



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

**Intervenções de Cuidado Transicional de Enfermagem
de Reabilitação à Pessoa com Fratura de Fragilidade**

Ana Filipa Martins Serra

**Lisboa
2023**



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

Relatório de Estágio

**Intervenções de Cuidado Transicional de Enfermagem
de Reabilitação à Pessoa com Fratura de Fragilidade**

Orientador: Prof. Doutora Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho

**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“A reabilitação combina uma disciplina e um espírito cuja intenção é trabalhar para que as pessoas e as populações atingidas por determinada deficiência ou incapacidade, se tornem o mais independentes possível perante as situações que encontram ou que irão encontrar no cotidiano, evitando que o peso da existência (...) se torne demasiado difícil de suportar”.

(Hesbeen, 2000, p. 54)

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à Professora Doutora Cristina Baixinho pela sua orientação, bom humor e disponibilidade ao longo de todo este percurso, tendo sido, sem dúvida, um apoio incondicional que fez toda a diferença!

Agradecer à Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Dulce Rodrigues, pelo carinho, apoio, cuidado e dedicação que teve na minha orientação e que tão bem recebida me fez sentir! Agradeço também à equipa do serviço de ortopedia pela vossa receção e carinho, particularmente às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação Joana Jerónimo e Cinira Passos.

Agradecer à Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Carina Silva pela receção calorosa, pelo carinho, cuidado e dedicação que teve na minha orientação, apesar de todos os obstáculos que foram surgindo, mas que juntas superámos! Agradeço também à equipa da UCC pela receção de braços abertos e pelo carinho e cuidado com que sempre me trataram.

Aos meus colegas de turma do mestrado na área de especialização de enfermagem de reabilitação, um muito obrigada pelo vosso companheirismo, apoio e partilha de sentimentos, experiências, alegrias e frustrações. Foram os melhores companheiros que poderia pedir nesta viagem.

Aos meus colegas do serviço de ortopedia do Hospital de Vila Franca de Xira, um muito obrigada pelo vosso companheirismo, compreensão, apoio e ajuda nesta fase.

Aos meus amigos, agradeço o vosso companheirismo, apoio, compreensão e ajuda nesta fase onde a minha falta de disponibilidade, cansaço e ausência foram sentidas, mas nunca condenadas e sim compreendidas. Obrigada!

Por último, mas não de todo menos importante, um enorme agradecimento à minha família, em particular aos meus pais, pela vossa compreensão, força, apoio e ajuda durante todo este caminho e pela vossa presença, sempre que precisei! Muito obrigada!

Abreviatura e Siglas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

DGS – Direção-Geral de Saúde

EC CI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EC CI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

LMERT – Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o Trabalho

MCT – Modelo do Cuidado Transicional

MRC – *Medical Research Council*

NASEM - *National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine*

OE – Ordem dos Enfermeiros

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

TDA – Teoria do Défice do Autocuidado

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

WHO - *World Health Organization*

Resumo

As fraturas de fragilidade ou fraturas osteoporóticas são uma das principais causas de perda da independência funcional, de morbidade e de mortalidade na população mais idosa. Para além disso, a pessoa que sofre a primeira fratura de fragilidade apresenta risco acrescido de vir a sofrer uma nova fratura, sendo, por isso, importante intervir na prevenção da ocorrência de nova fratura.

Neste relatório de estágio, definiram-se como objetivos desenvolver as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e estudar/identificar as intervenções de cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade. Foram mobilizados como referenciais teóricos de enfermagem o Modelo do Cuidado Transicional e a Teoria do Défice do Autocuidado de Orem.

Ao longo deste relatório, apresentam-se as diferentes atividades desenvolvidas nos contextos de cuidados – hospitalar e comunitário – que se identificaram como intervenções de cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade e que permitiram comprovar a eficácia da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na resolução desta problemática através da recuperação funcional da pessoa e da prevenção de uma nova fratura.

As atividades implementadas em estágio, que consistiram em programas de reabilitação multidisciplinares que contemplaram o tratamento farmacológico e não farmacológico da osteoporose (ao nível da implementação de programas de treino motor, respiratório e de atividades de vida diária e cuidados com a dieta, exposição solar e prevenção de quedas), permitiram de igual modo comprovar o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Palavras-Chave: Enfermagem; Reabilitação; Fraturas de Fragilidade; Cuidado Transicional; Intervenções.

Abstract

Fragility fractures or osteoporotic fractures are one of the main causes of loss of functional independence, morbidity and mortality in the elderly population (Rodrigues *et al.*, 2020). In addition, the person who suffers the first fragility fracture has an increased risk of suffering a new fracture, which is why it is important to intervene to prevent the occurrence of a new fracture (Stolnicki & Oliveira, 2016; Hertz & Santy-Tomlinson, 2018).

In this internship report, the objectives were defined to develop the common and specific competences of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing and to study/identify transitional care interventions in rehabilitation nursing for people with fragility fractures. The Transitional Care Model and Orem's Self-Care Deficit Theory were mobilized as nursing theoretical references.

Throughout this report, are presented the different activities developed in the care contexts – hospital and community – which were identified as transitional nursing care interventions for rehabilitation of people with fragility fractures and which allowed proving the effectiveness of the intervention of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing in the resolution of this problem through the functional recovery of the person and the prevention of a new fracture.

The activities implemented on the internship, that consisted of multidisciplinary rehabilitation programs that included pharmacological and non-pharmacological treatment of osteoporosis (in terms of implementing motor and respiratory training programs and activities of daily living and care with diet, sun exposure and prevention of falls), also allowed to prove the development of the common and specific competences of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing.

Keywords: Nursing; Rehabilitation; Fragility Fractures; Transitional Care; Interventions.

Índice

Introdução.....	10
1. Capítulo I - Componente Científica e Formativa	17
1.1. Fundamentação do Tema.....	17
1.2. Enquadramento Conceptual.....	17
1.2.1. Osteoporose e Fraturas de Fragilidade.....	17
1.2.2. Impacto das Fraturas de Fragilidade na Saúde	18
1.2.3. Cuidados à Pessoa com Fratura de Fragilidade	19
1.2.4. Reabilitação da Pessoa com Fratura de Fragilidade.....	20
1.2.5. Filosofia de Cuidados e o Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	20
2. Capítulo II - Descrição e Análise Crítica das Atividades Desenvolvidas	26
2.1. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.....	26
2.1.1. J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados	26
2.1.2. J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	35
2.1.3. J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.....	37
2.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.....	42
2.2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	42
2.2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	43
2.2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados.....	45
2.2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	45
3. Capítulo III - Avaliação da Aprendizagem	46
3.1. Aspetos Positivos e Negativos	47
3.1.1. <i>Strenghts</i>	47
3.1.2. <i>Weaknesses</i>	48

3.1.3. <i>Opportunities</i>	49
3.1.4. <i>Threats</i>	50
3.2. Contributos para a Prática de Enfermagem de Reabilitação.....	50
Considerações Finais	47
Referências Bibliográficas	57

APÊNDICES

- APÊNDICE I – Apresentação do Projeto de Estágio
- APÊNDICE II – Atividades Planeadas no Projeto de Estágio
- APÊNDICE III – Estudo de Caso I (Serviço de Ortopedia)
- APÊNDICE IV – Estudo de Caso II (UCC)
- APÊNDICE V – Jornal de Aprendizagem I (Serviço de Ortopedia)
- APÊNDICE VI – Jornal de Aprendizagem II (UCC)
- APÊNDICE VII – Sessão de Formação para Profissionais de Saúde no Serviço de Ortopedia
- APÊNDICE VIII - Sessão de Formação e Poster para Profissionais de Saúde na UCC
- APÊNDICE IX – Sessões de Formação na Universidade da Terceira Idade na UCC
- APÊNDICE X – Protocolo de Revisão *Scoping*

ANEXOS

- ANEXO I - Certificados de Presença e Apresentação de Poster em Webinar
- ANEXO II - Certificado de Presença no I Congresso do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação
- ANEXO III - Certificado de Formação no Serviço de Ortopedia
- ANEXO IV - Certificado de Presença nas 1as Jornadas de Ortopedia CUF Tejo

Introdução

O presente relatório de estágio foi realizado no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, inserida no Curso de Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, e tem como objetivos promover e evidenciar o desenvolvimento das competências comuns e específicas especializadas na área da enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2019a; OE, 2019b).

Foi selecionada uma área temática que tivesse relevância como uma problemática atual na saúde, de modo a desenvolver simultaneamente, no estágio, intervenções inerentes às competências especializadas na área da enfermagem de reabilitação, bem como, intervenções que permitam dar resposta e resolução a essa mesma problemática de saúde.

Foi elaborado um Projeto de Estágio (ver Apêndice I) onde foi selecionada e contextualizada uma problemática de saúde de interesse; definidos objetivos de acordo com as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e as especificidades dos locais de ensino clínico e definidas e planeadas atividades que dessem resposta aos objetivos estipulados, em concordância com as filosofias de cuidados escolhidas.

Como área de interesse, foi selecionada e contextualizada conceptualmente a problemática das fraturas de fragilidade e explorou-se a intervenção do EEER ao nível da mesma, de acordo com duas filosofias de cuidados, sendo estas o Modelo do Cuidado Transicional (MCT) e a Teoria do Défice do Autocuidado (TDA) de Dorothea Orem.

O tema do relatório insere-se no estudo da resposta à questão norteadora do projeto: Quais as “Intervenções de cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade”? e tem como palavras-chave: Enfermagem; Reabilitação; Fraturas de Fragilidade; Cuidado Transicional e Intervenções.

Este relatório irá apresentar o enquadramento conceptual da problemática das fraturas de fragilidade, onde será primeiramente explicitada a justificação da pertinência do tema, do ponto de vista pessoal, social, profissional e académico, considerando o impacto desta problemática na pessoa, família e sociedade e, seguidamente, será feita a contextualização do tema e a sua relação com a intervenção do EEER, sob a forma de uma revisão narrativa da literatura. Neste enquadramento, são de igual modo explicitados os

já referidos quadros de referência teóricos de enfermagem e a forma como estes serão mobilizados para a prática.

Na pesquisa para a elaboração da revisão narrativa da literatura, foi utilizada a plataforma *EBSCOhost*, na qual se utilizaram as bases de dados *Medline* e *CINAHL*. Nestas bases de dados, foi realizada pesquisa livre com o cruzamento dos seguintes descritores: *fragility fractures*, *nursing* e *rehabilitation*, através do operador booleano *AND*.

Foi igualmente realizada pesquisa livre no Google Académico, literatura cinzenta, guidelines internacionais (*World Health Organization (WHO)*, *Cochrane*, *Nursing Reference Center* e *Fragility Fracture Network*) e nacionais (Direção-Geral da Saúde (DGS), Associação dos Enfermeiros Portugueses de Ortopedia e Traumatologia, Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia e Sociedade Portuguesa de Reumatologia).

Posteriormente ao enquadramento conceptual, será apresentado o segundo capítulo, que corresponde à descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas em contexto de estágio que pretenderam dar resposta ao desenvolvimento das competências especializadas do EEER e aos objetivos delineados no projeto de estágio (ver Apêndice I).

No projeto de estágio, os objetivos delineados tiveram em consideração os dois contextos de ensino clínico pelo qual este iria ser repartido, sendo o primeiro estágio, em contexto hospitalar, num serviço de internamento de ortopedia da região de Lisboa e Vale do Tejo e o segundo estágio, em contexto comunitário, numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), inserida numa Unidade de Cuidados Continuados (UCC) da mesma região que o contexto anterior.

Relativamente ao serviço de ortopedia no hospital, este foi um serviço com uma organização de cuidados de enfermagem particular, que revelou desafios próprios e pertinentes para a área da gestão de cuidados. Isto porque a equipa de enfermagem (na qual estão incluídos seis EEER que se encontram na prestação direta de cuidados e não exercem exclusivamente funções de EE) circula entre três serviços de tipologias diferentes, que se articulam entre si nos cuidados à pessoa com patologia ortopédica, sendo eles o serviço de urgência exclusivo de ortopedia, o internamento e a consulta externa de ortopedia. Apesar de desafiante, permite um acompanhamento da pessoa por parte da equipa de enfermagem sem segmentação dos cuidados entre serviços. Deste modo, acaba por haver uma continuidade dos cuidados, em termos hospitalares.

O serviço tem um projeto de reabilitação, que foi suspenso durante a pandemia, mas que foi possível retomar durante o período do ensino clínico no pós-pandemia. Este consiste na realização de uma consulta pré-operatória multidisciplinar (com EEER e médico ortopedista) dirigida à pessoa e seu cuidador, em dinâmica individual e de grupo, de preparação para cirurgias programadas de prótese total da anca e do joelho. Nesta consulta, é realizada educação para a saúde dirigida aos cuidados pré-operatórios, especificidades da cirurgia, anestesia, cuidados de enfermagem no internamento, programa de reabilitação no momento pré e pós-operatório e preparação do regresso/readaptação funcional ao domicílio.

No segundo contexto clínico, a ECCI tem dois EEER presentes na equipa de enfermagem (que se encontram na prestação direta de cuidados e não exercem exclusivamente funções de EE) que dão resposta aos casos que lhes são referenciados, podendo estes advir do hospital da área, da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) ou da Unidade de Saúde Familiar na qual a ECCI se encontra sediada ou ainda dos outros cinco pólos de UCSP da região. Em termos de organização dos cuidados de enfermagem, na sede desta ECCI está também sediada uma Unidade de Saúde Pública.

No que diz respeito a projetos de reabilitação existentes, há um inserido no âmbito da articulação hospital-comunidade, de forma a garantir a continuidade dos cuidados, sendo que um dos serviços em articulação com a ECCI é o internamento de ortopedia do hospital da região. Neste projeto, a pessoa com alta hospitalar após cirurgia programada de prótese total da anca, joelho e/ou ombro, é referenciada ao centro de saúde da área de residência, de forma a ser validado o regresso ao domicílio e a readaptação ao mesmo, triando a necessidade de agendamento de uma visita domiciliária, por parte da equipa de enfermagem. No entanto, desde a pandemia que este projeto de parceria com o internamento de ortopedia tem estado suspenso.

Tendo em consideração as especificidades de cada contexto de ensino clínico, o estudo do cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade, o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER (OE, 2019a; OE, 2019b) e a mobilização da evidência científica para a prática de cuidados, foram delineados como objetivos gerais os seguintes:

- 1.** Desenvolver competências na gestão, supervisão e melhoria dos cuidados, através da prestação de cuidados transicionais à pessoa com fratura de fragilidade nos diferentes contextos de saúde;
- 2.** Desenvolver competências de enfermagem de reabilitação na área motora, de forma a promover o autocuidado e a readaptação funcional;
- 3.** Desenvolver competências de enfermagem de reabilitação na área respiratória, de forma a prevenir complicações.

No Objetivo Geral 1 visou-se não apenas o desenvolvimento das competências comuns do EE (OE, 2019a), pelo facto de remeter para a gestão, supervisão e melhoria da prestação de cuidados dentro da equipa multidisciplinar à pessoa com fratura de fragilidade, como também para o desenvolvimento das Competências Específicas J1 – “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (OE, 2019b, p. 13567) – e J2 – “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (OE, 2019b, p. 13567) –, pelo facto de remeter a prestação de cuidados para a pessoa com fratura de fragilidade ao longo dos diferentes contextos de saúde (hospital e comunidade), procurando não apenas a readaptação funcional da pessoa, como também a sua reintegração social e acessibilidade a recursos da comunidade.

Desta forma, é garantido o respeito pelos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, nomeadamente no âmbito da satisfação do cliente, promoção do bem-estar e do autocuidado, da readaptação e reeducação funcional, promoção da inclusão social, promoção da saúde, prevenção de complicações e da gestão e organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2018).

Inserem-se como objetivos específicos agregados ao Objetivo Geral 1 os seguintes:

- 1.1.** Desenvolver planos de intervenção de cuidados transicionais de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade, de acordo com o MCT e a TDA de Dorothea Orem;
- 1.2.** Contribuir para a formação das equipas multidisciplinares dos campos de estágio sobre as intervenções de cuidados transicionais de enfermagem de reabilitação;

1.3. Promover a discussão com o orientador clínico e equipas em relação ao desenvolvimento de programas/projetos de reabilitação que envolvam o cuidado transicional à pessoa com fratura de fragilidade;

1.4. Desenvolver estratégias de promoção do cuidado transicional à pessoa com fratura de fragilidade na equipa multidisciplinar.

Nos Objetivos Gerais 2 e 3, pretendeu-se o desenvolvimento de intervenções de enfermagem de reabilitação específicas a duas áreas, sendo elas a motora e a respiratória, dirigidas à pessoa com fratura, nomeadamente à pessoa com fratura de fragilidade. Isto porque a pessoa com fratura de fragilidade ou outro tipo de fratura, para além de apresentar alterações ao nível da mobilidade, pode também necessitar de tratamento cirúrgico, o que leva a que haja risco de alterações do foro respiratório não apenas associadas à diminuição da capacidade motora, mas também ao impacto da cirurgia.

Deste modo, daí a relevância de destacar a reabilitação motora e respiratória na pessoa com fratura (de fragilidade), pois será importante direcionar os cuidados de enfermagem de reabilitação quer para a reabilitação motora do segmento corporal afetado pela fratura, quer para o restante corpo; assim como, para a manutenção da função respiratória, que pode sofrer alterações pela redução da mobilidade e/ou pela necessidade de submeter a pessoa a cirurgia ortopédica, considerando o impacto que isso acarreta.

Focando os objetivos nestas duas áreas da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação e no desenvolvimento de programas de treino motor e respiratório, são desenvolvidas algumas das competências comuns, mas principalmente a competência específica J3 do EEER, em que este “maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (OE, 2019b, p. 13567).

Para além do desenvolvimento da competência J3 do EEER nos Objetivos Gerais 2 e 3, é igualmente desenvolvida a competência J2, através do estabelecimento de objetivos no âmbito do treino das AVD, da assessoria na escolha de produtos de apoio e da capacitação da família e pessoa, visando-se com isto a promoção do autocuidado, da readaptação funcional, da acessibilidade e da reinserção social na comunidade.

Associado ao Objetivo Geral 2, surgem os seguintes objetivos específicos:

2.1. Implementar intervenções de reabilitação motora;

- 2.2.** Implementar intervenções de treino de AVD;
- 2.3.** Assessorar na escolha de produtos de apoio para o autocuidado/execução das AVD;
- 2.4.** Capacitar a pessoa e a família para os cuidados de enfermagem e reabilitação.

Por sua vez, associados ao Objetivo Geral 3, surgem os seguintes objetivos específicos:

- 3.1.** Implementar intervenções de reeducação funcional respiratória (RFR);
- 3.2.** Implementar intervenções de treino de AVD;
- 3.3.** Assessorar na escolha de produtos de apoio para o autocuidado/execução das AVD;
- 3.4.** Capacitar a pessoa e a família para os cuidados de enfermagem e reabilitação.

De acordo com o que foi acima mencionado e com os objetivos expostos, é possível verificar então que, no desenvolvimento da competência J3, encontram-se definidas a área da reabilitação motora no Objetivo Geral 2 e a área da reabilitação respiratória no Objetivo Geral 3, sendo esse o único objetivo específico que diferencia estes dois objetivos gerais.

Por sua vez, no âmbito do desenvolvimento da competência J2, existem três objetivos específicos partilhados pelos Objetivos Gerais 2 e 3, sendo estes o “implementar intervenções de treino de AVD”; o “assessorar na escolha de produtos de apoio para o autocuidado/execução das AVD” e o “capacitar a pessoa e a família para os cuidados de enfermagem e reabilitação”, visto que são objetivos pertinentes e subjacentes aos cuidados de enfermagem quer na área da reabilitação motora, quer na área da reabilitação respiratória. Isto porque a capacidade da pessoa para a realização das AVD vai sofrendo alterações consoante a eficácia dos treinos motor e respiratório, sendo, por este motivo, importante agregar o treino das AVD a cada área da reabilitação aprofundada neste projeto.

A assessoria na escolha dos produtos de apoio é fundamental no treino de AVD, pois permite desenvolver estratégias de readaptação funcional por parte da pessoa e família, o que justifica a importância da capacitação destes últimos como outro objetivo transversal às duas áreas de reabilitação abordadas, visto que conduz à promoção do

autocuidado e readaptação funcional da pessoa, à promoção da literacia em saúde da pessoa e família e à capacitação da família para o papel de cuidador.

Com estes últimos objetivos, pretendeu-se desenvolver as diversas competências comuns e específicas do EEER, assim como, uma prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação de acordo com os padrões de qualidade da mesma nas áreas da satisfação do cliente, promoção do bem-estar e do autocuidado, readaptação e reeducação funcional, promoção da saúde e prevenção de complicações (OE, 2018).

Como suporte ao capítulo da descrição e análise das atividades desenvolvidas e considerando todos os objetivos específicos mencionados, apresentam-se em apêndice as tabelas com os objetivos específicos e respetivas atividades a desenvolver para a consecução dos mesmos (ver Apêndice II).

Posteriormente irá ser apresentado o terceiro capítulo com a avaliação da aprendizagem desenvolvida ao longo da elaboração deste relatório, através do método de avaliação *SWOT* (*Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats*), bem como, os contributos que o mesmo traz para a prática da Enfermagem de Reabilitação.

Por fim, surgem as considerações finais onde se apresentarão as conclusões resultantes de todo este percurso, bem como, o que se perspectiva em termos de trabalho e plano de ação para o futuro.

Este trabalho foi elaborado segundo a Norma APA (7ª Edição).

1. Capítulo I – Componente Científica e Formativa

1.1. Fundamentação do Tema

O tema abordado ao longo deste relatório será o cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade, tendo surgido o interesse pessoal pelo mesmo pelo contexto de cuidados onde desenvolvo a minha prática profissional atual – cuidados ao doente ortotraumatológico –, assim como, pelo potencial que representa em termos de oportunidade para desenvolver e pôr em prática as competências do EEER, visando intervir no impacto que esta patologia tem ao nível da pessoa, sua família e sociedade.

Tendo em conta a última ideia descrita, será então explorada seguidamente a pertinência da área temática escolhida do ponto de vista social (no impacto das fraturas de fragilidade ao nível da saúde da população e o contributo para a visibilidade da intervenção do EEER na melhoria dos cuidados de saúde); profissional (na gestão, organização e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação) e académico (desenvolvimento das aprendizagens profissionais/áreas de investigação da enfermagem de reabilitação).

1.2. Enquadramento Conceptual

1.2.1. Osteoporose e Fraturas de Fragilidade

As fraturas de fragilidade ou fraturas osteoporóticas são fraturas que decorrem “de um trauma menor, de baixo impacto, como uma queda igual ou inferior à própria altura, excluindo fraturas patológicas, como as neoplásicas” (Teixeira, Serejo & Araújo, 2022, p. 156) e que se encontram relacionadas com a fragilidade óssea consequente da osteoporose (Prado *et al.*, 2020).

Estas são uma das principais causas de perda da independência funcional, de morbilidade e de mortalidade na população mais idosa (Rodrigues *et al.*, 2020), sendo as mais frequentes ao nível da coluna (vértebras torácicas e lombares), fémur proximal, rádio distal e úmero proximal (Stolnicki & Oliveira, 2016; Brás *et al.*, 2019).

Por sua vez, a osteoporose é uma doença prevalente nos idosos, que se define como uma “doença metabólica sistémica que se caracteriza pela diminuição da massa

óssea e deterioração da microarquitetura do osso, responsáveis pelo aumento da fragilidade óssea e, conseqüentemente, do risco de fratura” (Brás et *al.*, 2019, p. 16), mesmo em traumatismos de baixa energia (Silva et *al.*, 2018).

Já em 2010, na União Europeia, foi estimado que

22 milhões de mulheres e 5,5 milhões de homens (...) tinham osteoporose; 3,5 milhões sofriam novas fraturas de fragilidade a cada ano, incluindo 610 000 fraturas da extremidade proximal do fémur (EPF), 520 000 fraturas vertebrais, 560 000 fraturas da extremidade distal dos ossos do antebraço e 1 800 000 outras fraturas, prevendo-se o aumento deste número para 4,5 milhões em 2025 (e conseqüente aumento de 25% nos custos) (Brás et *al.*, 2019, p. 16).

Juntamente com esta problemática, surge também a questão do envelhecimento da população, que é um fator que contribui igualmente para o aumento do número de fraturas de fragilidade, nomeadamente ao nível do fémur proximal, que são as fraturas osteoporóticas mais graves e que tendem a ocorrer em indivíduos progressivamente mais velhos (Silva et *al.*, 2018; Brás et *al.*, 2019; Costa et *al.*, 2020).

1.2.2. Impacto das Fraturas de Fragilidade na Saúde

Em Portugal, estima-se que anualmente ocorram 40.000 novas fraturas osteoporóticas, das quais 25% são ao nível do fémur proximal (Brás et *al.*, 2019). Em termos de mortalidade, em conseqüência de fraturas osteoporóticas da anca, estima-se que morram anualmente cerca de 740.000 pessoas a nível mundial e cerca de 1500 pessoas em Portugal (Rodrigues et *al.*, 2020).

Por este motivo, as fraturas de fragilidade, nomeadamente ao nível do fémur proximal, tornam-se um problema de saúde pública, não apenas pela sua incidência e prevalência significativas, como também pelo facto de estarem associadas a um aumento da morbidade e da taxa de mortalidade de até 30% no primeiro ano pós-fratura, a limitação/compromisso funcional, a problemas familiares e sociais, a diminuição da qualidade de vida e a elevados custos sociais e para a saúde (Marques et *al.*, 2016; Broeiro-Gonçalves, 2017; Hertz & Santy-Tomlinson, 2018; Brás et *al.*, 2019; Costa et *al.*, 2020). Em Portugal, “mais de 10.000 doentes são admitidos todos os anos no Serviço Nacional de Saúde português devido a fraturas de fragilidade da anca, o que acarreta uma despesa total de saúde anual acima de 220 milhões de euros” (Marques et *al.*, 2016, p. 425).

1.2.3. Cuidados à Pessoa com Fratura de Fragilidade

Para além do impacto socioeconómico e ao nível da saúde associado aos cuidados à pessoa com a primeira fratura de fragilidade, esta ainda acarreta consigo um risco acrescido de vir a sofrer uma nova fratura, sendo, por isso, importante oferecer e desenvolver iniciativas de prevenção dirigidas à quebra da cascata fraturária, ou seja, para prevenção da ocorrência da segunda fratura de fragilidade (Stolnicki & Oliveira, 2016; Hertz & Santy-Tomlinson, 2018).

Tendo em consideração o que foi acima descrito, surgem já diversas orientações dirigidas para a prevenção de novas fraturas de fragilidade, nomeadamente ao nível do tratamento farmacológico e não farmacológico da osteoporose.

O tratamento farmacológico deve ser prescrito por médicos das áreas indicadas, podendo estas dividirem-se por ortopedia, endocrinologia, reumatologia e geriatria, e gerido posteriormente, em colaboração com profissionais envolvidos na reabilitação (Stolnicki & Oliveira, 2016).

Na implementação de medidas não farmacológicas constam as medidas de prevenção da osteoporose e, conseqüentemente, da ocorrência de fraturas de fragilidade, tais como dieta (ao nível da ingestão calórica e proteica), suplementação em cálcio e vitamina D, exposição solar, exercício e reabilitação, prevenção de quedas e monitorização da utilização de terapêutica (Stolnicki & Oliveira, 2016; Marques *et al.*, 2016; Hertz & Santy-Tomlinson, 2018; Meehan *et al.*, 2019; Falaschi & Marsh, 2021; Pinto *et al.*, 2022).

Na prevenção de quedas e conseqüentes fraturas preconiza-se a avaliação e monitorização do risco de queda periodicamente, assim como, a gestão dos fatores intrínsecos (estado físico e cognitivo do indivíduo, patologias e medicação) e extrínsecos (vestuário, calçado e meio ambiente) (Brás *et al.*, 2019; Hertz & Santy-Tomlinson, 2018; Meehan *et al.*, 2019; Conley *et al.*, 2020; Pinto *et al.*, 2022).

Na implementação destas medidas, deve estar sempre presente a educação para a saúde à pessoa, de forma a promover a adesão às terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas e também a gestão eficaz da sua situação de saúde e doença (Hertz & Santy-Tomlinson, 2018; Conley *et al.*, 2020; Pinto *et al.*, 2022), contribuindo assim para a literacia em saúde desta população específica.

1.2.4. Reabilitação da Pessoa com Fratura de Fragilidade

Quanto à reabilitação nas pessoas com fratura de fragilidade, devem ser desenvolvidos programas de reabilitação multidisciplinares, onde seja feita a avaliação da pessoa (potencial para reabilitação, capacidades e risco de queda); a abordagem física (utilização de agentes físicos e dispositivos médicos, técnicas de cinesioterapia, aplicação progressiva de programa de exercícios, reeducação funcional e treino de atividades de vida diária (AVD)); a abordagem psicossocial (educação para a saúde, suporte familiar e recursos na comunidade) e a abordagem médica (prescrição de terapêutica e referência) (Costa et *al.*, 2020; Conley et *al.*, 2020; Pinto et *al.*, 2022).

Faz sentido que a liderança destes programas de reabilitação multidisciplinares seja assumida pelo EEER, não apenas pelo facto deste ser o elemento de ligação entre toda a equipa multidisciplinar, como também pelas competências acrescidas e especializadas que lhe estão inerentes e que se revelam pertinentes para a assunção deste papel, como irá ser posteriormente fundamentado, nomeadamente na garantia da continuidade dos programas de reabilitação entre hospital e comunidade.

Estes programas de reabilitação visam não apenas o retorno ao nível de funcionalidade prévia, quando possível, como também a reinserção da pessoa na comunidade e a prevenção de novas fraturas (Costa et *al.*, 2020). Por este motivo, deveriam ser iniciados durante o internamento hospitalar e ter continuidade na comunidade, através de uma articulação e gestão eficaz da transição dos cuidados, principalmente na transição dos cuidados de reabilitação.

1.2.5. Filosofia de Cuidados e o Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

É na transição dos cuidados de reabilitação que surge a pertinência da mobilização do modelo do cuidado transicional, sendo este modelo de cuidados já preconizado pela WHO (2018) como um modelo compreensivo e integrado de cuidados de serviços de saúde centrado na pessoa e na continuidade e coordenação dos cuidados (WHO, 2018). Ou seja, este MCT é definido como um “conjunto de ações que visam assegurar a continuidade da assistência em cuidados de saúde entre os diferentes níveis de cuidados

ou na transferência de local onde decorre a sua prestação” (Pedrosa, Ferreira & Baixinho, 2022a, p. 2).

Para isto, é necessário haver um profissional de saúde ou uma equipa que tenha as habilidades e competências necessárias para uma gestão eficaz dos casos e das transições entre o hospital e o domicílio, oferecendo uma avaliação comunitária urgente, tratamento, reabilitação ou cuidados paliativos e de fim de vida, assim como, auxílio na gestão do regime medicamentoso e terapêutico (WHO, 2018).

Entre estes profissionais de saúde habilitados e com competências para a gestão eficaz da continuidade dos cuidados surge o enfermeiro de prática avançada, visto que “uma intervenção de transição de cuidados realizada por um enfermeiro de prática avançada (...) foi associada a menores taxas de readmissão hospitalar após 30 e 90 dias e menores custos hospitalares” (WHO, 2018, p. 37).

Em suma, o MCT é uma intervenção liderada, gerida e implementada por enfermeiros de prática avançada, dirigida a pessoas e famílias que se deslocam pelos ambientes de saúde e entre os clínicos e cujo objetivo consiste em manter a continuidade dos cuidados ao longo dos diferentes contextos de cuidados de saúde (hospitalar e comunitário) e entre os restantes membros da equipa multidisciplinar (Eslami & Tran, 2014; *National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (NASEM)*, 2021; Pedrosa, Ferreira & Baixinho, 2022b).

É nesta linha de pensamento que se torna evidente a pertinência da intervenção do Enfermeiro Especialista (EE) enquanto enfermeiro de prática avançada, líder e gestor dos programas de cuidados de transição onde constem intervenções como a realização de reuniões multidisciplinares regulares, a existência de *checklists* de preparação para a alta e a monitorização através de *follow-up* e/ou visitas domiciliárias periódicas (NASEM, 2021; Pedrosa, Ferreira & Baixinho, 2022b), visto que este apresenta competências acrescidas ao nível da gestão dos cuidados e melhoria contínua da qualidade dos mesmos (OE, 2019a).

Para além disso, atualmente verifica-se que nem sempre existem cuidados transitórios de reabilitação, o que aumenta o risco de eventos adversos e complicações no período após a alta hospitalar, contribuindo para reinternamentos, perda de qualidade de vida e aumento de comorbilidades (Pedrosa, Ferreira & Baixinho, 2022b).

Tal como foi anteriormente descrito, os programas de reabilitação devem ser instituídos na abordagem à pessoa com fratura de fragilidade ao nível da continuidade dos cuidados e prevenção de nova fratura, logo, é lógico que a liderança destes programas de cuidados de transição de reabilitação seja assumida pelos EEER.

Nestes programas de cuidados transicionais de reabilitação, deve constar, primeiro que tudo, uma avaliação multidisciplinar da pessoa e família quanto ao potencial de reabilitação, planeamento e participação da pessoa e família em planos de alta, a gestão de expectativas e a avaliação de complicações médicas (Eslami & Tran, 2014; Costa et al., 2020; Conley et al., 2020; Pinto et al., 2022).

Com base nessa avaliação, devem ser desenvolvidos programas de treino de equilíbrio e exercício, de mobilização e deambulação precoce e de reeducação funcional, que contribuam para a redução do risco de queda, de segunda fratura e de tromboembolismo venoso, para o aumento da massa e força muscular, da densidade mineral óssea e da capacidade de realizar AVD e para a prevenção da imobilidade, da perda óssea e das úlceras por pressão (Eslami & Tran, 2014; Costa et al., 2020; Conley et al., 2020; Pinto et al., 2022).

Nestes, deve estar incluída igualmente a educação para a saúde na gestão da doença ao nível da dieta (manutenção da integridade da pele, promoção da cicatrização de feridas e manutenção do peso corporal), do regime medicamentoso (tratamento farmacológico da osteoporose), da exposição solar (estimulação de produção de vitamina D) e dos sinais e sintomas de alerta para reinternamento hospitalar, assim como, a intervenção psicossocial, que melhora a capacidade de realizar AVD, a consciência do risco e a recuperação mental e social (Eslami & Tran, 2014; Costa et al., 2020; Conley et al., 2020; Pinto et al., 2022). Por último, na avaliação periódica de resultados, esta deve ser feita através de visitas domiciliares e/ou *follow-up* telefónico (Eslami & Tran, 2014; Costa et al., 2020; Conley et al., 2020; Pinto et al., 2022).

Como outras intervenções do cuidado transicional de enfermagem de reabilitação surgem ainda a existência de *checklists* de alta hospitalar respeitando as necessidades de cuidados identificadas pela pessoa e pelo cuidador, a gestão/referenciação para os recursos da comunidade disponíveis e a necessidade/prescrição de produtos de apoio (Pedrosa, Ferreira & Baixinho, 2022a, p. 7), sendo esta última uma competência de enfermagem exclusiva do EEER (OE, 2019b).

Nos recursos da comunidade, existem diferentes locais nos quais as pessoas com fratura de fragilidade podem manter os seus cuidados de reabilitação, sendo estes o próprio domicílio, as instituições da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), clínicas privadas e/ou estruturas residenciais para idosos, sendo importante que, em todos eles, seja assegurada uma adequada referência e encaminhamento da pessoa por parte do enfermeiro (Eslami & Tran, 2014; Meehan *et al.*, 2019; Costa *et al.*, 2020).

Para além da mobilização do modelo do cuidado transicional, também se revela pertinente a utilização da TDA de Dorothea Orem como teórica de enfermagem dirigida ao desenvolvimento da prática avançada e das competências específicas do EEER, nomeadamente na avaliação da funcionalidade e formulação de diagnósticos que traduzam as alterações ao nível das limitações da atividade e das incapacidades (OE, 2019b).

De acordo com Orem, quando as pessoas demonstram alterações ao nível da teoria do autocuidado (capacidade de cuidar de si próprio), estas geram desvios de saúde ao nível do mesmo, o que leva a que essas alterações se apresentem como défices do autocuidado (Tomey & Alligood, 2004).

Os desvios de saúde/défices do autocuidado constituem-se como as alterações ao nível dos requisitos universais do autocuidado, sendo estes, segundo Orem:

- (1) a manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e comida; (2) a prestação de cuidados associados aos processos de eliminação de excrementos; (3) a preservação do equilíbrio entre actividade e descanso; (4) a preservação do equilíbrio entre solidão e interação social; (5) a prevenção de riscos para a vida, o funcionamento e o bem-estar do ser humano; (6) a promoção do funcionamento e desenvolvimento humano nos grupos sociais de acordo com o potencial humano, as limitações humanas conhecidas e o desejo humano de ser normal (Tomey & Alligood, 2004, p. 214).

Estes défices do autocuidado correspondem aos diagnósticos/problemas de enfermagem que são identificados nas pessoas e que necessitam da intervenção do enfermeiro, gerando, por consequência, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que corresponde às relações criadas e mantidas para produzir cuidados de enfermagem, representados por sistemas de ajuda totalmente compensatórios, parcialmente compensatórios e/ou de apoio/educação (Tomey & Alligood, 2004).

Através da mobilização da TDA de Orem, conseguem-se mobilizar as competências específicas do EEER ao formular diagnósticos de enfermagem, ao conceber planos de intervenção/programas de treino e ao implementar intervenções e programas de treino motor e de AVD na pessoa com fratura de fragilidade dirigidas à promoção do autocuidado nos processos de transição e/ou incapacidade (OE, 2019b). Ou seja, na construção dos programas de reabilitação, é possível estruturar os planos de cuidados e os programas de treino motor de acordo com uma linguagem baseada no autocuidado da pessoa com fratura de fragilidade, procurando-se “capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (OE, 2019b, p. 13567) e “maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (OE, 2019b, p. 13567).

No que concerne a intervenção do EEER na vivência da transição dos cuidados do hospital para o domicílio pela pessoa com fratura de fragilidade, nomeadamente em termos da articulação e continuidade dos cuidados, esta é desenvolvida e complementada segundo o modelo do cuidado transicional, que permite promover “a mobilidade, a acessibilidade e a participação social” (OE, 2019b, p. 13567), assim como, “cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (OE, 2019b, p. 13567).

Torna-se evidente que o cuidado transicional de reabilitação contribui para a continuidade de cuidados, otimiza os recursos de saúde disponíveis, eleva a qualidade dos cuidados, fomenta um sistema de saúde mais sustentável, maximiza a adaptação e reduz o risco de reinternamentos hospitalares, o tempo de internamento, o tempo de acompanhamento domiciliar, a taxa de ocupação das camas hospitalares e os custos hospitalares (NASEM, 2021; Pedrosa, Ferreira & Baixinho, 2022a).

Desta forma, o EEER contribui, em termos de ganhos em saúde, para a autonomia da pessoa no momento do regresso a casa, para a redução da utilização do serviço de urgência, minimização da ansiedade do cuidador e articulação entre os enfermeiros de reabilitação (Pedrosa, Ferreira & Baixinho, 2022b). O EEER, ao ser um agente facilitador desta transição hospital-domicílio/recursos da comunidade para a pessoa com fratura de fragilidade e família, atua em conformidade com o *Plano de Ação da Literacia em Saúde* (DGS, 2019), tendo em conta que neste é referido que “os planos integrados constituem-se como uma oportunidade de otimização da Literacia em Saúde e de promoção da

saúde” (DGS, 2019, p. 8) e que dois dos seus objetivos principais são a capacitação da população para a utilização e navegação adequada do sistema de saúde e a promoção do bem-estar da população na doença crónica (DGS, 2019).

O EEER, através da intervenção na pessoa com fratura de fragilidade ao nível do autocuidado com o sistema de enfermagem de apoio/educação, promove a autogestão da doença crónica e o bem-estar da pessoa, assim como, através da intervenção na transição dos cuidados com o modelo do cuidado transicional, promove o conhecimento da pessoa acerca dos recursos existentes no sistema de saúde e a sua utilização adequada, promovendo igualmente, por consequência, a literacia em saúde da pessoa e a melhoria destes indicadores de saúde na população.

Deste modo, o EEER vai conseguindo demonstrar o impacto da sua intervenção ao nível de vários indicadores de saúde, que vão de encontro aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em reabilitação, sendo estes: satisfação do cliente; promoção da saúde; prevenção de complicações; bem-estar e autocuidado; readaptação funcional; reeducação funcional; promoção da inclusão social e organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2018).

Assim, “garantir o cuidado de transição é imperativo para o desenvolvimento de um sistema de saúde sustentável, aumentando a qualidade do atendimento e a satisfação dos profissionais e clientes” (Pedrosa, Ferreira & Baixinho, 2022b, p. 11), o que vai de encontro às grandes linhas de orientação estratégica do *Plano Nacional de Saúde 2021-2030* (DGS, 2022) para promoção da saúde, sendo estas:

manter ou reforçar as estratégias que funcionam, (...) recuperar e melhorar o acesso e a intervenção em saúde (...) e preparar e antecipar o futuro (em relação às necessidades de saúde por problemas de saúde atualmente de baixa ou, até, nula magnitude, mas com potencial de risco em ascensão) (DGS, 2022, pp. 181-182).

Por último, o estudo da intervenção do EEER na pessoa com fratura de fragilidade revela-se igualmente pertinente para o desenvolvimento da disciplina e prática da Enfermagem Avançada, pois abordam áreas de investigação que se apresentam atualmente como prioritárias para a Enfermagem de Reabilitação, sendo elas a evidência de intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função motora, bem como, a intervenção do enfermeiro de reabilitação na dependência no autocuidado em contexto domiciliário (OE, 2014).

2. Capítulo II - Descrição e Análise Crítica das Atividades Desenvolvidas

Ao longo deste capítulo, será feita a descrição e análise das atividades desenvolvidas ao longo dos dois contextos de estágio, tendo em conta os objetivos gerais e específicos e as atividades planeadas e delineadas no projeto de estágio (ver Apêndice II).

Primeiramente, serão descritas e analisadas as atividades realizadas que permitiram dar resposta aos objetivos específicos do projeto de estágio e ao desenvolvimento das competências específicas do EEER, que são

competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2019a, p. 4745).

Em segundo lugar, serão descritas e analisadas as atividades realizadas que permitiram dar resposta aos objetivos específicos do projeto de estágio e ao desenvolvimento das competências comuns do EEER, sendo estas

competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2019a, p. 4745).

2.1. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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

No que diz respeito à Competência J1 do EEER, esta remete para a avaliação da funcionalidade da pessoa, formulação de diagnósticos das alterações da funcionalidade avaliadas e conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção dirigidos aos diagnósticos levantados, em todos os contextos de cuidados (OE, 2019b).

Tendo isto em consideração, esta competência foi desenvolvida ao longo do estágio através da realização das atividades propostas para o Objetivo Específico 1, que corresponde a desenvolver planos de intervenção de cuidados transicionais de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade, de acordo com o MCT e a TDA de Dorothea Orem.

Para este efeito, foram realizadas sistematicamente, ao longo dos dois contextos de estágio, avaliações individuais e com a equipa multidisciplinar à funcionalidade de diferentes pessoas (e famílias) com ou sem fraturas de fragilidade, assim como, levantados diagnósticos de enfermagem e concebidos, implementados e avaliados planos de intervenção de cuidados transicionais de enfermagem de reabilitação.

Como meios de prova do cumprimento destas atividades e objetivo específico, foram realizados dois estudos de caso (ver Apêndices III e IV), dirigidos aos cuidados transicionais de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade, tendo como referencial teórico de enfermagem a TDA de Orem para a formulação de diagnósticos e planos de intervenções.

No estudo de caso realizado em contexto hospitalar (ver Apêndice III), este é dirigido à Sra. R., uma senhora de 66 anos que sofreu uma fratura (de fragilidade) subcapital do fémur esquerdo e que foi submetida a prótese total da anca, e nele é feita a avaliação da pessoa, da sua família (nomeadamente a cuidadora) e do seu domicílio, de forma a planear a transição dos cuidados no internamento hospitalar para o regresso a casa (Eslami & Tran, 2014).

Nesta avaliação, são identificadas as alterações ao nível da funcionalidade (motora) e da capacidade para o autocuidado, sendo formulados diagnósticos dirigidos a essas mesmas alterações ao nível da força muscular, do equilíbrio, da marcha e da capacidade para realizar a higiene, vestir-se e despir-se e usar o sanitário. Para além disso, é igualmente avaliado o conhecimento da pessoa e da família acerca da condição clínica e dos cuidados subjacentes à mesma durante o internamento e na preparação do regresso a casa.

Desta forma, foram levantados diagnósticos que refletiram diversos défices do autocuidado/desvios de saúde ao nível dos processos de eliminação, do equilíbrio entre a atividade e o descanso, da prevenção de riscos para a vida e o funcionamento e bem-estar do ser humano e da promoção do funcionamento e desenvolvimento humano nos

grupos sociais de acordo com o potencial humano, de acordo com a TDA de Orem (Tomey & Alligood, 2004).

Após o levantamento dos diagnósticos, foi elaborado, implementado com o consentimento da Sra. R. e avaliado um plano de cuidados com intervenções de enfermagem de reabilitação no âmbito da reeducação funcional motora (RFM), treino de AVD, educação para a saúde acerca de temáticas ligadas aos cuidados à pessoa com fratura de fragilidade, capacitação do cuidador/família e prevenção de complicações (Eslami & Tran, 2014; Sousa & Carvalho, 2017), através da RFR (Sousa & Carvalho, 2017) e medidas de prevenção de quedas (Demontiero, Gunawardene & Duque, 2014; Santy-Tomlinson *et al.*, 2018). Na avaliação apresentada, foi-se verificando uma evolução positiva da condição clínica da Sra. R., conseguindo-se evidenciar os ganhos em saúde resultantes da intervenção diferenciada do EEER.

Para além disso, foram igualmente desenvolvidas intervenções de cuidado transicional em articulação com a equipa multidisciplinar (médico, fisioterapeuta e nutricionista) durante o internamento no que diz respeito à prescrição de tratamento farmacológico dirigido à osteoporose, implementação do programa de treino motor e de AVD e cuidados com a dieta quanto à ingestão de proteína, cálcio e vitamina D (Meehan *et al.*, 2019; Stolnicki & Oliveira, 2016).

Após a alta hospitalar, foi mantido o cuidado transicional através da articulação multidisciplinar com o médico nas consultas de enfermagem de *follow-up*, assim como, a própria realização da consulta de *follow-up* (NASEM, 2021; Pedrosa, Ferreira & Baixinho, 2022b), onde foi avaliado o regresso ao domicílio no que concerna a readaptação funcional da Sra. R., a manutenção do programa de treino motor e de AVD, a aquisição e utilização de produtos de apoio (banco para duche) e a adoção dos comportamentos de alimentação saudável e preventivos de quedas.

No estudo de caso, foram igualmente identificados os recursos da comunidade existentes para a Sra. R., mas foram apenas mobilizados os que se revelaram pertinentes, tendo a consulta de *follow-up* de enfermagem se revelado o melhor recurso para referenciar e monitorizar a situação clínica da Sra. R..

Por sua vez, através da elaboração do segundo estudo de caso (ver Apêndice IV), já em contexto comunitário, foi possível de igual modo comprovar a realização da avaliação da funcionalidade da pessoa (Sr. A.) e sua cuidadora/família (Sra. M.), bem

como, uma avaliação mais aprofundada do domicílio da pessoa (apartamento T2, prédio com elevador, áreas espaçosas em todas as divisões e 2 WC com banheira) e das barreiras arquitetónicas (banheiras nos WC).

O Sr. A. de 86 anos sofreu uma fratura (de fragilidade) subcapital do fémur esquerdo, tendo sido submetido a uma hemiartroplastia bipolar da anca. De acordo com a avaliação da funcionalidade relativamente à força muscular, equilíbrio, sensibilidade, respiração e capacidade para realizar transferências e AVD, foram levantados os diagnósticos correspondentes às alterações identificadas, tendo por base, mais uma vez, a TDA de Orem (ver Apêndice IV).

Por este motivo, os diagnósticos formulados em relação à força muscular; equilíbrio corporal; autocuidados andar, higiene, vestuário e posicionar/transferir-se; falta de conhecimento e prevenção de riscos (de queda e compromisso da ventilação) traduzem os desvios de saúde/défices do autocuidado ao nível da ingestão suficiente de ar, água e comida; do equilíbrio entre atividade e descanso; do equilíbrio entre solidão e interação social; da prevenção de riscos para a vida, funcionamento e bem-estar do ser humano e da promoção do funcionamento e desenvolvimento humano nos grupos sociais de acordo com o potencial humano, segundo Orem (Tomey & Alligood, 2004).

Após o levantamento dos diagnósticos, foi elaborado, implementado com o consentimento do Sr. A. e da Sra. M. e avaliado um plano de cuidados com intervenções de enfermagem de reabilitação no âmbito da reeducação funcional motora (RFM), treino de AVD, educação para a saúde acerca de temáticas ligadas aos cuidados à pessoa com fratura de fragilidade, capacitação do cuidador/família e prevenção de complicações (Eslami & Tran, 2014; Sousa & Carvalho, 2017), através da RFR (Sousa & Carvalho, 2017) e medidas de prevenção de quedas (Demontiero, Gunawardene & Duque, 2014; Santy-Tomlinson *et al.*, 2018). Na avaliação apresentada, foi-se verificando uma evolução positiva da condição clínica do Sr. A., conseguindo-se evidenciar os ganhos em saúde resultantes da intervenção diferenciada do EEER.

Neste plano de intervenção, contemplaram-se de igual modo os recursos existentes (e as suas limitações), de forma a promover o cuidado transicional e a articulação com a equipa multidisciplinar (Meehan *et al.*, 2019), nomeadamente com o ortopedista, para prescrição de tratamento farmacológico dirigido à osteoporose na consulta de reavaliação de ortopedia (Stolnicki & Oliveira, 2016), por via da educação para

a saúde e capacitação do Sr. A e da Sra. M para este efeito, pois “a educação (...) parece ser uma ferramenta atraente no tratamento da osteoporose e tem sido destacada como uma área de necessidade não atendida entre pacientes com osteoporose e fratura de fragilidade” (Pinto *et al.*, 2022, p. 537).

Para além disso, foram implementados programas de treino motor e de AVD, tendo sido realizado o empréstimo de produto de apoio (cadeira de transferência para banheira) (Sousa & Carvalho, 2017), mobilizando assim, outra vertente da UCC como recurso da comunidade e intervindo ao nível das barreiras arquitetónicas identificadas que comprometeram a capacidade de autocuidado.

Foram também implementadas intervenções no âmbito da educação para a saúde quanto à utilização dos produtos de apoio (auxiliares de marcha e cadeira de transferência para banheira) (Sousa & Carvalho, 2017), aos cuidados com a dieta na ingestão de proteína, cálcio e vitamina D (Meehan *et al.*, 2019; Stolnicki & Oliveira, 2016), prevenção de quedas e gestão do ambiente físico (Demontiero, Gunawardene & Duque, 2014; Santy-Tomlinson *et al.*, 2018), tendo sido entregues folhetos, elaborados pela UCC, no âmbito da RFM e um resumo, elaborado por mim, no âmbito da alimentação saudável e ingestão de alimentos ricos em proteína, cálcio e vitamina D.

Com isto, visou-se a manutenção do cuidado transicional de enfermagem de reabilitação na readaptação funcional ao domicílio da pessoa com fratura de fragilidade, assim como, na prevenção secundária de quedas no período pós-alta, onde, de acordo com Demontiero, Gunawardene e Duque (2014), deve ser feita através da identificação de fatores de risco e intervenções multifatoriais direcionadas no âmbito da prevenção de fraturas e tratamento da osteoporose.

Outros exemplos comprovativos da concretização do desenvolvimento de planos de intervenção de cuidado transicional de enfermagem de reabilitação foram os dois jornais de aprendizagem elaborados durante o estágio (ver Apêndices V e VI).

No primeiro jornal de aprendizagem (ver Apêndice V), foram desenvolvidas intervenções de cuidado transicional de enfermagem de reabilitação, em contexto de duas consultas de enfermagem de *follow-up*, à Sra. M. de 63 anos, que sofreu uma fratura (de fragilidade) cominutiva do rádio distal esquerdo e foi submetida a redução e osteossíntese.

Na primeira consulta, foi estabelecido o primeiro contacto com a Sra M. e, por conseguinte, realizada a avaliação da pessoa, família e alterações da funcionalidade. Neste caso, a Sra. M. tinha o marido como cuidador e apresentava alterações ao nível da força muscular do antebraço esquerdo e capacidade para preparar os alimentos, assumindo o marido a assistência parcial nesta última tarefa.

Com base nestas alterações, identificaram-se desvios de saúde/défices do autocuidado ao nível da ingestão suficiente de ar, água e comida; do equilíbrio entre atividade e descanso e da prevenção de riscos para a vida (Tomey & Alligood, 2004), correspondendo estes aos diagnósticos levantados quanto ao autocuidado alimentar-se, força muscular e risco de rigidez articular e de quedas.

Assim sendo, concebeu-se e implementou-se um plano de intervenção dirigido aos diagnósticos formulados, nomeadamente no que respeita à manutenção do marido da Sra. M. como recurso e assistente parcial no autocuidado alimentar-se, à realização de exercícios de RFM do membro superior afetado e à adoção de comportamentos preventivos de quedas na gestão dos fatores intrínsecos (cuidados na terapêutica farmacológica, dieta e RFM após fratura de fragilidade) e extrínsecos (gestão do ambiente) (Demontiero, Gunawardene & Duque, 2014; Santy-Tomlinson *et al.*, 2018). Para este efeito, foi feita a articulação multidisciplinar com a médica, através da educação para a saúde e capacitação da Sra. M., para prescrição de terapêutica destinada ao tratamento da osteoporose (Meehan *et al.*, 2019; Pinto *et al.*, 2022).

Este tipo de intervenção com base na educação para a saúde revela-se importante, pois, de acordo com Sale, Beaton e Bogoch (2014), as oportunidades para melhorar o sucesso dos programas de reabilitação dirigidos às fraturas de fragilidade devem incluir a facilitação da compreensão das pessoas acerca das recomendações de saúde óssea e a conexão entre a sua fratura e a sua própria saúde óssea.

Para além disso, foi realizada a avaliação periódica deste plano de intervenção através da segunda consulta de enfermagem e foi disponibilizado contacto telefónico de forma a manter o cuidado transicional (NASEM, 2021), caso a Sra. M. sentisse essa necessidade, dada a limitação na justificação de realização de outra consulta externa de enfermagem de ortopedia, visto que a mesma não contempla a necessidade da continuidade e monitorização por parte dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Por sua vez, no segundo jornal de aprendizagem elaborado (ver Apêndice VI), foram desenvolvidas intervenções de cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade, no âmbito da prevenção primária e secundária, visto que estas consistiram em duas sessões de formação dirigidas a um grupo de mulheres que não tinham sofrido fraturas de fragilidade, mas que se encontravam na faixa etária suscetível do desenvolvimento de processos patológicos de osteoporose (idades compreendidas entre os 60 e 85 anos) e, por consequência, suscetíveis do risco de sofrer uma fratura de fragilidade.

Este tipo de intervenção educativa obedece à ideia preconizada de que “conversas que introduzem os temas da saúde óssea e osteoporose podem ser realizadas durante as atividades normais de cuidados de enfermagem de maneira a que permita aos pacientes reconhecer gradualmente a necessidade de considerar a sua saúde óssea” (Santy-Tomlinson *et al.*, 2021, p. 306).

Na primeira sessão de formação (ver Apêndice IX), foi realizada educação para a saúde acerca da problemática das fraturas de fragilidade e da osteoporose, da adoção de estilos de vida saudáveis (prática de exercício físico individual e/ou em grupo, alimentação rica em cálcio, vitamina D e proteínas, exposição solar diária e medidas de prevenção de quedas); dos recursos na comunidade (procurar/consultar o médico de família para deteção, diagnóstico e para tratamento farmacológico de osteoporose) e dos comportamentos promotores da saúde e da literacia em saúde (transmitir conhecimento e sensibilizar amigos e familiares em relação ao tema).

Na segunda sessão de formação (ver Apêndice IX), abordaram-se as zonas onde ocorrem e os tipos de fraturas de fragilidade mais frequentes e o seu tratamento (conservador ou cirúrgico), assim como, os cuidados de enfermagem de reabilitação no pós-operatório.

Considerando que a prevenção primária consiste no conjunto de atividades que têm como objetivo evitar ou remover a exposição de um indivíduo ou população a um fator de risco antes do desenvolvimento da patologia (Almeida, 2005), estas intervenções de educação para a saúde assumem-se neste nível de prevenção, visto que promovem a adoção de comportamentos saudáveis na prevenção da ocorrência das fraturas de fragilidade, através das medidas de tratamento farmacológico e não farmacológico da patologia de base (osteoporose), bem como, das medidas de prevenção de quedas.

Por sua vez, na prevenção secundária tem-se como objetivo detetar um problema de saúde num indivíduo ou população numa fase precoce, de modo a contribuir para que esta evolua de forma favorável (Almeida, 2005), logo, a sensibilização que foi desenvolvida nestas sessões de educação para a saúde em relação ao rastreio e tratamento da patologia de base das fraturas de fragilidade, a osteoporose, surgiu como a forma de atuação ao nível da prevenção secundária.

Deste modo, o desenvolvimento deste tipo de intervenção de educação para a saúde ao nível das fraturas de fragilidade e dos níveis de prevenção primária e secundária (Santy-Tomlinson *et al.*, 2021) constituiu-se como cuidado transicional de enfermagem de reabilitação na medida em que se perspetivou que a continuidade dos cuidados neste grupo de senhoras tome forma na adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis na prevenção das fraturas de fragilidade e no tratamento da osteoporose.

Para além de todos os exemplos acima mencionados, foram desenvolvidos outros planos de intervenção de cuidados transicionais de enfermagem de reabilitação a outras pessoas ao longo do estágio, com ou sem patologia de fratura de fragilidade.

Um exemplo disso foi a Sra. M. L., de 76 anos, que sofreu uma fratura (de fragilidade) subcapital do fémur à direita e foi submetida a prótese total da anca durante o período do estágio hospitalar e que, após intervenção multidisciplinar (médico e fisioterapeuta) (Eslami & Tran, 2014; Meehan *et al.*, 2019) e implementação dos programas de treino motor, respiratório e de AVD (Sousa & Carvalho, 2017), teve alta para o domicílio da irmã que se assumiu como sua cuidadora e eu realizei *follow-up* telefónico duas semanas após a alta clínica (NASEM, 2021).

Neste *follow-up* telefónico, fiz a reavaliação do cumprimento dos programas de treino motor e respiratório, do estado de readaptação funcional ao domicílio, da aquisição e utilização de produtos de apoio (canadianas e banco de duche) e da gestão do ambiente e de barreiras arquitetónicas, ao qual recebi um *feedback* positivo de uma boa readaptação funcional e da manutenção dos programas de treino, tendo a Sra. M. L. recebido indicação do ortopedista na consulta para deambular já só apenas com uma canadiana, que cumpria sem referir dificuldades.

Ainda no contexto hospitalar, foi desenvolvido um plano de intervenção de cuidado transicional ao Sr. J. P. de 68 anos onde, para além dos programas de treino motor e de AVD dirigidos às alterações da sua funcionalidade, derivadas de tetraparesia

e lesão do plexo braquial direito sequelar a artrodese e laminectomia C3-C6 por fratura da coluna ao nível da C4 e C5 após acidente de viação, foi efetuada a referência do Sr. J. para o centro de medicina física e de reabilitação de Alcoitão, de forma a manter a continuidade e a otimização dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

No contexto comunitário, houve também a necessidade de desenvolver um plano de cuidado transicional onde foi efetuada a referência do Sr. A. R. do domicílio para uma unidade de média duração da RNCCI. O Sr. A. R. é um senhor que sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico na artéria cerebral média à direita com sequela de paresia do hemicorpo esquerdo e que, após a implementação de programa de reabilitação motora, evidenciou melhoria progressiva e potencial ao nível da força muscular, da sensibilidade, do equilíbrio corporal estático e dinâmico, da capacidade de transferir-se e do treino de marcha com andarilho, o que levou a EEER C. e eu a propor ao Sr. A. e à sua cuidadora (esposa A.) a referência para esta tipologia de unidade de reabilitação para uma reabilitação de maior intensidade, tendo ambos concordado.

A referência das pessoas entre os diferentes contextos de cuidados são uma componente essencial dos cuidados transicionais de enfermagem de reabilitação. A partilha de informação acerca do nível de funcionalidade da pessoa entre profissionais de saúde é fundamental, pois apenas o “acesso a informações básicas garante um plano de cuidados que reflète metas realistas, promove resultados clínicos positivos e aumenta a qualidade do atendimento” (Meehan *et. al*, 2019, p. 19).

Outros exemplos de atividades desenvolvidas no estágio que deram resposta ao Objetivo Específico 1 (ver Apêndice II) foram a observação, participação e colaboração na dinamização da consulta (hospitalar) multidisciplinar pré-operatória; a observação da reunião multidisciplinar (enfermeiros e ortopedistas) diária do serviço; a articulação de cuidados com a equipa multidisciplinar hospitalar (ortopedistas, médicos de outras especialidades (medicina interna), fisioterapeutas, assistente social e nutricionista) e com a equipa multidisciplinar comunitária (médico, psicóloga e assistente social), através da prestação de cuidados e da observação, participação e colaboração nas reuniões de equipa multidisciplinar da ECCI.

Posto isto, é visível o desenvolvimento da competência J1, considerando que foram avaliadas as alterações da funcionalidade da pessoa e concebidos, implementados e avaliados planos de intervenção que pretenderam dar resposta às necessidades especiais

da pessoa, assim como, garantir a continuidade dos cuidados entre os diferentes contextos – hospitalar, comunitário e domiciliário.

2.1.2. J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

No que diz respeito à Competência J2 do EEER, esta remete para a elaboração e implementação de programas de treino de AVD e para a promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social, de modo a que a pessoa consiga atingir a sua readaptação funcional, maximizar a sua autonomia e qualidade de vida e promover a sua inclusão social na sociedade onde se encontra inserida (OE, 2019b).

Para o desenvolvimento desta competência, foram realizadas atividades no âmbito dos objetivos específicos 4, 5 e 6 (ver Apêndice II) em simultâneo e que dão resposta quer ao cumprimento destes objetivos, quer ao desenvolvimento da competência J2. Isto porque o objetivo específico 4 diz respeito a “implementar intervenções de treino de AVD”, o objetivo específico 5 a “assessorar na escolha de produtos de apoio para o autocuidado/execução das AVD” e o objetivo específico 6 a “capacitar a pessoa e a família para os cuidados de enfermagem e reabilitação”.

Tendo isto em consideração, é possível comprovar a realização de intervenções de treino de AVD, assessoria na escolha de produtos de apoio e capacitação da pessoa e família através dos dois estudos de caso elaborados (ver Apêndices III e IV), pois “as principais considerações na prescrição de dispositivos assistivos são evitar mais complicações ajustando adequadamente o dispositivo para o paciente e fornecendo educação e avaliação de compreensão para o seu uso” (Pinto *et al.*, 2022, p. 533).

No primeiro estudo de caso, foi realizado ensino, instrução e treino de AVD no âmbito da capacitação da Sra. R. para se transferir, posicionar, vestir e despir, realizar a sua higiene, usar o sanitário e andar (com canadianas) durante o internamento hospitalar, assim como, é realizada assessoria na escolha e aquisição dos produtos de apoio (banco de duche e canadianas).

Após a alta e comparência na consulta de enfermagem, é validada a eficácia dos treinos de AVD e o estado de readaptação funcional ao domicílio da Sra. R., assim como, realizadas intervenções de ensino e instrução à cuidadora e filha da Sra. R., a Sra. P, de forma a capacitar a mesma para os cuidados de enfermagem e reabilitação.

Por sua vez, no segundo estudo de caso, foi igualmente realizado ensino, instrução e treino de AVD no âmbito da capacitação do Sr. A. para se transferir, posicionar, vestir e despir, realizar a higiene, andar (com andarilho) e subir e descer escadas. No entanto, todas estas intervenções foram desenvolvidas, dirigidas e realizadas quer com o Sr. A., quer com a Sra. M. (filha e cuidadora), que esteve sempre presente na prestação dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Por esta razão, foi realizada assessoria na escolha e aquisição do produto de apoio (cadeira de transferência para banheira), tendo sido articulado posteriormente o empréstimo deste produto de apoio e realizado instrução e treino das transferências para a banheira com o produto de apoio, o Sr. A. e a ajuda/assistência da Sra. M. (Sousa & Carvalho, 2017). Foi igualmente recomendada a aquisição de canadianas ou uma bengala para facilitar o subir e descer escadas no futuro, dada a impossibilidade do andarilho para este efeito, e em detrimento da utilização de apoio unilateral.

Deste modo, foram não apenas realizados treinos de AVD e assessoria na escolha de produtos de apoio, como também, desenvolvidas intervenções de ensino, instrução e treino, que permitiram a capacitação da pessoa (Sr. A.) e família (Sra. M.) para os cuidados de enfermagem e reabilitação.

Em ambos os estudos de caso, foi visível a preocupação na capacitação da pessoa e do seu cuidador através de sessões de esclarecimento e educação, de forma a promover a readaptação funcional da pessoa e a garantir a satisfação das necessidades da pessoa e seu cuidador durante a transição de cuidados (Sousa & Carvalho, 2017).

Como instrumento de avaliação e monitorização da evolução da pessoa no treino de AVD foi utilizado o Índice de Barthel em ambos os estudos de caso, o que permitiu avaliar o grau de dependência da pessoa na realização das AVD.

Outros exemplos, fora do âmbito das fraturas de fragilidade, onde foram implementados treinos de AVD, durante o estágio, foram o caso do Sr. J. P., já acima mencionado, onde, para além da transferência para Alcoitão, foram desenvolvidas intervenções no âmbito do treino de AVD nas transferências com recurso a tábua de transferência para a cadeira de rodas e/ou cadeira higiénica, realização dos cuidados de higiene no WC e deambulação com cadeira de rodas.

Outro exemplo foi o Sr. A. L., um senhor de 74 anos, politraumatizado com amputação traumática do membro inferior direito e fratura exposta do fémur esquerdo

após acidente de viação e que foi submetido a osteotaxia do fémur esquerdo. No entanto, por evolução desfavorável de cicatrização da ferida no membro inferior esquerdo e infeção óssea, este membro sofreu amputação cirúrgica. Por esta razão, foi realizado treino de AVD nas transferências do Sr. A. para o cadeirão e cadeira de rodas, para este poder deambular com recurso à mesma.

No contexto comunitário, surgiu o Sr. J. M., de 74 anos, que sofreu um acidente isquémico transitório e desenvolveu um síndrome de imobilidade consequente de um síndrome de abstinência alcóolica durante o internamento hospitalar. No regresso ao domicílio, foram desenvolvidas intervenções de treino de AVD, tendo-se conseguido atingir ganhos em saúde na deambulação com bengala e transferências para a cama e cadeirão de forma independente e realização dos cuidados de higiene com recurso a banco de duche (emprestado pela UCC) e com ajuda/assistência da esposa.

No entanto, no objetivo específico 6, também os jornais de aprendizagens elaborados (ver Apêndices V e VI) fornecem provas da avaliação, conceção, implementação e avaliação de intervenções desenvolvidas para promover a capacitação das pessoas para os cuidados de enfermagem e reabilitação (à pessoa com fratura de fragilidade, nestes casos), quer em contexto de consulta de enfermagem, quer em contexto de sessão de formação numa universidade da terceira idade.

Posto isto, é possível evidenciar que as diversas atividades propostas para o desenvolvimento da competência J2 durante a prestação dos cuidados de enfermagem de reabilitação no estágio foram sendo implementadas, encontrando-se as mesmas definidas nos objetivos específicos 4, 5 e 6 (ver Apêndice II).

2.1.3. J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Relativamente à competência J3, esta remete para a maximização da funcionalidade da pessoa, desenvolvendo as capacidades da mesma, através da conceção, implementação, avaliação e reformulação de programas de treino motor, cardíaco e respiratório, em função dos resultados esperados (OE, 2019b).

Para o desenvolvimento desta competência, foram realizadas atividades no âmbito dos objetivos específicos 2 e 3 (ver Apêndice II), visto que os mesmos remetem para a implementação de intervenções de RFM (objetivo específico 2) e de RFR (objetivo específico 3). Assim sendo, foi possível comprovar a realização de intervenções de RFM e

de RFR ao longo do estágio através dos dois estudos de caso elaborados (ver Apêndices III e IV).

No primeiro estudo de caso (ver Apêndice III), foram concebidos, implementados e avaliados programas de treino motor e respiratório, estando as intervenções destes programas mais presentes nos diagnósticos de movimento corporal e andar comprometidos e risco de ventilação comprometida, respetivamente.

No caso da RFM da Sra. R., que foi submetida a uma prótese total da anca à esquerda, esta teve enfoque no ensino, instrução e treino de exercícios de fortalecimento muscular (contrações isométricas dos quadricípites, abdominais e glúteos); promoção da amplitude articular (exercícios de amplitude articular da articulação coxofemoral), melhoria do equilíbrio (estático e dinâmico) e do andar com auxiliares de marcha (Sousa & Carvalho, 2017). Como instrumentos de avaliação para o programa de treino motor foram mobilizados a escala *Medical Research Council* (MRC) de força muscular, o Índice de Tinetti (para avaliação do equilíbrio estático e dinâmico e risco de queda) e a goniometria (para avaliação da amplitude articular). Na questão do andar, a própria avaliação da marcha (não eficaz/eficaz) foi o instrumento de avaliação.

Por sua vez, ao nível da RFR, foi realizado ensino, instrução e treino de exercícios respiratórios no âmbito da prevenção de complicações associada à imobilidade pré e pós-operatória, tendo o programa de treino respiratório, por este motivo, enfoque na respiração diafragmática, reeducação costal com e sem bastão e ensino da tosse (Sousa & Carvalho, 2017). Pelo facto destas intervenções terem tido um carácter preventivo, apenas foi utilizado como método de avaliação da eficácia do programa de treino a avaliação da respiração em si.

No segundo estudo de caso (ver Apêndice IV), foram também concebidos, implementados, avaliados e reformulados programas de treino motor e respiratório, estando as intervenções destes programas mais presentes nos diagnósticos de movimento corporal, equilíbrio corporal e andar comprometidos e risco de ventilação comprometida, respetivamente.

No caso da RFM do Sr. A., que foi submetido a uma hemiartroplastia bipolar da anca à esquerda, esta teve igualmente enfoque no ensino, instrução e treino de exercícios de fortalecimento muscular (contrações isométricas dos quadricípites, abdominais e glúteos); promoção da amplitude articular (exercícios de amplitude articular da

articulação coxofemoral), melhoria do equilíbrio (estático e dinâmico) e do andar com auxiliares de marcha (Sousa & Carvalho, 2017). Como instrumentos de avaliação para o programa de treino motor foram mobilizados a escala *Medical Research Council* (MRC) de força muscular, o Índice de Tinetti e o *Timed Up and Go Test* (para avaliação do equilíbrio estático e dinâmico e risco de queda) e a goniometria (para avaliação da amplitude articular). Na questão do andar, mais uma vez, a própria avaliação da marcha (não eficaz/eficaz) foi o instrumento de avaliação.

Em relação à RFR, o programa de treino respiratório teve enfoque na respiração diafragmática, reeducação costal com e sem bastão e ensino da tosse para prevenção de complicações (Sousa & Carvalho, 2017), mas também em exercícios com carácter mais interventivo de respiração abdomino-diafragmática assistida na expiração com a mão sob o abdómen e de expiração prolongada, com recurso a bastão (Gomes & Ferreira, 2017), pelo facto do Sr. A. ter apresentado polipneia aquando a avaliação da respiração numa das visitas domiciliárias. Neste caso, para além da avaliação da respiração, foi também usada a auscultação pulmonar como instrumento de avaliação na monitorização do padrão respiratório do Sr. A..

O jornal de aprendizagem elaborado no contexto hospitalar acerca da Sra. M. (ver Apêndice V) constitui-se de igual modo como um meio de prova do desenvolvimento, implementação, avaliação e reformulação de um programa de treino motor direccionado à RFM do punho e mão após cirurgia de osteossíntese de fratura cominutiva do rádio distal esquerdo. Isto porque foi feito ensino, instrução e treino de RFM ao nível da promoção do movimento articular, através de exercícios ativos e ativos-assistidos de flexão e extensão do cotovelo, punho, mão e dedos.

Por motivo da Sra. M. ainda ter apresentado pouca tolerância à dor aquando o abrir e fechar da mão, foi introduzido o ensino e instrução da técnica de massagem muscular da mão, de modo a promover a realização dos exercícios de movimento articular ativo e ativo-assistido (Coelho, Barros & Sousa, 2017). Como instrumento de avaliação, foi utilizada a escala MRC de força muscular.

Ao longo do estágio, surgiram muitos outros casos onde foram concebidos, implementados, avaliados e reformulados programas de treino motor dirigidos quer a pessoas com fraturas de fragilidade, quer a pessoas com outro tipo de fraturas, submetidas a cirurgias programadas, lesões vertebromedulares e/ou AVC.

Ao nível das cirurgias de osteossíntese de fraturas da anca (osteossíntese com placa e parafusos ou apenas parafusos, encavilhamento proximal ou longo, *Dynamic Hip Screw* e/ou prótese parcial ou total da anca) e das cirurgias programadas de prótese total da anca, os programas de treino motor desenvolvidos para estas pessoas focaram-se em exercícios de fortalecimento muscular do quadríceps, abdominais e glúteos, exercícios de amplitude articular, treino de equilíbrio estático e dinâmico e treino de marcha com auxiliares de marcha (andarilho e canadianas), consoante as indicações médicas relativas ao tipo de carga que a pessoa podia exercer (Sousa & Carvalho, 2017).

Foram também desenvolvidos e implementados programas de treino motor em pessoas submetidas a cirurgias ao membro superior, tais como próteses de ombro (Sra. A. C. e Sra. M. O.) e osteossíntese de fraturas da clavícula (Sra. V. S.) e a cirurgias ao joelho, tais como próteses unicompartmentais (Sr. M. C.) ou totais do joelho (Sra. C. C. e Sra. M. P.), ligamentoplastias (Sr. M. M.) e meniscectomias (Sra. A. J. e Sra. A. N) .

No caso do Sr. J. P. que sofreu lesão vertebromedular consequente de fratura de C4 E C5, já anteriormente mencionado, para além do treino de AVD no internamento hospitalar, foi implementado treino motor ao nível do fortalecimento muscular e movimento articular através de exercícios de movimento articular ao nível de todos os segmentos corporais de forma ativa e ativa-assistida (Coelho, Barros & Sousa, 2017). Ao nível dos membros inferiores e superior esquerdo foram realizadas mobilizações ativas-resistidas (Coelho, Barros & Sousa, 2017). Para além disso, também foi implementado treino de equilíbrio estático e dinâmico através da posição de sentado no leito e verticalização com apoio bilateral (Coelho, Barros & Sousa, 2017).

Nas pessoas com AVC, como foi o caso da Sra. M. P., que sofreu um AVC isquémico à esquerda, com consequente paresia do hemicorpo direito, foi desenvolvido um programa de treino motor com enfoque no fortalecimento muscular dos membros superior e inferior do hemicorpo afetado, exercícios de amplitude articular do hemicorpo afetado e são, treino de equilíbrio estático e dinâmico e ensino, instrução e treino das atividades terapêuticas à pessoa e cuidadora (filha F.) – automobilizações, ponte e facilitação cruzada (Menoita, Sousa, Pão-Alvo & Marques-Vieira, 2012). Como produtos de apoio, a Sra. M. progrediu de andarilho para bengala no treino de marcha e manteve utilização da pedaleira, conseguindo progredir na resistência programada na mesma.

Por outro lado, relativamente à RFR, também houveram oportunidades durante o estágio que permitiram a implementação de outro tipo de intervenções de RFR, mas em pessoas que não pertenceram aos critérios da amostra de estudo – pessoas com fraturas de fragilidade.

No contexto hospitalar, foi desenvolvido um programa de RFM e RFR à Sra. V. S. que tinha sofrido uma fratura da clavícula direita, tendo sido submetida a redução e osteossíntese com placa e fios de *Kirschner*. No entanto, no intra-operatório, teve como intercorrência um pneumotórax no pulmão direito, por perfuração do mesmo com um fio de *Kirschner*. Por esta razão, foi-lhe colocado um dreno torácico em drenagem passiva. No pós-operatório, foi concebido, implementado e avaliado um programa de treino motor e respiratório.

No programa de treino motor, incentivou-se à mobilização ativa do cotovelo, punho, mão e dedos e na mobilização ativa-assistida na abdução/adução da articulação escapuloumeral até aos 90° (ângulo de flexão máximo permitido por indicação médica no pós-operatório) (Coelho, Barros & Sousa, 2017).

Quanto ao programa de treino respiratório, foram implementadas intervenções de RFR ao nível da respiração diafragmática, reeducação diafragmática com resistência manual, reeducação costal global com bastão e reeducação seletiva da porção lateral direita com abertura (através da abdução da articulação escapuloumeral até aos 90°) (Cordeiro & Menoita, 2012). Em termos de avaliação, no 3º dia do pós-operatório, a Sra. V. S. realizou radiografia de controlo e removeu o dreno torácico, por quase total reabsorção do pneumotórax. Após a remoção do dreno torácico, a Sra. V. conseguiu de igual modo realizar a abdução da articulação escapuloumeral até aos 90° de forma ativa.

No contexto comunitário, surgiu o caso clínico da Sra. M.C., uma senhora de 39 anos, com diagnóstico clínico de distrofia muscular progressiva, que levou à necessidade da senhora estar com ventilação mecânica invasiva no domicílio e apresentar tetraparesia flácida.

Como programa de treino motor, foram realizados exercícios de mobilização passiva de todos os segmentos corporais dos membros superiores e inferiores, excepto ao nível da dorsiflexão/flexão plantar e movimentos da mão e dedos, pois estes a Sra. M. conseguia ainda realizar de forma ativa (Coelho, Barros & Sousa, 2017).

Como programa de treino respiratório, este foi desenvolvido em parceria com a fisioterapeuta particular da Sra. M. e consistiu no posicionamento, na reeducação costal global com recurso a bastão, treino da tosse mecanicamente assistida com recurso a *Cough Assist*, treino de hiperinsuflação manual e treino de respiração espontânea com peça em T, tendo a Sra. M. conseguido tolerar cinco horas em respiração espontânea (Cordeiro & Menoita, 2012). Ao nível da respiração e auscultação pulmonar, verificaram-se melhorias, sendo que, na última avaliação, não se auscultaram ronos em nenhum dos campos pulmonares.

Posto isto, é possível evidenciar que, ao longo do estágio, foram concebidos, implementados, avaliados e reformulados diversos programas de treino motor e respiratório, o que comprova o desenvolvimento na prática clínica da competência J3.

2.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Como competências comuns do EEER, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista apresenta quatro domínios, sendo eles os domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a).

2.2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, é referido que o EEER deve desenvolver uma prática profissional, ética e legal, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e deontologia profissional e garantir que as práticas de cuidados respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, no que concerne a segurança, privacidade e dignidade da pessoa (OE, 2019a).

Assim sendo, ao longo do estágio, nos diferentes contextos clínicos, assim como, no projeto de estágio nos objetivos específicos 1, 2, 3, 4, 5 e 6 (ver Apêndice II), foi notória a preocupação em desenvolver uma prática profissional, ética e legal, considerando que houve sempre particular atenção na obtenção do consentimento informado da pessoa e família na prestação dos cuidados, demonstrando quer o respeito pela autonomia da

pessoa e família, como também o cumprimento do dever deontológico do enfermeiro (OE, 2015) de informar o cliente.

As atividades propostas e realizadas ao nível da prestação dos cuidados de enfermagem de reabilitação quer de forma individual, quer multidisciplinar, visaram sempre a garantia da segurança, privacidade e dignidade da pessoa e família. Isto porque foram constantemente desenvolvidos planos de intervenção (ver Apêndices III, IV, V e VI) que tiveram como objetivo a garantia da segurança e dignidade da pessoa através da promoção da sua autonomia e readaptação funcional, promoção da saúde e prevenção de complicações.

O próprio cuidado transicional de enfermagem de reabilitação procurou assegurar a segurança da pessoa e família na transição entre diferentes contextos e profissionais de saúde. A privacidade foi sempre respeitada quer durante a prestação dos cuidados de enfermagem de reabilitação, quer durante a elaboração de todos os trabalhos académicos anexados a este relatório, demonstrando, deste modo, respeito pela privacidade e confidencialidade da pessoa e família.

2.2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

No domínio da melhoria contínua da qualidade, o EEER deve garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas fundamentais institucionais na área da governação clínica, desenvolver práticas de qualidade ao gerir e colaborar em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019a). O desenvolvimento destas competências esteve disperso pelas atividades planeadas nos objetivos específicos 1, 5, 6, 7, 8 e 9 (ver Apêndice II).

O desenvolvimento desta competência, no que concerne a garantia de um papel dinamizador, foi visível através da mobilização dos conhecimentos científicos, atualizados e adquiridos ao nível dos cuidados transicionais de enfermagem de reabilitação e do treino das habilidades na prática clínica através da conceção e implementação dos planos de cuidados transicionais de enfermagem de reabilitação. Também a participação e colaboração em projetos institucionais como a consulta multidisciplinar de enfermagem pré-operatória, as sessões de formação de promoção da saúde na universidade da terceira idade (ver Apêndice IX) e a criação, implementação e dinamização de um projeto de ginástica laboral na prevenção de lesões musculoesqueléticas relacionadas com o

trabalho (LMERT) (ver Apêndice VIII) permitiram dar resposta à garantia do desenvolvimento de um papel dinamizador na orientação de projetos institucionais na área da qualidade.

Por outro lado, no desenvolvimento de práticas de qualidade através da gestão e colaboração em programas de melhoria contínua, este foi trabalhado através da assessoria e prestação de cuidados no âmbito da capacitação da pessoa e família para os cuidados de enfermagem de reabilitação (objetivos específicos 1, 5 e 6), da observação da reunião diária multidisciplinar (enfermeiros e médicos) do serviço de ortopedia para planeamento e gestão dos cuidados; da observação, participação e colaboração na dinamização da consulta multidisciplinar pré-operatória; da observação, participação e colaboração nas reuniões de equipa multidisciplinar (enfermeiros, assistente social e psicóloga) da ECCI para planeamento e gestão dos cuidados; da formação e implementação de um programa de ginástica laboral para prevenção de LMERT (ver Apêndice VIII), em colaboração com a EEER C., e do desenvolvimento de sessões de formação no âmbito da promoção de saúde no rastreio e tratamento da osteoporose e prevenção de fraturas de fragilidade, por via de sessões de formação numa universidade da terceira idade, também em colaboração com a EEER C..

Na realização da formação no serviço de ortopedia acerca dos cuidados transicionais de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade e dos programas já desenvolvidos para esse efeito, em colaboração com a EEER D., (ver Apêndice VII), deu-se resposta não apenas ao cumprimento das atividades dos objetivos específicos 7, 8 e 9, como também ao desenvolvimento de práticas de melhoria da qualidade, através da discussão posterior que a formação gerou na equipa multidisciplinar (enfermeiros e médicos) e que motivou a desenvolver e planear o seu próprio programa/projeto.

Deste modo, ambos os projetos/programas (programa de cuidado transicional multidisciplinar de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade e programa de ginástica laboral na prevenção de LMERT) contribuíram não apenas para o desenvolvimento de práticas de qualidade e de melhoria contínua, como também para a garantia de ambientes terapêuticos, seguros e protetores, quer para as pessoas com fratura de fragilidade, quer para os profissionais de saúde.

2.2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, o EEER deve gerir os cuidados de enfermagem e os recursos consoante as situações e contextos de forma a otimizar a resposta da equipa na garantia da qualidade dos cuidados, assim como, deve adaptar a liderança de modo a otimizar a articulação da equipa de enfermagem dentro da equipa de saúde (OE, 2019a). O desenvolvimento destas competências esteve presente em todos os objetivos específicos e respetivas atividades planeadas (ver Apêndice II).

Todas as atividades realizadas ao nível do desenvolvimento de planos de intervenção de cuidado transicional de enfermagem de reabilitação; do desenvolvimento de programas de treino motor, respiratório e de AVD com assessoria na escolha de produtos de apoio e capacitação da pessoa e família; da articulação com as equipas multidisciplinares no planeamento e gestão de cuidados (ver Apêndices III, IV e V); da realização de sessões de educação para a saúde na comunidade (ver Apêndice IX) e da realização de ações de formação e promoção do desenvolvimento de projetos/programas de cuidados de enfermagem de reabilitação dirigidos à pessoa com fratura de fragilidade (ver Apêndice VII) ou a profissionais de saúde (ver Apêndice VIII) tiveram como objetivo a otimização dos processos de cuidados, de acordo com as necessidades das situações clínicas e contextos dos serviços, de modo a promover a melhor resposta organizacional ao nível da segurança e qualidade dos cuidados.

Assim sendo, todas as atividades realizadas ao longo do estágio tiveram em consideração o desenvolvimento das competências ao nível da gestão (e otimização) dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

2.2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o EEER deve desenvolver o autoconhecimento e a assertividade através da consciência de si a nível pessoal e profissional e das respostas de adaptação que consegue gerar, assim como, deve basear a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica, procurando simultaneamente atualizar os seus conhecimentos e prática e ser facilitador dessa mesma aprendizagem em contexto de trabalho (OE, 2019a). O desenvolvimento destas

competências esteve presente nas atividades realizadas no âmbito dos objetivos específicos 7, 8 e 9 (ver Apêndice II).

Em relação ao desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, este esteve presente em todos os trabalhos académicos elaborados, pois os mesmos levaram ao estudo e reflexão acerca do modo como fui construindo a minha prática de cuidados de enfermagem de reabilitação, tanto no planeamento e treino de técnicas como no estabelecimento de relações terapêuticas com as pessoas e famílias. Dou especial relevo aos jornais de aprendizagens por estes próprios corresponderem a reflexões de carácter formal (ver Apêndices V e VI). Também todas as discussões acerca do planeamento e da minha prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação com as orientadoras clínicas revelaram-se momentos-chave para a promoção do autoconhecimento e da geração de respostas de adaptação individual.

Por outro lado, no que concerne o desenvolvimento de uma *praxis* clínica especializada baseada em evidência científica também os estudos de caso e os jornais de aprendizagem elaborados revelam-se meios de prova da pesquisa de evidência científica atualizada e pertinente. Outras atividades que demonstram a procura pela *praxis* clínica especializada baseada em evidência foram a participação nas formações do serviço ao nível da intervenção de enfermagem junto da pessoa com alterações cognitivas, a participação e apresentação de poster no Webinar de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ver Anexo I), a participação no congresso da OE de Enfermagem de Reabilitação (ver Anexo II), a participação nas I Jornadas de Ortopedia da CUF Tejo (ver Anexo IV) e a elaboração de uma revisão *scoping* (que se encontra em fase de redação final para publicar em revista com fator impacto) e seu protocolo (ver Apêndice X) para mapear e sintetizar a evidência científica atual acerca das intervenções de cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade.

Por último, o papel de facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho do EEER foi desenvolvido através da realização de ações de formação para a equipa multidisciplinar acerca dos cuidados transicionais de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade (ver Apêndice VII e Anexo III) e da prevenção de LMERT (ver Apêndice VIII).

3. Capítulo III - Avaliação da Aprendizagem

3.1. Aspectos Positivos e Negativos

Como método de avaliação da aprendizagem, será usada a avaliação SWOT, que corresponde à identificação dos pontos fortes (*Strengths*), dos pontos fracos (*Weaknesses*), das oportunidades (*Opportunities*) e das ameaças (*Threats*) que foram sentidas relativamente à aprendizagem desenvolvida ao longo do estágio.

3.1.1. *Strengths*

Como aspecto positivo deste processo de aprendizagem, identifica-se, antes de mais, a realização de quase todas as atividades planeadas no projeto de estágio (**ver Apêndice II**), o que permitiu simultaneamente cumprir os objetivos gerais e específicos do projeto, assim como, desenvolver as competências comuns e específicas do EEER, tendo por base uma atitude profissional responsável, ética e legal.

Outro aspecto positivo foi a minha boa integração nas equipas de cuidados dos dois locais de estágio, o que me permitiu, com a ajuda e colaboração de ambas as orientadoras clínicas, desenvolver intervenções multidisciplinares dentro e fora da área de interesse de cuidados (à pessoa com fratura de fragilidade), contribuindo assim para a consecução dos objetivos autopropostos e para a melhoria contínua da qualidade e gestão dos cuidados nos dois contextos – hospitalar e comunitário.

O desenvolvimento de todas as competências específicas do EEER na intervenção à pessoa e família, em contexto hospitalar e comunitário, utilizando instrumentos de avaliação e monitorizando resultados com impacto positivo na promoção da saúde e prevenção de complicações, foi outro aspecto positivo da aprendizagem realizada ao longo do estágio.

As intervenções realizadas no âmbito da formação da equipa multidisciplinar, dentro da área de interesse (cuidados transicionais de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade) e fora dela (prevenção de LMERT), foram também aspectos positivos que permitiram desenvolver as competências do EEER e contribuir para a promoção de boas práticas clínicas ao nível dos cuidados à pessoa e família e da

promoção de saúde/prevenção de complicações nos profissionais de saúde, baseadas na evidência científica atual.

Por último, identifico como ponto forte a intervenção ao nível do desenvolvimento da disciplina e prática de Enfermagem Avançada, através do estudo das intervenções de cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade, promovendo quer o papel e a intervenção do EEER nesta problemática de saúde, quer a disseminação deste conhecimento com a elaboração e divulgação de uma revisão *scoping* (a aguardar publicação), com enfoque no tema.

3.1.2. Weaknesses

Como ponto fraco experienciado ao longo da aprendizagem, identifico e destaco a sensação de limitação constante na referenciação das pessoas para consultas multidisciplinares de tratamento às fraturas de fragilidade pela inexistência das mesmas na área geográfica dos locais de estágio, o que levou à criação e desenvolvimento de estratégias adaptadas, tendo em consideração as intervenções recomendadas pela literatura científica atual.

Identifico igualmente como ponto fraco a gestão de tempo na elaboração da revisão *scoping*, tendo sido apenas possível concluir a mesma após o término do estágio, o que comprometeu, por conseguinte, a consecução da atividade planeada de apresentação da revisão *scoping* às equipas multidisciplinares como estratégia de promoção do cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade.

Por fim, também identifico como ponto fraco não ter havido oportunidade para uma sessão de formação formal à equipa multidisciplinar da UCC acerca das intervenções de cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade, comparativamente àquela que foi realizada em contexto hospitalar. No entanto, houveram momentos de discussão e formação informal junto da equipa de enfermagem, em colaboração com a EEER C. (orientadora clínica).

3.1.3. Opportunities

Relativamente às oportunidades de aprendizagem que surgiram ao longo do estágio, identifiquei a articulação da equipa do internamento de ortopedia com a equipa da consulta externa de ortopedia, o que possibilitou a minha integração nas duas tipologias de cuidados, compreender como o EEER se pode inserir em cada um deles e promover o cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade, através da prestação direta de cuidados em ambos os contextos pelo mesmo profissional de saúde, tendo sido este eu. Para além disso, esta oportunidade possibilitou a realização de um jornal de aprendizagem (ver Apêndice V).

A observação, participação e, posteriormente, colaboração na dinamização da consulta de enfermagem multidisciplinar pré-operatória (hospitalar) com a EEER D., constituiu-se como uma ótima oportunidade de aprendizagem para desenvolver as competências do EEER e as intervenções de cuidado transicional (de avaliação multidisciplinar inicial e gestão de cuidados), embora neste caso aplicadas à pessoa submetida a cirurgia programada de prótese total da anca e/ou joelho.

No contexto comunitário, a proposta de realização de duas sessões de formação na universidade da terceira idade também se apresentou como uma boa oportunidade para eu poder desenvolver outro tipo de intervenções dentro da área de interesse do relatório, no âmbito dos cuidados de prevenção primária e secundária. Com isto, senti que enriqueci o relatório e acabei por encontrar outra forma de intervir ao nível da problemática de saúde abordada no relatório, encontrando-se isso espelhado no jornal de aprendizagem que derivou desta experiência (ver Apêndice VI).

Fugindo à área de interesse do relatório, surgiram também outras oportunidades de aprendizagem que se revelaram igualmente enriquecedoras para o processo de desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER, estando entre elas todos os casos clínicos das pessoas com outras patologias que foram apresentados onde foram implementadas intervenções de RFM e RFR.

Outra oportunidade que surgiu foi a realização da sessão de formação para a equipa multidisciplinar da ECCI acerca da prevenção de LMERT, que permitiu não só aprofundar conhecimentos sobre esta temática, mas também explorar outra área de intervenção do EEER, a de gestão dos cuidados na área laboral. Esta oportunidade surgiu como uma proposta de colaboração por parte da orientadora clínica, por motivo de

necessidade de realização de sessão de formação inserida no tema da ergonomia, o que permitiu, numa fase inicial do estágio, através deste contributo, promover a minha integração quer na equipa de enfermagem, quer na equipa multidisciplinar.

Como outras oportunidades de aprendizagem fora do tema do relatório, identifico as diversas formações a que pude comparecer e participar, dentro das quais se encontram as formações realizadas no serviço de ortopedia, dinamizadas por EEER externos, acerca da abordagem à pessoa com alterações cognitivas; a participação e apresentação de poster acerca dos cuidados de reabilitação à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva na Unidade de Cuidados Intensivos no Webinar de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ver Anexo I); a participação no congresso da OE de Enfermagem de Reabilitação (ver Anexo II) e a participação nas I Jornadas de Ortopedia da CUF Tejo (ver Anexo IV), tendo todas elas contribuído para aprofundar os conhecimentos existentes e também adquirir novos.

3.1.4. Threats

No que diz respeito às ameaças sentidas ao longo da minha aprendizagem, apenas identifiquei uma, sendo esta a dependência existente noutros profissionais de saúde da equipa multidisciplinar para poder desenvolver uma intervenção completa e integrada à pessoa com fratura de fragilidade, nomeadamente no tratamento farmacológico da patologia de base – osteoporose. Isto porque as medidas farmacológicas para tratamento da osteoporose, mais especificamente a prescrição de medicação, é uma competência exclusiva da equipa médica, o que limita a intervenção multidisciplinar e integrada quando não é possível obter apoio ou colaboração nesta área. Para além deste aspeto, não identifiquei mais ameaças no estudo e desenvolvimento de intervenções de cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade.

3.2. Contributos para a Prática de Enfermagem de Reabilitação

Considerando todos os aspetos (positivos e negativos) acima mencionados, considero que a aprendizagem desenvolvida ao longo do estágio e a elaboração deste relatório trouxeram diversos contributos para a prática da enfermagem de reabilitação, principalmente nos cuidados transicionais à pessoa com fratura de fragilidade.

Como primeiro contributo, identifico o desenvolvimento de intervenções de cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade na prática clínica, com evidência dos resultados positivos e ganhos em saúde que as mesmas obtiveram para a pessoa e família, como comprovado pelos estudos de caso e jornal de aprendizagem apresentados (ver Apêndices III, IV e V).

No desenvolvimento deste tipo de intervenções, encontra-se presente a conceção, implementação e avaliação de planos de cuidados transicionais de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade, onde se encontram contempladas todas as vertentes da abordagem não farmacológica e farmacológica e que podem ser aplicáveis a casos futuros semelhantes na prática de enfermagem de reabilitação.

Não apenas destaco o desenvolvimento destas intervenções, como também o sucesso na criação de estratégias adaptativas das mesmas à prática clínica atual, em diferentes contextos e a diferentes níveis – hospitalar, comunitário e domiciliário –, como foi o exemplo das estratégias encontradas para prescrição de terapêutica farmacológica no contexto comunitário do estudo de caso do Sr. A..

Através das intervenções de cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade foi possível obter ganhos em saúde ao nível da satisfação da pessoa/família, da promoção da literacia em saúde, do bem-estar e autocuidado da pessoa, da saúde, da readaptação e reeducação funcional, da inclusão social e da prevenção de complicações, revelando, deste modo, o impacto do EEER na melhoria dos indicadores de saúde.

A realização da sessão de formação à equipa multidisciplinar hospitalar permitiu promover e divulgar os conhecimentos preconizados pela literatura científica e boas práticas clínicas atuais na área dos cuidados transicionais de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade, o que, por sua vez, levou à promoção da mudança ao nível da gestão e organização dos cuidados de enfermagem na abordagem à pessoa com fratura de fragilidade, dando evidência, desta forma, ao contributo que o EEER pode ter enquanto líder e promotor de práticas clínicas especializadas baseadas na evidência científica atual.

A elaboração da revisão *scoping* sobre as intervenções de cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade revela-se importante para a prática de enfermagem de reabilitação, pois é um artigo científico de revisão da

literatura que permite divulgar, promover e evidenciar a intervenção do EEER na resolução de uma problemática de saúde de impacto considerável.

Por último, sinto que todo o trabalho desenvolvido e descrito neste relatório conseguiu refletir que “a visão de enfermagem de reabilitação é conseguir ganhos em saúde através da prevenção da incapacidade, da recuperação das capacidades remanescentes e da habilitação da pessoa para uma maior autonomia face à sua situação clínica” (Santos, 2021, p. 21).

Considerações Finais

Através da elaboração deste relatório, é possível retirar diversas conclusões derivadas das atividades que foram planejadas no projeto e realizadas em estágio no que diz respeito ao desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER e ao contributo que este trabalho traz para o meu desenvolvimento profissional, para o avanço da disciplina e profissão de enfermagem (de reabilitação) e para ideias de trabalho futuro para a prática clínica de enfermagem de reabilitação.

Quanto às atividades planejadas no projeto, todas elas foram implementadas durante o estágio, com exceção da atividade relativa à apresentação e divulgação da revisão *scoping* às equipas multidisciplinares como estratégia de promoção do cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade.

A falha na concretização desta atividade deveu-se a motivos de gestão de tempo ineficaz na elaboração da revisão *scoping* em tempo útil para a mesma ser apresentada, tendo-se apenas conseguido gerir o tempo de modo a poder elaborar e concluir a mesma. Deste modo, deu-se apenas resposta às atividades de elaboração da revisão *scoping* e divulgação da mesma, através da publicação do protocolo da revisão *scoping* na *Open Sciences Framework* (DOI 10.17605/OSF.IO/GHK5N).

Em relação às atividades realizadas e às competências do EEER que as mesmas permitiram desenvolver, todas as intervenções que tiveram por base realizar a avaliação multidisciplinar da pessoa/família, com recurso a instrumentos de avaliação; efetuar o levantamento dos problemas de saúde/diagnósticos de enfermagem; conceber, implementar e avaliar planos de intervenção com enfoque na educação para a saúde e capacitação da pessoa através de treinos motores, respiratórios e de AVD com assessoria e recurso a produtos de apoio, tendo por base o cuidado transicional e a TDA de Orem, e/ou desenvolver estratégias de monitorização/*follow-up* da transição de cuidados, permitiram desenvolver simultaneamente as três competências específicas do EEER (OE, 2019b), tal como foi sendo demonstrado ao longo deste relatório e através dos estudos de caso e jornais de aprendizagem elaborados.

Por outro lado, estas atividades permitiram de igual forma desenvolver algumas das competências comuns do EEER, tendo sido estas as competências que concernam a gestão dos cuidados na adequação dos mesmos às necessidades das pessoas, dos

contextos e com base nos recursos existentes e a competência do desenvolvimento de uma atitude profissional, ética e legal no respeito pela dignidade humana, privacidade, sigilo/confidencialidade e autonomia da pessoa, solicitando sempre o seu consentimento informado (OE, 2019a).

Através da implementação das intervenções (multidisciplinares) de cuidado transicional à pessoa com fratura de fragilidade, da participação e colaboração em projetos institucionais como a consulta multidisciplinar de enfermagem pré-operatória hospitalar e as sessões de formação de promoção da saúde na universidade da terceira idade e da criação, implementação e dinamização de um projeto de ginástica laboral na prevenção de LMERT, foi possível o desenvolvimento da competência comum do EEER do domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados (OE, 2019a). Isto porque estas atividades constituíram-se como intervenções e projetos orientados para a melhoria da qualidade, assim como, para a garantia da criação de ambientes terapêuticos e seguros quer para os profissionais de saúde, quer para a pessoa/família, nomeadamente na transição dos cuidados hospital-comunidade/domicílio.

Por sua vez, as atividades realizadas no âmbito da formação da equipa multidisciplinar quanto ao projeto de ginástica laboral na prevenção de LMERT e quanto às intervenções de cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade permitiram o desenvolvimento não apenas do domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, como também o desenvolvimento da competência ao nível do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a).

Ambas as formações levaram à promoção da mudança ao nível da gestão e organização dos cuidados de enfermagem, sendo que a primeira atuou ao nível da promoção da saúde e prevenção de complicações para os profissionais de saúde e a segunda atuou na abordagem à pessoa com fratura de fragilidade, dando evidência, desta forma, ao contributo que o EEER pode ter enquanto líder e promotor de práticas clínicas especializadas baseadas na evidência científica atual (OE, 2019a).

Não obstante, também a elaboração do protocolo da revisão *scoping* e da revisão *scoping* em si surgem como formas de desenvolvimento da competência das aprendizagens profissionais do EEER (OE, 2019a), assim como, formas de contributo para o avanço da disciplina e da profissão de enfermagem relativamente à

produção/mapeamento da evidência científica na área da enfermagem de reabilitação no cuidado transicional à pessoa com fratura de fragilidade.

Também todas as atividades realizadas no âmbito do projeto elaborado para este relatório trouxeram contributos para a prática clínica atual da profissão de enfermagem no que respeita ao desenvolvimento de programas de reabilitação dirigidos ao cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade, visto que se constituem como intervenções possíveis de reproduzir em casos clínicos semelhantes e que se revelaram eficazes na obtenção de ganhos em saúde ao nível da satisfação da pessoa/família, da promoção da literacia em saúde, do bem-estar e autocuidado da pessoa, da saúde, da readaptação e reeducação funcional, da inclusão social e da prevenção de complicações revelando, deste modo, o impacto do EEER na melhoria dos indicadores de saúde e no cumprimento dos padrões de qualidade que regem a especialidade de reabilitação (OE, 2018).

Ao longo deste relatório, foi reportado constantemente o sentimento de limitação na referenciação das pessoas para consultas multidisciplinares de tratamento (farmacológico e não farmacológico) e monitorização após a fratura de fragilidade pela inexistência das mesmas na área geográfica dos locais de estágio, o que levou à criação e desenvolvimento de estratégias adaptadas, tendo em consideração as intervenções recomendadas pela literatura.

Deste modo, para além deste relatório oferecer-se como um trabalho académico e científico que objetivou estudar e apresentar intervenções de cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade, neste pretendeu-se igualmente evidenciar a necessidade, reforçar a importância e incentivar a criação de consultas multidisciplinares dirigidas à manutenção dos cuidados à pessoa com fratura de fragilidade, nomeadamente ao nível da transição dos cuidados de reabilitação.

Para além disso, pretendeu-se igualmente evidenciar que os EEER têm um papel fundamental na gestão dos cuidados à pessoa com fratura de fragilidade, pois são estes que “desempenham um papel central na coordenação, aprovisionamento e acompanhamento do atendimento a pessoas com fraturas de fragilidade, alcançando benefícios muito tempo após a alta” (Brent *et al.*, 2018, p. 1411).

Com a elaboração deste relatório de estágio, foi possível identificar intervenções de cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de

fragilidade, dando assim resposta à questão norteadora do relatório, bem como, evidenciar o contributo do EEER na resolução de uma problemática de saúde com grande impacto socioeconómico e ao nível da saúde da população.

Por fim, resta apenas identificar os desafios futuros para a minha prática de enfermagem de reabilitação no contexto de cuidados hospitalares ao doente ortotraumatológico, tendo em conta todas as experiências que resultaram da elaboração deste relatório.

Considerando as dificuldades atuais ao nível da organização dos cuidados de enfermagem no pós-pandemia, nomeadamente ao nível dos recursos humanos, o primeiro desafio de todos consiste em poder exercer, de forma exclusiva, como EEER. Isto porque a acumulação de competências leva a que seja difícil conseguir gerir o tempo de forma a promover eficazmente a readaptação e reeducação funcional das pessoas e famílias, preparando o regresso a casa das mesmas de forma atempada, planeada e multidisciplinariamente coordenada. A própria transição de cuidados do hospital para a comunidade revela-se um desafio, visto que a comunicação entre os profissionais de saúde dos diferentes contextos acaba por ser unidirecional (hospital-comunidade), não havendo uma avaliação articulada desta transição.

Torna-se igualmente difícil de conseguir gerir o tempo para desenvolver atividades de formação na área das fraturas de fragilidade, de forma a promover práticas de qualidade e especializadas entre a equipa multidisciplinar, a implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas no tratamento da osteoporose e a reorganização dos cuidados ao nível da transição hospital-comunidade.

Em suma, como principais desafios futuros, surgem a formação da equipa multidisciplinar em relação à problemática das fraturas de fragilidade, o desenvolvimento de intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa com fratura de fragilidade ao nível da sua reabilitação e tratamento da osteoporose e, por último, o desenvolvimento de intervenções de cuidado transicional que permitam a monitorização e a avaliação da pessoa no regresso ao domicílio, sendo que a criação de uma consulta multidisciplinar com possível envolvimento e articulação com as equipas de saúde dos cuidados primários se revela simultaneamente a melhor solução e o maior desafio para o futuro (e para a minha prática) dos cuidados transicionais de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade.

Referências Bibliográficas

- Almeida, L. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista portuguesa de saúde pública*, 23(1), 91-96.
- Brás, V., Boaventura, I., Rodrigues, I., & Amaral, I. (2019). Osteoporose e Quedas: Problemas Não Valorizados pela Comunidade Médica Portuguesa. *Revista da SPMFR*, 31 (2), 15-23. <http://dx.doi.org/10.25759/spmfr.312>
- Brent, L., Hommel, A., Maher, A. B., Hertz, K., Meehan, A. J., & Santy-Tomlinson, J. (2018). Nursing care of fragility fracture patients. *Injury*, 49(8), 1409-1412. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2018.06.036>
- Broeiro-Gonçalves, P. (2017). Morbilidade em Idosos Dependentes ao Cuidado das Equipas Domiciliárias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados na Região de Lisboa e Vale do Tejo: Estudo Transversal Observacional. *Acta Medica Portuguesa*, 30 (7-8), 546-554. <https://doi.org/10.20344/amp.8218>
- Coelho, C., Barros, H. & Sousa, L. (2017). Reeducação da Função Sensoriomotora. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 227-252). Lusodidacta.
- Conley, R., Adib, G., Adler, R., Åkesson, K., Alexander, I. , Amenta, K., Blank, R., Brox, W., Carmody, E., Chapman-Novakofski, K., Clarke, B., Cody, K., Cooper, C., Crandall, C., Dirschl, D., Eagen, T., Elderkin, A., Fujita, M., Greenspan, S. ... & Douglas, P. (2020). Secondary fracture prevention: consensus clinical recommendations from a multistakeholder coalition. *Journal of bone and mineral research*, 35(1), 36-52. <https://doi.org/10.1002/jbmr.3877>
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. Lusociência.
- Costa, R., Tavares, H., Ganhão, S., & Aguiar, F. (2020). Mortalidade e Agravamento de Capacidade de Marcha em Doentes com Fraturas de Fragilidade da Extremidade Proximal do Fémur. *Revista da SPMFR*, 32 (4), 142-154. <http://dx.doi.org/10.25759/spmfr.325>
- Demontiero, O., Gunawardene, P. & Duque, G. (2014). Postoperative Prevention of Falls in Older Adults with Fragility Fractures. *Clinics in geriatric medicine*, 30(2), 333-347. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2014.01.019>

- Direção-Geral da Saúde (2018). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 – Portugal*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 - Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Eslami, M., & Tran, H. (2014). Transitions of care and rehabilitation after fragility fractures. *Clinics in geriatric medicine*, 30(2), 303-315. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2014.01.017>
- Falaschi, P., & Marsh, D. (2021). *Orthogeriatrics: The Management of Older Patients with Fragility Fractures*. Switzerland: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-48126-1>
- Gomes, B., & Ferreira, D. (2017). Reeducação da Função Respiratória. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 253-262). Lusodidacta.
- Hertz, K., & Santy-Tomlinson, J. (2018). *Fragility Fracture nursing: holistic care and management of the orthogeriatric patient*. Switzerland: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-76681-2>
- Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro (2015). *Procede à segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 2/2013, de 10 de Janeiro*. <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>
- Marques, A., Rodrigues, A., Romeu, J., Ruano, A., Barbosa, A., Simões, E., Águas, F., Canhão, H., Alves, J., Lucas, R., Branco, J., Laíns, J., Mascarenhas, M., Simões, S., Tavares, V., Lourenço, O. & da Silva, J. (2016). Recomendações multidisciplinares portuguesas sobre o pedido de DXA e indicação de tratamento de prevenção das fraturas de fragilidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32(6), 425-41. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v32i6.11964>
- Meehan, A., Maher, A., Brent, L., Copanitsanou, P., Cross, J. D., Kimber, C., MacDonald, V., Marques, A., Peng, L., Queirós, C., Roisk, P., Sheehan, K., Skuladottir, S. & Hommel, A. (2019). The International Collaboration of Orthopaedic Nursing (ICON): best

- practice nursing care standards for older adults with fragility hip fracture. *International journal of orthopaedic and trauma nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2018.11.001>
- Menoita, E. C., Sousa, L. M., Pão-Alvo, I., & Marques-Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusodidacta.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2021). *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25982>
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento nº 140/2019 - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. In: Diário da República, 2.ª série, nº 26 de 6 de fevereiro de 2019, 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento nº 392/2019 - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. In: Diário da República, 2.ª série, nº 85 de 3 de maio de 2019, 13565-13568. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Pedrosa, A., Ferreira, Ó. & Baixinho, C. (2022a). Cuidado transicional de reabilitação e continuidade da assistência ao paciente como prática avançada de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(5): e20210399. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0399>
- Pedrosa, R., Ferreira, Ó. & Baixinho, C. (2022b). Rehabilitation Nurse's Perspective on Transitional Care: An Online Focus Group. *Journal of Personalized Medicine*, 12(4), 582. <https://doi.org/10.3390/jpm12040582>

- Pinto, D., Alshahrani, M., Chapurlat, R., Chevalley, T., Dennison, E., Camargos, B. M., Papaioannou, A., Silverman, S., Kaux, J., Lane, N., Torres, J., Paccou, J., Rizzoli, R. & Bruyère, O. (2022). The global approach to rehabilitation following an osteoporotic fragility fracture: A review of the rehabilitation working group of the International Osteoporosis Foundation (IOF) committee of scientific advisors. *Osteoporosis International*, 1, 1-14. <https://doi.org/10.1007/s00198-021-06240-7>
- Prado, R., Helena, I., Sara, I., & Francisca, I. (2020). Mortalidade e Agravamento de Capacidade de Marcha em Doentes com Fraturas de Fragilidade da Extremidade Proximal do Fémur. *Revista da SPMFR*, 32 (4), 142-154. <http://dx.doi.org/10.25759/spmfr.325>
- Rodrigues, A. Silva, J., Romeu, J., Canhão, H., Silva, J., Costa, J., Faustino, A. & Vaz, C. (2020). *Gestão da Osteoporose Durante a Pandemia da Covid-19 - Tomada De Posição*. https://spreumatologia.pt/wp-content/uploads/2020/12/Gestao_Osteoporose_VF-2-1.pdf
- Sale, J., Beaton, D. & Bogoch, E. (2014). Secondary Prevention After an Osteoporosis-Related Fracture: An Overview. *Clinics in geriatric medicine*, 30(2), 317-332. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2014.01.019>
- Santos, M. (2021). A gestão e a liderança em serviços de enfermagem de reabilitação. In Ribeiro, O. (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas*. (pp 19-27). Lidel.
- Santy-Tomlinson, J., Speerin, R., Hertz, K., Tochon-Laruaz, A. & van Oostwaard, M. (2018). Falls and secondary fracture prevention. *Fragility Fracture Nursing: Holistic Care and Management of the Orthogeriatric Patient*, 27-40. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-76681-2>
- Santy-Tomlinson, J., Hertz, K., Myhre-Jensen, C., & Brent, L. (2021). Nursing in the Orthogeriatric setting. *Orthogeriatrics: The Management of Older Patients with Fragility Fractures*, 293-310. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-48126-1>
- Silva, J., Linhares, D., Ferreira, M., Amorim, N., Neves, N. & PINTO, R. (2018). Tendências Epidemiológicas das Fraturas do Fémur Proximal na População Idosa em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 31(10), 562-567. <https://doi.org/10.20344/amp.10464>

- Sousa, L., & Carvalho, M. L. (2017). Pessoa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 405-420). Lusodidacta.
- Stolnicki, B., & Oliveira, L. (2016). Para que a primeira fratura seja a última. *Revista brasileira de ortopedia*, 51, 121-126. <https://doi.org/10.1016/j.rbo.2015.03.009>
- Teixeira, F.C., Serejo, R. F., & Araújo, F. C. (2022). Osteoporose na Medicina Geral e Familiar: Estaremos a Fazer o Necessário?. *Gazeta Médica*, 153-159. <https://doi.org/10.29315/gm.v9i2.584>
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. Lusociência.
- World Health Organization (2018). *Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Apresentação do Projeto de Estágio

**13º Curso de Mestrado em
Enfermagem de Reabilitação**

**UC Opção II – Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação**

Intervenções de Cuidado Transicional de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Fratura de Fragilidade








Professora Orientadora:
Cristina Baixinho

Ana Filipa MartinsSerra, nº 5799

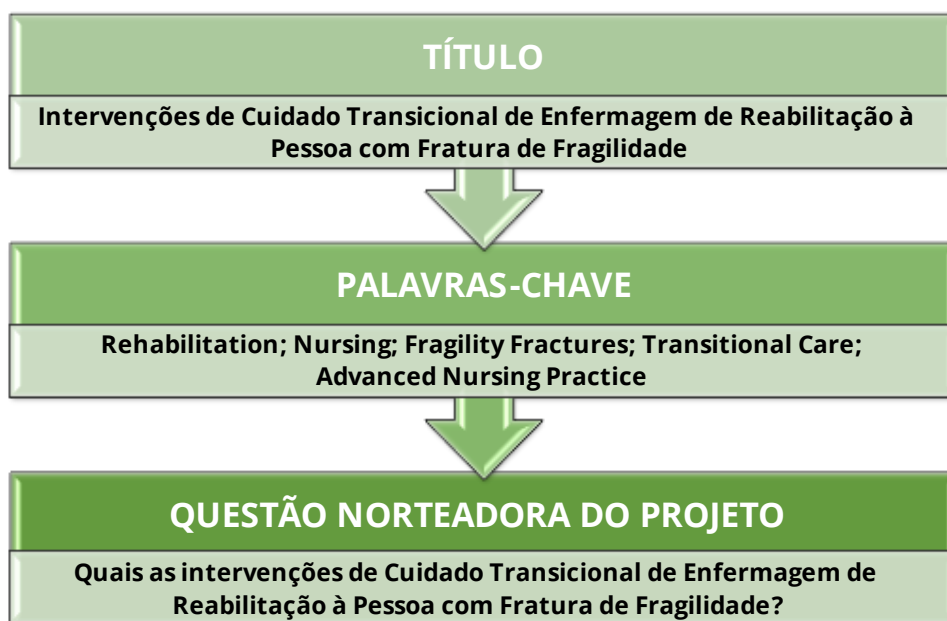
Lisboa, junho 2022



Sumário

	Identificação do Projeto
	Metodologia
	Componente Científica e Pertinência do Tema
	Filosofia de Cuidados
	Contributos do Projeto para a Melhoria dos Cuidados
	Conhecimentos/Competências a Atingir
	Referências Bibliográficas

Identificação do Projeto



3

Metodologia

- ❑ Pesquisa livre na **plataforma EBSCOhost** (bases de dados *Medline* e *CINAHL*)
 - Descritores: *fragility fractures; nursing; rehabilitation*
- ❑ Pesquisa livre no **Google Académico**, **literatura cinzenta**, **guidelines internacionais** (World Health Organization, Cochrane, Nursing Reference Center, Fragility Fracture Network (FFN)) e **nacionais** (Direção -Geral de Saúde, Associação dos Enfermeiros Portugueses de Ortopedia e Traumatologia, Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia, Sociedade Portuguesa de Reumatologia)



4

Pertinência do Tema



Pessoal

- Contexto de cuidados onde exerço a minha atividade profissional - Ortopedia
- Oportunidade para desenvolver as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER)



Social

- Impacto das fraturas de fragilidade ao nível da saúde da pessoa, família e sociedade
- Contributo para a visibilidade da intervenção do EEER na melhoria dos cuidados de saúde



Profissional

- Gestão, organização e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação
- Desenvolvimento da área de especialização em Enfermagem de Reabilitação



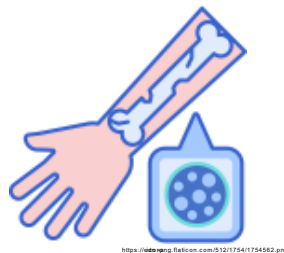
Académica

- Áreas de Investigação Primária em Enfermagem de Reabilitação
 - Intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função motora
 - Dependência no autocuidado em contexto domiciliário
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais e competências do EEER

5

Pertinência do Tema

A osteoporose é uma “doença metabólica sistémica que se caracteriza pela **diminuição da massa óssea e deterioração da microarquitetura do osso**, responsáveis pelo aumento da fragilidade óssea e, conseqüentemente, do risco de fratura” (Brás *et al.*, 2019, p. 16).



<https://www.png.flaticon.com/512/175411/754562.png>

As fraturas de fragilidade são uma das **principais causas** de perda da independência funcional, de morbilidade e de mortalidade na população mais idosa (Rodrigues *et al.*, 2020).

- **Mais frequentes** - Coluna, fémur proximal, rádio distal e úmero proximal (Stolnicki & Oliveira, 2016; Brás *et al.*, 2019).

6

Impacto das Fraturas de Fragilidade

MUNDO

- **Morrem anualmente cerca de 740 000 pessoas** a nível mundial em consequência de fraturas osteoporóticas da anca (Rodrigues et al., 2020)

EUROPA

- Em 2010:
- 22 milhões de mulheres e 5,5 milhões de homens tinham osteoporose
 - **3,5 milhões sofriam novas fraturas de fragilidade a cada ano**
 - Previu-se o **aumento para 4,5 milhões** de novas fraturas de fragilidade em 2025 (e **aumento de 25% nos custos**)

(Brás et al., 2019)

PORTUGAL

- Anualmente ocorrem **40 000 novas fraturas osteoporóticas**, das quais 25% são ao nível do fémur proximal (Brás et al., 2019)
- **Morrem cerca de 1500 pessoas** em consequência de fraturas osteoporóticas da anca (Rodrigues et al., 2020)



A pessoa que sofreu uma fratura de fragilidade, tem o **dobro da probabilidade** de vir a sofrer uma nova fratura (Stolnicki & Oliveira, 2016; Hertz & Santafomilinson, 2018)

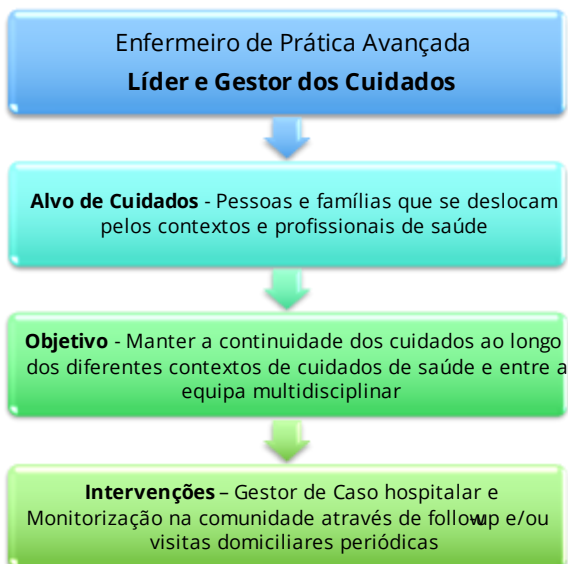


PREVENÇÃO

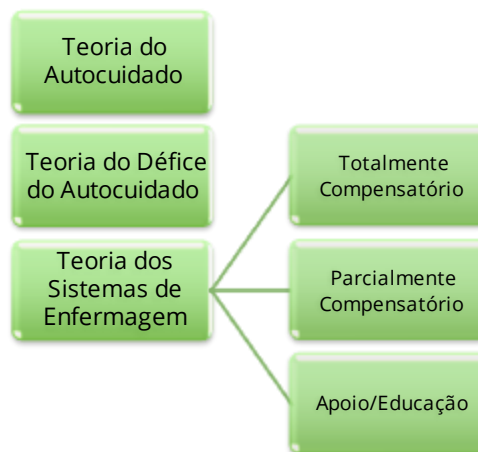


Filosofias de Cuidados

Modelo do Cuidado Transicional



Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem

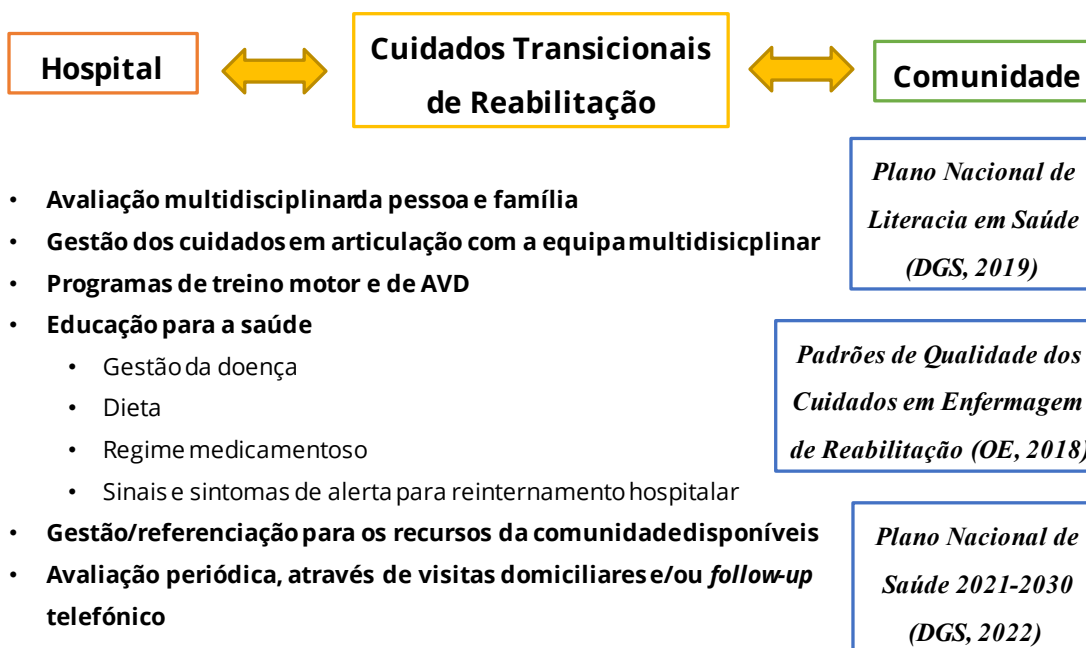


(Tomey & Alligood, 2004)

(Eslami & Tran, 2014; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (NASEM), 2021; Pedrosa, Ferreira & Baixinho, 2022b).



Contributo para a Melhoria dos Cuidados



(Eslami & Tran, 2014; Meehan et al., 2018; Costa et al., 2020; Conley et al., 2020; Pinto et al., 2022)

9



Objetivos Gerais

1. Desenvolver as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

- **1.1** Desenvolver competências na gestão, supervisão e melhoria dos cuidados, através da prestação de cuidados transicionais à pessoa com fratura de fragilidade nos diferentes contextos de saúde;
- **1.2** Desenvolver competências de enfermagem de reabilitação na área motora no cuidado à pessoa com fratura de fragilidade, de forma a promover o autocuidado e a readaptação funcional;
- **1.3** Desenvolver competências de enfermagem de reabilitação na área respiratória no cuidado à pessoa com fratura de fragilidade, de forma a prevenir complicações.

10



Objetivos Específicos

- ❑ Desenvolver planos de intervenção de cuidados transicionais de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade, de acordo com o Modelo de Cuidado Transicional e a Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem;
- ❑ Implementar intervenções de reabilitação motora à pessoa com fratura de fragilidade ;
- ❑ Implementar intervenções de reeducação funcional respiratória à pessoa com fratura de fragilidade ;
- ❑ Implementar intervenções de treino de AVD à pessoa com fratura de fragilidade ;
- ❑ Participar/Desenvolver programas/projetos de reabilitação que envolvam o cuidado transicional à pessoa com fratura de fragilidade ;
- ❑ Desenvolver estratégias de promoção do cuidado transicional à pessoa com fratura de fragilidade na equipa multidisciplinar .

Referências Bibliográficas

- Brás, V., Boaventura, I., Rodrigues, I., & Amaral, I. (2019). Osteoporose e Quedas: Problemas Não Valorizados pela Comunidade Médica Portuguesa. *Revista da SPMFR*, 31 (2), 15-23
- Broeiro-Gonçalves, P. (2017). Morbilidade em Idosos Dependentes ao Cuidado das Equipas Domiciliárias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados na Região de Lisboa e Vale do Tejo: Estudo Transversal Observacional. *Acta Medica Portuguesa*, 30 (7-8), 546-554
- Conley, R. et al. (2020). Secondary fracture prevention: consensus clinical recommendations from a multistakeholder coalition. *Journal of bone and mineral research*, 35(1), 36-52.
- Costa, R., Tavares, H., Ganhão, S., & Aguiar, F. (2020). Mortalidade e Agravamento de Capacidade de Marcha em Doentes com Fraturas de Fragilidade da Extremidade Proximal do Fémur. *Revista da SPMFR*, 32 (4), 142-154
- Direção-Geral da Saúde (2018). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 - Portugal*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 - Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Eslami, M., & Tran, H. (2014). Transitions of care and rehabilitation after fragility fractures. *Clinics in geriatric medicine*, 30(2), 303-315.
- Falaschi, P., & Marsh, D. (2021). *Orthogeriatrics: The Management of Older Patients with Fragility Fractures*. Switzerland: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-48126-1>
- Hertz, K., & Santy-Tomlinson, J. (2018). Fragility Fracture nursing: holistic care and management of the orthogeriatric patient. Switzerland: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-76681-2>
- Marques, A., Rodrigues, A. M., Romeu, J. C., Ruano, A., Barbosa, A. P., Simões, E., Águas, F., Canhão, H., Alves, J., Lucas, R., Branco, J., Laíns, J., Mascarenhas, M., Simões, S., Tavares, V., Lourenço, O. & da Silva, J. (2016). Recomendações multidisciplinares portuguesas sobre o pedido de DXA e indicação de tratamento de prevenção das fraturas de fragilidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32(6), 425-41.
- Meehan, A., Maher, A., Brent, L., Copanitsanou, P., Cross, J. D., Kimber, C., MacDonald, V., Marques, A., Peng, L., Queirós, C., Roisk, P., Sheehan, K., Skuladottir, S. & Hommel, A. (2018). The International Collaboration of Orthopaedic Nursing (ICON): best practice nursing care standards for older adults with fragility hip fracture. *International journal of orthopaedic and trauma nursing*.

Referências Bibliográficas

- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2021). *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25982>.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2019b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Pedrosa, A., Ferreira, Ó. & Baixinho, C. (2022a). Cuidado transicional de reabilitação e continuidade da assistência ao paciente como prática avançada de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(5): e20210399.
- Pedrosa, R., Ferreira, Ó. & Baixinho, C. (2022b). Rehabilitation Nurse's Perspective on Transitional Care: An Online Focus Group. *Journal of Personalized Medicine*, 12(4), 582.
- Pinto, D., Alshahrani, M., Chapurlat, R., Chevalley, T., Dennison, E., Camargos, B. M., Papaioannou, A., Silverman, S., Kaux, J., Lane, N., Torres, J., Paccou, J., Rizzoli, R. & Bruyère, O. (2022). The global approach to rehabilitation following an osteoporotic fragility fracture: A review of the rehabilitation working group of the International Osteoporosis Foundation (IOF) committee of scientific advisors. *Osteoporosis International*, 1, 1-14.
- Rodrigues, A. Silva, J., Romeu, J., Canhão, H., Silva, J., Costa, J., Faustino, A. & Vaz, C. (2020). *Gestão da Osteoporose Durante a Pandemia da Covid-19 - Tomada De Posição*. Acedido em: https://spreumatologia.pt/wp-content/uploads/2020/12/Gestao_Osteoporose_VF-2-1.pdf
- Silva, J., Linhares, D., Ferreira, M., Amorim, N., Neves, N. & PINTO, R. (2018). Tendências Epidemiológicas das Fraturas do Fémur Proximal na População Idosa em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 31(10), 562-567
- Stolnicki, B., & Oliveira, L. (2016). Para que a primeira fratura seja a última. *Revista brasileira de ortopedia*, 51, 121-126.
- Toney, A., & Allgood, M. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. *Loures: Lusociência*, 301-333.
- World Health Organization (2018). *Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*. ISBN 978-92-4-151403-3

APÊNDICE II – Atividades Planeadas no Projeto de Estágio

Objetivo Específico 1 - Desenvolver planos de intervenção de cuidados transicionais de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade), de acordo com o Modelo de Cuidado Transicional e a Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem

Competências Desenvolvidas:

J1 (OE, 2019b) - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

Domínio 1 (OE, 2019a) - Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

Domínio 2 (OE, 2019a) - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Domínio 3 (OE, 2019a) - Domínio da Gestão dos Cuidados

Atividades	Recursos		Resultados Esperados
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da funcionalidade da pessoa (e família); • Realização da avaliação da pessoa (e família), em conjunto com outros elementos da equipa multidisciplinar (enfermeiro, médico, assistente social, fisioterapeuta); • Formulação de diagnósticos das alterações avaliadas ao nível da funcionalidade; • Identificação dos recursos na comunidade existentes e necessários para a pessoa (e família); • Conceção de planos de intervenções de cuidados transicionais de enfermagem de reabilitação, em articulação com a equipa 	<ul style="list-style-type: none"> • Professor e Orientador Clínico; • Equipa de enfermagem; • Equipa Multidisciplinar; • Pessoas/Famílias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Telefone; • Materiais necessários à elaboração de suportes educacionais; • Recursos da Comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Discute com o orientador clínico, professor e equipa multidisciplinar a avaliação realizada à pessoa e família, os diagnósticos identificados e os recursos da comunidade necessários de mobilizar; • Realiza referências das pessoas/família para recursos da comunidade, educando-as acerca

<p>multidisciplinar, com enfoque na reabilitação motora, treino de AVD e educação para a saúde (gestão da doença, dieta, regime medicamentoso e sinais/sintomas de alerta);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Negociação da implementação dos planos de intervenção à pessoa (e família), de modo a obter o seu consentimento informado; • Referenciação para os recursos da comunidade disponíveis/necessários para a continuidade dos cuidados; • Educação/Capacitação da pessoa e família para a utilização dos recursos para os quais é referenciado; • Avaliação periódica, através de visitas domiciliares, <i>follow-up</i> telefónico e/ou em articulação com as equipas da comunidade, a adaptação da pessoa (e família) no regresso a casa; • Elaboração de estudo de caso, em cada ensino clínico; • Elaboração de suportes educacionais (folheto, informação para site do hospital, cartaz...) como estratégias para a educação para a saúde para a pessoa/família acerca de temáticas ligadas aos cuidados transicionais à pessoa com fratura de fragilidade. 			<p>dos mesmos, sob a supervisão do orientador clínico;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avalia/Monitoriza a adaptação da pessoa ao domicílio, através das vias a que se propôs, sob a supervisão do orientador clínica; • Apresenta estudos de caso, onde sejam evidenciados planos de cuidados transicionais de enfermagem de reabilitação, de acordo com o Modelo de Cuidado Transicional e a Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem; • Apresenta suportes educacionais acerca de temáticas ligadas aos cuidados transicionais à pessoa com fratura de fragilidade.
---	--	--	--

Objetivo Específico 2 - Implementar intervenções de reabilitação motora**Competências Desenvolvidas:****J3 (OE, 2019b)** - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**Domínio 1 (OE, 2019a)** - Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal**Domínio 3 (OE, 2019a)** - Domínio da Gestão dos Cuidados

Atividades	Recursos		Resultados Esperados
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none">▪ Avaliação da pessoa quanto ao equilíbrio, força e tônus muscular, sensibilidade e capacidade para transferências/marcha, com recurso a escalas pertinentes, se necessário;▪ Identificação dos diagnósticos das alterações ao nível do equilíbrio, força e tônus muscular, sensibilidade e capacidade para transferências/marcha;▪ Conceção de programas de treino motor;▪ Negociação da implementação programas de treino motor à pessoa/família, de modo a obter o consentimento informado;▪ Implementação dos programas de treino motor desenvolvidos;▪ Avaliação e registo periódico da eficácia das intervenções implementadas.	<ul style="list-style-type: none">• Professor e Orientador Clínico;• Pessoas/Famílias.	<ul style="list-style-type: none">• Computador;• Sistema de registos do ensino clínico;• Escalas (Medical Research Council Muscle Scale; <i>Time Up and Go Test</i>; Escala de Equilíbrio de Berg, outras...).	<ul style="list-style-type: none">• Discute com o professor e orientador clínico a avaliação realizada, as escalas mobilizadas e os diagnósticos formulados;• Apresenta estudos de caso, onde sejam evidenciados os programas de treino motor;• Desenvolve na prática dos cuidados programas de treino motor, consentidos pela pessoa/família e supervisionados pelo orientador clínico;• Efetua registos acerca das intervenções realizadas.

Objetivo Específico 3 - Implementar intervenções de reeducação funcional respiratória

Competências Desenvolvidas:

J3 (OE, 2019b) - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Domínio 1 (OE, 2019a) - Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

Domínio 3 (OE, 2019a) - Domínio da Gestão dos Cuidados

Atividades	Recursos		Resultados Esperados
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none">▪ Avaliação da pessoa quanto ao padrão respiratório, auscultação pulmonar, dispneia, tosse e secreções, com recurso a escalas pertinentes, se necessário;▪ Identificação dos diagnósticos das alterações ao nível do padrão respiratório;▪ Conceção de programas de reeducação funcional respiratória;▪ Negociação da implementação dos programas de reeducação funcional respiratória à pessoa/família, de modo a obter o consentimento informado;▪ Implementação dos programas de reeducação funcional respiratória desenvolvidos;▪ Avaliação e registo periódico da eficácia das intervenções.	<ul style="list-style-type: none">• Professor e Orientador Clínico;• Pessoas/Famílias.	<ul style="list-style-type: none">• Computador;• Sistema de registos;• Escalas (<i>Modified Medical Research Council Dyspnea Scale</i> ou Escala de Borg modificada).	<ul style="list-style-type: none">• Discute com o professor e orientador clínico a avaliação realizada, as escalas mobilizadas e os diagnósticos formulados;• Apresenta estudos de caso, onde sejam evidenciados os programas de treino respiratório;• Desenvolve na prática dos cuidados programas de treino respiratório, consentidos pela pessoa/família e supervisionados pelo orientador clínico;• Efetua registos acerca das intervenções realizadas.

Objetivo Específico 4 - Implementar intervenções de treino de AVD**Competências Desenvolvidas:****J2 (OE, 2019b)** - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**Domínio 1 (OE, 2019a)** - Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal**Domínio 3 (OE, 2019a)** - Domínio da Gestão dos Cuidados

Atividades	Recursos		Resultados Esperados
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none">▪ Avaliação da pessoa quanto ao grau de dependência e capacidade para realização das diferentes AVD;▪ Identificação dos diagnósticos das alterações ao nível da realização das AVD;▪ Conceção de programas de treino de AVD;▪ Negociação da implementação programas de treino de AVD à pessoa/família, de modo a obter o seu consentimento informado;▪ Implementação dos programas de treino de AVD desenvolvidos;▪ Avaliação e registo periódico da eficácia das intervenções implementadas.	<ul style="list-style-type: none">• Professor e Orientador Clínico;• Pessoas/Famílias.	<ul style="list-style-type: none">• Computador;• Sistema de registos;• Escalas (Índice de Barthel ou Medida de Independência Funcional, Índice de Katz).	<ul style="list-style-type: none">• Discute com o professor e orientador clínico a avaliação realizada, as escalas mobilizadas e os diagnósticos formulados;• Apresenta estudos de caso, onde sejam evidenciados os programas de treino de AVD;• Desenvolve na prática dos cuidados programas de treino de AVD, consentidos pela pessoa/família e supervisionados pelo orientador clínico;• Efetua registos acerca das intervenções realizadas.

Objetivo Específico 5 - Assessorar na escolha de produtos de apoio para o autocuidado/execução das AVD**Competências Desenvolvidas:**

J2 (OE, 2019b) - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

Domínio 1 (OE, 2019a) - Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

Domínio 2 (OE, 2019a) - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Domínio 3 (OE, 2019a) - Domínio da Gestão dos Cuidados

Atividades	Recursos		Resultados Esperados
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none">▪ Avaliação da pessoa quanto à necessidade de uso de produtos de apoio para realização das diferentes AVD e seus recursos económicos;▪ Avaliação do domicílio da pessoa, com a colaboração da mesma e família, quando possível;▪ Discussão acerca da aquisição dos produtos de apoio adequados com a pessoa e família, validando o seu consentimento informado;▪ Ensino, instrução e treino da pessoa e família quanto ao uso dos produtos de apoio adquiridos;▪ Avaliação e registo periódico da eficácia do uso de produtos de apoio.	<ul style="list-style-type: none">• Professor e Orientador Clínico;• Pessoas/Famílias.	<ul style="list-style-type: none">• Computador;• Sistema de registos;• Produtos de Apoio.	<ul style="list-style-type: none">• Discute com o professor e orientador clínico a avaliação realizada;• Desenvolve na prática dos cuidados a discussão com a pessoa e família acerca da aquisição dos produtos de apoio adequados, de acordo com o consentimento informado dos mesmos e sob a orientação e supervisão do orientador clínico;• Desenvolve na prática dos cuidados o ensino, instrução e treino da pessoa e família quanto ao uso de produtos de apoio, sob a orientação e supervisão do orientador clínico;• Efetua registos acerca das intervenções realizadas.

Objetivo Específico 6 – Capacitar a pessoa e a família para os cuidados de enfermagem e reabilitação**Competências Desenvolvidas:**

J2 (OE, 2019b) - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

Domínio 1 (OE, 2019a) - Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

Domínio 2 (OE, 2019a) - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Domínio 3 (OE, 2019a) - Domínio da Gestão dos Cuidados

Atividades	Recursos		Resultados Esperados
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none">▪ Identificação das necessidades de educação e instrução por parte da pessoa e família/cuidador quanto aos cuidados de enfermagem e reabilitação (conhecimentos acerca da situação de saúde, dos treinos motor, respiratório e de AVD e do uso de produtos de apoio e recursos da comunidade);▪ Realização do ensino, instrução e treino acerca das necessidades identificadas à pessoa e família, com o seu consentimento, através de técnicas adequadas e nos locais apropriados;▪ Avaliação e registo periódico da eficácia das intervenções implementadas junto da pessoa e família, através da validação dos conhecimentos teóricos e demonstração dos conhecimentos práticos por parte da pessoa e família.	<ul style="list-style-type: none">• Professor e Orientador Clínico;• Pessoas/Famílias.	<ul style="list-style-type: none">• Computador;• Materiais de apoio para técnicas de ensino e instrução;• Sistema de registos.	<ul style="list-style-type: none">• Discute com o professor e orientador clínico a avaliação realizada;• Desenvolve na prática dos cuidados a realização do ensino, instrução e treino à pessoa e família, com o seu consentimento, sob a orientação e supervisão do orientador clínico;• Discute com o professor e orientador clínico as intervenções realizadas;• Efetua registos acerca das intervenções realizadas.

Objetivo Específico 7 – Contribuir para a formação das equipas multidisciplinares dos campos de estágio sobre as intervenções de cuidados transicionais de enfermagem de reabilitação

Competências Desenvolvidas:

Domínio 2 (OE, 2019a) - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Domínio 3 (OE, 2019a) - Domínio da Gestão dos Cuidados

Domínio 4 (OE, 2019a) – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Atividades	Recursos		Resultados Esperados
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de ações de formação para a equipa multidisciplinar sobre o cuidado transicional na pessoa com fratura de fragilidade; ▪ Elaboração de <i>Revisão Scoping</i> acerca de intervenções de cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade; ▪ Apresentação/Divulgação de <i>Revisão Scoping</i> elaborada acerca de intervenções de cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade à equipa multidisciplinar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Professor e Orientador Clínico; • Equipa Multidisciplinar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Sistema de registos; • Materiais necessários para as ações de formação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza ação de formação sobre o cuidado transicional na pessoa com fratura de fragilidade à equipa multidisciplinar; • Apresenta <i>Revisão Scoping</i> sobre o tema proposto acerca de intervenções de cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade.

Objetivo Específico 8 - Promover a discussão com o orientador clínico e equipas em relação ao desenvolvimento de programas/projetos de reabilitação que envolvam o cuidado transicional à pessoa com fratura de fragilidade

Competências Desenvolvidas:

Domínio 2 (OE, 2019a) - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Domínio 3 (OE, 2019a) - Domínio da Gestão dos Cuidados

Domínio 4 (OE, 2019a) – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Atividades	Recursos		Resultados Esperados
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação dos projetos de reabilitação e das instituições de saúde existentes nos locais de ensino; ▪ Identificação de estratégias de adaptação dos programas/projetos de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade, junto da equipa multidisciplinar; ▪ Identificação de estratégias para conceber e implementar plano de cuidado transicional à pessoa com fratura de fragilidade com o orientador clínico; ▪ Conceção de proposta/plano geral de programa de reabilitação de cuidado transicional à pessoa com fratura de fragilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Professor e Orientador Clínico; • Equipa Multidisciplinar; • Pessoas/Famílias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Sistema de registos; • Documentos do serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> • Discute com o professor e orientador clínico os projetos de reabilitação existentes nos locais de ensino clínico e as instituições de saúde; • Discute com o professor e orientador clínico estratégias para conceber e implementar plano de programa de reabilitação de cuidado transicional à pessoa com fratura de fragilidade; • Apresenta proposta/plano geral de programa de reabilitação de cuidado transicional à pessoa com fratura de fragilidade.

Objetivo Específico 9 - Desenvolver estratégias de promoção do cuidado transicional à pessoa com fratura de fragilidade na equipa multidisciplinar

Competências Desenvolvidas:

Domínio 2 (OE, 2019a) - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Domínio 3 (OE, 2019a) - Domínio da Gestão dos Cuidados

Domínio 4 (OE, 2019a) – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Atividades	Recursos		Resultados Esperados
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Divulgação de plano de programa de cuidado transicional à pessoa com fratura de fragilidade elaborado com professor e orientador clínico à equipa multidisciplinar; ▪ Realização de ações de formação para a equipa multidisciplinar sobre o cuidado transicional na pessoa com fratura de fragilidade; ▪ Elaboração de <i>Revisão Scoping</i> acerca de intervenções de cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade; ▪ Apresentação/Divulgação de <i>Revisão Scoping</i> elaborada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Professor e Orientador Clínico; • Equipa Multidisciplinar; • Pessoas/Famílias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Materiais necessários para as ações de formação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta plano de cuidado transicional à pessoa com fratura de fragilidade à equipa multidisciplinar; • Realiza ação de formação sobre o cuidado transicional na pessoa com fratura de fragilidade; • Apresenta <i>Revisão Scoping</i> sobre o tema proposto.

APÊNDICE III – Estudo de Caso I (Serviço de Ortopedia)



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular Estágio com Relatório - Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação

3º Semestre

Serviço de Ortopedia

ESTUDO DE CASO I

Discente: Ana Filipa Martins Serra, nº 5799

Regente da UC: Prof. Maria do Céu Sá
Docente Orientadora: Prof. Dra. Cristina Baixinho

Lisboa,
Novembro de 2022

LISTA DE ABREVIATURAS

AVD – Atividades de Vida Diária

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

MRC – *Medical Research Council*

OE – Ordem dos Enfermeiros

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

ÍNDICE

1. ESTUDO DE CASO	2
1.1. Introdução	2
1.2. Caracterização da Etiologia e Patogenia	2
1.3. História de Enfermagem	4
1.3.1. Motivo do Internamento	4
1.3.2. Antecedentes Pessoais.....	4
1.3.3. Antecedentes Familiares	5
1.3.4. Genograma.....	5
1.3.5. Ecomapa.....	5
1.3.6. História de Saúde Atual	6
1.4. Avaliação Física e do Estado Mental	7
1.5. Identificação dos Défices do Autocuidado, segundo a Teoria do Défice do Autocuidado de <i>Dorothea Orem</i>	9
1.5.1. Défice do Autocuidado Andar	10
1.5.2. Défice do Autocuidado Lavar-se	10
1.5.3. Défice do Autocuidado Vestir-se e Despir-se.....	10
1.5.4. Défice do Autocuidado Posicionar-se/Transferir-se	10
1.5.5. Défice do Autocuidado Usar o Sanitário	11
1.6. Tratamentos Relacionados	11
1.7. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)	13
1.8. Discussão	23
1.9. Recomendações	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

1. ESTUDO DE CASO

1.1. Introdução

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, foi autoproposta a elaboração de um estudo de caso com a finalidade de estudar a situação clínica de uma pessoa com fratura de fragilidade, sob a visão de cuidados de enfermagem de reabilitação definida no âmbito do tema do relatório final de estágio, sendo este o cuidado transicional.

Ao longo deste trabalho, irá ser explorada a situação clínica de uma pessoa, tendo sido consultadas diversas fontes de informação para este efeito, estando entre elas a própria pessoa e família (através de observação e entrevista), os registos de enfermagem e médicos, a equipa de enfermagem e, por último, a literatura científica pertinente para o estudo da situação clínica. Por motivo de garantia da confidencialidade dos dados, todas as pessoas envolvidas na situação serão tratadas apenas pelas iniciais do seu nome.

A pessoa estudada neste estudo de caso será a Sra. R., que tem 66 anos, é reformada, casada, tem uma filha que lhe dá apoio como cuidadora e não apresenta antecedentes pessoais ou alergias conhecidas. Habita numa vivenda térrea, com chuveiro no WC.

A Sra. R. deu entrada no serviço de ortopedia a 30/09/22, por motivo de fratura subcapital do fémur à esquerda, após queda da própria altura, tendo ficado internada para tratamento cirúrgico. No dia 1/10/2022 foi submetida a prótese total da anca à esquerda, sem intercorrências. Posto isto, assumi a prestação dos cuidados da Sra. R. nos dias 2 e 3 de outubro, tendo esta tido alta clínica no dia 4, com agendamento de consulta de enfermagem na consulta externa do hospital no dia 6, na qual eu estive presente.

No internamento, apresentaram-se como focos de atenção de enfermagem de reabilitação os seguintes: compromisso dos autocuidados ao nível da mobilidade (andar e subir e descer escadas), da higiene, das transferências, do vestir e despir e utilização do sanitário; presença de risco de alterações ao nível respiratório por imobilidade no pré e pós-operatório imediato, assim como, presença de risco de queda e falta de conhecimento acerca da sua patologia e tratamento.

Como focos de atenção gerais de enfermagem, apresentaram-se o controlo da dor, cuidados à ferida cirúrgica e risco de hemorragia e de úlceras por pressão.

Por fim, ao longo deste estudo de caso, irão ser aprofundadas, de forma teórica, as patologias da pessoa, assim como, irão ser apresentadas a sua história clínica, a sua avaliação física e comportamental, os tratamentos relacionados e o respetivo plano de cuidados de enfermagem à pessoa, adequado às necessidades da mesma.

1.2. Caracterização da Etiologia e Patogenia

Relativamente às patologias da Sra. R., serão apenas abordadas as patologias que motivaram o internamento, visto que a mesma não apresenta antecedentes pessoais conhecidos anteriores ao internamento.

Por este motivo, irá ser contextualizada a fratura subcapital do fémur e seu tratamento cirúrgico – artroplastia total da anca –, assim como, o conceito de fratura de fragilidade e da patologia de base subjacente a esta última – osteoporose –, surgindo aqui um antecedente pessoal da Sra. R., até então desconhecido pela mesma.

Assim sendo, a osteoporose é uma doença prevalente nos idosos, que se define como uma “doença metabólica sistémica que se caracteriza pela diminuição da massa óssea e deterioração da microarquitetura do osso, responsáveis pelo aumento da fragilidade óssea e, consequentemente, do risco de fratura” (Brás *et al.*, 2019, p. 16).

Atualmente, “estima-se que a prevalência de osteoporose na população adulta em Portugal seja de 10,2%, sendo mais frequente nas mulheres (17%) do que nos homens (2,6%)” (Teixeira, Serejo & Araújo, 2022, p. 154) e que a prevalência de osteoporose nas mulheres portuguesas com idade igual ou superior a 65 anos esteja estimado em 49,5% (Teixeira, Serejo & Araújo, 2022).

Por essa razão, as fraturas da extremidade proximal do fémur que decorrem “de um trauma menor, de baixo impacto, como uma queda igual ou inferior à própria altura, excluindo fraturas patológicas, como as neoplásicas” (Teixeira, Serejo & Araújo, 2022, p. 156) definem-se como fraturas de fragilidade, pois estas encontram-se relacionadas com fatores predisponentes como a fragilidade óssea consequente da osteoporose (Prado *et al.*, 2020) e “conduzem a um aumento da morbidade e da mortalidade, representando uma sobrecarga nos serviços de saúde” (Teixeira, Serejo & Araújo, 2022, p. 154).

As fraturas da extremidade superior do fémur, na qual se incluem as fraturas subcapitais, “são mais frequentes no género feminino e em idades avançadas devido ao envelhecimento da população” (Sousa & Carvalho, 2017, p. 421), estimando-se que, em Portugal, a incidência de fraturas de fragilidade da anca seja de 154 a 572 mulheres em cada 100.000 mulheres” (Marques *et al.*, 2016, p. 425). Para além disso, “a incidência destas fraturas aumenta após os 60 anos e apresenta um pico entre 70 e 79 anos, devido à osteoporose” (Sousa & Carvalho, 2017, p. 421).

No que concerne as fraturas do fémur proximal com desvio (tipo III e IV de Garden), nas quais se inclui a fratura subcapital, estas são, quase na totalidade, tratadas

cirurgicamente e, “em doentes com idade superior a 65 anos, o tratamento indicado é a artroplastia da anca” (Nunes, 2021, p. 105). No entanto, “a artroplastia total reserva-se para doentes com idade inferior a 75 anos, bom estado geral, que não se encontram fisicamente limitados previamente à fratura, sem défices cognitivos e não institucionalizados” (Nunes, 2021, p. 105), sendo que, “em todos os restantes casos, recomenda-se a hemiartroplastia” (Nunes, 2021, p. 105).

Em termos de prognóstico, a artroplastia total da anca surge como o tratamento de eleição, pois este “permite obter resultados funcionais superiores à hemiartroplastia (Nunes, 2021, p. 106).

No entanto, estes resultados apenas serão atingidos através de um programa de reabilitação com uma abordagem multinterdisciplinar e que “deve incluir, inicialmente, a avaliação funcional, a determinação do potencial de reabilitação, a avaliação sociofamiliar e dos recursos na comunidade” (Prado *et al.*, 2020, p. 143), assim como, “a abordagem física através de utilização de agentes físicos, técnicas de cinesiterapia e aplicação progressiva de programa de exercícios; a reeducação funcional e o treino de atividades de vida diária; a abordagem psicossocial e a abordagem médica” (Prado *et al.*, 2020, p. 143).

Com isto, visa-se atingir o melhor prognóstico para a pessoa, sendo este “o retorno ao nível de funcionalidade prévia, quando possível, a reinserção na comunidade e a prevenção de novas fraturas” (Prado *et al.*, 2020, p. 143).

1.3. História de Enfermagem

1.3.1. Motivo do Internamento

A Sra. R. deu entrada no serviço de ortopedia a 30/09/22, por motivo de fratura subcapital à esquerda após queda da própria altura, tendo escorregado no pavimento público, tendo ficado internada para tratamento cirúrgico. No dia 1/10/2022 foi submetida a prótese total da anca à esquerda.

1.3.2. Antecedentes Pessoais

A Sra. R. não apresentou antecedentes pessoais conhecidos. No entanto, dada a história de admissão e anterior fundamentação no capítulo anterior, assume-se como provável haver já um processo de osteoporose instalado.

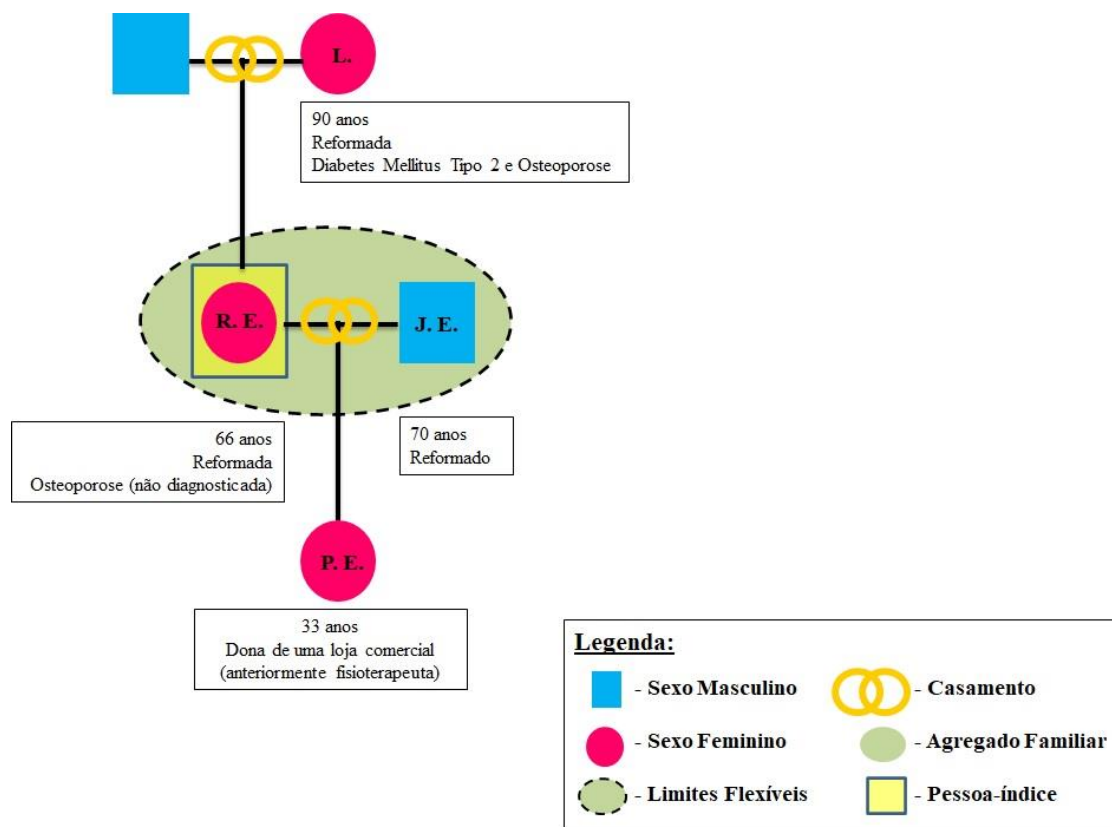
1.3.3. Antecedentes Familiares

A Sra. R. referiu que a mãe (já falecida) tinha como antecedentes pessoais diabetes mellitus tipo 2 e osteoporose.

1.3.4. Genograma

Como foi acima referido, a Sra. R. é casada com o Sr. J. e tem uma filha que lhe dá apoio como cuidadora, a Sra. P. Esta filha é atualmente dona de uma loja comercial de produtos naturais, mas já foi fisioterapeuta de profissão.

Quer estes aspetos, quer os antecedentes pessoais da Sra. R. encontram-se representados no seguinte Genograma:

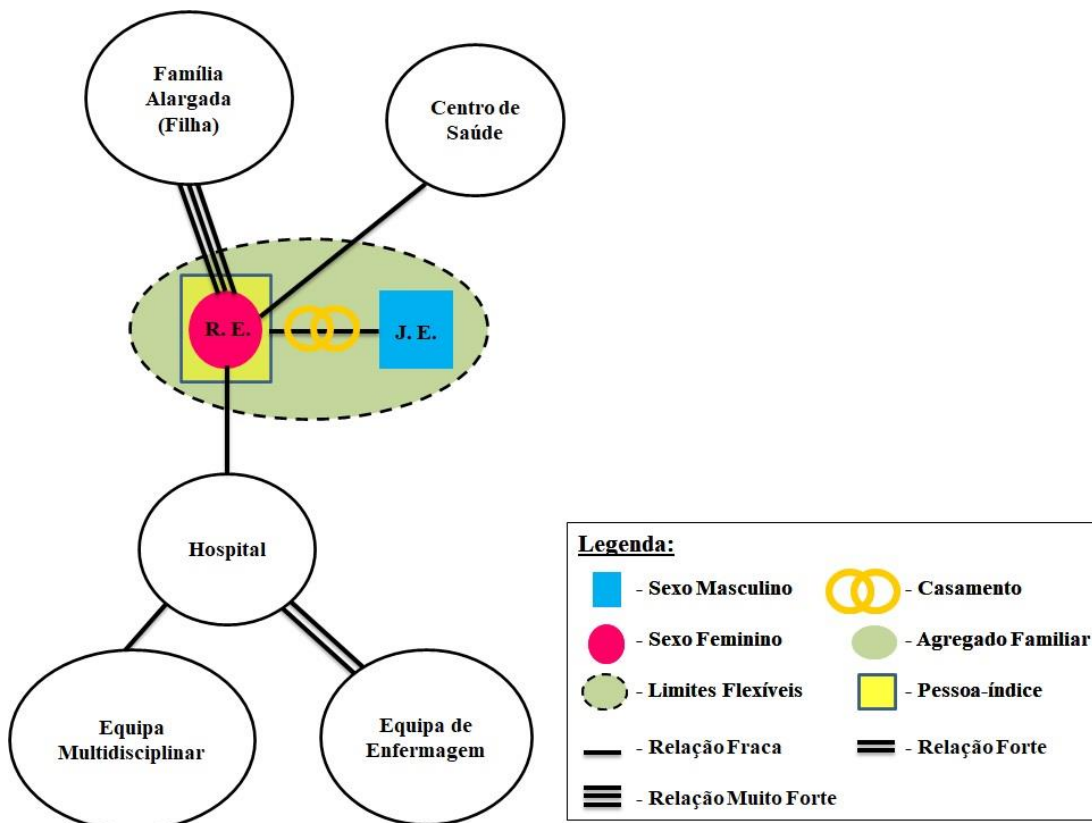


1.3.5. Ecomapa

Segundo dados colhidos, a Sra. R. mantém uma relação amorosa com o Sr. J., mas quem se identificou como a pessoa de referência na prestação dos cuidados no internamento e acompanhamento no pós-alta tem sido a filha da mesma, a Sra. P., com quem mantém uma forte relação.

Quanto às relações estabelecidas com as equipas do meio hospitalar, a Sra. R. manifesta uma relação mais forte com a equipa de enfermagem, quer seja a do internamento, como a da consulta externa, e mantém uma boa relação no geral com a equipa multidisciplinar.

Por último, a Sra. R. mantém uma boa relação com o centro de saúde da sua área de residência, mas não mantém uma vigilância regular e adequada do seu estado clínico. Todas as relações descritas encontram-se representadas no seguinte Ecomapa:



1.3.6. História de Saúde Atual

No dia 30/09/22, a Sra. R. deu entrada no serviço de ortopedia por motivo de fratura subcapital do fémur à esquerda, após queda da própria altura, tendo ficado internada para tratamento cirúrgico. No dia 1/10/2022 foi submetida a prótese total da anca à esquerda, sob anestesia epidural, que decorreu sem intercorrências.

No dia 2/10, a Sra. R. efetuou radiografia da anca pós-operatória (sem alterações), tendo indicação médica para levantar com carga parcial no membro operado, que efetuou com ajuda parcial, tendo tolerado 2 horas sentada no cadeirão. Iniciou programa de reabilitação com a realização de exercícios de reeducação funcional respiratória (RFR) e motora (ativos e ativos-assistidos). Também efetuou treino de marcha com canadianas

com ajuda e apoio unilateral, tendo apenas tolerado deambular 1 metro de distância, por motivo de dor moderada na anca esquerda.

No dia 3/10, a Sra. R. deu continuidade ao programa de reabilitação com a realização de exercícios de reeducação funcional motora (RFM) (ativos, ativos-assistidos e ativos-resistidos), treino de Atividades de Vida Diária (AVD), levante para cadeirão com ajuda parcial e treino de marcha com canadianas, inicialmente com apoio unilateral e posteriormente apenas com supervisão. Tolerou deambular 3 metros de distância, com dor na anca esquerda mais controlada.

No contexto de avaliação multidisciplinar, houve a intervenção da nutricionista, nesse dia, com o propósito da mesma efetuar ensinamentos à Sra. R. acerca de uma alimentação rica em cálcio e vitamina D, devido ao contexto da fratura (de fragilidade) e também aos hábitos alimentares da pessoa, pois a Sra. R. não ingere produtos lácteos, nem carne e o peixe que consome é em pouca quantidade (1 vez ou duas por semana), pelo facto de não gostar dos mesmos.

No dia 4/10, a Sra. R. teve alta clínica, com agendamento de consulta de enfermagem na consulta externa de ortopedia do hospital no dia 6.

No dia 6/10, foi realizado o penso da ferida cirúrgica na consulta de enfermagem, sem intercorrências a relatar. Foi avaliada a adesão ao programa de reabilitação (realização de exercícios de RFR e RFM, treino de AVD com ajuda de cuidador e recurso a produtos de apoio e treino de marcha com canadianas); cuidados com a dieta (ingestão de alimentos ricos em cálcio e vitamina D); exposição solar e adesão/gestão do regime medicamentoso.

Na avaliação da marcha com canadianas, observou-se que, e a Sra. R. também o referiu, uma dismetria do membro operado (cerca de 5cm) em relação ao membro são. Foi dada recomendação do uso de uma palmilha com salto para correção da dismetria e articulado com o ortopedista de referência a antecipação da consulta médica de reavaliação pós-operatória, tendo a mesma ficado agendada para a semana seguinte.

1.4. Avaliação Física e do Estado Mental

Ao longo do internamento, a Sra. R. manteve-se consciente, calma e orientada no tempo, espaço, pessoa e situação. Manteve juízo crítico face ao seu internamento e sintomatologia. A Sra. R. apresenta alterações ao nível da visão, necessitando do uso de óculos, mas não apresenta alterações ao nível da audição.

A Sra. R. apresenta dentição completa nos maxilares superior e inferior, não referindo dificuldade na mastigação dos alimentos. Atualmente pesa 60 Kg e mede 1,65 m de altura, apresentando por isso um IMC de 22 kg/m² (Peso normal (DGS, 2013)).

No que diz respeito aos sinais vitais, registaram-se os seguintes últimos valores (03/10/22): 122/88 mmHg de pressão arterial; 98 bpm de frequência cardíaca (pulso forte, rítmico e regular) e 0 de dor, na escala numérica da dor. Quanto ao padrão respiratório do Sra. R., este manteve-se com as seguintes características: respiração eupneica, ritmo regular, tipo mista e frequência respiratória de 14 cvm. Apresentou valor de 95% de SaO₂ em ar ambiente. A temperatura corporal do cliente manteve-se estável, apresentando temperatura timpânica de 36,5°C.

Ao nível da caixa torácica, esta é simétrica, com expansão pulmonar simétrica em ambos os hemitórax. Em relação à coluna vertebral, esta apresenta ligeira hipercifose, mas sem restrições ou alterações na mobilidade. O abdómen encontrou-se mole, depressível e indolor à palpação.

Membros superiores simétricos, com sensibilidade, tónus muscular e força muscular mantidas. Ao nível da força muscular, esta corresponde a uma força de nível 5 na escala *Medical Research Council* (MRC) de força muscular (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2016, p. 42).

Ambas as regiões genital e perineal têm pele limpa e íntegra, sendo a pessoa continente de esfíncteres.

Membros inferiores assimétricos, evidenciando-se uma dismetria pós-cirúrgica de cerca de 5 cm do membro inferior operado (esquerdo) para o direito.

Ao nível da força muscular, o membro inferior direito apresenta força muscular de nível 5 na escala MRC (OE, 2016, p. 42).

Ao nível da força muscular, o membro inferior esquerdo apresentou evolução, tendo progredido do nível 3 para o nível 4 na escala de força muscular da MRC (OE, 2016, p. 42) ao longo do internamento, assim como, conseguiu atingir/tolerar um ângulo de flexão da coxofemoral de 70° de forma ativa e 80° de forma ativa-assistida. Na consulta externa, já conseguiu atingir um ângulo de flexão de 90° de forma ativa-assistida.

No que diz respeito ao equilíbrio e marcha e conseqüente risco de queda, de acordo com o Índice de Tinetti (Apóstolo, 2012) (**ver Apêndice I**), a Sra. R. teve evolução ao longo do internamento, melhorando de um *score* de 17 (alto risco de queda) para 19 (médio risco de queda). A alteração do *score* deu-se pela melhoria dos parâmetros 13 e 14 de 0 para 1 ao longo do internamento, ao nível da marcha/equilíbrio dinâmico. Através da

avaliação da escala, é possível evidenciar que, apesar de necessitar de melhorias, a Sra. R. possui um bom equilíbrio estático e dinâmico.

No entanto, apesar de ter sido obtido, através do Índice de Tinetti um *score* de baixo risco de quedas, ao ser aplicada a escala protocolada pela Direção Geral de Saúde – Escala de Morse -, foi obtido um *score* de 95 a 2/10/22, que correspondeu a um Alto Risco de Queda, assumindo-se ambos os diagnósticos posteriormente no plano de cuidados apresentado. No dia 3/10/22 e até ao momento da alta, ao reavaliar a escala de Morse, manteve-se o Alto Risco de Queda, apenas alterando o *score* obtido para 75, pelo facto da Sra. R. já não se encontrar a realizar terapia endovenosa (**ver Apêndice II**).

Relativamente à capacidade da Sra. R. para se transferir e levantar/sentar de uma cadeira esta conseguiu evoluir de forma a realizar estas atividades de forma independente, excepto na transferência do cadeirão para a cama, onde necessita de ajuda parcial na elevação do membro operado do chão para a cama.

Quanto ao subir e descer escadas, este não foi treinado sob os meus cuidados no internamento por motivo de necessidade de priorização do treino de equilíbrio e da marcha em relação às alterações da funcionalidade identificadas nesses dias, mas a Sra. R. referiu ser independente na realização desta tarefa na consulta externa. Assim sendo, a Sra. R., conseguiu atingir um *score* de 85 no Índice de Barthel (**ver Apêndice III**), mantendo um grau de dependência reduzido na realização de AVD.

Ao nível do membro inferior esquerdo apresenta penso da ferida cirúrgica na região da anca. Foi realizado o penso da ferida cirúrgica nos dias 3 e 6/10/22, tendo sido feita limpeza da ferida com Cloreto de Sódio a 0,9% e aplicado penso de proteção na ferida cirúrgica. A ferida cirúrgica era linear, com cerca de 10 cm de comprimento e com bordos regulares e unidos por agrafes, sem sinais inflamatórios. O penso apresentava exsudado hemático em reduzida quantidade no dia 3 e no dia 6 não apresentou nenhum exsudado. O penso manteve-se externamente limpo e seco.

1.5. Identificação dos Défices do Autocuidado, segundo a Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem

Para melhor caracterização dos problemas de saúde atuais identificados na Sra. R., será mobilizada a Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem, que avalia as várias dimensões da pessoa, sob a perspetiva dos défices do autocuidado identificados no

mesma. Assim sendo, apenas serão explorados os défices do autocuidado da Sra. R. que se apresentam como problemas de enfermagem.

1.5.1. Déficit do Autocuidado Andar

No que diz respeito ao Autocuidado Andar, a Sra. R. consegue atualmente deambular com canadianas, necessitando apenas de supervisão por ainda manter alguma dificuldade no iniciar da marcha na fase de balanço (equilíbrio dinâmico) e diminuição da força muscular prévia à fratura do membro operado, o que altera o seu equilíbrio estático.

Quanto ao subir e descer escadas, este não foi treinado sob os meus cuidados no internamento, mas a Sra. R. referiu ser independente na realização desta tarefa na consulta externa.

1.5.2. Déficit do Autocuidado Lavar-se

No Autocuidado Lavar-se, a Sra. R. necessita apenas de ajuda na higiene dos membros inferiores, a qual é assistida pela sua cuidadora. No domicílio, tem feito recurso ao produto de apoio recomendado no internamento (banco).

1.5.3. Déficit do Autocuidado Vestir-se e Despir-se

No que concerne o Autocuidado Vestir e Despir, a Sra. R. necessita de ajuda parcial da cuidadora no vestir e despir das calças e meias, tendo conhecimento de qual membro deve vestir e despir em primeiro lugar. Para calçar os sapatos, recomendou-se o uso de uma calçadeira como produto de apoio no futuro.

1.5.4. Déficit do Autocuidado Posicionar-se/Transferir-se

Relativamente às mobilizações no leito, a Sra. L. é independente, não necessitando de ajuda para efetuar mudanças na posição.

Quanto às transferências, a Sra. R. necessita apenas de ajuda na transferência do cadeirão para a cama, onde necessita de ajuda parcial na elevação do membro operado do chão para a cama.

1.5.5. Défice do Autocuidado Usar o Sanitário

Na utilização do sanitário, a Sra. R. solicitou a arrastadeira durante o internamento até ao dia 3/10. Após o dia 3/10, começou a realizar treino de marcha até ao WC e treino de como sentar-se e levantar-se da sanita, conseguindo atingir atualmente a independência nesta tarefa. Foi recomendado o uso de um alteador de sanita com braços como produto de apoio.

1.6. Tratamentos Relacionados

Ao longo do internamento, a Sra. R. tem sido acompanhada pela equipa multidisciplinar na prestação dos seus cuidados – equipa de enfermagem, equipa médica, equipa de assistentes operacionais, fisioterapeuta e nutricionista.

Para além disso, apresentou as seguintes tabelas terapêuticas prescritas no internamento e no momento da alta:

INTERNAMENTO				
Medicamento	Indicações Terapêuticas	Dose	Via	Observações
Pantoprazol	Protetor Gástrico	20 mg	Oral	
Enoxaparina sódica	Anticoagulante	40 mg	Subcutânea	
Metamizol magnésico	Analgésico	2g/ 575 mg	Endovenosa/ Oral	Oral a partir de 2/10
Paracetamol	Analgésico e antipirético	1 g	Endovenosa/Oral	Oral a partir de 2/10
Soro Polieletrólítico	Solução para perfusão	1000 ml	Endovenosa	Até 2/10.
Cefazolina	Antibiótico	1 g	Endovenosa	Durante as 24h pós-cirurgia

ALTA				
Medicamento	Indicações Terapêuticas	Dose	Via	Observações
Apixabano	Anticoagulante	2.5 mg	Oral	
Metamizol magnésico	Analgésico e Anti-inflamatório não esteróide	575 mg	Oral	
Paracetamol + Codeína	Analgésico e antipirético + Analgésico Opióide	1 g + 60 mg	Oral	
Acemetacina	Analgésico e Anti-inflamatório não esteróide	60 mg	Oral	SOS
Carbonato de Cálcio + Colecalciferol	Correção da carência de cálcio e vitamina D	1500 mg + 400 UI	Oral	
Complexo hidróxido ferroso-polimaltose	Tratamento da deficiência lactente em ferro	357 mg	Oral	

1.7.Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)

O plano de cuidados apresentado dirá apenas respeito aos diagnósticos que priorizam os cuidados de enfermagem de reabilitação. No entanto, foram realizados os cuidados que dizem respeito aos seguintes diagnósticos de cuidados gerais de enfermagem: Ferida Cirúrgica Presente, Dor Presente, Risco de Hemorragia e Risco de Úlcera de Pressão. Assim sendo, apresenta-se o plano de cuidados de enfermagem de reabilitação:

Diagnóstico	Resultado	Intervenções	Avaliação
Movimento Corporal Comprometido [2/10/22], <u>[relacionado com</u> fratura subcapital do fémur e artroplastia total da anca esquerda, <u>manifestada por</u> diminuição da força muscular].	Movimento Corporal Melhorado, até ao momento da alta clínica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Executar exercícios musculares [isométricos (contrações isométricas do quadricípete e dos glúteos)]; ➤ Executar exercícios de movimento articular ativo [assistido e resistido]: <ul style="list-style-type: none"> ▪ [Abdução/adução da articulação coxofemoral até à linha média do corpo; ▪ Flexão/Extensão da articulação coxofemoral com extensão do joelho; ▪ Dorsiflexão/Flexão plantar da articulação tibiotársica)]. ➤ Instruir a pessoa sobre os exercícios musculares; ➤ Incentivar a pessoa a realizar os exercícios musculares; ➤ Monitorizar a força muscular, através da escala de força muscular da MRC; ➤ Monitorizar amplitude articular, com goniómetro. 	02/10/22 – A Sra. R. demonstrou compreender as instruções sobre os exercícios musculares e de movimento articular, tendo efetuado os mesmos com ajuda. Força muscular de nível 5 no membro inferior direito e de nível 3 no esquerdo. Ângulo de flexão da coxofemoral de 70°. 03/10/22 – A Sra. R. realiza os exercícios musculares com ajuda, evidenciando força muscular de nível 4 no membro inferior esquerdo. Ângulo de flexão da coxofemoral de 70°. 06/10/22 (consulta externa) – Força muscular sobreponível. Ângulo de flexão da coxofemoral de 90°.

<p>Autocuidado Posicionar-se/Transferir-se Comprometido [02/10/2022], <u>[relacionado com</u> artroplastia total da anca esquerda e diminuição da força muscular <u>manifestado por</u> necessidade de ajuda nas transferências e levantar cama-cadeirão e cadeirão-cama]</p>	<p>Autocuidado Transferir-se Melhorado, até ao momento da alta clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Executar exercícios musculares [isométricos]; ➤ Executar exercícios de movimento articular ativo [assistido e resistido]; ➤ Instruir a pessoa acerca dos exercícios musculares; ➤ Incentivar a pessoa a realizar os exercícios musculares; ➤ Instruir a pessoa a transferir-se [cama-cadeirão e vice-versa, conforme irá fazer no domicílio – sai pelo lado operado]; ➤ Assistir a pessoa no levantar e a transferir-se para o cadeirão; ➤ Assistir a pessoa no levantar e a transferir-se para a cama; ➤ Elogiar a pessoa sobre a colaboração da mesma nos cuidados. 	<p>02/10/22 – A Sra. R. demonstrou compreender as instruções acerca da realização dos exercícios musculares e de movimento articular ativo e da técnica de transferência da cama para o cadeirão e vice-versa. Realizou as transferências com ajuda parcial.</p> <p>03/10/22 – A Sra. R. necessitou apenas de ajuda na transferência do cadeirão para a cama.</p> <p>06/10/22 (consulta externa) – Independente nas transferências.</p>
---	---	--	--

<p>Autocuidado Andar Comprometido [02/10/2022], <u>[relacionado com</u> fratura subcapital do fémur e artroplastia total da anca esquerda, <u>manifestado por</u> diminuição da força muscular, alterações no equilíbrio e necessidade de ajuda no levantar e na deambulação com canadianas].</p>	<p>Andar Melhorado, até ao momento da alta clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Executar exercícios musculares [isométricos]; ➤ Executar exercícios de movimento articular ativo [assistido e resistido]; ➤ Instruir a pessoa acerca dos exercícios musculares; ➤ Incentivar a pessoa a realizar os exercícios musculares; ➤ Monitorizar força muscular, através da escala de força muscular da MRC; ➤ Assistir a pessoa no levantar e a erguer-se [e a manter posição ortostática com canadianas]; ➤ Monitorizar equilíbrio [estático e dinâmico], através do Índice de Tinetti; ➤ Instruir a pessoa a andar [e a subir e descer escadas] com auxiliares de marcha [canadianas]; ➤ Assistir/Supervisionar a pessoa a andar com auxiliares de marcha [canadianas]; ➤ Instruir sobre a necessidade de manutenção do auxiliar de marcha; ➤ Elogiar a pessoa sobre a colaboração da mesma nos cuidados. 	<p>02/10/22 – A Sra. R. demonstrou compreender as instruções acerca da realização dos exercícios musculares e de movimento articular ativo, tendo efetuado os mesmos com ajuda. Força muscular de nível 5 no membro inferior direito e de nível 3 no esquerdo. A Sra. R. consegue manter posição ortostática e deambular com ajuda de apoio unilateral e com canadianas. Obtido <i>score</i> de 17 no Índice de Tinetti.</p> <p>03/10/22 – A Sra. R. realiza os exercícios musculares com ajuda, evidenciando-se força muscular de nível 4 no membro inferior esquerdo. A Sra. R. consegue manter posição ortostática e deambular com canadianas, com supervisão. Obtido <i>score</i> de 19 no Índice de Tinetti.</p> <p>06/10/22 (consulta externa) – A Sra. R. deambula com canadianas, apenas com necessidade de supervisão. Avaliação de força muscular e equilíbrio sobreponíveis.</p>
---	--	--	--

<p>Autocuidado Lavar-se Comprometido [02/10/2022], [relacionado com limitações da mobilidade associadas a artroplastia total da anca esquerda, manifestado por necessidade de ajuda nos cuidados de higiene]</p>	<p>Autocuidado Lavar-se Melhorado, até ao momento da alta clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Instruir a pessoa acerca dos cuidados de higiene; ➤ Avaliar condições habitacionais antes do cuidado no domicílio; ➤ Instruir a pessoa acerca de dispositivos auxiliares [produtos de apoio, como barras de apoio e banco]; ➤ Instruir a pessoa a andar com auxiliares de marcha [canadianas] até ao WC; ➤ Instruir a pessoa a transferir-se [cabine de duche]; ➤ Assistir a pessoa nos cuidados de higiene no WC [não realizado]; ➤ Elogiar a pessoa sobre a colaboração da mesma nos cuidados. 	<p>02/10/22 – Efetuados cuidados de higiene no leito.</p> <p>03/10/22 – Efetuados os cuidados de higiene no leito. A Sra. R. tem chuveiro no domicílio, pelo que foram dadas instruções quanto à aquisição de produtos de apoio (banco e barras de apoio), transferências para o banco no WC e cuidados na realização da higiene, com ajuda de cuidadora, tendo a pessoa se mostrado recetiva e demonstrado compreender as mesmas.</p> <p>06/10/22 (consulta externa) – A Sra. R. realiza os cuidados de higiene no WC, com ajuda da cuidadora na limpeza dos membros inferiores e recurso a banco.</p>
---	--	--	--

<p>Autocuidado Vestir-se e Despir-se Comprometido [02/10/2022], [relacionado com limitações da mobilidade associadas a artroplastia total da anca esquerda, <u>manifestado por</u> necessidade de ajuda no vestir e despir das calças, meias e sapatos]</p>	<p>Autocuidado Vestir-se e Despir-se Melhorado, até ao momento da alta clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Instruir a pessoa no autocuidado vestir-se e despir-se: <ul style="list-style-type: none"> ▪ [Fornecer instruções sobre vestir primeiro o membro operado e depois o membro são; ▪ Fornecer instruções sobre despir primeiro o membro são e depois o membro operado.] ➤ Assistir a pessoa no autocuidado vestir-se e despir-se; ➤ Elogiar a pessoa sobre a colaboração da mesma nos cuidados. 	<p>02/10/22 – A Sra. R. colaborou no vestir da roupa, necessitando de ajuda no vestir dos membros inferiores e a calçar os sapatos.</p> <p>03/10/22 – A Sra. R. colaborou no vestir da roupa, necessitando de ajuda no vestir dos membros inferiores e a calçar os sapatos.</p> <p>06/10/22 (consulta externa) – A Sra. R. colabora no vestir e despir, mantendo necessidade de ajuda no vestir e despir dos membros inferiores e a calçar os sapatos.</p>
<p>Capacidade para Usar Sanitário Comprometida [02/10/2022], [relacionado com limitações da mobilidade associadas a artroplastia total da anca esquerda, <u>manifestado por</u> necessidade de ajuda na ida ao sanitário]</p>	<p>Capacidade para Usar Sanitário Melhorada, até ao momento da alta clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fornecer arrastadeira, quando aplicável; ➤ Assistir/Supervisionar a pessoa a andar com auxiliares de marcha [ou cadeira higiénica até à sanita]; ➤ Instruir e assistir a pessoa a transferir-se para a sanita; ➤ Elogiar a pessoa sobre a colaboração da mesma nos cuidados. 	<p>02/10/22 – A Sra. R. solicitou arrastadeira para eliminação vesical.</p> <p>03/10/22 – A Sra. R. deslocou-se ao sanitário com recurso a cadeira higiénica.</p> <p>06/10/22 (consulta externa) – A Sra. R. é independente na ida ao sanitário com canadianas.</p>

<p>Baixo Risco de Queda [02/10/2022], [relacionado com <i>score</i> de 19 na Índice de Tinetti]</p>	<p>Episódio de Queda Ausente, até ao momento da alta clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliar risco de queda, através do Índice de Tinetti (ver Apêndice I); ➤ Assistir a pessoa no levantar e a erguer-se; ➤ Monitorizar risco de queda e equilíbrio [estático e dinâmico], através do Índice de Tinetti; ➤ Assistir/Supervisionar a pessoa a andar com auxiliares de marcha; ➤ Gerir ambiente físico; ➤ Instruir a pessoa sobre medidas de prevenção de quedas no domicílio; ➤ Elogiar a pessoa sobre a colaboração da mesma nos cuidados. 	<p>02/10/22 – Ausência de episódio de queda.</p> <p>03/10/22 – Ausência de episódio de queda.</p> <p>06/10/22 (consulta externa) – Ausência de episódio de queda.</p>
---	---	---	--

<p>Alto Risco de Queda [02/10/2022], [relacionado com <i>score</i> de 75 na Escala de Risco de Queda de <i>Morse</i>.]</p>	<p>Episódio de Queda Ausente, até ao momento da alta clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Monitorizar risco de queda, através da escala de <i>Morse</i> (ver Apêndice II); ➤ Supervisionar a atividade da pessoa; ➤ Assistir/Supervisionar a pessoa a andar com auxiliares de marcha; ➤ Manter campainha ao alcance da pessoa; ➤ Manter a cama e cadeirão travados; ➤ Assistir a pessoa no levantar e a erguer-se; ➤ Gerir ambiente físico; ➤ Instruir a pessoa sobre medidas preventivas de queda no domicílio: <ul style="list-style-type: none"> ▪ [Vestuário e calçado adequado e antiderrapante; ▪ Cuidados em evitar deambular por pavimentos húmidos e/ou molhados; ▪ Remoção de tapetes, mobílias ou outros artefactos que limitem a livre mobilidade pelo domicílio; ▪ Iluminação adequada; ▪ Manutenção dos dispositivos auxiliares de marcha; ▪ Uso de óculos e vigilância regular por parte do oftalmologista e/ou optometrista; ▪ Uso de produtos de apoio adequados (barras de apoio) ▪ Promover exercício físico (realizar caminhadas no futuro, praticando e aumentando intensidade, conforme maior tolerância do membro operado)]. 	<p>02/10/22 – Realizada avaliação do risco de queda, através da escala de <i>Morse</i>, tendo sido obtido um <i>score</i> de 95 – Alto risco de queda. Ausência de episódio de queda.</p> <p>03/10/22 – Ausência de episódio de queda. A Sra. R. foi recetiva aos ensinamentos, tendo demonstrado compreender os mesmos.</p> <p>06/10/22 (consulta externa) – A Sra. R. foi recetiva aos ensinamentos, tendo demonstrado compreender os mesmos. Ausência de episódio de queda.</p>
---	---	---	---

<p>Risco de Ventilação Comprometida [02/10/2022], [relacionado com alterações da mobilidade associadas a fratura subcapital do fémur e artroplastia total da anca esquerda]</p>	<p>Ventilação Normal, até ao momento da alta clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Instruir a pessoa acerca dos exercícios de RFR; ➤ Executar exercícios de RFR: <ul style="list-style-type: none"> ▪ [Consciencialização da respiração; ▪ Exercícios de RFR abdomino-diafragmáticos; ▪ Exercícios de reeducação costal; ▪ Ensino da tosse]. ➤ Incentivar a pessoa a realizar os exercícios de RFR; ➤ Vigiar respiração. 	<p>02/10/22 – Dadas instruções acerca de exercícios de RFR. Utente recetiva e demonstrou compreender as instruções. Padrão respiratório normal mantido.</p> <p>03/10/22 – Feito incentivo da realização dos exercícios de RFR. Padrão respiratório normal mantido.</p> <p>06/10/22 (consulta externa) – Padrão respiratório normal mantido.</p>
--	---	---	--

<p>Conhecimento sobre a Saúde Comprometido [02/10/2022], <u>[relacionado com]</u> fratura de fragilidade e artroplastia total da anca, <u>manifestado por</u> falta de conhecimento acerca dos cuidados a ter com artroplastia total da anca e gestão da osteoporose]</p>	<p>Conhecimento sobre a Saúde Melhorado, até ao momento da alta clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Instruir a pessoa sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ [Osteoporose, gestão do regime medicamentoso e exposição solar; ▪ Cuidados com a dieta na ingestão de cálcio, em colaboração com nutricionista; ▪ Manter realização dos exercícios de RFM e respiratória, treino de marcha e de AVD; ▪ Movimentos anti-luxação no membro com prótese total da anca; ▪ Utilização de produtos de apoio para as AVD; ▪ Prevenção de quedas [ver medidas acima descritas no diagnóstico de alto risco de queda]; ▪ Sinais de alerta de reinternamento hospitalar [febre, repasse do penso, perda de sensibilidade e/ou mobilidade no membro operado, dores intensas e cuidados com cáries ou outras infeções]. ➤ Validar conhecimentos com a pessoa e família; ➤ Elogiar a pessoa, quando demonstram aquisição dos conhecimentos. 	<p>02/10/22 – Dadas instruções acerca de exercícios de RFM e respiratória, movimentos anti-luxação, treino de marcha e de AVD. Utente recetiva e demonstrou compreender as instruções.</p> <p>03/10/22 – Dadas instruções acerca de cuidados com a dieta na ingestão de cálcio, em colaboração com nutricionista; osteoporose, gestão do regime medicamentoso, treino de marcha e de AVD e utilização de produtos de apoio para as AVD. Utente recetiva e demonstrou compreender as instruções.</p> <p>06/10/22 (consulta externa) – Validadas instruções com a Sra. R. e filha sobre regime medicamentoso, exercícios motores, treino de marcha e de AVD, prevenção de quedas e utilização de produtos de apoio, nomeadamente a palmilha com salto para correção da dismetria pós-cirúrgica. Utente recetiva e demonstrou aquisição dos conhecimentos anteriores e compreender as novas instruções acerca da palmilha com salto. Feita referenciação para consulta médica, por motivo de dismetria.</p>
<p>Conhecimento da Família sobre</p>	<p>Conhecimento da Família</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Instruir a cuidadora sobre: 	<p>02/10/22 – Cuidador não presente neste dia de prestação de cuidados.</p>

<p>a Doença Comprometido [02/10/2022], <u>[relacionado com</u> fratura de fragilidade e artroplastia total da anca, <u>manifestado por</u> falta de conhecimento acerca dos cuidados a ter com artroplastia total da anca e gestão da osteoporose]</p>	<p>sobre a Saúde Melhorado, até ao momento da alta clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ [Osteoporose, gestão do regime medicamentoso e exposição solar; ▪ Cuidados com a dieta na ingestão de cálcio; ▪ Manter realização dos exercícios de RFM e respiratória, treino de marcha e de AVD; ▪ Movimentos anti-luxação no membro com prótese total da anca; ▪ Utilização de produtos de apoio para as AVD; ▪ Utilização de sapato com salto para correção de dismetria; ▪ Prevenção de quedas (ver medidas acima descritas no diagnóstico de alto risco de queda); ▪ Sinais de alerta de reinternamento hospitalar [febre, repasse do penso, perda de sensibilidade e/ou mobilidade no membro operado, dores intensas e cuidados com cáries ou outras infeções]. <p>➤ Validar conhecimentos com cuidador; ➤ Elogiar cuidador, quando demonstra aquisição dos conhecimentos.</p>	<p>03/10/22 – Cuidador não presente neste dia de prestação de cuidados.</p> <p>06/10/22 (consulta externa) – Validadas instruções com cuidadora (Sra. P.) sobre regime medicamentoso, exercícios motores, treino de marcha e de AVD, prevenção de quedas e utilização de produtos de apoio, <u>nomeadamente a palmilha com salto para correção da dismetria pós-cirúrgica.</u></p> <p>Cuidadora recetiva e demonstrou aquisição dos conhecimentos anteriores (devido à sua experiência como fisioterapeuta) e compreender as novas instruções acerca da palmilha com salto.</p>
---	---	---	---

1.8. Discussão

Ao assumir a prestação dos cuidados de enfermagem de reabilitação da Sra. R., foi possível desenvolver as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER).

No que diz respeito à competência J1 “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (OE, 2019, p. 13566), esta foi desenvolvida através da avaliação realizada à pessoa quanto à identificação das alterações ao nível da sua funcionalidade, encontrando-se as mesmas traduzidas nos diagnósticos de enfermagem formulados, assim como, através do acompanhamento da pessoa entre os contextos do internamento hospitalar e do regresso a casa, através de uma “consulta de enfermagem de *follow-up*” na consulta externa.

Para além disso, foi concebido, implementado e avaliado o plano de intervenção desenhado de acordo com os diagnósticos/alterações da funcionalidade identificadas, o que dá resposta ao desenvolvimento de todas as alíneas referentes à competência J1 do EEER (OE, 2019).

O desenvolvimento das competências J2 (“Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (OE, 2019, p. 13567)) e J3 (“Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (OE, 2019, p. 13567)) encontra-se presente nas intervenções planeadas, implementadas e avaliadas no plano de cuidados de enfermagem de reabilitação onde muitas delas consistem no treino de AVD e em programas de treino motor e respiratório, visando a readaptação e reeducação funcional da Sra. R., de acordo com as limitações temporárias e permanentes ao nível do movimento corporal do membro inferior, associadas à artroplastia total da anca. Para este efeito, encontram-se sempre presentes intervenções no âmbito da educação e instrução da Sra. R. em relação não apenas aos cuidados com a prótese total da anca, como também aos cuidados de gestão de doença (da osteoporose) e da prevenção de segunda fratura.

Relativamente às consistências deste estudo de caso, foi possível perceber que as intervenções foram adequadas e construídas não apenas de forma a dar resposta às alterações da funcionalidade da Sra. R., como também de acordo com as suas necessidades e recursos, procurando sempre adaptar e mobilizar produtos de apoio que permitissem reproduzir os treinos efetuados no internamento para o domicílio. Exemplos destes cuidados foram a avaliação do domicílio da pessoa e as intervenções realizadas

com base nessa avaliação, como o treinar o levantar da cama pelo lado que a Sra. R. se levanta no domicílio, assim como, recomendar a aquisição de produtos de apoio (canadianas, barras de apoio e alteador de sanita), de modo a promover o autocuidado, a independência e a acessibilidade no domicílio e aos recursos da comunidade.

Como consistências no plano de cuidados, surgem também os instrumentos de avaliação mobilizados, que permitiram avaliar de forma objetiva a evolução e a eficácia das intervenções implementadas ao nível da força muscular, do equilíbrio e do grau de dependência, assim como, do risco de queda.

Para além disso, houve a preocupação em envolver a cuidadora (Sra. P., filha da Sra. R.) nos cuidados com a situação de saúde/doença da Sra. R., quando foi possível, sendo que esse momento apenas se proporcionou na consulta de enfermagem pós-alta hospitalar. No entanto, surgiu como fator facilitador o facto da filha da Sra. R. ter sido fisioterapeuta de profissão, pois a mesma já se encontrava capacitada ao nível de muitas das instruções transmitidas, nomeadamente ao nível do uso de produtos de apoio e da adoção de medidas preventivas das quedas, demonstrando-se igualmente recetiva em relação às restantes instruções transmitidas.

Por outro lado, como inconsistência no plano de cuidados, surge o treino do autocuidado lavar-se, não tendo sido efetuado na minha prestação de cuidados a o treino e a assistência na higiene da pessoa no WC, o que surge como uma falha no treino das AVD para preparação no regresso a casa. No entanto, esta inconsistência também se prende com uma questão de barreira arquitetónica da própria infra-estrutura hospitalar que não permite a utilização de uma cadeira higiénica de forma segura para os cuidados de higiene, pois a mesma não sobe para o chuveiro por motivo de existência de um degrau. Deste modo, apenas quando a pessoa consegue deambular com as canadianas apenas com necessidade de supervisão e com um bom equilíbrio é que é possível realizar este treino de AVD com a pessoa com a segurança adequada.

Por último, durante a prestação dos cuidados de enfermagem de reabilitação à Sra. R., foi realizada uma avaliação e abordagem multidisciplinar no tratamento da osteoporose e na prevenção de segunda fratura, onde a equipa médica prescreveu regime medicamentoso dirigido à patologia, a nutricionista providenciou ensinamentos e sugestões alternativas à Sra. R. em termos de ingestão de maiores quantidades de cálcio, vitamina D e proteína na sua dieta e a fisioterapeuta colaborou na execução dos programas de treino motor.

Deste modo, pretendeu-se construir uma intervenção de enfermagem de reabilitação no âmbito do cuidado transicional, onde foi realizada a avaliação e abordagem multidisciplinar à pessoa, família e seus recursos e implementado um programa de reabilitação multidisciplinar adequado às necessidades da pessoa e família no internamento hospitalar, visando que o mesmo tivesse continuidade no domicílio da Sra. R., após o regresso a casa da mesma.

Como consulta de enfermagem de *follow-up*, surgiu a consulta de enfermagem para realização de penso onde, para além de realizar os cuidados à ferida cirúrgica, foi possível monitorizar a adesão ao programa de reabilitação e articular cuidados, quando necessário, em termos hospitalares, como foi aqui o caso, por motivo de dismetria do membro operado.

1.9. Recomendações

Tendo em consideração tudo o que foi anteriormente mencionado, surgem como recomendações futuras delinear planos de intervenção que visem mobilizar o cuidado transicional ao nível da intervenção à pessoa com fratura de fragilidade, como é o caso da Sra. R., e procurar fazê-lo através de uma abordagem multidisciplinar, onde o EEER assume-se como gestor de caso e procura articular a sua intervenção em conjunto com profissionais de outras áreas, de acordo com as necessidades identificadas na pessoa.

No que diz respeito ao programa de reabilitação criado, este serve como exemplo para outros casos de fraturas de fragilidade ao nível da extremidade superior do fémur, pois apresenta programas de treino motor, respiratório e de AVD reaplicáveis a casos semelhantes, podendo apenas diferir em termos da carga a efetuar no membro operado no pós-operatório e restrições do movimento da articulação coxofemoral, estando esses aspetos dependentes do tipo de fratura de anca e intervenção cirúrgica realizada.

Quanto à monitorização e vigilância da adesão ao programa de reabilitação após a alta hospitalar, estas revelam-se fundamentais para garantir um cuidado transicional adequado e uma evolução clínica favorável por parte da pessoa com fratura de fragilidade, não apenas ao nível da promoção da sua independência, como também para prevenção de complicações e promoção da sua reintegração social na comunidade, revelando-se aqui a pertinência emergente da existência de uma consulta de enfermagem dirigida a este mesmo propósito.

Para este efeito, recomenda-se também futuramente uma articulação/referenciação mais próxima dos recursos da comunidade, nomeadamente com as equipas de saúde dos cuidados de saúde primários das áreas de abrangência pertencentes ao centro hospitalar, de modo a manter a continuidade e o apoio diferenciado aos cuidados no domicílio, caso se detete essa necessidade.

Por fim, através da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à Sra. R. e da realização deste estudo de caso, foi possível compreender que

o EEER desempenha um papel preponderante na recuperação da pessoa idosa após uma fratura da extremidade superior do fémur pois concorre com a sua intervenção para a restituição da capacidade funcional que a pessoa tinha antes da fratura, minimiza a incapacidade e a dependência e aumenta a autonomia e a qualidade de vida (Sousa & Carvalho, 2017, p. 422).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para avaliação em geriatria (Geriatric Instruments)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. Disponível em: <https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php>.
- Brás, V., Boaventura, I., Rodrigues, I., & Amaral, I. (2019). Osteoporose e Quedas: Problemas Não Valorizados pela Comunidade Médica Portuguesa. *Revista da SPMFR*, 31 (2), 15-23. <http://dx.doi.org/10.25759/spmfr.312>
- Teixeira, F.C., Serejo, R. F., & Araújo, F. C. (2022). Osteoporose na Medicina Geral e Familiar: Estaremos a Fazer o Necessário?. *Gazeta Médica*, 153-159. <https://doi.org/10.29315/gm.v9i2.584>
- Direção-Geral de Saúde (DGS) (2013). *Avaliação Antropométrica no Adulto*. (Circular Normativa nº 017/2013). Lisboa: DGS.
- International Council of Nurses (2020). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE: Versão 2019*. Disponível em <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R. & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. In Ribeiro, O. (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas*. (pp 281-328). Lisboa: Lidel.
- Marques, A., Rodrigues, A., Romeu, J., Ruano, A., Barbosa, A., Simões, E., Águas, F., Canhão, H., Alves, J., Lucas, R., Branco, J., Laíns, J., Mascarenhas, M., Simões, S., Tavares, V., Lourenço, Óscar, & Silva, J. (2016). Recomendações multidisciplinares portuguesas sobre o pedido de DXA e indicação de tratamento de prevenção das fraturas de fragilidade. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 32(6), 425–41. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v32i6.11964>
- Nunes, R. (2021). *Manual de Fraturas - Diagnóstico e Tratamento*. Lisboa: Lidel.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos

Enfermeiros.https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 392/2019 - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. In: Diário da República, 2.ª série, n.º 85 de 3 de maio de 2019, 13565-13568

Prado, R., Helena, I., Sara, I., & Francisca, I. (2020). Mortalidade e Agravamento de Capacidade de Marcha em Doentes com Fraturas de Fragilidade da Extremidade Proximal do Fémur. *Revista da SPMFR*, 32 (4), 142-154. <http://dx.doi.org/10.25759/spmfr.325>

Sousa, L., & Carvalho, M. L. (2017). Pessoa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 405-420). Loures: Lusodidacta.

APÊNDICE I

Índice de Tinetti aplicado à Sra. R.

POMA I

(PERFORMANCE-ORIENTED ASSESSMENT OF MOBILITY I – BALANCE)

AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE E EQUILIBRIO ESTÁTICO E DINÂMICO

TESTE DE TINETTI

EQUILIBRIO ESTÁTICO

CADEIRA:

1. EQUILÍBRIO SENTADO

0 – inclina – se ou desliza na cadeira

1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira

2 – estável, seguro

2. LEVANTAR –SE

0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio

1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa

2 – capaz na 1ª tentativa sem usar os braços

3. EQUILIBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)

0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)

1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se

2 – estável sem qualquer tipo de ajudas

4. EQUILIBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS

0 – instável

1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de

marcha para apoio

2 – pés próximos e sem ajudas

5. PEQUENOS DESIQUILÍBRIOS NA MESMA POSIÇÃO (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)

0 – começa a cair

1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza

2 – estável

6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO

0 – instável

1 – estável

7. VOLTA DE 360° (2 vezes)

0 – instável (agarra – se, vacila)

1 – estável, mas dá passos descontínuos

2 – estável e passos contínuos

8. APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)

0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objecto

1 – aguenta 5 segundos de forma estável

9. SENTAR-SE

0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância

1 – usa os braços ou movimento não harmonioso

2 – seguro, movimento harmonioso

Pontuação: 11 / 16

APÊNDICE I (continuação)

EQUILIBRIO DINÂMICO – MARCHA

Instruções: O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.

10. INÍCIO DA MARCHA (imediatamente após o sinal de partida)
 - 0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar
 - 1 – sem hesitação
11. LARGURA DO PASSO (pé direito)
 - 0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
 - 1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio
12. ALTURA DO PASSO (pé direito)
 - 0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo
 - 1 – o pé direito eleva-se completamente do solo
13. LARGURA DO PASSO (pé esquerdo)
 - 0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
 - 1 – ultrapassa o pé direito em apoio
14. ALTURA DO PASSO (pé esquerdo)
 - 0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo
 - 1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo
15. SIMETRIA DO PASSO
 - 0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico
 - 1 – comprimento do passo aparentemente simétrico
16. CONTINUIDADE DO PASSO
 - 0 – pára ou dá passos descontínuos
 - 1 – passos contínuos
17. PERCURSO DE 3m (previamente marcado)
 - 0 – desvia-se da linha marcada
 - 1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha
 - 2 – sem desvios e sem ajudas
18. ESTABILIDADE DO TRONCO
 - 0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha
 - 1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha
 - 2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha
19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA
 - 0 – calcanhares muito afastados
 - 1 – calcanhares próximos, quase se tocam

Pontuação: 8 / 12

Pontuação total: 19 / 28

Fonte: Mary E. Tinetti – YALE UNIVERSITY (with permission)

Risco de Queda	Score
Alto Risco	< 19
Médio Risco	19 - 24
Baixo Risco	25 – 28

Retirado de:

Apóstolo, J. (2012). Instrumentos para avaliação em geriatria (Geriatric Instruments). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. Disponível em: <https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php>

APÊNDICE II

Escala de Risco de Queda de *Morse* Aplicada à Sra. R.

Tabela 1

Itens da versão portuguesa da Escala de Quedas de Morse

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

Total: 75

Escala de Risco de Queda de <i>Morse</i>	
Classificação	Score
Alto Risco de Queda	51 – 125
Baixo Risco de Queda	25 – 50
Sem Risco de Queda	0 – 24

Retirado de:

Costa-Dias, M. J. M., Lopes, P. & Oliveira, A. S.. (2014). *Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse*. Revista de Enfermagem Referência, ser IV(2), 7-17.

APÊNDICE III

Índice de Barthel Aplicado à Sra. R.

1. Alimentação	
Independente.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado.....	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda).....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses).....	<input checked="" type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel.....	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Impossível.....	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional.....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres.....	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	85

Índice de Barthel	
Grau de Dependência	Score
Independente	100
Dependente em grau reduzido	76 - 99
Dependente em grau moderado	51 – 75
Dependente em grau elevado	26 – 50
Totalmente Dependente	0 - 25

Retirado de:

Direção-Geral de Saúde (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. (Circular Normativa nº 054/2011). Lisboa: DGS.

APÊNDICE IV – Estudo de Caso II (UCC)



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular Estágio com Relatório - Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação

3º Semestre

Unidade de Cuidados na Comunidade

ESTUDO DE CASO II

Discente: Ana Filipa Martins Serra, nº 5799

Regente da UC: Prof. Maria do Céu Sá
Docente Orientadora: Prof. Dra. Cristina Baixinho

Lisboa,

Janeiro de 2023

LISTA DE ABREVIATURAS

AVD – Atividades de Vida Diária

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

MRC – *Medical Research Council*

OE – Ordem dos Enfermeiros

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

ÍNDICE

1. ESTUDO DE CASO	2
1.1. Introdução	2
1.2. Caracterização da Etiologia e Patogenia	2
1.3. História de Enfermagem	4
1.3.1. Motivo do Internamento	4
1.3.2. Antecedentes Pessoais	4
1.3.3. Antecedentes Familiares	5
1.3.4. Genograma	5
1.3.5. Ecomapa	5
1.3.6. História de Saúde Atual	6
1.4. Avaliação Física e do Estado Mental	7
1.5. Identificação dos Défices do Autocuidado, segundo a Teoria do Défice do Autocuidado de <i>Dorothea Orem</i>	9
1.5.1. Défice do Autocuidado Andar	10
1.5.2. Défice do Autocuidado Lavar-se	10
1.5.3. Défice do Autocuidado Vestir-se e Despir-se	10
1.5.4. Défice do Autocuidado Posicionar-se/Transferir-se	10
1.5.5. Défice do Autocuidado Usar o Sanitário	11
1.6. Tratamentos Relacionados	11
1.7. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)	13
1.8. Discussão	23
1.9. Recomendações	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

2. ESTUDO DE CASO

2.1. Introdução

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, foi autoproposta a elaboração de um estudo de caso com a finalidade de estudar a situação clínica de uma pessoa com fratura de fragilidade, sob a visão de cuidados de enfermagem de reabilitação definida no âmbito do tema do relatório final de estágio, sendo este o cuidado transicional.

Ao longo deste trabalho, irá ser explorada a situação clínica de uma pessoa, tendo sido consultadas diversas fontes de informação para este efeito, estando entre elas a própria pessoa e família (através de observação e entrevista), os registos de enfermagem e médicos, a equipa de enfermagem e, por último, a literatura científica pertinente para o estudo da situação clínica. Por motivo de garantia da confidencialidade dos dados, todas as pessoas envolvidas na situação serão tratadas apenas pelas iniciais do seu nome.

A pessoa estudada neste estudo de caso será o Sr. A., que tem 86 anos, é reformado, recentemente viúvo, tem uma filha, a Sra. M., que lhe dá apoio como cuidadora e não apresenta antecedentes pessoais ou alergias conhecidas. Habita num apartamento T2, num prédio com elevador, com áreas espaçosas, uma varanda na cozinha, duas casas-de-banho com banheira e perto de zonas de comércio local e do centro de saúde.

O Sr. A. tinha solicitado apoio à equipa da UCC apenas para realização de penso no domicílio, mas a enfermeira generalista responsável pela área geográfica do Sr. A. referenciou o senhor às enfermeiras de reabilitação da UCC, para avaliação e decisão de necessidade de intervenção de reabilitação.

O Sr. A. deu entrada no serviço de ortopedia a 26/12/22, por motivo de fratura subcapital do fémur à esquerda, após queda da própria altura, causada por má iluminação, de um lance de escadas de 3 degraus, tendo ficado internado para tratamento cirúrgico. A 27/12/22 foi submetido a hemiartroplastia cimentada bipolar da anca esquerda, sem intercorrências. Teve alta clínica a 31/12/22 para domicílio da filha, com indicação para deambulação com carga parcial, realização de penso no centro de saúde e agendamento de consulta médica de ortopedia para 13/01/23.

Durante o internamento do Sr. A., ocorreu o falecimento da sua esposa, por motivo de agravamento de quadro clínico decorrente de uma cardiopatia isquémica, da qual já era cuidador. Por esta razão, assim como, pela situação clínica do Sr. A., a filha M. decidiu com o Sr. A. que este fosse viver com ela no seu apartamento durante o seu período de recuperação, mas ponderaram que esta se torne uma decisão permanente. Tanto o Sr. A.,

como a Sra. M. demonstram estratégias de *coping* eficazes no processo de luto, falando abertamente do assunto e verbalizando aceitação em relação à morte da Sra. L., sem evidenciar fâcies de choro ou labilidade emocional.

A Sra. M. é professora, solteira, sem filhos e solicitou baixa de assistência à família durante duas semanas após a cirurgia do pai. Retomou as funções de trabalho a 16/01/23.

Durante o acompanhamento do Sr. A por parte da equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Continuados (UCC), apresentaram-se como focos de atenção de enfermagem de reabilitação os seguintes: compromisso dos autocuidados ao nível da mobilidade (andar e subir e descer escadas), da higiene, das transferências, do vestir e despir e utilização do sanitário; presença de risco de queda e falta de conhecimento acerca da sua patologia e tratamento.

Como focos de atenção gerais de enfermagem, apresentaram-se o controlo da dor, os cuidados à ferida cirúrgica e a presença de risco de desenvolvimento de úlceras por pressão.

Por fim, ao longo deste estudo de caso, irão ser aprofundadas, de forma teórica, as patologias da pessoa, assim como, irão ser apresentadas a sua história clínica, a sua avaliação física e comportamental, os tratamentos relacionados e o respetivo plano de cuidados de enfermagem à pessoa e família, adequado às necessidades de ambos.

2.2. Caracterização da Etiologia e Patogenia

Relativamente às patologias do Sr. A., serão apenas abordadas as patologias que motivaram o internamento hospitalar, visto que foram estas que motivaram a continuidade dos cuidados na comunidade e as restantes patologias encontrarem-se controladas e estabilizadas, como será perceptível posteriormente.

Por este motivo, irá ser contextualizada a fratura subcapital do fémur e o seu tratamento cirúrgico – hemiartroplastia cimentada bipolar da anca –, assim como, o conceito de fratura de fragilidade e da patologia de base subjacente a esta última – osteoporose –, surgindo aqui um antecedente pessoal do Sr. A., até então desconhecido para o mesmo e que não foi abordado/tratado durante o seu internamento hospitalar.

Antes de mais, a osteoporose é uma doença prevalente nos idosos, que se define como uma “doença metabólica sistémica que se caracteriza pela diminuição da massa óssea e deterioração da microarquitetura do osso, responsáveis pelo aumento da fragilidade óssea e, conseqüentemente, do risco de fratura” (Brás da Silva *et al.*, 2019, p.

16). Atualmente, “estima-se que a prevalência de osteoporose na população adulta em Portugal seja de 10,2%, sendo mais frequente nas mulheres (17%) do que nos homens (2,6%)” (Teixeira, Serejo & Araújo, 2022, p. 154).

Por essa razão, as fraturas da extremidade proximal do fémur que decorrem “de um trauma menor, de baixo impacto, como uma queda igual ou inferior à própria altura, excluindo fraturas patológicas, como as neoplásicas” (Teixeira, Serejo & Araújo, 2022, p. 156) definem-se como fraturas de fragilidade, pois estas encontram-se relacionadas com fatores predisponentes como a fragilidade óssea consequente da osteoporose (Prado *et al.*, 2020) e “conduzem a um aumento da morbidade e da mortalidade, representando uma sobrecarga nos serviços de saúde” (Teixeira, Serejo & Araújo, 2022, p. 154).

As fraturas da extremidade superior do fémur, na qual se incluem as fraturas subcapitais, “são mais frequentes (...) em idades avançadas devido ao envelhecimento da população” (Sousa & Carvalho, 2017, p. 421), estimando-se que “a incidência destas fraturas aumenta após os 60 anos e apresenta um pico entre 70 e 79 anos, devido à osteoporose” (Sousa & Carvalho, 2017, p. 421).

No que concerne as fraturas do fémur proximal com desvio (tipo III e IV de Garden), nas quais se inclui a fratura subcapital, estas são, quase na totalidade, tratadas cirurgicamente e, “em doentes com idade superior a 65 anos, o tratamento indicado é a artroplastia da anca” (Nunes, 2021, p. 105).

Uma artroplastia da anca pode ser total ou parcial (hemiartroplastia), sendo que uma hemiartroplastia envolve apenas a remoção do local da fratura e a substituição da cabeça femoral por uma prótese; enquanto que, na prótese total da anca, o mesmo ocorre, mas a mesma inclui a colocação de uma cúpula acetabular (Palm, 2021).



Figura 1 – Radiografia de Hemiartroplastia e Prótese Total da Anca (Palm, 2021, p. 129)

Comparando as duas abordagens, “as hemiartroplastias tradicionalmente têm uma taxa de luxação reduzida, tempo de cirurgia mais curto e menos perda de sangue do que uma artroplastia total da anca” (Palm, 2021, p. 131).

Quanto à escolha de realizar uma hemiartroplastia unipolar ou bipolar, a literatura descreve que “relatos de erosão condral acetabular, após hemiartriplastia unipolar, encorajaram cabeças bipolares com uma junta esférica adicional – a sua eficiência, no entanto, ainda é debatida” (Palm, 2021, p. 131).

Relativamente à cimentação, esta “está associada a mais luxações em alguns estudos, mas menos em outros” (Palm, 2021, p. 131) e parece melhorar a qualidade de vida e a mobilidade da pessoa, reduzir a dor, o risco de morte após 12 meses da cirurgia e a taxa de fraturas periprotésicas (1 a 7% para próteses não cimentadas)” (Palm, 2021; Lewis *et al.*, 2022).

No entanto, “a cimentação provavelmente aumenta o risco de embolia gasosa, perda de sangue e tempo de cirurgia, mas os registos mostraram que a mortalidade aguda mais alta parece equilibrar-se após alguns meses” (Palm, 2021, p. 131).

Para além de todos estes aspetos que concernam a abordagem cirúrgica e o impacto que a mesma tem na pessoa, é de maior relevo referir que nos indivíduos que sofrem fraturas da extremidade proximal do fémur o seu resultado funcional encontra-se mais dependente não do tratamento cirúrgico mas da idade, número de atividades de vida diária (AVD) e instrumentais realizadas de forma independente e comorbilidades prévias à fratura (Brás da Silva *et al.*, 2019). Isto porque,

após este tipo de eventos apenas 15% dos doentes recupera a capacidade funcional prévia para a qual contribuem vários fatores: instituição de um programa de reabilitação precoce (imediatamente após o evento), apoio social e tratamento do défice de vitamina D (Brás da Silva *et al.*, 2019).

Assim sendo, é fundamental a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), pois este define programas de reabilitação motora onde

os objetivos passam por prevenir complicações articulares, tais como a luxação dos componentes protésicos, a falência dos materiais de osteossíntese ou a rigidez da articulação envolvida, promover o aumento da força muscular e da amplitude do movimento articular e ainda a autonomia nos diferentes domínios do autocuidado (Lourenço *et al.*, 2021, pp. 298-299).

Para além disso, o EEER tem competências ao nível do apoio social, através da gestão dos recursos da comunidade, prescrição de produtos de apoio e gestão da dinâmica

familiar e dos cuidadores, assim como, no tratamento da osteoporose e do défice da vitamina D, através do apoio na gestão do regime medicamentoso, medidas não farmacológicas e promoção da literacia em saúde (OE, 2019b). Para além disso, a articulação/referenciação com outros profissionais de saúde para este efeito (médico, assistente social e psicólogo) é também uma competência e dever do EEER, no que concerne a gestão e melhoria da qualidade dos cuidados (OE, 2019a).

Com isto, visa-se atingir o melhor prognóstico para a pessoa, sendo este “o retorno ao nível de funcionalidade prévia, quando possível, a reinserção na comunidade e a prevenção de novas fraturas” (Prado *et al.*, 2020, p. 143).

2.3. História de Enfermagem

2.3.1. Motivo do Internamento

O Sr. A. deu entrada no serviço de ortopedia a 26/12/22, por motivo de fratura subcapital do fémur à esquerda, após queda da própria altura de um lance de escadas de 3 degraus causada por má iluminação, visto que o mesmo referiu que “daquela vez não acendi a luz” (sic), tendo ficado internado para tratamento cirúrgico. No dia 27/12/22 foi submetido a hemiartroplastia bipolar cimentada da anca esquerda, sem intercorrências.

2.3.2. Antecedentes Pessoais

O Sr. A. apresentou como antecedentes pessoais hipertensão arterial, dislipidemia, prostatectomia em 2001 por hiperplasia benigna da próstata, orquidectomia radical à esquerda e cirurgia de correção de hidrocele à direita em 2010.

Considerando a história de admissão e anterior fundamentação no capítulo anterior, assume-se também que seja provável haver um processo de osteoporose instalado.

2.3.3. Antecedentes Familiares

O Sr. A. não referiu antecedentes familiares relevantes para este estudo de caso.

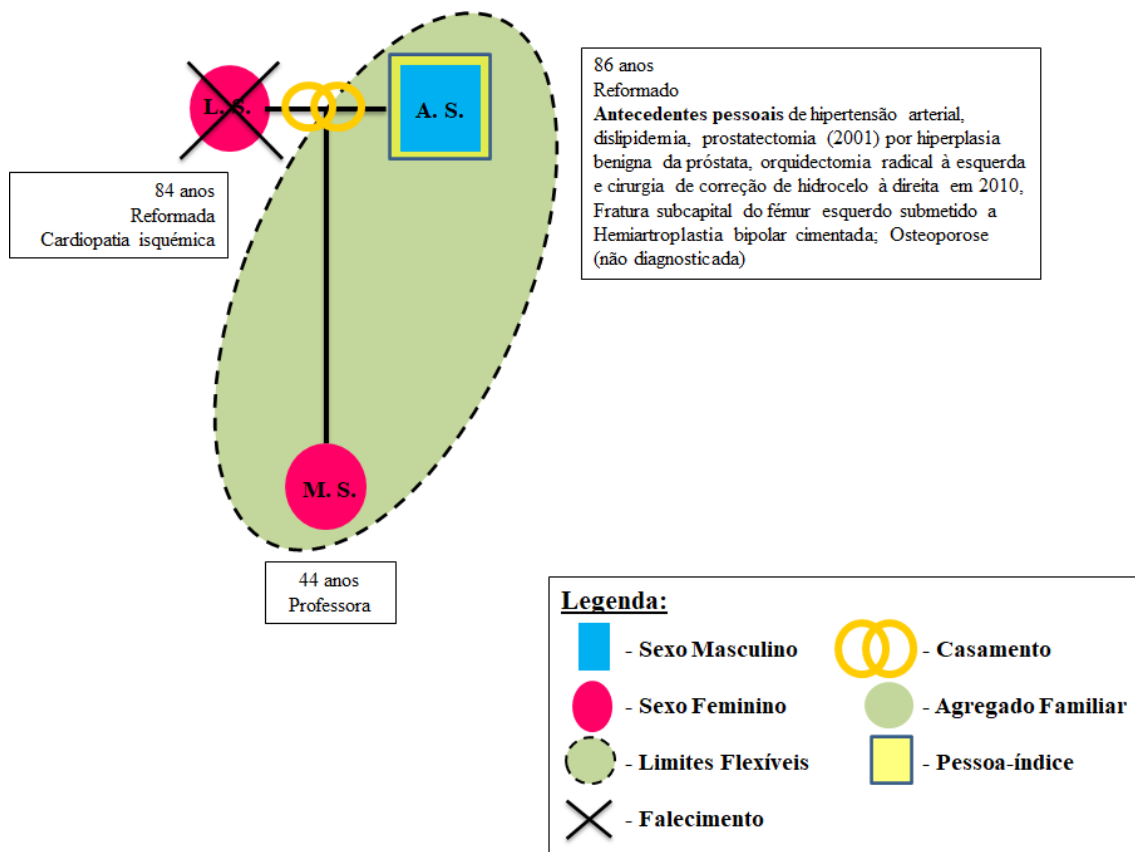
2.3.4. Genograma

Como foi acima referido, o Sr. A. é recentemente viúvo e tem uma filha que lhe dá apoio como cuidadora, a Sra. M..

A Sra. M. tem 44 anos, é saudável, professora, solteira, sem filhos e solicitou baixa de assistência à família durante duas semanas após a cirurgia do pai. Retomou as funções de trabalho a 16/01/23.

A esposa do Sr. A., a Sra. L., faleceu por motivo de agravamento de um quadro clínico decorrente de uma cardiopatia isquémica.

Quer estes aspetos, quer os antecedentes pessoais do Sr. A. encontram-se representados no seguinte Genograma:



2.3.5. Ecomapa

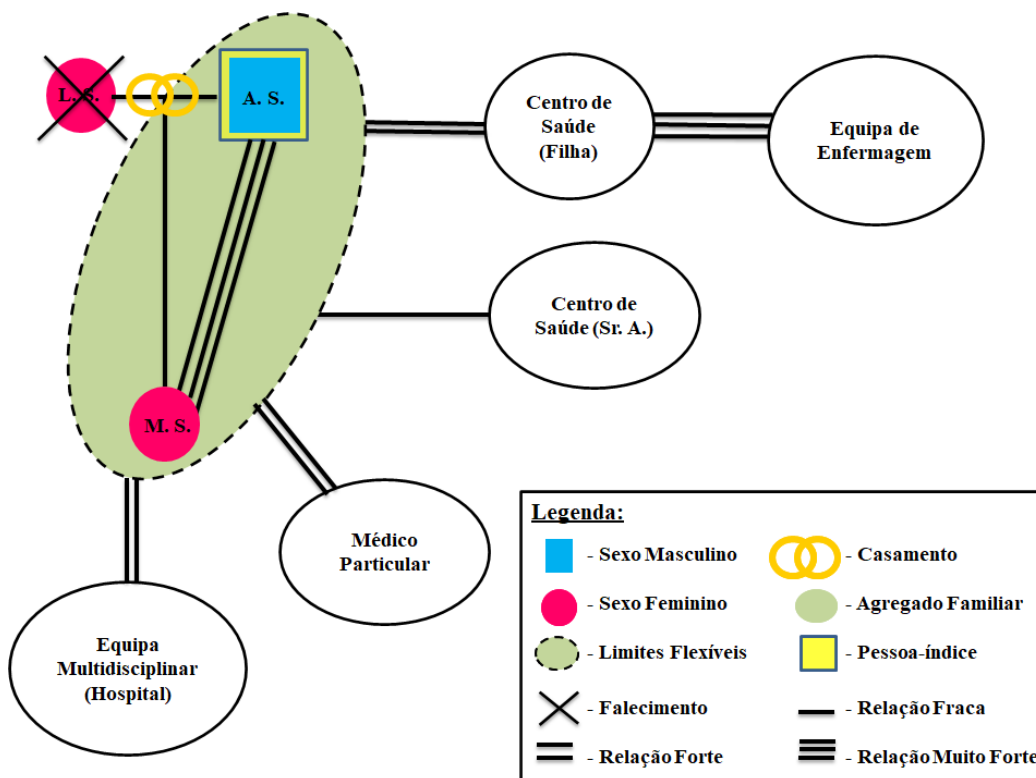
Segundo dados colhidos, o Sr. A. mantém uma relação muito próxima e muito forte com a filha, a Sra. M., que é quem se identificou como a pessoa de referência na prestação dos cuidados no internamento e acompanhamento no pós-alta.

No que concerne a relação estabelecida com as equipas de saúde do hospital, o Sr. A. mantém uma forte relação.

Quanto à relação estabelecida com a equipa de enfermagem da UCC do centro de saúde da área de residência da sua filha, o Sr. A. mantém uma relação muito forte. No

entanto, por sua vez, o Sr. A. mantém uma fraca relação com o centro de saúde da sua área de residência, mas mantém uma vigilância regular e adequada do seu estado clínico, através de consultas médicas particulares, articuladas pela Sra. M..

Todas as relações descritas encontram-se representadas no seguinte Ecomapa:



2.3.6. História de Saúde Atual

A pessoa estudada neste estudo de caso será o Sr. A., que tem 86 anos, é reformado, recentemente viúvo, tem uma filha, a Sra. M., que lhe dá apoio como cuidadora e não apresenta antecedentes pessoais ou alergias conhecidas. Habita num apartamento T2, num prédio com elevador, com áreas espaçosas, uma varanda na cozinha, duas casas-de-banho com banheira e perto de zonas de comércio local e do centro de saúde.

O Sr. A. deu entrada no serviço de ortopedia a 26/12/22, por motivo de fratura subcapital do fémur à esquerda, após queda da própria altura, causada por má iluminação, de um lance de escadas de 3 degraus, tendo ficado internado para tratamento cirúrgico. A 27/12/22 foi submetido a hemiartroplastia cimentada bipolar da anca esquerda, sem intercorrências. Teve alta clínica a 31/12/22 para domicílio da filha, com indicação para deambulação com carga parcial, realização de penso no centro de saúde e agendamento de consulta médica de ortopedia para 13/01/23.

Durante o internamento do Sr. A., ocorreu o falecimento da sua esposa, por motivo de agravamento de quadro clínico decorrente de uma cardiopatia isquémica, da qual já era cuidador. Por esta razão, assim como, pela situação clínica do Sr. A., a filha M. decidiu com o Sr. A. que este fosse viver com ela no seu apartamento durante o seu período de recuperação, mas ponderaram que esta se torne uma decisão permanente.

O domicílio do Sr. A. anteriormente ao internamento encontra-se numa localidade que fica a cerca de 133 km de distância do domicílio da filha e consiste numa vivenda com dois andares, escadas e um quintal com animais de criação. Apesar do Sr. A. concordar em residir com a filha, ambos referem o desejo do Sr. A. conseguir recuperar de forma a conseguir realizar visitas esporádicas à casa, para manutenção, nomeadamente conseguir subir e descer as escadas da mesma.

A Sra. M. é professora, solteira, sem filhos e solicitou baixa de assistência à família durante duas semanas após a cirurgia do pai. Retomou as funções de trabalho a 16/01/23.

Durante o acompanhamento do Sr. A. por parte da equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Continuados (UCC), apresentaram-se como focos de atenção de enfermagem de reabilitação os seguintes: compromisso dos autocuidados ao nível da mobilidade (andar e subir e descer escadas), da higiene, das transferências, do vestir e despir e utilização do sanitário; presença de risco de queda e falta de conhecimento acerca da sua patologia e tratamento.

Como focos de atenção gerais de enfermagem, apresentaram-se o controlo da dor, os cuidados à ferida cirúrgica e a presença de risco de desenvolvimento de úlceras por pressão.

2.4. Avaliação Física e do Estado Mental

Nos momentos de prestação de cuidados, o Sr. A. manteve-se consciente, calmo e orientada no tempo, espaço, pessoa e situação. Manteve juízo crítico face à sua situação clínica. O Sr. A. apresenta alterações ao nível da visão, necessitando do uso de óculos, mas não apresenta alterações ao nível da audição.

O Sr. A. apresenta dentição completa nos maxilares superior e inferior, não referindo dificuldade na mastigação dos alimentos. Atualmente pesa 70 Kg e mede 1,70m de altura, apresentando por isso um IMC de 24,2 kg/m² (Peso normal (DGS, 2013)).

No que diz respeito aos sinais vitais, registaram-se os seguintes últimos valores (24/01/23): 141/81 mmHg de pressão arterial; 81 bpm de frequência cardíaca (pulso forte,

rítmico e regular) e 0 de dor, na escala numérica da dor. Quanto ao padrão respiratório do Sr. A., este manteve-se com as seguintes características: respiração eupneica, ritmo regular, tipo mista e frequência respiratória de 14 cvm, excepto a 17/01/23 onde o Sr. A. apresentou polipneia associada a irritação nasal que costuma ocorrer de forma sazonal (sic), mas manteve valores de 96% de SpO₂ em ar ambiente e, na auscultação pulmonar, esta não revelou alterações. A temperatura corporal do cliente manteve-se estável, apresentando temperatura axilar de 36°C.

Ao nível da caixa torácica, esta é simétrica, com expansão pulmonar simétrica em ambos os hemitórax. O abdómen encontrou-se mole, depressível e indolor à palpação. Em relação à coluna vertebral, este apresenta ligeira hipercifose, mas sem restrições ou alterações na mobilidade.

Membros superiores simétricos, com sensibilidade, tónus muscular e força muscular mantidas. Ao nível da força muscular, esta corresponde a uma força de nível 5 na escala *Medical Research Council* (MRC) de força muscular (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2016, p. 42).

Ambas as regiões genital e perineal têm pele limpa e íntegra, sendo a pessoa continente de esfíncteres.

Membros inferiores simétricos e, quanto à força muscular, o membro inferior direito apresenta força muscular de nível 5 na escala MRC ao nível dos grupos musculares flexores e extensores da anca e joelho (OE, 2016, p. 42).

Por sua vez, o membro inferior esquerdo, apresentou inicialmente força muscular de nível 3, mas conseguiu progredir para grau 4 na escala de força muscular da MRC (OE, 2016, p. 42), ao nível dos grupos musculares flexores e extensores da anca e joelho.

Quanto à amplitude articular da articulação coxofemoral, na avaliação dos ângulos de flexão, o Sr. A. conseguiu realizar todos de forma ativa desde a primeira avaliação (6/01/23):

- Flexão – 90°;
- Extensão – 0°;
- Abdução – 45°;
- Rotação externa (medial) – 45°;

Não foram avaliados os ângulos de flexão da adução e rotação interna (medial) pelo facto destes constituírem-se como movimentos promotores da luxação da hemiartoplastia, tendo sido isto explicado ao Sr. A..

No que diz respeito ao equilíbrio e marcha e consequente risco de queda, de acordo com o Índice de Tinetti (Apóstolo, 2012) (**ver Apêndice I**), o Sr. A. teve evolução ao longo do internamento, melhorando de um *score* de 18 (alto risco de queda) para 19 (médio risco de queda). A alteração do *score* deu-se pela melhoria do parâmetro 9 ao nível do equilíbrio dinâmico. Através da avaliação da escala, é possível evidenciar que, apesar de necessitar de melhorias, o Sr. R. possui um bom equilíbrio estático e dinâmico.

No entanto, apesar de ter sido obtido, através do Índice de Tinetti, um *score* de médio risco de quedas, ao ser aplicada o teste Timed Up and Go, apenas se obteve igualmente um valor de médio risco de queda a 24/01, com o valor avaliado de 29 segundos (**ver Apêndice II**).

Relativamente à capacidade do Sr. A. para se transferir e levantar/sentar de uma cadeira este conseguiu evoluir de forma a realizar estas atividades de forma independente, excepto nas transferências no carro, para a cama e para a banheira, onde necessita de ajuda parcial na elevação do membro operado do chão para dentro do carro, para a cama e para a banheira. Necessita também de ajuda parcial para sair da banheira na elevação dos membros inferiores. Utiliza cadeira sanitária de transferência como produto de apoio nas transferências para a banheira.

Quanto ao subir e descer escadas, o Sr. A. efetuou treino a 24/01/23, conseguindo efetuar esta tarefa com apoio do corrimão e unilateral de uma pessoa. Como apenas possui andarilho, o treino de escadas foi realizado com apoio unilateral como substituição de uma canadiana e/ou bengala. No entanto, perspetiva-se realizar treino com o auxiliar de marcha adequado e que o Sr. A. seja independente nesta atividade, pois o apoio unilateral foi apenas de suporte.

Assim sendo, no que concerne o grau de dependência na realização de AVD do Sr. A., este conseguiu evoluir de um grau de dependência moderado com um *score* de 75 para um grau de dependência reduzido com um *score* de 85 no Índice de Barthel (**ver Apêndice III**), ao melhorar nos parâmetros da mobilidade e subir e descer escadas.

Ao nível do membro inferior esquerdo apresentou penso da ferida cirúrgica na região da anca até 13/01/23. Foi realizado o penso da ferida cirúrgica pela equipa de enfermagem da UCC nos dias 3, 6 e 11/01/23, tendo sido feita limpeza da ferida com Cloreto de Sódio a 0,9% e aplicado penso de proteção na ferida cirúrgica. A ferida cirúrgica era linear, com cerca de 10 cm de comprimento e com bordos regulares e unidos por agrafes, sem sinais inflamatórios. Removeu material de sutura a 13/01/23 na consulta externa do hospital onde realizou a cirurgia. O penso apresentou-se sempre externamente

limpo e seco. A ferida cirúrgica teve boa evolução, tendo os bordos encerrado de forma linear e a cicatriz manteve-se com bom aspeto.

Por último, considerando a fratura que o Sr. A. sofreu, foi aplicada a escala de FRAX (ver **Apêndice IV**), de forma a determinar qual o risco de segunda fratura e qual o encaminhamento de tratamento a seguir, de acordo com as *guidelines* internacionais.

Da aplicação desta escala, obteve-se um risco intermédio que recomenda a realização da densiometria óssea e recalculer o risco de fratura ou, caso não seja possível avaliar a densiometria óssea, deve-se oferecer tratamento caso o risco de nova fratura esteja próximo do limiar do nível seguinte, que recomenda uma intervenção imediata.

Assim sendo, como não foi possível realizar/encaminhar o Sr. A. para a realização da densiometria óssea, realizou-se educação para a saúde de forma a promover o encaminhamento para o médico ortopedista para prescrição de tratamento medicamentoso, com sucesso.

2.5. Identificação dos Défices do Autocuidado, segundo a Teoria do Défice do Autocuidado de *Dorothea Orem*

Para melhor caracterização dos problemas de saúde atuais identificados no Sr. A., será mobilizada a Teoria do Défice do Autocuidado de *Dorothea Orem*, que avalia as várias dimensões da pessoa, sob a perspetiva dos défices do autocuidado identificados na mesma. Assim sendo, apenas serão explorados os défices do autocuidado do Sr. A. que se apresentam como problemas de enfermagem.

1.10.1. Défice do Autocuidado Andar

No que diz respeito ao Autocuidado Andar, o Sr. A. consegue atualmente deambular com andarilho, necessitando apenas de supervisão por ainda manter diminuição da força muscular no membro operado e alterações ao nível do equilíbrio estático e dinâmico.

Quanto ao subir e descer escadas, o Sr. A. consegue efetuar esta tarefa com apoio do corrimão e unilateral de uma pessoa. Como apenas possui andarilho, o treino de escadas foi realizado com apoio unilateral como substituição de canadiana e/ou bengala. No entanto, perspetiva-se que o Sr. A. seja independente nesta atividade com o auxiliar de marcha adequado, pois o apoio unilateral foi apenas de suporte.

1.10.2. Défice do Autocuidado Lavar-se

No Autocuidado Lavar-se, o Sr. A. realiza os cuidados de higiene com recurso a bacia e com ajuda da cuidadora. Por barreiras arquitetónicas presentes em ambos os WC (banheira e limitação de espaço por distâncias reduzidas entre a banheira e a sanita e o lavatório), a cuidadora referiu medo em prestar os cuidados de higiene nos mesmos.

Por este motivo, foi feito o empréstimo de produto de apoio (cadeira sanitária de transferência de banheira) e foi realizado treino de transferências com o Sr. A. e a cuidadora a 17/01/23, com sucesso. Desta forma, o Sr. A. necessita apenas de ajuda parcial na higiene dos pés, aquando realização dos cuidados de higiene na banheira.

1.10.3. Défice do Autocuidado Vestir-se e Despir-se

No que concerne o Autocuidado Vestir e Despir, o Sr. A. necessita de ajuda parcial da cuidadora no vestir e despir das calças, cuecas e meias, tendo conhecimento de qual membro deve vestir e despir em primeiro lugar.

Para calçar os sapatos, recomendou-se o uso de uma calçadeira como produto de apoio no futuro, mas o Sr. A. consegue ser independente nesta tarefa, cumprindo os movimentos anti-luxação.

1.10.4. Défice do Autocuidado Posicionar-se/Transferir-se

Relativamente às mobilizações no leito, o Sr. A. é independente, não necessitando de ajuda para efetuar mudanças na posição.

Quanto às transferências, o Sr. A. necessita apenas de ajuda na transferência para a cama, onde necessita de ajuda parcial na elevação do membro operado do chão para a cama.

O Sr. A. necessita apenas de ajuda da cuidadora na elevação dos membros inferiores na transferência para entrar e sair da banheira, com recurso a cadeira sanitária de transferência.

O Sr. A. necessita igualmente de ajuda parcial na elevação dos membros inferiores no entrar e sair do carro, tendo sido efetuado treino e simulação desta transferência no domicílio com o Sr. A. e a cuidadora e com recurso a uma cadeira.

1.10.5. Défice do Autocuidado Usar o Sanitário

Na utilização do sanitário, o Sr. A. é independente. Utiliza alteador de sanita com braços como produto de apoio.

2.6. Tratamentos Relacionados

No regresso ao domicílio, o Sr. A. tem sido acompanhado pela equipa de enfermagem da UCC na prestação dos cuidados à ferida cirúrgica e reabilitação e pelo seu médico ortopedista em consulta.

Para além disso, mantém a toma do seguinte regime medicamentoso:

INTERNAMENTO				
Medicamento	Indicações Terapêuticas	Dose	Via	Observações
Pantoprazol	Protetor Gástrico	20 mg	Oral	
Lercanidipina	Anti-hipertensor	10 mg	Oral	
Azilsartan + Clorotalidona	Anti-hipertensor	20 mg + 6.25 mg	Oral	
Febuxostate	Tratamento da Hiperuricémia	80 mg	Oral	Dias alternados
Ácido Acetilsalicílico	Antiagregante plaquetário	150 mg	Oral	
Diosmina	Bioflavonóides – otimização da circulação sanguínea	900 mg	Oral	
Rosuvastatina	Antidislipidémico	5 mg	Oral	
Mexazolam	Benzodiazepina (Sedativo)	1 mg	Oral	
Zolpidem	Hipnótico	10 mg	Oral	
Enoxaparina sódica	Anticoagulante	40 mcg	Subcutânea	Até 27/01/23
Carbonato de Cálcio + Vitamina D	Osteoporose	1500 mg + 400 UI	Oral	<u>Iniciado a 13/01/23</u>

2.7. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)

O plano de cuidados apresentado dirá apenas respeito aos diagnósticos que priorizam os cuidados de enfermagem de reabilitação. No entanto, foram realizados os cuidados que dizem respeito aos seguintes diagnósticos de cuidados gerais de enfermagem: Ferida Cirúrgica Presente, Dor Presente e Risco de Úlcera de Pressão. Assim sendo, apresenta-se o plano de cuidados de enfermagem de reabilitação:

Diagnóstico	Resultado	Intervenções	Avaliação
<p>Movimento Corporal Comprometido [3/01/23], [relacionado com fratura subcapital do fémur e hemiartroplastia da anca esquerda, manifestada por diminuição da força muscular].</p>	<p>Movimento Corporal Melhorado, até ao momento da alta</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Executar exercícios musculares [isométricos (contrações isométricas do quadríceps e dos glúteos) deitado na cama]; ➤ Executar exercícios de movimento articular ativo [assistido e resistido]: <ul style="list-style-type: none"> ▪ [Abdução/adução da articulação coxofemoral até à linha média do corpo, deitado ou em pé, apoiado no aparador do quarto ou mesa da sala; ▪ Flexão/Extensão da articulação coxofemoral com extensão do joelho em pé ou apoiado no aparador do quarto ou mesa da sala; ▪ Dorsiflexão/Flexão plantar da articulação tibiotársica deitado ou sentado]. ➤ Instruir a pessoa e cuidador sobre os exercícios musculares; ➤ Incentivar a pessoa a realizar os exercícios musculares; ➤ Monitorizar a força muscular, através da escala de força muscular da MRC; ➤ Monitorizar amplitude articular, com goniómetro (início e término a 6/01/23). 	<p>03/01/23 – Acolhimento.</p> <p>06/01 – O Sr. A. e a Sra. M. demonstraram compreender as instruções sobre os exercícios musculares e de movimento articular, tendo efetuado os mesmos com ajuda. Força muscular de nível 5 no membro inferior direito e de nível 3 no esquerdo. Ângulos de flexão da coxofemoral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flexão – 90°; • Extensão – 0°; • Abdução – 45°; • Rotação externa (medial) – 45°. <p>11/01 – O Sr. R. realiza os exercícios musculares, evidenciando força muscular de nível 4 no membro inferior esquerdo. Entregues folhetos.</p> <p>17/01 – Avaliação sobreponível.</p> <p>24/01/23 – Avaliação sobreponível.</p>

Diagnóstico	Resultado	Intervenções	Avaliação
<p>Equilíbrio Corporal Comprometido [3/01/23], [relacionado com fratura subcapital do fémur e hemiartroplastia da anca esquerda, <u>manifestado por</u> score de > 30 segundos no <i>Timed Up and Go</i> e score de 19 no Índice de Tinetti].</p>	<p>Equilíbrio Corporal Melhorado, até ao momento da alta</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Executar os exercícios musculares [isométricos (contrações isométricas do quadríceps e dos glúteos) deitado na cama]; ➤ Executar os exercícios de movimento articular ativo [assistido e resistido]; ➤ Executar técnicas de treino de equilíbrio [estático]: <ul style="list-style-type: none"> ▪ [Manter-se sentado no sofá ou cadeira com e sem apoio de braços; ▪ Manter-se em pé com andarilho na mesma posição]. ➤ Executar técnicas de treino de equilíbrio [dinâmico]: <ul style="list-style-type: none"> ▪ [Realizar inversão de marcha pelo lado da perna operado; ▪ Levantar-se e sentar-se da cadeira/sofá para andarilho repetidamente]; ➤ Instruir a pessoa e cuidador sobre os exercícios musculares e técnicas de treino de equilíbrio; ➤ Incentivar a pessoa a realizar os exercícios musculares e técnicas de treino de equilíbrio; ➤ Monitorizar equilíbrio, através do Índice de Tinetti e teste Timed Up and Go. 	<p>03/01/23 – Acolhimento.</p> <p>06/01 – O Sr. A. e a Sra. M. demonstraram compreender as instruções sobre os exercícios musculares e de movimento articular e técnicas de treino de equilíbrio, tendo efetuado os mesmos com ajuda.</p> <p>Índice de Tinetti com score de 18 e teste Timed Up and Go com <i>score</i> de 41 segundos.</p> <p>11/01 – Índice de Tinetti com score de 19 e teste Timed Up and Go com <i>score</i> de 34 segundos.</p> <p>17/01 – Índice de Tinetti com score de 19 e teste Timed Up and Go com <i>score</i> de 31 segundos.</p> <p>24/01 – Índice de Tinetti com score de 19 e teste Timed Up and Go com <i>score</i> de 29 segundos.</p>

Diagnóstico	Resultado	Intervenções	Avaliação
<p>Autocuidado Andar Comprometido [03/01/2023], <u>[relacionado</u> <u>com</u> fratura subcapital do fémur e hemiartroplastia da anca esquerda, <u>manifestado por</u> diminuição da força muscular, alterações no equilíbrio e necessidade de supervisão na deambulação].</p>	<p>Andar Melhorado, até ao momento da alta</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Executar exercícios musculares [isométricos]; ➤ Executar exercícios de movimento articular ativo [assistido e resistido]; ➤ Executar técnicas de treino de equilíbrio [estático e dinâmico]; ➤ Instruir a pessoa e cuidador sobre os exercícios musculares e técnicas de treino de equilíbrio; ➤ Incentivar a pessoa a realizar os exercícios musculares e técnicas de treino de equilíbrio; ➤ Monitorizar força muscular, através da escala de força muscular da MRC; ➤ Monitorizar equilíbrio [estático e dinâmico], através do Índice de Tinetti e teste <i>Timed Up and Go</i>; ➤ Instruir a pessoa a andar [e a subir e descer escadas com carga parcial e] com auxiliares de marcha [andarilho e canadianas e apoio do corrimão]; ➤ Assistir/Supervisionar a pessoa a andar [e a subir e descer escadas com carga parcial e] com auxiliares de marcha [andarilho e canadianas e apoio do corrimão]; ➤ Instruir sobre a necessidade de manutenção do auxiliar de marcha. 	<p>03/01/23 – Acolhimento. O Sr. A. deambula com andarilho, necessitando apenas de supervisão.</p> <p>06/01 – O Sr. A. deambula com andarilho, necessitando apenas de supervisão.</p> <p>11/01 – O Sr. A. deambula com andarilho, necessitando apenas de supervisão.</p> <p>17/01 – O Sr. A. deambula com andarilho de forma independente.</p> <p>24/01 – Efetuou treino de escadas com apoio de corrimão e unilateral de uma pessoa. Evidenciou capacidade para tornar-se independente nesta atividade quando disponível canadiana e/ou bengala.</p>

Diagnóstico	Resultado	Intervenções	Avaliação
<p>Autocuidado Posicionar-se/Transferir-se Comprometido [03/01/2023], [relacionado com hemiartroplastia da anca esquerda e diminuição da força muscular manifestado por necessidade de ajuda nas transferências para a cama, banheira do WC e carro]</p>	<p>Autocuidado Transferir-se Melhorado, até ao momento da alta</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Executar exercícios musculares [isométricos]; ➤ Executar exercícios de movimento articular ativo [assistido e resistido]; ➤ Executar técnicas de treino de equilíbrio [dinâmico]: <ul style="list-style-type: none"> ▪ [Levantar-se e sentar-se da cadeira/sofá para andariço repetidamente]. ➤ Instruir a pessoa acerca dos exercícios musculares e técnica de treino de equilíbrio [dinâmico]; ➤ Incentivar a pessoa a realizar os exercícios musculares e técnica de treino de equilíbrio [dinâmico]; ➤ Instruir a pessoa e família a transferir-se; ➤ Assistir/ Supervisionar a pessoa a transferir-se: <ul style="list-style-type: none"> ▪ [Da cama para posição de pé e vice-versa pelo lado que sai da cama – lado operado]; ▪ Na entrada e saída da banheira, com recurso a cadeira sanitária de transferência e ajuda da cuidadora; ▪ Na entrada e saída do carro, com recurso a cadeira e ajuda da cuidadora]. 	<p>03/01/23 – Acolhimento.</p> <p>06/01 – O Sr. A. é independente nas mobilizações no leito.</p> <p>Na transferência para a cama, o Sr. A. necessita apenas de ajuda na elevação do membro operado do chão para a cama.</p> <p>No entrar e sair do carro, necessita de ajuda na elevação dos membros inferiores, tendo sido efetuado treino e simulação desta transferência com o Sr. A. e a cuidadora.</p> <p>11/01 – Repetidos treinos de transferências na cama e de entrar e sair do carro. Necessidades de ajuda sobreponíveis.</p> <p>17/01 – O Sr. A. necessita de ajuda da cuidadora na elevação dos membros inferiores na transferência para entrar e sair da banheira, com recurso a cadeira sanitária de transferência.</p> <p>24/01/23 – Avaliação sobreponível.</p>

Diagnóstico	Resultado	Intervenções	Avaliação
<p>Autocuidado Lavar-se Comprometido [03/01/2023], [relacionado com limitações da mobilidade associadas a hemiartroplastia da anca esquerda e diminuição da força muscular, <u>manifestado por</u> necessidade de ajuda nos cuidados de higiene]</p>	<p>Autocuidado Lavar-se Melhorado, até ao momento da alta</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar barreiras arquitetónicas; ➤ Instruir a pessoa a andar com auxiliar de marcha [andarilho e carga parcial] até ao WC; ➤ Instruir a pessoa acerca de dispositivos auxiliares [cadeira de transferência sanitária para banheira como produto de apoio]; ➤ Instruir/Treinar a pessoa e família a transferir-se [com cadeira de transferência sanitária para banheira e ajuda da cuidador]; ➤ Instruir a pessoa e família acerca dos cuidados de higiene. 	<p>03/01/23 – Acolhimento.</p> <p>06/01 – Por barreiras arquitetónicas nos dois WC (banheira e limitação de espaço por distâncias reduzidas entre a banheira, a sanita e o lavatório), a cuidadora referiu medo em prestar os cuidados de higiene nos mesmos. O Sr. A. realiza os cuidados de higiene com recurso a bacia e com ajuda da cuidadora.</p> <p>11/01 – Avaliação sobreponível.</p> <p>17/01 – Feito empréstimo de produto de apoio (cadeira sanitária de transferência de banheira) e foi realizado treino de transferências com o Sr. A. e a cuidadora a 17/01/23, com sucesso. O Sr. A. necessitará apenas de ajuda parcial na higiene dos pés, aquando realização dos cuidados de higiene na banheira.</p> <p>24/01 – Avaliação sobreponível.</p>

Diagnóstico	Resultado	Intervenções	Avaliação
<p>Autocuidado Vestir-se e Despir-se Comprometido [03/01/2023], [relacionado com limitações da mobilidade associadas a hemiartroplastia da anca esquerda, <u>manifestado por</u> necessidade de ajuda no vestir e despir das calças, meias e sapatos]</p>	<p>Autocuidado Vestir-se e Despir-se Melhorado, até ao momento da alta</p>	<p>➤ Instruir a pessoa e família no autocuidado vestir-se e despir-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ [Fornecer instruções sobre vestir primeiro o membro operado e depois o membro são; ▪ Fornecer instruções sobre despir primeiro o membro são e depois o membro operado]. 	<p>03/01/23 – Acolhimento.</p> <p>06/01 – O Sr. A. necessita de ajuda parcial da cuidadora no vestir e despir das cuecas, calças e meias, tendo conhecimento de qual membro deve vestir e despir em primeiro lugar.</p> <p>11/01 – Mantém necessidades de ajuda no vestir e despir das calças, cuecas e meias. No entanto, para calçar os sapatos, recomendou-se o uso de uma calçadeira como produto de apoio no futuro, mas o Sr. A. consegue ser independente nesta tarefa, cumprindo os movimentos anti-luxação.</p> <p>17/01 – Avaliação sobreponível.</p> <p>24/01/23 – Avaliação sobreponível.</p>

Diagnóstico	Resultado	Intervenções	Avaliação
<p>Alto Risco de Queda [06/01/2023], [relacionado com score de 41 segundos no TUGT e score de 18 na Índice de Tinetti]</p> <p>Médio Risco de Queda [11/01/2023], [relacionado com score de 29 segundos no TUGT]</p>	<p>Episódio de Queda Ausente, até ao momento da alta</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Monitorizar risco de queda e equilíbrio, através do teste <i>Timed Up and Go</i> (ver Apêndice II); ➤ Incentivar a pessoa a realizar os exercícios musculares e técnicas de treino de equilíbrio; ➤ Capacitar Cuidador a Assistir/Supervisionar a atividade da pessoa; ➤ Gerir ambiente físico; ➤ Instruir a pessoa sobre medidas preventivas de queda no domicílio: <ul style="list-style-type: none"> ▪ [Vestuário e calçado adequado e antiderrapante; ▪ Cuidados em evitar deambular por pavimentos húmidos e/ou molhados; ▪ Remoção de tapetes [do WC] que limitem a livre mobilidade pelo domicílio; ▪ Iluminação adequada; ▪ Manutenção dos dispositivos auxiliares de marcha; ▪ Uso de óculos e vigilância regular por parte do oftalmologista e/ou optometrista; ▪ Uso de produtos de apoio adequados [alteador de sanita com braços de apoio e cadeira sanitária de transferência para banheira]; ▪ Gestão do regime medicamentoso [adesão e vigilância da tensão arterial]; ▪ Promover alimentação saudável [reforço na ingestão de proteínas, cálcio e vitamina D]; ➤ Promover exercício físico (realizar caminhadas no futuro, praticando e aumentando intensidade, conforme maior tolerância do membro operado)]. 	<p>3/01/23 - Ausência de episódio de queda.</p> <p>6/01 - Ausência de queda. 41 segundos no TUGT.</p> <p>11/01 - Ausência de queda. 34 segundos no TUGT.</p> <p>17/01 - Ausência de queda. 31 segundos no TUGT.</p> <p>24/01 – Ausência de queda. 29 segundos no TUGT.</p>

Diagnóstico	Resultado	Intervenções	Avaliação
<p>Médio Risco de Queda [11/01/2023], [relacionado com <i>score</i> de 19 na Índice de Tinetti]</p> <p>Médio Risco de Queda [24/01/2023], [relacionado com <i>score</i> de 19 na Índice de Tinetti e <i>score</i> de 29 segundos no TUGT]</p>	<p>Episódio de Queda Ausente, até ao momento da alta</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliar risco de queda, através do Índice de Tinetti e TUGT (ver Apêndices I e II); ➤ Assistir a pessoa no levantar e a erguer-se; ➤ Monitorizar risco de queda e equilíbrio [estático e dinâmico], através do Índice de Tinetti e TUGT; ➤ Incentivar a pessoa a realizar os exercícios musculares e técnica de treino de equilíbrio; ➤ Assistir/Supervisionar a pessoa a andar com auxiliares de marcha [andarelo e carga parcial]; ➤ Gerir ambiente físico; ➤ Instruir a pessoa sobre medidas de prevenção de quedas no domicílio. 	<p>11, 17 – Ausência de episódio de queda. <i>Score</i> de 19 no Índice de Tinetti.</p> <p>24/01/23 – Ausência de episódio de queda. <i>Score</i> de 19 no Índice de Tinetti. 29 segundos no TUGT.</p>

Diagnóstico	Resultado	Intervenções	Avaliação
<p>Risco de Ventilação Comprometida [17/01/2023], [relacionado com alterações da mobilidade associadas a fratura subcapital do fémur e hemiartroplastia da anca esquerda e irritação nasal].</p>	<p>Ventilação Normal, até ao momento da alta</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Instruir a pessoa acerca dos exercícios de Reeducação Funcional Respiratória (RFR); ➤ Executar exercícios de RFR: <ul style="list-style-type: none"> ▪ [Consciencialização da respiração; ▪ Respiração abdomino-diafragmática; ▪ Respiração abdomino-diafragmática assistida na expiração [com a mão sobre e empurrando o abdómen]; ▪ Exercícios de reeducação costal, com recurso a bastão; ▪ Exercícios de expiração prolongada, com recurso a bastão; ▪ Ensino da tosse]. ➤ Incentivar a pessoa a realizar os exercícios de RFR; ➤ Avaliar respiração através da auscultação pulmonar; ➤ Vigiar respiração. 	<p>03/01/23 – Padrão respiratório normal mantido.</p> <p>06/01 – Padrão respiratório normal mantido.</p> <p>11/01 – Padrão respiratório normal mantido.</p> <p>17/01 – Polipneia associada a irritação nasal sazonal, de acordo com o Sr. A. e Sra. M.. Sem alterações ao nível da auscultação pulmonar.</p> <p>Realizados ensinamentos e executadas técnicas de reeducação funcional respiratória, com melhoria da polipneia e estabilização do padrão respiratório.</p> <p>24/01/23 – Padrão respiratório habitual retomado (melhorado).</p>

Diagnóstico	Resultado	Intervenções	Avaliação
<p>Conhecimento sobre a Saúde Comprometido [03/01/2023], [relacionado com fratura de fragilidade e hemiartroplastia da anca, manifestado por falta de conhecimento acerca dos cuidados a ter com a hemiartroplastia da anca e gestão da osteoporose]</p>	<p>Conhecimento sobre a Saúde Melhorado, até ao momento da alta</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Instruir a pessoa sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ [Fratura de fragilidade da anca, hemiartroplastia, osteoporose, gestão do regime medicamentoso e exposição solar; ▪ Cuidados com a dieta na ingestão de proteína, cálcio e vitamina D; ▪ Manter realização dos exercícios de RFM e respiratória, treino de marcha e de AVD; ▪ Movimentos anti-luxação no membro com hemiartroplastia; ▪ Utilização de produtos de apoio para as AVD; ▪ Prevenção de quedas [ver medidas acima descritas no diagnóstico de alto risco de queda]; ▪ Sinais de alerta de reinternamento hospitalar [febre, repasse do penso, perda de sensibilidade e/ou mobilidade no membro operado, dores intensas e cuidados com cáries ou outras infeções]. ➤ Validar conhecimentos com a pessoa e família; ➤ Informar médico, [através da pessoa, da necessidade de revisão terapêutica para osteoporose]; ➤ Entregar folhetos; ➤ Elogiar a pessoa. 	<p>03/01/23 – Acolhimento.</p> <p>06/01 – Realizados ensinios sobre hemiartroplastia, exercícios de RFM e movimentos anti-luxação. Sr. A. recetivo e demonstrou compreender os ensinios.</p> <p>11/01 – Realizados ensinios sobre osteoporose, dieta, exposição solar, regime medicamentoso e prevenção de quedas, tendo o Sr. A. demonstrado compreensão.</p> <p>17/01 – Realizados ensinios sobre RFM e RFR. Sr. A. recetivo e demonstrou compreender os ensinios. Entregues folhetos. Iniciada toma de suplementação de cálcio e vitamina D.</p> <p>24/01 – Sr. A. demonstrou aquisição dos conhecimentos.</p>

Diagnóstico	Resultado	Intervenções	Avaliação
<p>Conhecimento da Família sobre a Doença Comprometido [03/01/2023], [relacionado com fratura de fragilidade e hemiartroplastia da anca esquerda, manifestado por falta de conhecimento acerca dos cuidados a ter com hemiartroplastia da anca esquerda e gestão da osteoporose]</p>	<p>Conhecimento da Família sobre a Saúde Melhorado, até ao momento da alta</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Instruir a cuidadora sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ [Fratura de fragilidade da anca, hemiartroplastia, osteoporose, gestão do regime medicamentoso e exposição solar; ▪ Cuidados com a dieta na ingestão de proteína, cálcio e vitamina D; ▪ Manter realização dos exercícios de RFM e respiratória, treino de marcha e de AVD; ▪ Movimentos anti-luxação no membro com hemiartroplastia; ▪ Utilização de produtos de apoio para as AVD; ▪ Prevenção de quedas (ver medidas acima descritas no diagnóstico de alto risco de queda); ▪ Sinais de alerta de reinternamento hospitalar [febre, repasse do penso, perda de sensibilidade e/ou mobilidade no membro operado, dores intensas e cuidados com cáries ou outras infeções]. ➤ Validar conhecimentos com cuidador; ➤ Informar médico, [através da cuidadora, da necessidade de revisão terapêutica para osteoporose]; ➤ Entregar folhetos; ➤ Elogiar cuidadora. 	<p>03/01/23 – Acolhimento. 06/01 – Realizados ensinamentos acerca da hemiartroplastia, exercícios de RFM e movimentos anti-luxação. Cuidadora receptiva e demonstrou compreender os ensinamentos. 11/01 – Realizados ensinamentos sobre osteoporose, dieta, regime medicamentoso, exposição solar, e prevenção de quedas. Cuidadora receptiva aos ensinamentos e demonstrou compreensão. 17/01 – Realizados ensinamentos acerca da RFM e RFR. Cuidadora receptiva aos ensinamentos e demonstrou compreender os mesmos. Entregues folhetos. 24/01 – Sra. M. demonstrou aquisição dos conhecimentos.</p>

2.8. Discussão

Ao assumir a prestação dos cuidados de enfermagem de reabilitação do Sr. A., foi possível desenvolver as competências do EEER.

No que diz respeito à competência J1 “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (OE, 2019, p. 13566), esta foi desenvolvida através da avaliação realizada à pessoa quanto à identificação das alterações ao nível da sua funcionalidade, encontrando-se as mesmas traduzidas nos diagnósticos de enfermagem formulados, assim como, na garantia da continuidade dos cuidados iniciados em internamento hospitalar no regresso a casa, através das diversas intervenções que foram sendo implementadas.

Ainda em relação à continuidade dos cuidados entre os contextos da prática de cuidados (contexto hospitalar-comunitário), foi promovida a articulação com o médico ortopedista quanto à prescrição de terapêutica medicamentosa direcionada ao tratamento da osteoporose, através das intervenções de promoção da literacia em saúde do Sr. A. e da Sra. M. na capacitação de gestão da doença, regime medicamentoso e medidas de prevenção de quedas e segunda fratura.

Esta articulação com a equipa médica não foi possível realizar com o centro de saúde a que a UCC pertence por constrangimentos burocráticos, visto que o Sr. A. mantém-se inscrito no centro de saúde da sua área de residência, o que não lhe permite ter acesso ao apoio médico da UCC, pois apenas tem inscrição “esporádica” no centro de saúde da Sra. M..

Através da conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção desenhado de acordo com os diagnósticos/alterações da funcionalidade identificadas, deu-se igualmente resposta ao desenvolvimento de todas as restantes alíneas referentes à competência J1 do EEER (OE, 2019).

O desenvolvimento da competência J2 (“Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (OE, 2019, p. 13567)) encontra-se presente nas intervenções planeadas, implementadas e avaliadas no plano de cuidados de enfermagem de reabilitação no que diz respeito ao treino de AVD, nomeadamente com recurso a produtos de apoio adequados, quer adquiridos pela pessoa/família (alteador de sanita), quer facilitados pelos recursos da comunidade (empréstimo da cadeira de transferência para banheira pela UCC).

Esta competência foi igualmente desenvolvida aquando a identificação de barreiras arquitetónicas no domicílio do Sr. A. (distâncias reduzidas nos WC que limitam a mobilidade e presença de banheiras em ambos os WC da casa) e desenvolvimento de intervenções para atuar ao nível das mesmas, de forma a garantir segurança do Sr. A. e promover a sua readaptação funcional (treino da deambulação com andarilho e transferência com recurso a cadeira de transferência sanitária para banheira com ajuda da cuidadora).

Com o treino de transferências para o carro, de subir e descer escadas e de marcha, promoveu-se não apenas a mobilidade do Sr. A., como também métodos que possibilitem a sua reinserção física e social na comunidade. Nestas intervenções também esteve presente promover a possibilidade do Sr. A. e a Sra. M. atingirem a sua expectativa estabelecida com o programa de reabilitação, que consiste no Sr. A. conseguir visitar a casa onde habitava com a sua esposa e conseguir deslocar-se pela mesma de forma independente.

Por sua vez, no desenvolvimento da competência J3 (“Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (OE, 2019, p. 13567)), este foi efetuado através do planeamento e implementação das intervenções que envolveram treinos de RFM na promoção da mobilidade, força muscular e equilíbrio e de RFR na promoção da ventilação e prevenção de complicações.

Relativamente às consistências deste estudo de caso, considero que quer os diagnósticos formulados, quer as intervenções planeadas e implementadas foram adequadas à situação e às necessidades do Sr. A. e da Sra. M., centrando-se as mesmas ao nível da promoção da literacia em saúde para capacitação na gestão da doença (fratura de fragilidade, hemiartroplastia e osteoporose); da promoção da reeducação funcional através dos treinos motor e respiratório; da promoção da readaptação funcional através dos treinos de AVD e gestão do ambiente (ao nível das barreiras arquitetónicas) com uso de recursos da comunidade/produtos de apoio; e da prevenção de complicações através dos treinos de RFM e RFR e medidas de prevenção de quedas.

Como consistências no plano de cuidados, surgem também os instrumentos de avaliação mobilizados, que permitiram avaliar de forma objetiva a evolução e a eficácia das intervenções implementadas ao nível da força muscular, do equilíbrio, do grau de dependência e do risco de queda.

Por outro lado, como inconsistências no plano de cuidados, surge o facto de não ter sido avaliado o risco de sobrecarga da cuidadora – a Sra. M. – e a limitação na

referenciação do Sr. A. para uma avaliação médica mais aprofundada da sua osteoporose, pelas questões burocráticas do centro de saúde.

No entanto, relativamente à avaliação do risco de sobrecarga da cuidadora, a mesma não se revelou necessária ou emergente, pelo facto de, nos contactos estabelecidos com a Sra. M., esta demonstrar uma atitude positiva em relação a cuidar do pai e uma relação muito forte e carinhosa em relação ao mesmo e vice-versa.

Assim sendo, ao longo da intervenção ao Sr. A., pretendeu-se construir uma intervenção de enfermagem de reabilitação no âmbito do cuidado transicional, onde foi realizada a avaliação da pessoa e família e seus recursos e implementado um programa de reabilitação adequado às necessidades dos mesmos, tendo sido ponderada a intervenção de outros profissionais da equipa multidisciplinar, consoante a necessidade.

Como foi possível perceber, na avaliação ao Sr. A. e à Sra. M., não foi identificada a necessidade de referenciação para nutricionista, psicólogo e/ou assistente social.

No entanto, sentiu-se a necessidade de referenciar o Sr. A. para o médico ortopedista e, futuramente, o médico de família (ou o que o acompanha de forma particular), para revisão terapêutica, tendo-se conseguido atingir esse objetivo com a prescrição do suplemento de cálcio e vitamina D, pois “os metabolitos ativos da vitamina D (...) aumentam a absorção de cálcio, podem ter efeito direto nas células ósseas e também reduzir a incidência de fraturas” (Stolnicki & Oliveira, 2016, p. 122), estando os mesmos “indicados em idosos debilitados, reclusos, pouco expostos ao sol” (Stolnicki & Oliveira, 2016, p. 122).

Não obstante, o Sr. A. necessitará de nova reavaliação e acompanhamento em relação à osteoporose, sendo esta primeira intervenção apenas os cuidados mínimos no tratamento desta patologia.

Esta intervenção, no âmbito da referenciação, pretendeu obedecer às orientações definidas e obtidas após a aplicação da escala FRAX, que avalia o risco de nova fratura de fragilidade e a necessidade de atuar a este nível.

Por fim, pode-se concluir que se conseguiu assegurar um cuidado transicional de enfermagem de reabilitação adequado e pertinente às necessidades da pessoa e família.

2.9. Recomendações

Tendo em consideração tudo o que foi anteriormente mencionado, surgem como recomendações futuras delinear planos de intervenção que visem mobilizar o cuidado

transicional ao nível da intervenção à pessoa com fratura de fragilidade na transição dos contextos hospital-comunidade/domicílio, como é o caso do Sr. A., e procurar fazê-lo, sempre que possível, através de uma abordagem multidisciplinar, onde o EEER se assuma como gestor de caso e procure articular a sua intervenção em conjunto com profissionais de outras áreas, de acordo com as necessidades identificadas na pessoa e família.

Relativamente ao programa de reabilitação desenvolvido e implementado, este serve como exemplo para outros casos de fraturas de fragilidade ao nível da extremidade superior do fémur, pois apresenta programas de treino motor, respiratório e de AVD com recurso a produtos de apoio que podem ser reaplicáveis a casos semelhantes, podendo apenas diferirem as recomendações médicas em termos de carga a efetuar no membro operado no pós-operatório e restrições do movimento da articulação coxofemoral, estando esses aspetos dependentes do tipo de fratura de anca e intervenção cirúrgica realizada.

No que diz respeito à garantia de uma evolução clínica favorável/garantia da continuidade dos cuidados de reabilitação por parte da pessoa com fratura de fragilidade no regresso/readaptação ao domicílio, ou seja, ao cuidado transicional, a intervenção do EEER revela-se fundamental, tal como foi comprovado por este estudo de caso, através de todas as intervenções desenvolvidas e implementadas ao nível da promoção da autonomia, da independência funcional, reeducação e readaptação funcional, da literacia em saúde, da prevenção de complicações, promoção da reintegração social na comunidade e promoção da saúde (com articulação multidisciplinar).

Também como recomendação futura, considerando os constrangimentos sentidos na referenciação médica do Sr. A., revela-se cada vez mais pertinente e emergente a criação de consultas multidisciplinares dirigidas ao tratamento das fraturas de fragilidade, de forma a se conseguir assegurar o devido acompanhamento, monitorização e tratamento atempado e multidisciplinar destas problemáticas de saúde – fraturas de fragilidade e osteoporose –, sendo evidente a relevância da presença do EEER nas mesmas.

Por fim, através da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação ao Sr. A. e da realização deste estudo de caso, foi possível compreender que a intervenção do EEER não promove apenas uma evolução positiva no domínio da função, como também

é significativo o seu contributo no desenvolvimento da capacidade das pessoas para integrarem de forma fluída o processo de reabilitação no seu dia a dia. Como resultado deste contributo, emerge nas pessoas o desenvolvimento de mestria e a perceção de autoeficácia (Lourenço *et al.*, 2021, p. 327).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para avaliação em geriatria (Geriatric Instruments)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. Disponível em: <https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php>.
- Brás da Silva, V., Boaventura, I., Rodrigues, I., & Amaral, I. (2019). Osteoporose e Quedas: Problemas Não Valorizados pela Comunidade Médica Portuguesa. *Revista da SPMFR*, 31 (2), 15-23. <http://dx.doi.org/10.25759/spmfr.312>
- Teixeira, F.C., Serejo, R. F., & Araújo, F. C. (2022). Osteoporose na Medicina Geral e Familiar: Estaremos a Fazer o Necessário?. *Gazeta Médica*, 153-159. <https://doi.org/10.29315/gm.v9i2.584>
- Direção-Geral de Saúde (DGS) (2013). *Avaliação Antropométrica no Adulto*. (Circular Normativa nº 017/2013). Lisboa: DGS.
- International Council of Nurses (2020). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE: Versão 2019*. Disponível em <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R. & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. In Ribeiro, O. (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas*. (pp 281-328). Lisboa: Lidel.
- Marques, A., Rodrigues, A., Romeu, J., Ruano, A., Barbosa, A., Simões, E., Águas, F., Canhão, H., Alves, J., Lucas, R., Branco, J., Laíns, J., Mascarenhas, M., Simões, S., Tavares, V., Lourenço, Óscar, & Silva, J. (2016). Recomendações multidisciplinares portuguesas sobre o pedido de DXA e indicação de tratamento de prevenção das fraturas de fragilidade. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 32(6), 425–41. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v32i6.11964>
- Lewis, S., Macey, R., Parker, M., Cook, J. & Griffin, X. (2022). Arthroplasties for hip fracture in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013410.pub2>
- Nunes, R. (2021). *Manual de Fraturas - Diagnóstico e Tratamento*. Lisboa: Lidel.

- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n° 140/2019 - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. In: Diário da República, 2.ª série, n° 26 de 6 de fevereiro de 2019, 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento n° 392/2019 - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. In: Diário da República, 2.ª série, n° 85 de 3 de maio de 2019, 13565-13568. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Palm, H. (2021). Hip fracture: the choice of surgery. *Orthogeriatrics*, (pp 125-141). Switzerland: Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-48126-1>
- Prado, R., Helena, I., Sara, I., & Francisca, I. (2020). Mortalidade e Agravamento de Capacidade de Marcha em Doentes com Fraturas de Fragilidade da Extremidade Proximal do Fémur. *Revista da SPMFR*, 32 (4), 142-154. <http://dx.doi.org/10.25759/spmfr.325>
- Sousa, L., & Carvalho, M. L. (2017). Pessoa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 405-420). Loures: Lusodidacta.
- Stolnicki, B., & Oliveira, L. (2016). Para que a primeira fratura seja a última. *Revista brasileira de ortopedia*, 51, 121-126. <https://doi.org/10.1016/j.rbo.2015.03.009>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Índice de Tinetti aplicado ao Sr. A.

POMA I

(PERFORMANCE-ORIENTED ASSESSMENT OF MOBILITY I – BALANCE)

AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE E EQUILIBRIO ESTÁTICO E DINÂMICO

TESTE DE TINETTI

EQUILIBRIO ESTÁTICO

CADEIRA:

1. EQUILÍBRIO SENTADO

0 – inclina – se ou desliza na cadeira

1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira

2 – estável, seguro

2. LEVANTAR –SE

0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio

1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa

2 – capaz na 1ª tentativa sem usar os braços

3. EQUILIBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)

0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)

1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se

2 – estável sem qualquer tipo de ajudas

4. EQUILIBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS

0 – instável

1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio

2 – pés próximos e sem ajudas

5. PEQUENOS DESIQUILÍBRIOS NA MESMA POSIÇÃO (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)

0 – começa a cair

1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza

2 – estável

6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO

0 – instável

1 – estável

7. VOLTA DE 360° (2 vezes)

0 – instável (agarra – se, vacila)

1 – estável, mas dá passos descontínuos

2 – estável e passos contínuos

8. APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)

0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objecto

1 – aguenta 5 segundos de forma estável

9. SENTAR-SE

0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância

1 – usa os braços ou movimento não harmonioso

2 – seguro, movimento harmonioso

11

Pontuação: _____ / 16

APÊNDICE I (continuação)

EQUILIBRIO DINÂMICO – MARCHA

Instruções: O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.

10. INÍCIO DA MARCHA (imediatamente após o sinal de partida)
0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar
1 – sem hesitação
11. LARGURA DO PASSO (pé direito)
0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio
12. ALTURA DO PASSO (pé direito)
0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo
1 – o pé direito eleva-se completamente do solo
13. LARGURA DO PASSO (pé esquerdo)
0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
1 – ultrapassa o pé direito em apoio
14. ALTURA DO PASSO (pé esquerdo)
0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo
1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo
15. SIMETRIA DO PASSO
0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico
1 – comprimento do passo aparentemente simétrico
16. CONTINUIDADE DO PASSO
0 – pára ou dá passos descontínuos
1 – passos contínuos
17. PERCURSO DE 3m (previamente marcado)
0 – desvia-se da linha marcada
1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha
2 – sem desvios e sem ajudas
18. ESTABILIDADE DO TRONCO
0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha
1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha
2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha
19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA
0 – calcanhares muito afastados
1 – calcanhares próximos, quase se tocam

Pontuação: 8 / 12
Pontuação total: 19 / 28

Fonte: Mary E. Tinetti – YALE UNIVERSITY (with permission)

Risco de Queda	Score
Alto Risco	< 19
Médio Risco	19 - 24
Baixo Risco	25 – 28

Retirado de:

Apóstolo, J. (2012). Instrumentos para avaliação em geriatria (Geriatric Instruments). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. <https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php>

APÊNDICE II

Teste Timed Up and Go Aplicada ao Sr. A.

Timed Up and Go	
Classificação Queda	Score
Alto Risco de Queda	> 30 segundos
Moderado Risco de Queda	25 – 30 segundos
Algum Risco de Queda	10 – 20 segundos
Classificação Equilíbrio	Score
Bom Equilíbrio	< 20 segundos
Equilíbrio Alterado	> 20 segundos

Retirado de:

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidE nfReabilitacao_Final_2017.pdf

APÊNDICE III

Índice de Barthel Aplicado ao Sr. A.

1. Alimentação	
Independente.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado.....	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses).....	<input checked="" type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Ímóvel.....	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Impossível.....	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional.....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres.....	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho.....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	85

Índice de Barthel	
Grau de Dependência	Score
Independente	100
Dependente em grau reduzido	76 - 99
Dependente em grau moderado	51 – 75
Dependente em grau elevado	26 – 50
Totalmente Dependente	0 - 25

Retirado de:

Direção-Geral de Saúde (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. (Circular Normativa nº 054/2011). Lisboa: DGS.

APÊNDICE IV

Escala de FRAX (Fracture Risk Assistent Tool) aplicada ao Sr. A.

Ferramenta de Cálculo

Por favor, responda às perguntas abaixo para calcular a probabilidade de fratura de dez anos com a DMO.

País: **Reino Unido** Nome/Identidade: Sobre os fatores de risco

Questionário:

1. Idade (entre 40 e 90 anos) ou Data de Nascimento
Idade: Data de Nascimento: A: M: D:

2. Sexo Masculino Feminino

3. Peso (kg)

4. Altura (cm)

5. Fratura Anterior Não Sim

6. País com Fratura da Anca Não Sim

7. Fumador Corrente Não Sim

8. Glucocorticóides Não Sim

9. Artrite reumatóide Não Sim

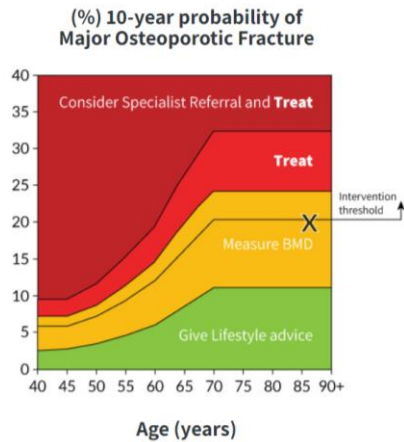
10. Osteoporose secundária Não Sim

11. Álcool 3 ou mais unidades/dia Não Sim

12. DMO do colo do fémur (g/cm²)
Selecione DMO

BMI: 24.2
The ten year probability of fracture (%)

without BMD	
Major osteoporotic	20
Hip Fracture	13
View NOGG Guidance	



Very high risk	Consider Specialist Referral and Treat
High risk	Treat
Intermediate risk	Measure Bone Mineral Density (BMD)
Low risk	Give lifestyle advice

Retirado de:

<https://frax.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=pr>

APÊNDICE V – Jornal de Aprendizagem I (Serviço de Ortopedia)



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular Estágio com Relatório - Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação

3º Semestre

Serviço de Ortopedia

JORNAL DE APRENDIZAGEM I

Discente: Ana Filipa Martins Serra, nº 5799

Regente da UC: Prof. Maria do Céu Sá
Docente Orientadora: Prof. Dra. Cristina Baixinho

Lisboa,

Novembro de 2022

LISTA DE ABREVIATURAS

AVD – Atividades de Vida Diária

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

MRC – *Medical Research Council*

OE – Ordem dos Enfermeiros

RFM – Reeducação Funcional Motora

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. JORNAL DE APRENDIZAGEM.....	2
1.1. Descrição.....	2
1.2. Sentimentos	5
1.3. Avaliação.....	6
1.4. Análise	7
1.5. Conclusão.....	Erro! Indicador não definido.
1.6. Plano de Ação	10
CONCLUSÃO	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, foi autoproposta a elaboração de um jornal de aprendizagem, segundo o Ciclo Reflexivo de Gibbs, com a finalidade de estudar a situação clínica de uma pessoa com fratura de fragilidade, sob a visão de cuidados de enfermagem de reabilitação definida no âmbito do tema do relatório final de estágio, sendo este o cuidado transicional.

A situação escolhida que irá ser explorada consiste em dois momentos de contacto/intervenção com uma pessoa com fratura de fragilidade, em contexto de consulta de enfermagem, onde se efetua aqui a avaliação e a primeira abordagem relativamente aos cuidados específicos associados à reabilitação após a fratura de fragilidade, sendo estes os exercícios de reeducação funcional motora (RFM), gestão do regime medicamentoso, cuidados com a dieta (rica em cálcio, vitamina D e proteínas), exposição solar e prevenção de quedas.

Para além disso, antes de efetuar a descrição da situação escolhida, será feita primeiro uma contextualização da pessoa e da sua condição clínica, de modo a explorar de forma adequada e crítica a situação, considerando o tema do relatório final de estágio.

Acrescentar ainda que, ao longo deste trabalho, por motivo de garantia da confidencialidade dos dados, todas as pessoas envolvidas na situação serão identificadas apenas pelas iniciais do seu nome.

4. JORNAL DE APRENDIZAGEM

A situação que irá ser abordada, ao longo do jornal de aprendizagem, consiste em dois momentos de contacto/intervenção junto de uma pessoa com fratura de fragilidade, a Sra. M. A., em contexto de consulta de enfermagem, nos dias 6 e 10/10/22.

A Sra. M. é uma senhora de 63 anos, casada, com um filho adulto, professora e que sofreu uma fratura cominutiva do rádio distal esquerdo, após queda da própria altura ao ter escorregado na via pública. Foi submetida a redução e osteossíntese com placa a 23/09/22, mantendo indicação pós-operatória para utilização de tala imobilizadora de punho e suspensão braquial no membro intervencionado.

Como antecedentes pessoais, a Sra. M. apresenta Diabetes Mellitus tipo 2 e, após alta hospitalar, manteve indicação para manter a toma do seguinte regime medicamentoso: Metformina, Ácido ascórbico, Carbonato de cálcio + Colecalciferol e Paracetamol + Tramadol.

Para além disso, teve alta hospitalar com referenciação para consulta de enfermagem com realização de penso e consulta médica de reavaliação às quatro semanas de pós-operatório, com realização de radiografia de controlo.

4.1. Descrição

Na primeira consulta de enfermagem, a 6/10/22, a Sra. M. A. deu entrada no gabinete da consulta, tendo sido feito o acolhimento à mesma pela enfermeira responsável pela consulta (enfermeira R.) e por mim. A Sra. M. foi informada de que seria realizado o penso e de que este seria feito na presença da médica ortopedista de referência, por indicação desta última, ao qual a Sra. M. anuiu.

Enquanto aguardávamos pela presença da médica assistente, questionei a Sra. M. relativamente ao contexto da sua queda, ao qual esta respondeu que tinha sido uma queda da própria altura, na via pública, tendo tentado amparar o corpo com os braços e daí ter resultado a fratura. Desta forma, foi possível perceber que a fratura da Sra. M. se enquadrava na definição de uma fratura de fragilidade.

Seguidamente, questionei a Sra. M. quanto à sua terapêutica atual e terapêutica prescrita após a alta hospitalar, de forma a validar os antecedentes pessoais e o regime medicamentoso atual, ao qual a mesma respondeu que tomava Metformina, Ácido ascórbico e Paracetamol + Tramadol, mas que não tomava o Carbonato de cálcio + Colecalciferol, pois o mesmo encontrava-se esgotado na farmácia. Perante esta

informação, respondi à Sra. M. que esta seria uma questão pertinente a solucionar em conjunto com a médica assistente e que era importante a toma dessa terapêutica devido à fratura que a mesma tinha sofrido.

Aproveitando aqui as questões do regime medicamentoso, iniciei intervenções ao nível da educação para a saúde com a Sra. M. relativamente ao seu contexto de queda (de baixo impacto) e consequente fratura; ao facto da sua fratura ser de fragilidade e se prender com a existência de osteoporose, que leva a fragilidade óssea; à importância da adesão ao regime medicamentoso; aos cuidados a ter com a dieta na ingestão da proteínas, cálcio e vitamina D; aos cuidados com a exposição solar para promover níveis adequados de vitamina D no organismo e medidas de prevenção de novas quedas, tendo dado ênfase nomeadamente à escolha do calçado e a questões ambientais no domicílio, tendo a Sra. M. demonstrado interesse.

Após a transmissão destas instruções, elogiei a Sra. M. acerca da sua atenção perante a prescrição do Carbonato de cálcio + Colecalciferol, tendo a mesma reforçado a sua preocupação em resolver a questão da prescrição com a médica. Seguidamente, questionei a Sra. M. quanto à realização de atividades de vida diária (AVD) e em quais necessitava de ajuda, tendo a mesma referido apenas necessidade de ajuda na preparação dos alimentos ao nível do autocuidado alimentar-se e ajuda na realização de tarefas da lida doméstica (passar a ferro e limpeza da loiça). No entanto, tinha o apoio do marido para ajudar na realização do autocuidado da alimentação e na realização das tarefas da lida doméstica.

Quando questionada quanto à realização dos exercícios de treino motor do membro intervencionado – alternância dos períodos de mobilização ativa do ombro, cotovelo e dedos, com períodos de repouso com suspensão braquial –, a Sra. M. respondeu que ia realizando os mesmos. Quando questionada quanto à realização de crioterapia, para além da toma da analgesia prescrita, a mesma respondeu que não o fazia. Perante isto, foi explicada a importância da crioterapia, a correta forma de efetuar a mesma e de que esta seria uma boa estratégia a aplicar após a realização dos exercícios de treino motor, para melhor controlo da dor.

Para além disso, foram realizados os exercícios de treino motor com a Sra. M. de forma ativa-assistida e instruindo a mesma a como fazê-lo de forma autónoma com o membro sã, para conseguir promover uma maior amplitude articular e de forma controlada, conforme a sua tolerância, tendo a Sra. M. participado e demonstrado compreender as instruções transmitidas (**ver Apêndice I**).

Neste momento, surge a médica ortopedista no gabinete, a Dra. L., que cumprimenta a Sra. M. e pede para se realizar o penso. Na realização do penso, a ferida cirúrgica da Sra. M. estava com boa evolução e discutiu-se apenas remover os pontos na consulta de enfermagem no dia 10/10, em presença médica. Para além disso, a Dra. L. deu também indicação para interromper a utilização da tala imobilizadora de punho e da suspensão braquial e iniciar mobilizações ativas do punho.

Seguidamente, a Sra. M. questionou a Dra. L. quanto ao problema da prescrição médica e dificuldade na aquisição do medicamento, ao qual esta disse que resolveria a questão com outra prescrição e que a Sra. M. fosse ter com ela antes de se ir embora da consulta de enfermagem para levar a nova prescrição, tendo saído do gabinete.

Posto isto, elogiei a Sra. M. pela sua iniciativa em abordar a médica relativamente à prescrição médica e instruí a mesma acerca dos novos exercícios a realizar de forma ativa e ativa-assistida, ao nível do punho.

Por último, perguntei à Sra. M. se esta tinha alguma dúvida que quisesse esclarecer, tendo a senhora respondido que não e agradeceu os esclarecimentos e as informações que lhe tinham sido transmitidas. Foi reforçada a marcação da consulta de enfermagem seguinte e despedi-me da Sra. M., encaminhando-a para o gabinete da Dra. L., de forma a poder levantar a nova receita.

Na segunda consulta de enfermagem, após o acolhimento à Sra. M., questionei a mesma como tinha passado desde a última consulta e como estavam a correr as coisas, ao qual a Sra. M. respondeu que se mantinha tudo igual, que estava a cumprir a toma da terapêutica prescrita e que, apesar de tentar fazer os exercícios do treino motor, ainda mantinha dor e tentava realizar aquilo que conseguia.

Após pedir para a Sra. M. realizar os exercícios, observei que a mesma mantinha dificuldade na realização da flexão e movimento de oposição do 1º dedo da mão esquerda, que não tolerava realizar a flexão do punho e que tentava realizar os exercícios apenas de forma ativa e não ativa-assistida, com recurso ao membro sã.

Posto isto, realizei os movimentos de forma ativa-assistida, mas com pequenos ângulos de flexão, pois a tolerância da Sra. M. foi pouca. No entanto, reforcei com a Sra. M. que, mesmo que fossem pequenos ângulos de flexão, era importante iniciar os exercícios com esses ângulos e progredir, conforme fosse criando tolerância, pois, caso contrário, iria acabar por ter complicações pós-operatórias de mobilidade e muito mais dificuldade em recuperar a total amplitude dos movimentos articulares do punho. Reforcei igualmente a importância de manter a toma da analgesia e crioterapia, ao qual a

Sra. M. referiu que utilizava essas estratégias e que efetivamente tinha notado uma melhoria no controlo da dor. Para além da crioterapia, eu e a enfermeira R. sugerimos e demonstrámos massajar com creme a mão de forma a tentar relaxar a mesma, antes de iniciar os exercícios, ao qual a Sra. M. concordou prontamente (**ver Apêndice II**).

Seguidamente, surgiu a Dra. L. no gabinete e procedeu-se à realização do penso, removendo-se o material de sutura, estando a ferida cirúrgica cicatrizada. Após observar a Sra. M., a médica assistente reforçou a importância de realizar os exercícios de treino motor e agendou consulta médica para as 4 semanas de pós-operatório com realização de radiografia de controlo e encaminhamento futuro para fisioterapia.

Antes de concluir a consulta de enfermagem, questionei à Sra. M. se tinha alguma dúvida, ao qual a mesma respondeu negativamente. Assim sendo, despedi-me da Sra. M. e reforcei com a mesma a importância de realizar os exercícios e, caso necessitasse de algo, para entrar em contacto telefónico com a consulta externa de ortopedia ou com o internamento de ortopedia, para podermos ajudar a mesma, visto que tinha alta da consulta de enfermagem. A Sra. M. agradeceu e despediu-se de nós, dizendo que se iria comprometer em esforçar mais para tentar realizar os exercícios de forma mais eficaz.

4.2. Sentimentos

Ao longo desta interação, fui sentindo felicidade e realização ao longo da minha intervenção, devido ao facto de estar a colocar em prática intervenções de enfermagem de reabilitação e de as individualizar, de acordo com as características de uma pessoa, que, neste caso, é a Sra. M.

Para além disso, senti orgulho no momento em que a Sra. M. abordou a médica assistente em relação à prescrição do seu regime medicamentoso de forma autónoma, sem necessitar da minha intervenção na articulação de cuidados, pois esta atitude revelou que a minha intervenção teve impacto na Sra. M. e que a mesma se demonstrou capacitada e com *empowerment* para gerir a sua situação de saúde com os profissionais de saúde adequados à situação, revelando assim aquisição de literacia em saúde.

Por outro lado, senti alguma tristeza/impotência pela lenta progressão da tolerância ao nível da realização dos exercícios de treino motor e pelo difícil controlo ao nível da dor por parte da Sra. M., pois a minha intervenção quanto aos mesmos acaba por ser um pouco limitada aos momentos de consulta, não sendo possível uma monitorização e intervenção mais presente e regular ao nível da realização destes ao longo do tempo.

Por conseguinte, estes sentimentos levam também a um sentimento de inquietude e receio perante a evolução e recuperação da funcionalidade ao nível do punho, mão e dedos da Sra. M., visto que não haverá uma monitorização futura por parte de enfermagem. No entanto, acaba por haver um certo alívio, considerando que a Sra. M. terá nova consulta médica e que será referenciada futuramente para iniciar sessões de fisioterapia que darão continuidade ao programa de reabilitação motora do membro intervencionado.

Apesar de haver um alívio ao nível da recuperação da funcionalidade do membro intervencionado, resta sempre alguma inquietude perante a adesão aos outros aspetos do regime terapêutico que dizem respeito aos cuidados após uma fratura de fragilidade e que não terão uma vigilância ou monitorização futura.

4.3. Avaliação

Ao longo destas interações com a Sra. M., senti como experiência positiva, logo em primeiro lugar, a possibilidade da consulta de enfermagem se apresentar como um meio para identificação e sinalização/deteção de pessoas que sofreram fraturas de fragilidade que levaram a internamentos de ambulatório ou de curta duração, que não permitiram dar início no internamento (quando este existe) a uma intervenção dirigida ao contexto global da fratura de fragilidade.

Desta forma, foi possível estabelecer uma relação terapêutica com a Sra. M., construída em contexto de consulta de enfermagem, que permitiu introduzir as intervenções de enfermagem dirigidas aos cuidados após uma fratura de fragilidade ao nível dos cuidados de reabilitação, reeducação funcional motora, realização de AVD, gestão do regime medicamentoso, cuidados com a dieta, com a exposição solar e prevenção de quedas.

Deste modo, resultou como experiência positiva a eficácia quer na sensibilização da Sra. M. para a sua situação de doença (fratura de fragilidade e osteoporose), quer na promoção da gestão da sua situação de saúde, no que diz respeito ao tratamento da osteoporose, da fratura de fragilidade e de medidas preventivas de ocorrência de segunda queda e fratura. Este último aspecto acabou por ser comprovado perante a iniciativa da Sra. M. na gestão do seu regime medicamentoso, em conjunto com a sua médica assistente.

Assim sendo, destaca-se aqui igualmente como experiência positiva a capacitação da pessoa e promoção do seu *empowerment* na gestão da sua situação de saúde/doença, o que revela, conseqüentemente, a promoção e aquisição de literacia em saúde.

Por último, surge simultaneamente como aspeto positivo e negativo a monitorização realizada em contexto de consulta de enfermagem à Sra. M., no que diz respeito à monitorização da evolução da sua condição clínica, nomeadamente em termos da recuperação da funcionalidade do seu membro operado.

Como aspeto positivo, a consulta de enfermagem permitiu a vigilância da evolução da Sra. M. e, desta forma, garantir e monitorizar a continuidade dos cuidados, nomeadamente ao nível da reeducação e readaptação funcional, dando assim relevo à intervenção e presença do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na mesma.

Por oposição, surge como aspeto negativo a alta da consulta de enfermagem. Isto porque a consulta de enfermagem de ortopedia, inserida no serviço de consulta externa, acaba por estar muito direcionada à realização do penso da ferida cirúrgica e manutenção de gessos e não aos cuidados de reabilitação, não sendo sequer criada nesse contexto ou dirigida por EEER.

Tendo isto em consideração, a Sra. M. acaba por não ter critérios clínicos para manter vigilância por parte de enfermagem no contexto desta consulta, mas, como foi visível, existe necessidade e pertinência em a Sra. M. manter vigilância e intervenção por parte do EEER, nomeadamente ao nível da adesão ao programa de treino motor e todos os aspetos que concernem o tratamento dirigido à fratura de fragilidade.

4.4. Análise

No decorrer das interações com a Sra. M. anteriormente descritas, foi possível perceber, antes de tudo, que “os EEER assumem um papel importante, uma vez que, na maior parte das situações, são os profissionais que dão início ao processo de reabilitação” (Lourenço *et al.*, 2021, p. 282), bem como, “todo este processo de recuperação poderá ser potenciado com a intervenção e acompanhamento do EEER” (Lourenço *et al.*, 2021, p. 282) em contexto domiciliário/ambulatório, como foi aqui o caso.

Através da consulta de enfermagem, conseguiu-se reavaliar a Sra. M. relativamente às alterações ao nível da sua funcionalidade, capacidade de readaptação funcional no regresso ao domicílio, grau de conhecimento acerca da sua situação de saúde/doença e

nível de adesão ao seu programa de reabilitação/terapêutico, de forma a promover a saúde e prevenir complicações, como uma segunda queda e fratura. Com base nesta avaliação, foram desenvolvidas e implementadas intervenções de enfermagem de reabilitação que visaram dar resposta às mesmas, em colaboração com a equipa multidisciplinar (aqui representada pela articulação com a médica assistente), visto que “iniciativas para evitar fraturas secundárias (subsequentes) devem ser oferecidas a todo o homem e mulher acima dos 50 anos que tiveram fraturas por fragilidade” (Stolnicki & Oliveira, 2016, p. 122).

Estas intervenções tiveram sempre em mente que,

atendendo a que a continuidade do processo de reabilitação no domicílio depende da aquisição de conhecimento e do desenvolvimento de habilidades para a realização de exercícios, para a adoção de estratégias que permitam a concretização dos autocuidados e para a prevenção de complicações, no âmbito da conceção dos cuidados, independentemente da região corporal acometida, estas condições, que influenciam o processo de transição, assumem especial relevância na maioria dos focos de atenção do EEER neste contexto” (Lourenço *et al.*, 2021, p. 123).

Com isto, o que se pretende evidenciar é que todas as intervenções de enfermagem de reabilitação desenvolvidas ao longo desta consulta visaram sempre instruir e capacitar a pessoa para a gestão da sua situação de saúde/doença (fratura de fragilidade e osteoporose), tendo-se inclusivamente cumprido na mesma a transmissão das três simples e principais mensagens à pessoa com fratura de fragilidade, sendo estas de que os seus ossos provavelmente já se encontram a sofrer processo de osteoporose, fraturar ossos significa que pode sofrer diminuição da sua mobilidade e da sua independência e que existem medidas para reduzir o risco de segundas fraturas (Conley *et al.*, 2020).

Durante as duas consultas, objetivou-se também promover a adesão ao programa de reabilitação/terapêutico (exercícios de reeducação funcional motora, estratégias farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor, cuidados com a dieta, toma do regime medicamentoso, exposição solar e adoção de medidas preventivas de queda), pois

a implementação de medidas gerais, não farmacológicas, de prevenção da osteoporose, como dieta, suplementação em vitamina D, exercício, prevenção de quedas e monitorização da utilização de terapêutica, deve ser aplicada a todas as idades, sempre que sejam identificados fatores de risco corrigíveis (Marques *et al.*, 2016, p. 433).

Uma das manifestações da adesão da Sra. M. ao seu programa de reabilitação foi a forma como esta exerceu a sua autonomia e procurou, juntamente com a sua médica assistente, ajustar a sua terapêutica prescrita, de forma a conseguir iniciar o tratamento da

sua doença (osteoporose), o que revelou capacitação e *empowerment* na autogestão da sua situação de saúde e, por conseguinte, um aumento da sua literacia em saúde.

Esta demonstração de autogestão foi resultado das intervenções de enfermagem de reabilitação desenvolvidas ao longo da consulta, no âmbito da educação para a saúde, o que, por si só, fundamenta a necessidade da existência de consultas de enfermagem de reabilitação que permitam vigiar, monitorizar e reavaliar/reformular os planos de cuidados, consoante a evolução da pessoa e da sua condição clínica até a mesma reunir critérios para alta, assim como, estabelecer a articulação com os outros profissionais da equipa multidisciplinar, de forma a garantir a manutenção da abordagem multidisciplinar.

Esta necessidade de reavaliar os planos de cuidados e manter a vigilância dos mesmos encontra-se presente na avaliação realizada relativamente à adesão ao programa de reabilitação motora, onde a Sra. M. evidenciou dificuldades no cumprimento do mesmo por ainda manter dor e investir apenas nos exercícios de mobilização ativa, em vez de priorizar os de mobilização ativa-assistida no que concerne a reeducação funcional motora.

Posto isto, é por estes motivos que a adaptação de consultas de enfermagem para monitorização e vigilância da adesão ao programa de reabilitação por parