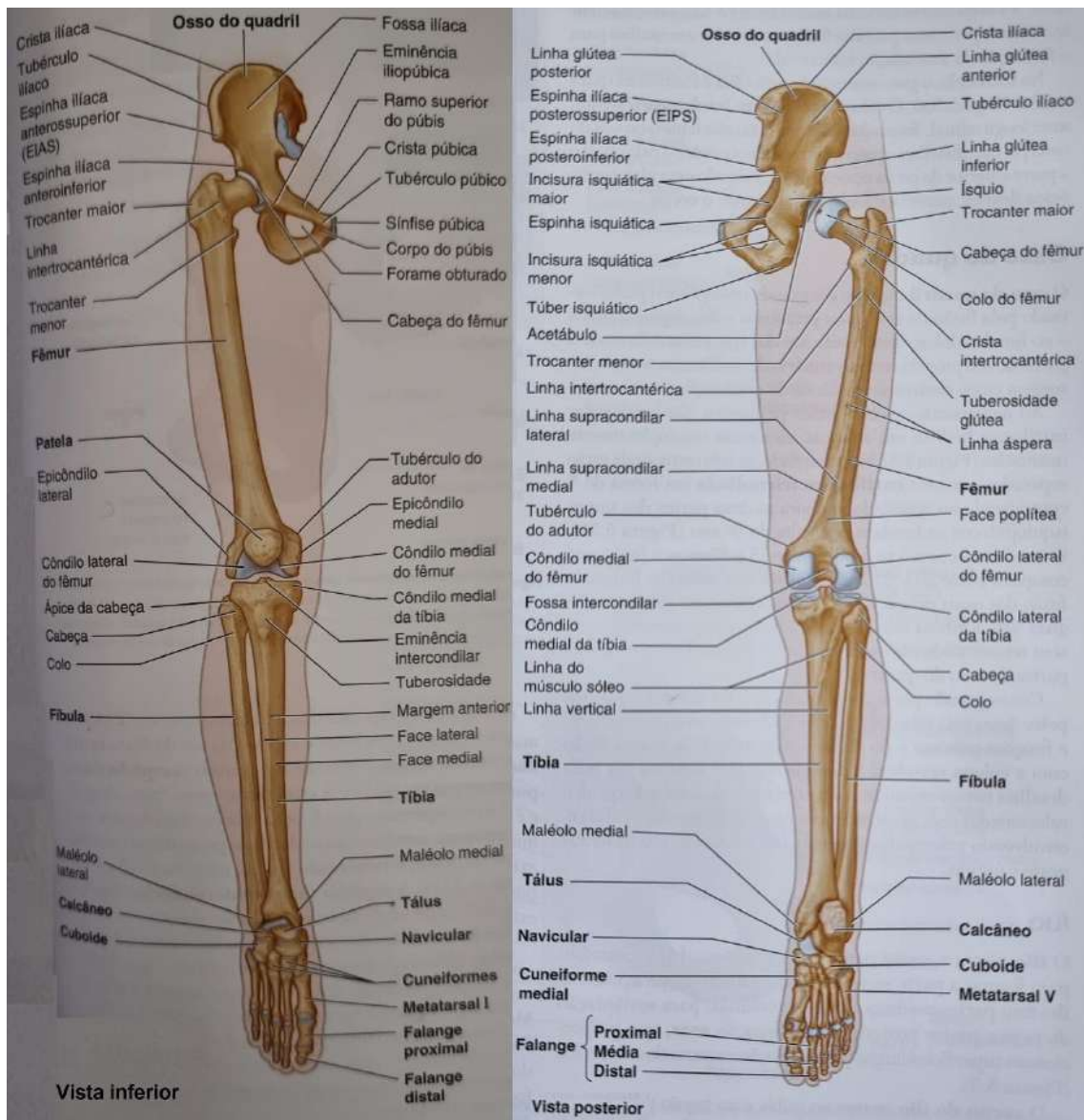


Fonte: (Moore et al., 2014)

O peso corporal é transferido da coluna vertebral para o cingulo do membro inferior através das articulações sacroilíacas, e do cingulo do membro inferior para os fêmures através das articulações do osso coxal. O cingulo do membro inferior corresponde a um anel formado pelo sacro e pelos ossos coxal direito e coxal esquerdo unidos anteriormente na sínfise púbica. De forma a sustentar melhor a postura bípede ereta, os fêmures são oblíquos nas coxas, de modo que, quando em pé, os joelhos ficam posicionados adjacentes e diretamente

inferiores ao tronco, reposicionando o centro de gravidade nas linhas verticais das pernas e pés. Fonte: (Moore et al., 2014)

Figura 6 - Ossos do membro inferior.



Fonte: (Moore et al., 2014)

3.2. Fraturas femorais atípicas e bifosfonatos

Existem diversos tipos de fraturas do fêmur, podendo ser classificadas em função da sua localização. Assim, estas podem ser classificadas em fraturas da extremidade proximal do fêmur (podendo ainda ser do colo, trocanterica e subtrocantérica), fraturas da diáfise do fêmur, fraturas supracondilianas e fraturas intercondilianas do fêmur. (Serra et al., 2012) Fraturas da extremidade do fêmur ocorrem entre o limite inferior da cabeça do fêmur e de 5 cm abaixo do limite inferior do trocânter menor. Fratura trocantérica é a que ocorre entre a

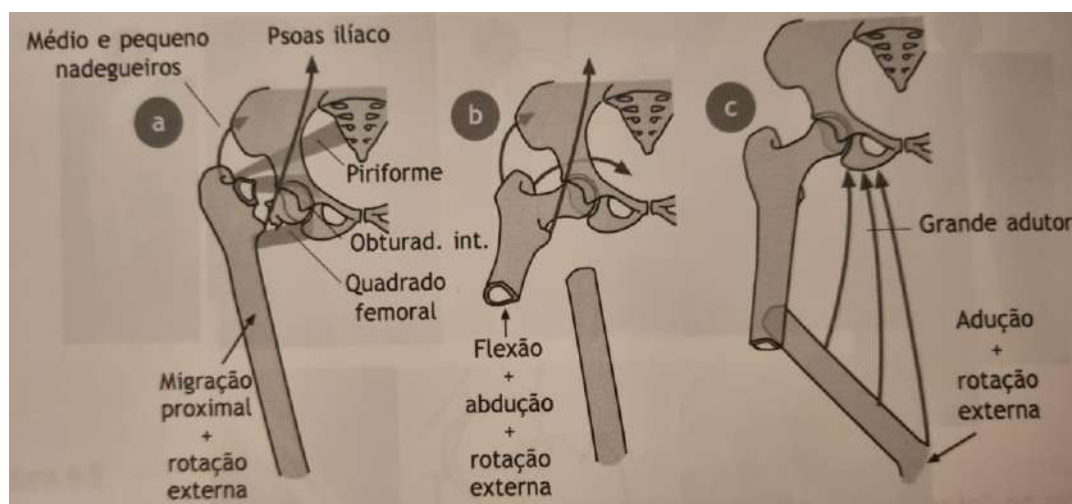
linha intertrocantérica e o limite distal do trocânter menor. A fratura do colo ocorre entre a cabeça e a área trocantérica e a fratura subtrocantérica ocorre nos 5 cm abaixo do limite inferior do trocânter menor. (Serra et al., 2012)

A fratura do fêmur resulta normalmente em dor intensa, incapacidade de movimento, encurtamento e rotação interna ou externa. (Cunha, 2008)

A escolha da técnica cirúrgica varia entre médicos e depende da localização, deslocação, tipo de fratura e da qualidade óssea (Hoeman, 2011).

Tendo em consideração as poderosas forças musculares na coxa do adulto, indutoras de posturas viciosas (conforme é possível visualizar na figura abaixo), o tratamento deste tipo de fraturas habitualmente é submissão a osteossínteses de forte solidez mecânica. São vantajosas as osteossínteses com vareta endomedular (como no caso da paciente estudada) uma vez que o implante coincide com a linha de transmissão de cargas pela diáfise que coincide com o eixo do canal medular e proporciona máxima vantagem mecânica. (Serra et al., 2012)

Figura 7 - Fraturas do fêmur com diferentes desvios entre os topos por efeito da ação muscular. Na imagem “a” apenas os músculos rotadores externos da anca estão evidenciados, sendo o seu efeito representado por uma seta na image “b”. O efeito dos restantes músculos que intervêm é também representado por uma seta. (“a” – fratura do colo; “b” – fratura do terço proximal da diáfise; “c” – fratura diafisária medial).



Fonte: (Serra et al., 2012)

“Os atuais métodos de osteossíntese com vareta endomedular permitem a cirurgia a “céu fechado”, ou seja, sem abertura do foco de fratura o que garante a permanência dos mecanismos de consolidação natural, no seu tempo mínimo possível. As varetas são aparafusadas nos topos, permitindo imobilidade em fraturas com fragmentação segmentar que ocasione instabilidade no foco” (Serra et. al., 2012, p.289)

A diminuição da taxa de mortalidade está diretamente associada com o aumento da esperança média de vida e conseqüente envelhecimento populacional. As fraturas da diáfise

do fêmur podem ocorrer em qualquer idade, sendo que atualmente a população afetada é maioritariamente da faixa etária acima dos 50 anos de idade, idade média de 74 anos, e o sexo afetado em 80% dos casos é o feminino. Estas fraturas são habitualmente provocadas por traumatismos de alta energia. As características e tratamento diferem na criança e no adulto. (Serra et al., 2012) No presente trabalho o foco é no adulto/idoso.

Numa população idosa é comum o desenvolvimento de patologias ósseas, sendo a osteoporose uma das mais comuns. (Serra et al., 2012)

A osteoporose caracteriza-se por uma diminuição da massa óssea e deterioração da arquitetura do osso, o que conduz a um aumento do risco de fratura. (CUF, 2020) Assim, a osteoporose, ou osteopenia, ocorre quando numa determinada zona óssea a quantidade de osso por unidade de volume for abaixo do valor considerado normal, ou seja, é um estado de diminuição de massa óssea por unidade de volume. (Serra, Oliveira e Castro, 2012)

Em Portugal, para prevenção e tratamento da osteoporose, existem diversos fármacos disponíveis, entre os quais o cálcio, associado ou não à vitamina D, os bifosfonatos, a calcitonina, o raloxifeno, o ranelato de estrôncio e a teriparatida. De entre estes, os bifosfonatos são fármacos que inibem a reabsorção osteoclástica óssea e aumentam a densidade mineral óssea. (Alves & Furtado, 2007) Além disso, os bifosfonatos estão recomendados como tratamento inicial da osteoporose em mulheres após a menopausa com risco elevado de fratura, pela sua favorável relação custo-eficácia. (Ordem dos Farmacêuticos, 2021) Estes atuam acumulando-se no tecido ósseo onde contribuem para reequilibrar o ciclo de remodelação para aumentar a densidade óssea (BPACNZ, 2009), funcionando com um medicamento antirreabsortivo que inibe a reabsorção óssea mediada por osteoclastos (Lloyd et al., 2017).

Embora o tratamento com bifosfonatos reduza o risco geral de fratura, fraturas atípicas do fêmur têm sido associadas ao uso deste fármaco. (BPACNZ, 2009) Estudos evidenciam que o tratamento prolongado com bifosfonatos degrada os mecanismos de fortificação e resistência à fratura característicos de ossos saudáveis. (Lloyd et al., 2017) Verificou-se que pacientes tratados com bifosfonatos apresentavam uma redução na força necessária para propagar uma fratura e uma diminuição da força necessária para iniciar uma fratura. (Lloyd et al., 2017) Além disso, tecidos de pacientes tratados com bifosfonatos apresentavam uma menor sinuosidade nas fraturas, o que significa que nesses casos as fraturas têm menor probabilidade de se dividirem ou laminarem ao longo de fronteiras osteonais. A divisão ou laminação das fraturas são mecanismos que consomem energia que, caso estas não ocorram, será conduzida para a propagação da fratura. Em ossos não tratados com bifosfonatos, fronteiras de cimentação mais mineralizadas em torno de “osteons” representam o caminho mais favorável para fratura, porém em paciente tratados com bifosfonatos, a maior homogeneização da mineralização poderá conduzir a que as linhas de

cimentação não atuam como fronteiras para a propagação de fraturas, resultando na perda de resistência à fratura. (Lloyd et al., 2017)

3.3. Intervenção do EEER em contexto domiciliário na pessoa submetida encavilhamento do fémur

Segundo Viera & Sousa (2016), de entre os vários sistemas de classificação de fraturas trocantéricas do fémur salientam-se os de Tronzo.

A classificação de Tronzo das fraturas transtrocantéricas identifica 5 tipologias, sendo abaixo descritas.

Tabela 2 - Classificação de Tronzo

Tipo I	Fratura transtrocantérica incompleta
Tipo II	Pode haver fratura do pequeno trocânter (sem cominuição postero-mediana).
Tipo III	A diáfise está medializada e o espessamento ósseo ao longo da concavidade proximal encaixado nela. (com cominuição postero-mediana) Quando há também fratura do grande trocânter é classificada como tipo III variante.
Tipo IV	A diáfise está lateralizada, o traço é mais vertical. (habitualmente cominuição maior)
Tipo V	É um traço invertido, de lateral para mediano e de distal para proximal, o que torna a fratura instável.

Nas fraturas transtrocantéricas as opções de fixação são as placas e as astes medulares. Relativamente às placas existem as placas lâminas com *dynamic hip screw* (DHS), as placas com *dynamic condylar screw* (DCS); as placas proximal fémur- *locking compression plate* (PF-LCP) e a placa *less invasive stabilization system* (LISS). A nível de hastes intramedulares as mais utilizadas são as intramedulares tipo Gamma Nail (Stryker).

As hastes intramedulares têm a vantagem de permitir realizar cargas e reabilitação precocemente (24 a 48h) mesmo em pessoas com osteoporose.

O EEER, na atuação em pessoas com patologias do foro locomotor, aquando do planeamento do programa de reabilitação deve “ter como principais focos prevenção de complicações (desenvolvimento de úlceras por pressão, problemas de ventilação pulmonar e problemas circulatórios), a reeducação funcional a nível motor, sensorial e cognitivo, cardiorrespiratório, eliminação, alimentação e sexualidade, e a capacitação da pessoa para o

autocuidado com o objetivo de alcançar a capacidade funcional ótima através da maximização de capacidades, redefinição de estratégias de modo a promover a reinserção social, familiar e profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, as cited in Vieira & Sousa, 2016, p..422)

Alguns estudos referem a importância das visitas domiciliárias do EEER para identificação das barreiras arquitetónicas (entre outras necessidades), e é de extrema importância esta contribuição para que a pessoa e a sua família mobilizem os recursos disponíveis e adotem estratégias de gestão do ambiente físico envolvente e adaptativas para o autocuidado (libertação do espaço para circulação, aquisição de produtos de apoio necessários), para promover a acessibilidade, segurança e autonomia máxima possível da pessoa, potenciando a adesão ao regime terapêutico e maximizando assim a qualidade de vida.

É recomendada uma intervenção precoce e intensiva durante 6 meses, atuando ao nível das mobilizações passivas e ativas assistidas de flexão e extensão das articulações do joelho, coxofemoral e tibiotársica. O fortalecimento da musculatura responsável pela abdução e adução da articulação coxofemoral aumentam a estabilidade lateral durante a marcha, tendo efeito benéfico no equilíbrio dinâmico. Também é de extrema importância o treino de ABVD com vista a garantir a segurança e promover a qualidade de vida através da promoção da autonomia da pessoa, sempre que possível. (Vieira & Sousa,2016)

A capacitação da pessoa e do seu cuidador na transição de cuidados, tem um papel fundamental na funcionalidade e redução das taxas de re-hospitalização.

Apresenta-se de seguida a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na reeducação funcional da pessoa que sofreu fratura do fémur e foi submetida a encavilhamento.

- No período pós-operatório:

Reeducação Funcional Respiratória		<ol style="list-style-type: none"> 1. Consciencialização da respiração 2. Exercícios de RFR abdomino-diafragmáticos. 3. Exercícios de reeducação costal 4. Ensino da tosse 5. Ensino dirigido à pessoa com patologia cardio-respiratória.
Reeducação funcional motora	Exercícios isométricos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contrações isométricas dos abdominais, glúteos e quadricípites

	Exercícios isotónicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mobilizações ativas livres / assistidas/ resistidas/ dos membros sãos 2. Mobilizações ativas assistidas e resistidas do membro operado de acordo com a tolerância da pessoa: <ul style="list-style-type: none"> - Dorsiflexão/flexão plantar da articulação tibiotársica. - Flexão e extensão da articulação coxofemoral e do joelho - Abdução/ Adução da articulação coxofemoral (até à linha média do corpo)
--	-----------------------	--

No anexo I encontram-se os alguns dos principais exercícios que o EEER deve ensinar, treinar e, se possível, capacitar o utente para a realização autónoma no pós-operatório.

4. AVALIAÇÃO DA SR.^a M.P.

4.1. WHOQOL-BREF

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

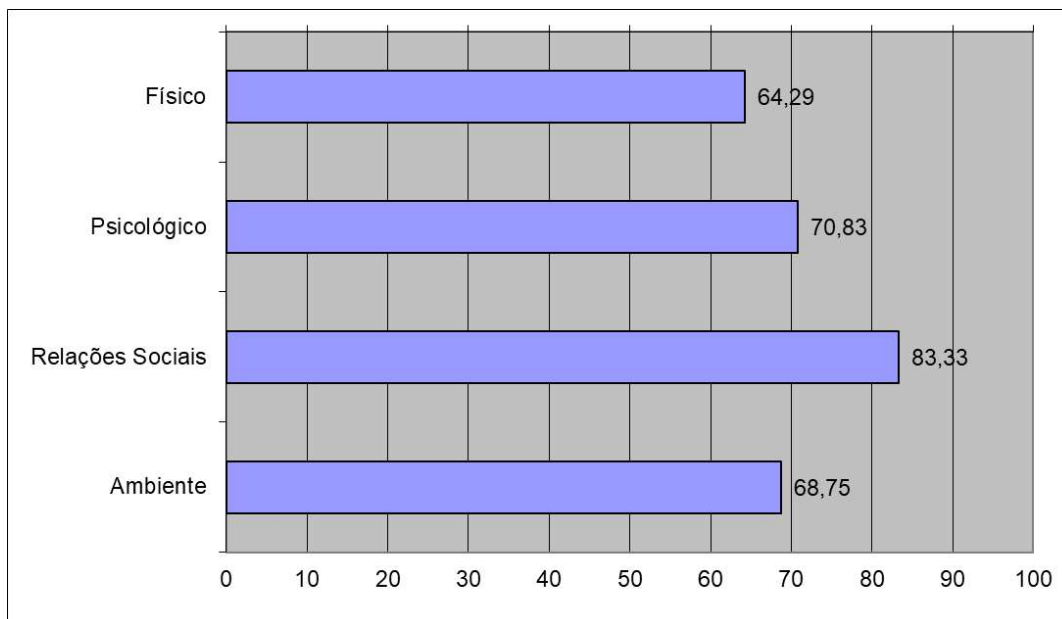
As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Score por domínio



A escala WHOQOL-BREF permite criar um perfil da qualidade de vida, analisando diferentes domínios, sendo que 100% é o valor máximo, correspondendo à melhor qualidade de vida. É possível que a utente possui uma boa qualidade de vida, em especial em relações sociais mas com menor qualidade nos domínios físico e Ambiental.

4.2. Escala de avaliação da dor: Avaliação qualitativa da dor

Tabela 3 - Escala qualitativa de avaliação da dor

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Fonte: https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

A paciente referiu na primeira visita domiciliária que apresentava dor ligeira aquando da mobilização do membro afetado, que após analgesia em esquema, crioterapia e repouso alivia.

Aquando das 2 seguintes visitas domiciliárias a paciente aparentava-se sem dor.

4.3. Escala de Berg: Avaliação do Equilíbrio

O score 39 correspondente à avaliação realizada no primeiro contacto com a paciente, que indica que a Sr.^a M.P. precisa de algum tipo de assistência para caminhar, como utilização de auxiliar de marcha (por exemplo, andarilho ou bengala). Equilíbrio aceitável.

1. DA POSIÇÃO DE SENTADO PARA A POSIÇÃO DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos como suporte.

- 4 Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma
- 3 Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos
- 2 Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas
- 1 Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável
- 0 Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar

2. FICAR EM PÉ SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar.

- 4 Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos
- 3 Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão
- 2 Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos
- 1 Necessita de várias tentativas para se manter de pé, sem apoio, durante 30 segundos
- 0 Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda

5. TRANSFERÊNCIAS

• INSTRUÇÕES: Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo “pivot”. Podem ser utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira sem braços.

- 4 Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos
- 3 Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos
- 2 Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão
- 1 Necessita de ajuda de uma pessoa
- 0 Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança

6. FICAR EM PÉ SEM APOIO E COM OS OLHOS FECHADOS

• INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos.

- 4 Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos
- 3 Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão
- 2 Consegue manter-se em pé durante 3 segundos
- 1 Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável
- 0 Necessita de ajuda para evitar a queda

3. SENTA-SE COM AS COSTAS DESAPOIADAS MAS COM OS PÉS APOIADOS NO CHÃO OU SOBRE UM BANCO

• INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.

4 Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos

3 Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão

2 Mantém-se sentado durante 30 segundos

1 Mantém-se sentado durante 10 segundos

0 Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos

4. DA POSIÇÃO DE PÉ PARA A POSIÇÃO DE SENTADO

• INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

4 Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos

3 Ao sentar-se recorre às mãos

2 Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida

1 Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida

0 Necessita de ajuda para se sentar

7. MANTER-SE EM PÉ SEM APOIO E COM OS PÉS JUNTOS

• INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar.

4 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto

3 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão

2 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma, mas não consegue manter a posição durante 30 segundos

1 Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos

0 Necessita de ajuda para chegar à posição mas não consegue mantê-la durante 15 segundos

8. INCLINAR-SE PARA A FRENTE COM O BRAÇO ESTENDIDO AO MESMO TEMPO QUE SE MANTÉM DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Mantenha o braço estendido a 90 graus. Estique os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (O examinador coloca uma régua no final dos dedos quando o braço está a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar a rotação do tronco.)

- 4 Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante (10 polegadas)
- 3 Consegue inclinar-se mais de 12 cm para a frente, com segurança (5 polegadas)
- 2 Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança (2 polegadas)
- 1 Inclina-se para a frente mas necessita de supervisão
- 0 Perde o equilíbrio durante as tentativas / necessita de apoio externo

9. APANHAR UM OBJECTO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés.

- 4 Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança
- 3 Consegue apanhar o chinelo mas necessita de supervisão
- 2 Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma
- 1 Não consegue apanhar o chinelo e necessita supervisão enquanto tenta
- 0 Não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

10. VIRAR-SE PARA OLHAR SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO ENQUANTO ESTÁ DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Vire-se e olhe para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o lado direito. O examinador pode pegar num objecto para o paciente olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar a rotação.

- 4 Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso
- 3 Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir o peso
- 2 Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio
- 1 Necessita de supervisão ao virar
- 0 Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

11. DAR UMA VOLTA DE 360 GRAUS

• INSTRUÇÕES: Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direção oposta.

- 4 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- 3 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em 4 segundos ou menos
- 2 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança mas lentamente
- 1 Necessita de supervisão ou de indicações verbais
- 0 Necessita de ajuda enquanto dá a volta

12. COLOCAR OS PÉS ALTERNADOS NUM DEGRAU OU BANCO ENQUANTO SE MANTÉM EM PÉ SEM APOIO

• INSTRUÇÕES: Coloque cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.

- 4 Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos
- 3 Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos
- 2 Consegue completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão
- 1 Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda
- 0 Necessita de ajuda para evitar a queda / não consegue tentar

13. FICAR EM PÉ SEM APOIO COM UM PÉ À FRENTE DO OUTRO

• INSTRUÇÕES: (DEMONSTRAR PARA O SUJEITO) Coloque um pé exactamente em frente do outro. Se sentir que não consegue colocar o pé exactamente à frente, tente dar um passo suficientemente largo para que o calcanhar do seu pé esteja à frente dos dedos do seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura do paciente deverá aproximar-se da sua passada normal).

- 4 Consegue colocar um pé exactamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- 3 Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- 2 Consegue dar um pequeno passo, de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- 1 Necessita de ajuda para dar um passo mas consegue manter a posição durante 15 segundos
- 0 Perde o equilíbrio enquanto dá o passo ou ao ficar de pé

14. FICAR EM PÉ SOBRE UMA PERNA

• INSTRUÇÕES: Fique em pé sobre uma perna, sem se segurar, pelo maior tempo possível.

- 4 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante mais de 10 segundos
- 3 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição entre 5 e 10 segundos
- 2 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante 3 segundos ou mais
- 1 Tenta levantar a perna sem conseguir manter a posição durante 3 segundos, mas continua a manter-se em pé de forma autónoma
- 0 Não consegue tentar ou necessita de ajuda para evitar a queda

Tabela 4 - Parametrização da Escala de Berg

0 to 20:	A pessoa provavelmente precisará da ajuda de uma cadeira de rodas para se movimentar com segurança. Mau equilíbrio
21 to 40:	A pessoa precisará de algum tipo de assistência para caminhar, como utilização de auxiliar de marcha, por exemplo, andarilho ou bengala. Equilíbrio aceitável.
41 to 56:	A pessoa é considerada independente e deve ser capaz de se locomover com segurança sem assistência. Bom equilíbrio

Fonte: Apóstolo, 2012

Foi efetuada nova avaliação no terceiro contacto após a avaliação acima apresentada. Nesta reavaliação a paciente apresentou um score de 43, o que significa que a pessoa é considerada independente e deve ser capaz de se locomover com segurança sem assistência. Bom equilíbrio.

1. DA POSIÇÃO DE SENTADO PARA A POSIÇÃO DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos como suporte.

- 4 Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma
- 3 Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos
- 2 Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas
- 1 Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável
- 0 Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar

2. FICAR EM PÉ SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar.

- 4 Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos
- 3 Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão
- 2 Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos
- 1 Necessita de várias tentativas para se manter de pé, sem apoio, durante 30 segundos
- 0 Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda

3. SENTA-SE COM AS COSTAS DESAPOIADAS MAS COM OS PÉS APOIADOS NO CHÃO OU SOBRE UM BANCO

• INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.

- 4 Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos
- 3 Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão
- 2 Mantém-se sentado durante 30 segundos
- 1 Mantém-se sentado durante 10 segundos
- 0 Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos

4. DA POSIÇÃO DE PÉ PARA A POSIÇÃO DE SENTADO

• INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

- 4 Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos
- 3 Ao sentar-se recorre às mãos
- 2 Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida
- 1 Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida
- 0 Necessita de ajuda para se sentar

5. TRANSFERÊNCIAS

• INSTRUÇÕES: Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo “pivot”. Podem ser utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira sem braços.

- 4 Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos
- 3 Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos
- 2 Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão
- 1 Necessita de ajuda de uma pessoa
- 0 Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança

6. FICAR EM PÉ SEM APOIO E COM OS OLHOS FECHADOS

• INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos.

- 4 Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos
- 3 Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão
- 2 Consegue manter-se em pé durante 3 segundos
- 1 Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável
- 0 Necessita de ajuda para evitar a queda

7. MANTER-SE EM PÉ SEM APOIO E COM OS PÉS JUNTOS

• INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar.

- 4 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto
- 3 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão
- 2 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma, mas não consegue manter a posição durante 30 segundos
- 1 Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos
- 0 Necessita de ajuda para chegar à posição mas não consegue mantê-la durante 15 segundos

8. INCLINAR-SE PARA A FRENTE COM O BRAÇO ESTENDIDO AO MESMO TEMPO QUE SE MANTÉM DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Mantenha o braço estendido a 90 graus. Estique os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (O examinador coloca uma régua no final dos dedos quando o braço está a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar a rotação do tronco.)

4 Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante (10 polegadas)

3 Consegue inclinar-se mais de 12 cm para a frente, com segurança (5 polegadas)

2 Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança (2 polegadas)

1 Inclina-se para a frente mas necessita de supervisão

0 Perde o equilíbrio durante as tentativas / necessita de apoio externo

9. APANHAR UM OBJECTO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés.

4 Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança

3 Consegue apanhar o chinelo mas necessita de supervisão

2 Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma

1 Não consegue apanhar o chinelo e necessita supervisão enquanto tenta

0 Não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

10. VIRAR-SE PARA OLHAR SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO ENQUANTO ESTÁ DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Vire-se e olhe para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o lado direito. O examinador pode pegar num objecto para o paciente olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar a rotação.

- 4 Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso
- 3 Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir o peso
- 2 Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio
- 1 Necessita de supervisão ao virar
- 0 Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

11. DAR UMA VOLTA DE 360 GRAUS

• INSTRUÇÕES: Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direcção oposta.

- 4 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- 3 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em 4 segundos ou menos
- 2 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança mas lentamente
- 1 Necessita de supervisão ou de indicações verbais
- 0 Necessita de ajuda enquanto dá a volta

12. COLOCAR OS PÉS ALTERNADOS NUM DEGRAU OU BANCO ENQUANTO SE MANTÉM EM PÉ SEM APOIO

• INSTRUÇÕES: Coloque cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.

- 4 Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos
- 3 Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos
- 2 Consegue completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão
- 1 Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda
- 0 Necessita de ajuda para evitar a queda / não consegue tentar

13. FICAR EM PÉ SEM APOIO COM UM PÉ À FRENTE DO OUTRO

• INSTRUÇÕES: (DEMOSTRAR PARA O SUJEITO) Coloque um pé exactamente em frente do outro. Se sentir que não consegue colocar o pé exactamente à frente, tente dar um passo suficientemente largo para que o calcanhar do seu pé esteja à frente dos dedos do seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura do paciente deverá aproximar-se da sua passada normal).

- 4 Consegue colocar um pé exactamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- 3 Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- 2 Consegue dar um pequeno passo, de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- 1 Necessita de ajuda para dar um passo mas consegue manter a posição durante 15 segundos
- 0 Perde o equilíbrio enquanto dá o passo ou ao ficar de pé

14. FICAR EM PÉ SOBRE UMA PERNA

• INSTRUÇÕES: Fique em pé sobre uma perna, sem se segurar, pelo maior tempo possível.

() 4 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante mais de 10 segundos

() 3 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição entre 5 e 10 segundos

2 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante 3 segundos ou mais

() 1 Tenta levantar a perna sem conseguir manter a posição durante 3 segundos, mas continua a manter-se

em pé de forma autónoma

() 0 Não consegue tentar ou necessita de ajuda para evitar a queda

Fonte: Apóstolo, 2012

4.4. Índice de Lawton-Brody

Tabela 5 - Avaliação da Sr.^a M.P. no desempenho das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) no domicílio

Itens	Cotação	
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a roupa	3
Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré cozinhados	3
	Incapaz de preparar refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
Uso do telefone	É incapaz de ir às compras	4
	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
Uso de transporte	Incapaz de usar o telefone	4
	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de taxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
Uso do dinheiro	Incapaz de usar o transporte	4
	Paga as contas, vai ao banco, etc	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
Responsável pelos medicamentos	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
	Responsável pela medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

Fonte: Apóstolo, 2012

Tabela 6 - Parametrização do índice de Lawton-Brody

Independente	Moderadamente dependente	Severamente dependente
8 pontos	9 a 20 pontos	> 20 pontos

Fonte: Apóstolo, 2012

A paciente apresenta um score de 14 pontos, que indica uma dependência moderada na realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) no domicílio, que se manteve

em todas as avaliações realizadas. No que diz respeito às tarefas de casa a paciente apenas realiza as tarefas leves por precaução, uma vez que têm uma empregada de limpeza e na ausência desta o marido prefere realizar ele, embora a Sra. M.P. já consiga realizar todas com a exceção de tarefas pesadas.

4.5. Índice de Barthel: Avalia a dependência funcional

Tabela 7 - Avaliação da dependência funcional da Sr.^a M.P. através do Índice de Barthel

Grau de dependência no Autocuidado	1º Contacto	3º Contacto
Alimentação	10	10
Transferência	10	15
Toailete	5	5
Utilização do WC	10	10
Banho	5	5
Mobilidade	10	15
Subir e descer escadas	5	10
Vestir	10	10
Controlo intestinal	10	10
Controlo urinário	10	10
Total	85	95

Fonte: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

Tabela 8 - Parametrização do Índice de Barthel

Barthel > 90	90 > Barthel > 55	Barthel < 55
Dependente ligeiro	Dependente Moderado	Dependente elevado

Fonte: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

A paciente apresentava um score de 85 (dependência moderada) no 1º contacto, cuja limitação funcional era maioritariamente associada à dor e receio/prudência. No 3º contacto tinha um score de 95 (dependência ligeira), uma vez que refere diminuição da dor e sendo a segunda vez que se encontra neste tipo de situação, reconhece a importância da realização dos exercícios que lhe recomendamos realizar, e ao sentir uma evolução positiva sente maior confiança.

4.6. Escala de Braden : Avaliação do risco de UP

Tabela 9 - Avaliação do risco de desenvolvimento de UP na Sr.^a M.P. durante o 1º e 3º contacto.

Escala de Braden			1º Contacto	3º Contacto
Perceção sensorial	Completamente limitada	1		
	Muito limitada	2		
	Ligeiramente limitada	3		
	Nenhuma limitação	4	4	4
Humidade	Pele constantemente húmida	1		
	Pele muito húmida	2		
	Pele ocasionalmente húmida	3		
	Pele raramente húmida	4	4	4
Atividade	Acamado	1		
	Sentado	2		
	Anda ocasionalmente	3	3	
	Anda frequentemente	4		4
Mobilidade	Completamente imobilizado	1		
	Muito limitada	2		
	Ligeiramente limitada	3	3	3
	Nenhuma limitação	4		
Nutrição	Muito pobre	1		
	Provavelmente inadequada	2		
	Adequada	3	3	3
	Excelente	4		
Fricção e forças de deslizamento	Problema	1		
	Problema potencial	2	2	
	Nenhum problema	3		3
Score			19	21

Fonte: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx

Tabela 10 - Parametrização da escala de Braden

Classificação	
Alto risco	≤ 16
Baixo risco	≥ 17

Fonte :https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx

Aquando da realização das avaliações do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, os scores obtidos evidenciaram baixo risco.

4.7. Medical Research Council Muscle Scale: Avaliação da Força Muscular

Tabela 11 - Parametrização da Medical Research Scale

Não apresenta movimento muscular nem articular. Não se observa contração muscular – paralisia total	0
Não usa o músculo para mover a articulação: Percebem-se apenas pequenas contrações musculares, mas sem movimento	1
Amplitude completa de movimento, mas sem vencer a gravidade	2
Amplitude completa do movimento, vence a gravidade, mas não uma resistência mínima adicional	3
Amplitude completa do movimento, vence a gravidade com alguma resistência adicional	4
Amplitude normal e completa dos movimentos – força normal	5

Tabela 12 - Avaliação da Força Muscular - Medical Research Council Muscle Scale

Segmentos	Movimentos	Avaliação Força Muscular	
		Direito	Esquerdo
	Membro Superior		
Escapulo-umeral	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
	Adução	5	5
	Abdução	5	5
	Rotação interna	5	5
	Rotação externa	5	5
	Circundação	5	5
	Elevação	5	5
	Depressão	5	5
Cotovelo	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
Antebraço	Pronação	5	5
	Supinação	5	5
	Flexão palmar	5	5
	Dorsiflexão	5	5
Punho	Desvio radial	5	5

	Desvio cubital	5	5
	Circundação	5	5
Membro Superior		Direito	Esquerdo
Dedos	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
	Adução	5	5
	Abdução	5	5
	Circundação polegar	5	5
	Oponência polegar	5	5
Membro Inferior		Direito	Esquerdo
Coxo-femoral	Flexão	5	4
	Extensão	5	4
	Adução	5	4
	Abdução	5	4
	Rotação interna	5	4
	Rotação externa	5	4
	Circundação	5	4
Joelho	Flexão	5	4
	Extensão	5	4
Tíbio-társica	Flexão plantar	5	4
	Flexão dorsal	5	4
	Inversão	5	4
	Eversão	5	4
Dedos	Flexão	5	4
	Extensão	5	4
	Adução	5	4
	Abdução	5	4

4.8. Escala de Ashworth Modificada: Avaliação de Tônus muscular

Tabela 13 - Avaliação do tônus Muscular

Escala de <i>Ashworth</i> Modificada			
Membro superior		Membro inferior	
Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
0	0	0	1

Aquando das avaliações realizadas denotou-se no membro inferior esquerdo um discreto aumento do tônus muscular, com resistência mínima nos últimos graus do movimento. Os restantes membros não apresentavam alterações.

4.9. Índice de Katz: Avaliação das atividades básicas de vida diária

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se; Pontos: <u>1</u>	(1 ponto) Toma banho completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se; Pontos: <u>1</u>	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para apertar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir à casa de banho; Pontos: <u>1</u>	(1 ponto) Dirige-se ao WC, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao WC, limpar-se ou usa urinol ou arrastadeira
Transferência; Pontos: <u>0</u>	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. São aceitáveis equipamentos mecânicos de ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência; Pontos: <u>1</u>	(1 ponto) Tem completo controle sobre a eliminação (intestinal ou vesical)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente a nível intestinal ou vesical
Alimentação; Pontos: <u>1</u>	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral

Total de Pontos = 5 6 = Independente; 4 = Dependência moderada; 2 ou menos = Muito dependente

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se; Pontos: <u>1</u>	(1 ponto) Toma banho completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se; Pontos: <u>1</u>	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para apertar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir à casa de banho; Pontos: <u>1</u>	(1 ponto) Dirige-se ao WC, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao WC, limpar-se ou usa urinol ou arrastadeira
Transferência; Pontos: <u>1</u>	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. São aceitáveis equipamentos mecânicos de ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência; Pontos: <u>1</u>	(1 ponto) Tem completo controle sobre a eliminação (intestinal ou vesical)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente a nível intestinal ou vesical
Alimentação; Pontos: <u>1</u>	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral

Total de Pontos = 6 6 = Independente; 4 = Dependência moderada; 2 ou menos = Muito dependente

<file:///C:/Users/crist/Downloads/Instrumentos de Avalia%C3%A7%C3%A3o Geri%C3%A1trica MAIO 12.pdf>

4.10. Escala de Morse: Avaliação do risco de queda

Tabela 14 - Escala de Morse

Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilidade Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

Fonte: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Tabela 15 - Parametrização da escala de Morse

Sem risco	Baixo risco	Alto risco
0 e ≤ 24 pontos	≥ 25 e ≤ 50 pontos	≥ 51 pontos

Fonte: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Tabela 16 - Avaliação do risco de queda da Sr.^aL.P. através da escala de Morse

Item	1º Contacto	3º Contacto
1	25	25
2	15	15
3	15	15
4	0	0
5	10	10
6	0	0
Total	65	65

A paciente apresenta alto risco de queda.

5. IMPACTO NOS AUTOCUIDADOS

Nightingale (2005) menciona o cuidar como característica humana intrínseca, que se traduz no ofício à humanidade suportado pela experiência e observação, com o propósito de ajudar a pessoa a alcançar as melhores condições possíveis.

“Desde sempre, as teorias de enfermagem descrevem essencialmente que o intuito fundamental da Enfermagem é a promoção da independência no autocuidado” (Ribeiro et al., 2021)

Relativamente à Teoria do défice de autocuidado, esta aplica-se quando a pessoa se torna incapaz de realizar certas tarefas sozinho. Orem (2001) divide o conceito de autocuidado em três requisitos essenciais:

- Requisitos de desenvolvimento: remetem para a adaptação a um novo ambiente/trabalho ou alterações físicas;
- Requisitos de desvio de saúde: abordam as condições patológicas/inquietações.
- Requisitos Universais: estão associados com os processos da vida e com manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano. São comuns a todos os seres humanos durante todos os estágios do ciclo de vida e devem ser vistos como fatores inter-relacionados, cada um influenciando o outro. Orem identifica os seguintes requisitos de autocuidado universais, que aqui serão analisados para a Sr^a M.P.

Requisitos universais de Autocuidado		
Manutenção de inspiração de ar suficiente	A Sr ^a M.P. evidencia ausência de dispneia (de acordo com a escala de Borg modificada). Não apresenta nenhuma alteração a nível respiratório. Foram realizados ensinamentos de RFR para manutenção da oxigenação adequada e redução do cansaço ao longo do programa de reabilitação.	Sistema de enfermagem apoio-educação.
Manutenção de ingestão suficiente de água e alimentos	A paciente tem uma alimentação saudável e adequada. Reforçados ensinamentos sobre controlo da ingestão hídrica.	Sistema de enfermagem apoio-educação.
Promoção dos cuidados associados com a eliminação	A paciente não tem nenhuma dependência neste domínio. A únicas limitações que teve foram associadas à intervenção cirúrgica, solicitada supervisão do marido aquando da marcha até ao .wc.	Sistema de enfermagem parcialmente compensatório.
Manutenção do equilíbrio entre atividade e o descanso	A paciente teve que ser ensinada e auxiliada a realizar exercícios direcionados para RFM e treino de equilíbrio de modo a	Sistema de enfermagem parcialmente compensatório.

	recuperar gradualmente a sua independência.	Sistema de enfermagem apoio-educação.
Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social	A paciente está sempre acompanhada pelo seu marido. Este ausenta-se do domicílio por períodos para realização das tarefas necessárias de manutenção/gestão das suas vidas. Recebe visitas da família/ amigos e dos Enfermeiros da ECCI. Consegue efetuar chamadas telefónicas com quem deseja quando assim o decide.	Sistema de enfermagem apoio-educação.
Prevenção de riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e o bem-estar humano	Foram identificadas todos as barreiras/ riscos presentes no domicílio da paciente, sendo estes comunicados à mesma e sugeridas alterações às quais a mesma aderiu confortavelmente. (ex: remoção de tapetes, desvio de móveis...) A paciente foi ensinada a reconhecer alterações significativas, tendo conhecimento do contacto de emergência e foram disponibilizados os contactos da ECCI para eventual necessidade.	Sistema de enfermagem apoio-educação.
Promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de normalidade	A paciente dispõe um ótimo suporte familiar e tem um grupo de amigos na sua área de residência presente e útil.	Sistema de enfermagem apoio-educação.

6. PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados para a utente foi elaborado seguindo a evidências científica e assente nas boas práticas recomendadas pelo Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. A terminologia utilizada na criação do plano de cuidados foi baseada na CIPE.

Data	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
21/04/22	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas respiratórias	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir complicações pulmonares, no pós-operatório - Promover devida oxigenação das células - Promover relaxamento - Diminuir stress - Promover cicatrização adequada 	Reeducação funcional respiratória: <ul style="list-style-type: none"> - Consciencialização da respiração e dissociação dos tempos respiratórios - Ensino da respiração abdominodiafragmática - Ensino de Reeducação Costal - Ensino da tosse assistida 	<p>21/04: Paciente colaborante e participativa, com capacidade para aprendizagem dos exercícios ensinados/ instruídos e treinados.</p> <p>Saturação inicial e final 96%.</p> <p>26/04: Paciente colaborante e participativa, com capacidade para retenção dos ensinamentos previamente efetuados e realização autónoma dos exercícios treinados nos dias anteriores.</p> <p>Saturação inicial 96% e final 98%.</p> <p>28/04: A paciente consegue executar exercícios respiratórios autonomamente e compreendeu a sua importância conseguindo também recorrer a estes nos momentos em que se sente ligeiramente cansada referindo que surtem efeito positivo relaxando-a e diminuindo o cansaço.</p>

Data	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
21/04/22	Vigiar cicatriz cirúrgica	Prevenir infecção ou deiscência	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar presença de sinais inflamatórios - Avaliar evolução cicatricial - Avaliar o conhecimento da paciente sobre prevenção de infecção/prevenção de deiscência - Ensinar a paciente sobre prevenção de infecção/prevenção de deiscência - 	Durante as visitas domiciliares realizadas a cicatriz cirúrgica manteve-se íntegra, com cicatrização ótima, sem sinais de deiscência ou inflamatórios.

Data	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
21/04/22	Dor ligeira no membro inferior intervencionado	Controlar/prevenir dor	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a dor com recurso à escala visual analógica (EVA) - Controlar dor e edema através da crioterapia e posicionamento adequado. - Administrar terapêutica antiálgica de acordo com a prescrição médica instituída; - Executar técnicas não medicamentosas de alívio de dor - - Perceber origem da dor - - Gerenciar dor - - Orientar paciente e família sobre gestão da dor de acordo com a prescrição médica instituída e técnicas não medicamentosas de alívio de dor - - Monitorizar a eficácia das intervenções acima mencionadas - Monitorizar a eficácia das intervenções acima mencionadas 	<p>21/04: A paciente refere dor ligeira que diminuiu para após as intervenções referidas</p> <p>26/04: Refere ausência de dor.</p> <p>28/04: Nega algias.</p>

Data	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
21/04/22	Hipertensão arterial	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar tensão arterial - Prevenir hipertensão 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar tensão arterial - Ensinar sobre a doença - Ensinar sobre complicações da doença - Ensinar sobre a importância de aderir ao regime terapêutico medicamentoso - Avaliar hipertensão 	<p>21/04: TA: 142/59 mmHg FC: 82 b.p.m. SpO2: 96% (em ar ambiente) Temperatura Corporal: 36,0°C Dor ligeira</p> <p>26/04: TA: 143/73 mmHg FC: 82 b.p.m. SpO2: 98% (em ar ambiente) Temperatura Corporal: 36,0°C Ausência de dor</p> <p>28/04: TA: 154/85 mmHg FC: 80 b.p.m. SpO2: 94% (em ar ambiente) Temperatura Corporal: 36,0°C Ausência de dor</p>

Data	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
21/04/22	Equilíbrio corporal comprometido	Estimular adoção da posição ortostática pela paciente e garantir a segurança da mesma	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o equilíbrio corporal estático e dinâmico sentada - Avaliar o equilíbrio corporal estático e dinâmico em pé - Adequar programa de reabilitação de acordo com o resultado obtido 	<p>21/04: Score 15 de acordo com a escala de Berg</p> <p>28/04: Score 31 de acordo com a escala de Berg</p>

Data	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
21/04/22	<p>Movimento corporal comprometido no membro inferior esquerdo devido à diminuição da força e presença de dor ligeira devido à intervenção cirúrgica a que foi submetida.</p> <p>Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre pratica dos exercícios musculares e articulares e a mobilidade do membro inferior esquerdo</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre os exercícios</p> <p>Potencial para melhorar a capacidade para realizar os exercícios</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a mobilização da utente - Prevenir complicações por imobilidade/pós-cirúrgicas - Promover a força muscular - Diminuir a perda de massa muscular - Identificar potencial e características específicas da pessoa para personalização do programa de reabilitação; - Promover retorno venoso e boa perfusão tecidual - Diminuir dor - Diminuir edema 	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a relação entre pratica dos exercícios musculares e articulares e a mobilidade dos membros - Incentivar a mobilização (sempre tendo em conta o nível de dor e o grau de consciência da paciente) - Ensinar/Instruir/treinar posicionamentos permitidos. - Avaliação da sensibilidade - Avaliar amplitude articular, promovendo-a - Avaliação da força muscular. - Reeducação funcional motora: 3 series de 10 repetições (aumentando gradualmente o número de séries e repetições se possível) <ul style="list-style-type: none"> • Exercícios de contrações isométricas (glúteos, quadricípites, abdominais) • Exercícios isotónicos: <ul style="list-style-type: none"> - Mobilizações ativas/livres/assistidas/resistidas de todos os segmentos sãos -Mobilizações ativas assistidas/resistidas do membro intervencionado de acordo com a tolerância da pessoa: -Flexão/extensão da articulação coxofemoral com extensão flexão do joelho 	<p>21/04:</p> <p>Paciente colaborante e participativa no processo de aprendizagem dos exercícios ensinados.</p> <p>Realizou 3 series de 10 repetições com tolerância.</p> <p>A paciente consegue efetuar extensão e flexão completa do membro operado, não apresenta qualquer tipo de rotação. Evidencia apenas ligeira diminuição da força do membro intervencionado (4).</p> <p>Apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição sentada mantido. Na posição ortostática evidência um equilíbrio aceitável, mas com potencial para melhoria.</p> <p>Efetuada treino de equilíbrio.</p> <p>Após remoção de barreiras arquitetónicas/remoção de potenciais riscos identificados no domicílio e verificação do calçado adequado, foi iniciado treino de marcha com andarilho (aproximadamente 30 m), que realizou com tolerância referindo dor ligeira apenas no final.</p>

			<p>-Abdução/adução da articulação coxofemoral (até à linha média do corpo)</p> <p>-Flexão/extensão do joelho</p> <p>-Dorsiflexão/flexão plantar da articulação tibiotársica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selecionar auxiliar de marcha adequado. - Instruir e treinar técnica de transferência com o auxiliar de marcha elegido - Efetuar treino de marcha com o auxiliar de marcha elegido - Efetuar treino de descer e subir escadas com o auxiliar de marcha elegido - Capacitar paciente para a execução autónoma do plano de exercícios, providenciando panfleto ilustrativo/ descritivo dos exercícios a executar. - Ensinar, demonstrar e treinar técnicas de conservação de energia durante a realização das atividades de autocuidado. - Ensinar técnicas de transferências, AVD's - Efetuar reforço positivo valorizando o esforço da paciente - Validar retenção do conhecimento sobre os ensinamentos realizados parte do utente e família. Demonstrar disponibilidade para esclarecimento de dúvidas. Reforçar ensinamentos. 	<p>Paciente consegue manter posição ortostática e deambular com andador de forma correta, com tolerância efetuando carga em ambos membros.</p> <p>Demonstra excelente capacidade de retenção dos ensinamentos realizados.</p> <p>Demonstrou entusiasmo aquando da entrega do panfleto ilustrativo/descritivo dos exercícios a realizar e comprometeu-se a cumprir o plano de realização dos mesmos.</p> <p>26/04:</p> <p>Paciente colaborante e participativa no programa de reabilitação. Reteve ensinamentos anteriormente efetuados.</p> <p>Realizou 3 séries de 15 repetições com tolerância referindo ausência de dor.</p> <p>Efetuada treino de equilíbrio.</p> <p>Efetuada treino de marcha com canadianas que será o auxiliar de marcha que lhe permitirá descer as escadas do prédio em segurança. (30 m)</p> <p>Demonstra excelente capacidade de retenção dos ensinamentos realizados e um ótimo potencial reabilitativo devido à motivação que tem para adesão ao regime reabilitativo.</p> <p>A paciente quer recuperar a autonomia rapidamente para conseguir sair do</p>
--	--	--	--	--

				<p>prédio e voltar a realizar caminhadas com os amigos e posteriormente conversar nas esplanadas dos seus cafés preferidos.</p> <p>28/04:</p> <p>Foi efetuado treino de equilíbrio, treino de marcha com canadianas (30m) e treino de descer e subir escadas com canadianas, ao qual facilmente se adaptou e aprendeu a execução correta da técnica.</p> <p>Desceu e subiu um lanço de escadas com tolerância sendo apenas supervisionada.</p>
--	--	--	--	---

Data	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
21/04/22	<p>Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o uso dos dispositivos de apoio e a autonomia para transferir-se</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento e capacidade para transferir-se</p>	<p>Ensinar, instruir, treinar e capacitar a pessoa para a realização de transferências</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a relação entre o uso do dispositivo de apoio e a autonomia para transferir-se. - Instruir sobre técnica de transferência - Treinar técnica de adaptação para transferir-se - Instruir e treinar técnica de levantar/transferência/sentar-se à doente (cama/cadeira/cama) - Instruir e treinar técnica de transferência à doente (cadeira/sanitário/cadeira) - Instruir e treinar técnica de transferência com auxiliar de marcha (cama/andador/cama) - Providenciar material educativo - Incentivar a pessoa a transferir-se 	<p>21/04: A paciente é colaborante e demonstra empenho, capacidade de aprendizagem e potencial aprendizagem dos ensinamentos relativos às transferências com auxílio dos auxiliares de marcha Executa atividades propostas com necessidade de pouca ajuda.</p> <p>26/04: A paciente é colaborante, demonstra empenho e retenção dos ensinamentos realizados transferindo-se de forma autónoma e corretamente com auxílio do andador solicitando apenas supervisão e eventual auxílio.</p> <p>28/04: Efetuados ensinamentos novamente incorporando o treino utilizando as canadianas.</p>

Data	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
21/04/22	Potencial para melhorar a capacidade deambular com auxiliar de marcha	Avaliar a capacidade para deambular com auxiliar de marcha	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o potencial/capacidade para deambular com auxiliar de marcha - Instruir a deambulação com auxiliar de marcha - Treinar deambulação com auxiliar de marcha 	<p>21/04: A paciente demonstra potencial/capacidade para deambulação (equilíbrio, força muscular, capacidade de aprendizagem da técnica de utilização do auxiliar de marcha...). Conseguiu manter a posição ortostática durante minutos e dar cerca de 20 a 30 passos com auxílio do andarilho aquando do treino de marcha. Demonstrou facilidade na aprendizagem da técnica de deambulação com auxiliar de marcha.</p> <p>28/04: A paciente demonstra potencial/capacidade para deambulação com utilização de canadianas.</p>

Data	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
21/04/22	Risco de Queda	Prevenir quedas e complicações associadas	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o risco de queda (escala de morse) - Gerir o ambiente - Garantir a toma de medidas de segurança - Assegurar a utilização de calçado e auxiliar de marcha adequados 	21/04: A paciente tem elevado risco de queda de acordo com a escala de morse.

Data	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
21/04/22	Risco de úlcera por pressão	Informar, instruir e capacitar o paciente sobre como prevenir o desenvolvimento de UP	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar risco de UP de acordo com a escala de Braden - Avaliar conhecimento da pessoa sobre posicionamentos - Avaliar a capacidade da pessoa para se posicionar autonomamente - Capacitar a pessoa com estratégias que lhe permitam autonomia nos posicionamentos - Garantir aporte nutricional adequado - Reforçar a importância da alternância de decúbitos (2 em 2 horas). 	A paciente tem a pele íntegra e hidratada. Consegue realizar mobilizações de modo a alternar decúbitos e aliviar pressão nas zonas críticas e, caso necessite de ajuda, é consciente e orientada nas 3 vertentes para solicitá-la. Revela capacidade de aprendizagem e retenção de informação sobre os posicionamentos recomendados. 21/04: Score escala de Braden: 19 Risco moderado.

Data	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
21/04/22	Autocuidado: alimentar-se dependente em grau reduzido	Providenciar aporte nutricional necessário que favoreça recuperação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar autocuidado: alimentar-se - Providenciar a dieta e dispositivos para o autocuidado: alimentar-se - Incentivar o autocuidado: alimentar-se 	É facilitador para a pessoa que lhe seja fornecida a alimentação.

Data	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
21/04/22	Autocuidado: higiene dependente em grau reduzido	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a autonomia no autocuidado higiene - Ensinar estratégias adaptativas para alcance de autonomia 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar autocuidado: higiene - Ensinar/ Instruir sobre estratégias adaptativas para o alcance da autonomia no autocuidado: higiene - Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado: higiene - Treinar o autocuidado: higiene 	<p>21/04: A paciente é participativa e colaborante dentro das suas possibilidades.</p> <p>Consegue deslocar-se até ao WC autonomamente com o auxílio do andarilho e supervisão do marido apenas por segurança. Posteriormente apenas necessita de supervisão ao sentar na prancha e posteriormente de ajuda do marido para transferir os membros inferiores para dentro e fora da banheira.</p>

Data	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
21/04/22	Autocuidado: uso do Sanitário dependente em grau reduzido	<ul style="list-style-type: none"> – Capacitar a paciente para utilização autônoma do WC – Promover a independência da pessoa na utilização do wc – Promover satisfação das necessidades humanas básicas de eliminação intestinal e vesical 	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar autocuidado: uso do sanitário – Ensinar/Instruir sobre o autocuidado: uso do sanitário – Ensinar sobre e se possível providenciar dispositivos para facilitar o autocuidado: uso do sanitário (alteador fornecido pela ECCI) – Monitorizar eliminação intestinal e vesical 	<p>Demonstra capacidade de aprendizagem e retenção da informação transmitida.</p> <p>A paciente desloca-se autonomamente até ao WC utilizando o andarilho. Solicita a supervisão do marido por segurança, para eventual ajuda para desviar obstáculos.</p> <p>Urina em quantidade de acordo com a ingesta hídrica efetuada, urina sem alterações.</p> <p>Diariamente de manhã refere ter uma dejeção moldada, acastanhada em quantidade moderada.</p>

Data	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
21/04/22	Autocuidado: vestuário dependente em grau reduzido	<ul style="list-style-type: none"> – Promover a autonomia no autocuidado vestir – Ensinar estratégias adaptativas para alcance de autonomia 	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar autocuidado: vestuário – Ensinar/instruir/treinar sobre estratégias facilitadoras do autocuidado: vestuário 	<p>A paciente é participativa, colaborante e proativa.</p> <p>Por vezes necessita de ajuda a calçar-se.</p>

Data	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ resultados
21/04/22	<p>-Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação</p> <p>-Potencial para melhorar o conhecimento sobre o regime de reabilitação</p> <p>- Potencial para melhorar a adesão ao regime de reabilitação</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar adesão ao regime de reabilitação - Aumentar conhecimento da paciente sobre o regime de reabilitação - Melhorar a recuperação 	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a paciente a relação entre a adesão ao regime terapêutico e a recuperação; - Ensinar sobre o regime de reabilitação: fases do processo de reabilitação, objetivos das intervenções reabilitativas e qual o seu benefício. - Incentivar adesão ao regime de reabilitação. 	<p>A consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a sua recuperação evoluiu positivamente. O conhecimento sobre o regime reabilitativo aumentou, minimizando a ansiedade da paciente. Consequentemente a adesão e envolvimento da paciente ao regime reabilitativo demonstrou-se melhoradoa.</p>

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de caso teve como alvo de estudo a Sr^a. M.P. e a prestação de cuidados reabilitativos à mesma em contexto domiciliário. Permitiu-me mobilizar, adquirir e consolidar conhecimentos previamente abordados ao longo das aulas teóricas do curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

Mais uma vez, foi uma experiência frutífera e desafiadora quer ao nível da gestão temporal e adaptação ao espaço privado da utente, quer ao nível da aplicação dos diversos conhecimentos teórico-práticos. Ao longo de todo o estágio têm vindo a ser desenvolvidas competências que me serão de extrema utilidade enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Prestei cuidados de reabilitação com supervisão do [REDACTED], sendo este o meu orientador durante o ensino clínico na [REDACTED].

A nossa prestação de cuidados reabilitativos tem vindo a demonstrar-se indubitavelmente benéfica para a paciente e por conseguinte para a sua família, tal como se pode constatar na avaliação realizada através da aplicação das escalas recomendadas pelo Colégio da Especialidade de Reabilitação em Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

A paciente manteve-se colaborante, comunicativa e participativa, consentindo a minha atuação e demonstrando motivação e empenho na sua reabilitação, com o objetivo de recuperar a sua autonomia para retomar a sua rotina quotidiana pré - incidente.

Durante a minha atuação em contexto domiciliário, denotei ainda mais a importância do respeito pela privacidade do utente e da responsabilidade profissional, bem como os princípios da ética e deontológicos. Tive sempre em atenção a salvaguarda dos dados pessoais da utente, bem como um ambiente terapêutico seguro e acolhedor ao longo da prestação de cuidados.

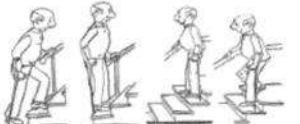


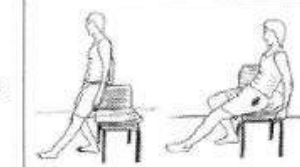
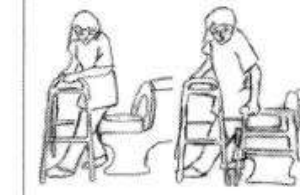
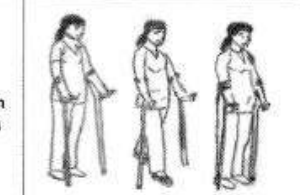
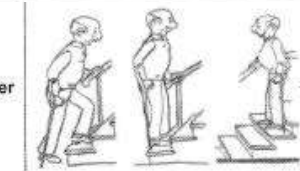
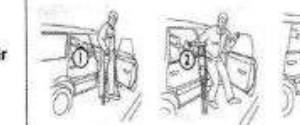
Em suma, foi possível concluir que o programa de reabilitação implementado conduz a resultados benéficos com melhorias quer na mobilidade, equilíbrio e força muscular, quer nos níveis de independência funcional dos pacientes submetidos a encavilhamento do fémur.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, Ana & Furtado, Cláudia. (2007). *Prevenção e Tratamento da Osteoporose: Evolução da Utilização e Despesa em Medicamentos em Portugal Continental entre 2003 e 2007*. INFARMED: : Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde: Direcção de Economia do Medicamento e Produtos de Saúde.
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American psychological association: The official guide to APA style* (7ª edição). APA.
- Best Practice Advocacy Centre New Zealand (BPACNZ). (2019). *Bisphosphonates: addressing the duration conundrum*. Disponível em: <https://bpac.org.nz/2019/docs/bisphosphonates.pdf>
- CUF. (2020). *Osteoporose*. Acedido em: 29/04/2022. Disponível em: <https://www.cuf.pt/saude-a-z/osteoporose>
- Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Normas APA (Apontamentos). Profª. Natércia Godinho. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2018.
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenções e resultados esperados*. (4ª edição). Loures: Lusodidacta.
- Lloyd, A. A., Gludovatz, B., Riedel, C., Luengo, E. A., Saiyed, R., Marty, E., Lorch, D. G., Lane, J. M., Ritchie, R. O., Busse, B., & Donnelly, E. (2017). *Atypical fracture with long-term bisphosphonate therapy is associated with altered cortical composition and reduced fracture resistance*. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 114(33), 8722–8727. <https://doi.org/10.1073/pnas.1704460114>
- Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.
- Moore, K. L., Dalley, A. F. & Agur, A. M. R. (2014). *Moore: Anatomia Orientada para a Clínica* (7ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Proposta dos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Ordem dos Farmacêuticos. (2021). Acedido em: 28/04/2022. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/artigos/qual-deve-ser-a-duracao-do-tratamento-com-bifosfonatos-na-osteoporose-pos-menopausica/>
- Serra, L. M. A., Oliveira, A. F. & Castro, J. C. (2012). *Crítérios Fundamentais em Fraturas e Ortopedia* (3ª edição). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Anexo I – Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na reeducação funcional da pessoa que sofreu fratura do fémur

<p>Treino de subir e descer escadas</p>		<p>Subir 1. Membro inferior não operado; 2. Membro inferior lesado /operado; 3. Canadianas o degrau onde estão os pés. Descer: fazer o inverso.</p>	<p>4. Sair pelo lado do membro afetado/operado; 5. Sentar na cama apoiado nos antebraços sem fletir o tronco com o membro lesado / operado em extensão; 6. Fletir o membro não lesado, rodar até tocar no chão.</p>
<p>Entrar e sair do carro</p>		<p>1. Sentar-se com os membros inferiores de fora; 2. Rodar os membros inferiores dentro; 3. Membro operado em extensão; 4. Para sair, fazer o inverso.</p>	
<p>Levante da cama</p>		<p>1. Sair pelo lado do membro afetado/operado; 2. Sentar na cama apoiado nos antebraços sem fletir o tronco com o membro lesado / operado em extensão; 3. Fletir o membro não lesado, rodar até tocar no chão.</p>	<p>7. Colocar o membro lesado / operado em extensão antes de se sentar; 8. Baixar-se lentamente usando a força de ambos os membros superiores; 9. Para se levantar, proceder de forma inversa.</p>
<p>Sentar e levantar da cadeira</p>		<p>1. Colocar o membro lesado / operado em extensão antes de se sentar; 2. Baixar-se lentamente usando a força de ambos os membros superiores; 3. Para se levantar, proceder de forma inversa.</p>	
<p>Uso do sanitário</p>		<p>1. Pode ser facilitador utilizar o alteador de sanita; 2. Colocar o membro lesado / operado em extensão antes de se sentar; 3. Apoiar-se nas barras e baixar-se lentamente usando a força de ambos os membros superiores; 4. Para se levantar, proceder de forma inversa.</p>	<p>10. Avançar as duas canadianas ou andarilho; 11. Deslocar o membro inferior lesado / operado até ao nível das canadianas ou andarilho; 12. Avançar o membro inferior não operado; 13. Mudar de direção virando-se sobre o lado não operado.</p>
<p>Treino de marcha com canadianas</p>		<p>1. Avançar as duas canadianas ou andarilho; 2. Deslocar o membro inferior lesado / operado até ao nível das canadianas ou andarilho; 3. Avançar o membro inferior não operado; 4. Mudar de direção virando-se sobre o lado não operado.</p>	
<p>Treino de subir e descer escadas</p>		<p>Subir 1. Membro inferior não operado; 2. Membro inferior lesado /operado; 3. Canadianas o degrau onde estão os pés. Descer: fazer o inverso.</p>	<p>14. Sentar-se com os membros inferiores de fora; 15. Rodar os membros inferiores dentro; 16. Membro operado em extensão; 17. Para sair, fazer o inverso.</p>
<p>Entrar e sair do carro</p>		<p>1. Sentar-se com os membros inferiores de fora; 2. Rodar os membros inferiores dentro; 3. Membro operado em extensão; 4. Para sair, fazer o inverso.</p>	

Fonte: Marques-Vieira & Sousa, 2017






Anexo II – Avaliação da amplitude articular



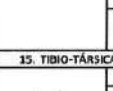


Primeira avaliação

AValiação DA AMPLITUDE ARTICULAR

Adaptado "Range of Joint Motion Evaluation Chart" do Department of Social and Health Services, Washington State
 Disponível em: http://www.doh.wa.gov/yd/fms/2000/1.1_186a.pdf

Para cada articulação afetada, por favor indique a limitação existente de movimento, traçando uma linha (x) na figura abaixo, mostrando o alcance máximo possível de movimento cu por anotação na tabela do valor em graus. Forneça uma completa descrição de todas as articulações afetadas. Se a amplitude de movimento for normal em todas as articulações, tal deve ser referido. Se as articulações que não aparecem nesta tabela estão afetadas, por favor, indicar o grau de limitação em texto descritivo.

1. COLLUNA LOMBO-SAGRADA		2. LATERO FLEXÃO COLLUNA	
	Extensão 25° Graus	Flexão 90° 70/80° Graus	
		Esquerda 25° 20° Graus	Direita 25° 20° Graus
3. CERVICAL		4. LATERO FLEXÃO CERVICAL	
	Extensão 60° 50° Graus	Flexão 50° 50° Graus	
		Esquerda 45° 35° Graus	Direita 45° 35° Graus
5. ROTAÇÃO PESCOÇO		6. COXO-FEMURAL (EXTENSÃO POSTERIOR)	
	Esquerda 80° 70° Graus	Direita 80° 70° Graus	
		Esquerda 30° 45° Graus	Direita 30° 30° Graus
7. COXO-FEMURAL (FLEXÃO)		8. COXO-FEMURAL (ADUÇÃO)	
	Esquerda 100° 70/80° Graus	Direita 100° 80/90° Graus	
		Esquerda 20° 20° Graus	Direita 20° 20° Graus
9. COXO-FEMURAL (ABDUÇÃO)		10. JOELHO (FLEXÃO)	
	Esquerda 40° 30° Graus	Direita 40° 30° Graus	
		Extensão 150° 150° Graus	Flexão 150° 130° Graus

11. ESCÁPULO-UMERAL (ABDUÇÃO E ADUÇÃO)		12. ESCÁPULO-FEMURAL (FLEXÃO E EXTENSÃO)	
	Esquerda Abdução 150° 130/140° Graus	Direita Adução 30° 30° Graus	
		Esquerda Extensão 50° 30/40° Graus	Flexão 150° 130° Graus
		Direita Extensão 50° 30/40° Graus	Flexão 150° 140° Graus
13. COTOVELO (FLEXÃO)		14. ANTEBRAÇO (PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO)	
	Esquerda Extensão 0° 0° Graus	Flexão 150° 150° Graus	
		Esquerda Pronação 80° 80° Graus	Supinação 80° 80° Graus
		Direita Extensão 0° 0° Graus	Flexão 150° 150° Graus
		Direita Pronação 80° 80° Graus	Supinação 80° 80° Graus
15. TIBIO-TÁRSICA		16. TIBIO-TÁRSICA (FLEXÃO E EXTENSÃO)	
	Esquerda Inversão 30° 20° Graus	Eversão 20° 15° Graus	
		Esquerda Plantar 40° 30/40° Graus	Dorsal 20° 20° Graus
		Direita Inversão 30° 20° Graus	Eversão 20° 15° Graus
		Direita Plantar 40° 40° Graus	Dorsal 20° 20° Graus
17. PUNHO (LATERO FLEXÃO)		18. PUNHO (FLEXÃO E EXTENSÃO)	
	Esquerda Radial 20° 20° Graus	Cubital 30° 20° Graus	
		Esquerda Extensão 60° 50° Graus	Flexão 60° 50° Graus
		Direita Radial 20° 20° Graus	Cubital 30° 20° Graus
		Direita Extensão 60° 50° Graus	Flexão 60° 50° Graus
19. POLEGAR		20. POLEGAR	
	Esquerda Flexão 60° 60° Graus	Direita Flexão 60° 60° Graus	
		Esquerda Flexão 80° 80° Graus	Direita Flexão 80° 80° Graus

Segunda Avaliação

AVALIAÇÃO DA AMPLITUDE ARTICULAR

Adaptado "Range of Joint Motion Evaluation Chart" do Department of Social and Health Services, Washington State Disponível em http://www.dshs.wa.gov/pdf/50000/tem/11_509a.pdf

Para cada articulação afetada, por favor indique a limitação existente do movimento, traçando uma linha (s) no figure abaixo, mostrando o alcance máximo possível de movimento ou por anotação na tabela do valor em graus. Forneça uma completa descrição de todas as articulações afetadas. Se a amplitude de movimento for normal em todas as articulações, tal deve ser referido. Se as articulações que não aparecem nesta tabela estão afetadas, por favor, indicar o grau de limitação em texto descritivo.

1. COLUNA LOMBO-SAGRADA		2. LATERO FLEXÃO COLLUNA	
Extensão 25° 25° Graus	Flexão 90° 70/80° Graus	Esquerda 25° 20° Graus	Direita 25° 20° Graus
3. CERVICAL		4. LATERO FLEXÃO CERVICAL	
Extensão 60° 50° Graus	Flexão 50° 50° Graus	Esquerda 45° 35° Graus	Direita 45° 35° Graus
5. ROTAÇÃO PESCOÇO		6. COXO-FEMURAL (EXTENSÃO POSTERIOR)	
Esquerda 80° 70° Graus	Direita 80° 70° Graus	Esquerda 30° 30° Graus	Direita 30° 30° Graus
7. COXO-FEMURAL (FLEXÃO)		8. COXO-FEMURAL (ADUÇÃO)	
Esquerda 100° 80/90° Graus	Direita 100° 80/90° Graus	Esquerda 20° 20° Graus	Direita 20° 20° Graus
9. COXO-FEMURAL (ABDUÇÃO)		10. JOELHO (FLEXÃO)	
Esquerda 40° 40° Graus	Direita 40° 40° Graus	Extensão 150° 150° Graus	Flexão 150° 150° Graus

11. ESCÁPULO-UMERAL (ABDUÇÃO E ADUÇÃO)		12. ESCÁPULO-FEMURAL (FLEXÃO E EXTENSÃO)	
Esquerda		Esquerda	
Abdução 150° 140° Graus	Adução 30° 30° Graus	Extensão 50° 40° Graus	Flexão 150° 140° Graus
Direita		Direita	
Abdução 150° 140° Graus	Adução 30° 30° Graus	Extensão 50° 40° Graus	Flexão 150° 140° Graus
13. COTOVELO (FLEXÃO)		14. ANTEBRAÇO (PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO)	
Esquerda		Esquerda	
Extensão 0° 0° Graus	Flexão 150° 150° Graus	Pronação 80° 80° Graus	Supinação 80° 80° Graus
Direita		Direita	
Extensão 0° 0° Graus	Flexão 150° 150° Graus	Pronação 80° 80° Graus	Supinação 80° 80° Graus
15. TIBIO-TÁRSICA		16. TIBIO-TÁRSICA (FLEXÃO E EXTENSÃO)	
Esquerda		Esquerda	
Inversão 30° 20° Graus	Eversão 20° 15° Graus	Plantar 40° 40° Graus	Dorsal 20° 20° Graus
Direita		Direita	
Inversão 30° 20° Graus	Eversão 20° 15° Graus	Plantar 40° 40° Graus	Dorsal 20° 20° Graus
17. PUNHO (LATERO FLEXÃO)		18. PUNHO (FLEXÃO E EXTENSÃO)	
Esquerda		Esquerda	
Radial 20° 20° Graus	Cubital 30° 20° Graus	Extensão 60° 50° Graus	Flexão 60° 50° Graus
Direita		Direita	
Radial 20° 20° Graus	Cubital 30° 20° Graus	Extensão 60° 50° Graus	Flexão 60° 50° Graus
19. POLEGAR		20. POLEGAR	
Esquerda Flexão 60° 60° Graus	Direita Flexão 60° 60° Graus	Esquerda Flexão 80° 80° Graus	Direita Flexão 80° 80° Graus

Fonte: Department of Social and Health Services, Washington State

Apêndice V – Jornal de Aprendizagem 2

Jornal de Aprendizagem

Estágio na [REDACTED]

Aluna: Cristina Amorim Dias

Em Março de 2022 iniciei um estágio na [REDACTED] no âmbito do Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Este estágio consiste na prestação de cuidados de reabilitação em ambiente domiciliário, incluindo a avaliação de utentes, a elaboração de planos de cuidados, a aplicação destes, a consequente avaliação dos seus resultados e, quando necessário, atualização dos planos de cuidados desenvolvidos. Durante este estágio tenho acompanhado uma equipa de enfermagem, sendo o meu orientador no local o [REDACTED]

As visitas domiciliárias são uma realidade que contrasta com o ambiente hospitalar quer do anterior estágio, quer do meu meio laboral. A constante deslocação de casa em casa e a prática de cuidados no ambiente “privado” do utente, fora do ambiente hospitalar, criam uma sensação de constante novidade. Sempre que entrei numa casa havia um receio, motivado por querer evitar ser incómoda, respeitar a privacidade e o espaço, mas ao mesmo tempo garantir que os cuidados eram prestados maximizando a satisfação do utente, seja pelo respeito pelo seu espaço, seja pela evolução na sua condição de saúde. É uma sensação que gerou alguma ansiedade, pois sempre que visitava pela primeira vez um utente iria garantidamente entrar num ambiente novo. As condições variáveis para a prestação dos cuidados e o perturbar a vida privada geraram em mim um nervosismo que diferente do sentido na prática em ambiente hospitalar. Porém, a possibilidade de ver o utente a evoluir na sua casa, onde ele habita e onde necessitará efetivamente de continuar a sua vida, dava-me uma motivação adicional. Sinto que tem sido uma experiência que me faz crescer, primeiro por enfrentar novas sensações criadas pelos novos ambientes de trabalho, depois pela constante prática de cuidados, permitindo-me sistematizar conhecimentos de enfermagem. Uma área distinta em que tenho aprendido muito relaciona-se com logística. A necessidade de ter materiais disponíveis para a prestação dos cuidados obriga a equacionar duas hipóteses: transportar a totalidade do material necessário (o que pode ser complicado por limitações de espaço e também por um acumular de cansaço que podia ser evitado) ou guardar na casa de cada utente, em local próprio e que não provoque incómodo, um “stock” de material estritamente necessário. A segunda solução permite minimizar a carga transportada durante as deslocações, minimizar os efeitos de eventuais gastos adicionais e revelou-se de fácil implementação, pois na grande maioria dos casos os clientes já possuem um espaço dedicado e com capacidade para este tipo de material.

Do ponto de vista logístico, também senti algumas dificuldades na gestão de tempo. O contacto inicial com o utente, a adaptação ao novo ambiente e a o ensino das intervenções, bem como a execução dos exercícios, são atividades que requerem o seu tempo. Porém, dada a variabilidade de pessoas e suas disponibilidades, ambientes e a imprevisibilidade do trânsito nas deslocações, é complicado definir exatamente quanto tempo demora efetivamente uma visita domiciliária, o que pode entrar em conflito com o plano de visitas definido. Não convém despachar, mas senti que por vezes o tempo se tornava curto, especialmente com pessoas emocionalmente mais debilitadas. Não

queria abandonar a pessoa, mas não podia descurar os cuidados a prestar às restantes. Sinto que tenho que me melhorar do ponto de vista da comunicação, para que esta possa ser mais eficaz, e no controlo emocional, para que consiga manifestar empatia sem perder o foco no meu trabalho.

Uma outra dificuldade que tive que enfrentar foi a inibição inicial que sentia sempre que entrava numa nova casa. O primeiro contacto com o utente, na sua casa, fazia-me às vezes sentir como se fosse uma invasora. Para mitigar este entrave, tento iniciar uma conversa, falando inicialmente de temas gerais e depois conduzindo para a prática dos exercícios pretendidos. Por vezes, o utente apresentava alguma resistência, fechando-se às minhas perguntas. Sentia-me algo perdida nesses momentos, pois tinha que iniciar o tratamento, porém não podia forçar o utente a isso. Algumas vezes, o [REDACTED] entrava na conversa, e, como já era conhecido e possui mais experiência, “quebrava o gelo” muito mais rapidamente. Sinto que preciso de trabalhar esta minha timidez, que muitas vezes dificulta a comunicação inicial com os utentes e, conseqüentemente, impede-me por vezes de quebrar de barreiras que os tornam menos cooperantes. Além disso, é necessário para que o utente se sinta seguro durante a visita/intervenções, através da criação de uma relação de confiança.

Ao longo deste estágio procuro maximizar a satisfação dos utentes. Nem sempre é uma tarefa fácil, pois a necessidade de prestar cuidados encontra por vezes pouca vontade e abertura da parte destes. Tenho tentado sempre que os cuidados prestados sejam do agrado do utente, tanto pelo resultado final como pela realização dos exercícios em si. Assim, apresento-lhes os exercícios que pretendo que realizem e procuro obter sugestões da parte dos utentes e eventuais familiares presentes, promovendo que estes achem agradável o que estão a fazer. Quando tal não é possível, tento explicar que vou trazer uma melhoria na sua saúde, o que muitas vezes os torna mais disponíveis. No final de cada exercício, procuro sempre fornecer um reforço positivo, para aumentar o ânimo do utente e procurar uma maior abertura para a prática dos exercícios numa sessão futura. Sempre que possível, deixo um guia com exercícios que pretendo que realizem até à próxima visita.

Um dos objetivos principais do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é a promoção da saúde dos utentes. Para tal, previamente à visita domiciliária, estudo o caso e defino um plano de cuidados que, dentro das limitações de cada utente, permita melhorar ou manter o seu estado de saúde. A experiência do [REDACTED] tem-me ajudado a compreender as limitações e a criar estratégias de adaptabilidade para a prática de certos exercícios em ambiente domiciliário, quer pela gestão de material, quer por uma eventual falta de espaço/condições. No entanto, com alguma adaptação e imaginação, procuramos sempre atingir os objetivos em cada sessão. Também fazemos uma análise ao domicílio e, caso encontremos alguma coisa que possa ser alterada para facilitar a vida do utente, sugerimos-lhe e, em caso de aceitação, ajudamos à sua implementação.

Além da promoção da sua melhoria, também procuro prevenir complicações na saúde dos utentes. As avaliações que realizei a diversos utentes permitiram aferir possíveis riscos que surgem com eventuais alterações da sua funcionalidade e limitações na realização de atividades. As intervenções prescritas procuravam minimizar esses riscos e limitações, porém por vezes apenas é possível manter o estado atual (como por exemplo no caso de um utente que sofreu uma amputação). É um bocado angustiante sentir que o utente quer fazer uma atividade que conseguiria efetuar anteriormente mas atualmente não consegue, e embora procuremos sempre maximizar a sua qualidade de vida por vezes é simplesmente fisicamente impossível. Senti várias

vezes as minhas emoções a se inundarem de uma angústia por ver essa tristeza. Tentei sempre manter a compostura e, sem ignorar a tristeza do utente, procurei que este encontrasse uma conquista no exercício realizado, algo em que tivesse evoluído, que o animasse. Porém, sempre com a atenção que é uma pessoa com limitações e que não pode ter à vontade para realizar toda e qualquer tarefa. Este meio termo, entre promover uma visão mais positiva mas sem esquecer as limitações, associado à emoção do momento, foi das situações mais complexas que enfrentei. O controlo das minhas emoções é um aspeto que tenho que melhorar.

Ao longo do estágio tenho encontrado diversos níveis de dependência nos utentes. A promoção do bem-estar e, quando possível, do auto-cuidado devem ser maximizados pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Dado que existem diversos graus de dependência, o espaço em cada domicílio varia e cada utente tem as suas especificidades, esta análise e implementação têm que ser avaliadas e definidas caso a caso. Foi interessante analisar como implementar as intervenções em diferentes cenários. Muitas vezes, a nossa imaginação tem que se associar aos conhecimentos técnicos para permitir maximizar a eficácia das intervenções. Em utentes em que o grau de dependência assim o permita, procedemos a ensinamentos de treinos adaptados e utilização de produtos de apoio, o que encontra da parte dos utentes diferentes graus de abertura. Alguns ficam entusiasmados e tornam fácil o ensino. Contudo, em alguns casos, é difícil encontrar essa vontade. Era algo que mexia muito comigo, revelando a minha necessidade de controlar as minhas emoções. Procurei cativar os clientes para a realização dos exercícios, tentar explicar as melhorias que poderiam surgir de modo a promover a adesão. Sempre que disponíveis, também envolvemos a família e/ou cuidadores, de forma que os ensinamentos também sejam transmitidos a estes, promovendo uma vigilância nas atividades que os utentes podem realizar quando não estamos presentes.

Durante este estágio tenho enfrentado desafios que me estão a permitir aprimorar as minhas competências enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação. As diversas visitas domiciliárias deram-me a oportunidade de cuidar de pessoas com necessidades especiais e de diversas faixas etárias, embora a faixa predominante seja a idosa. Tenho vindo a identificar necessidades de intervenção e a criar, implementar e reavaliar planos com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos utentes, em função do grau de dependência, acompanhamento por familiares e/ou cuidadores, do espaço disponível e da sua condição de saúde.

O trabalho desenvolvido até ao momento procurou sempre capacitar os utentes, dotando-os e aos seus cuidadores, quando presentes, de conhecimentos, técnicas e equipamentos que promovam a mobilidade, a acessibilidade e a participação social. Durante cada visita também se realiza uma análise a eventuais barreiras e/ou riscos que pudessem dificultar a vida ao utente, em termos de mobilidade, acessibilidade e ergonomia, sugerindo alternativas para a sua eliminação.

As atividades desenvolvidas procuram maximizar as capacidades funcionais dos clientes, melhorando o seu desempenho físico e o seu desenvolvimento pessoal. As sessões de treino procuram não só promover a saúde do cliente, mas também, dentro do possível, dotá-lo de capacidade de autogestão. A implementação dos programas é monitorizada e os resultados obtidos avaliados.

Em conclusão, este estágio promove uma grande oportunidade de crescimento para mim, quer enquanto pessoa e quer enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação. Tenho enfrentado situações novas, que me permitem

identificar aspetos que tenho que melhorar e como corrigi-los. A equipa que me acompanha sempre foi extremamente disponível e auxilia-me em diversas situações, transmitindo-me não só conhecimentos da área enfermagem mas também explicando, com base na sua experiência, como posso lidar com situações que me afetam mais. Tem sido uma experiência extremamente proveitosa e sinto que cresci, nesta etapa no caminho para me tornar uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação.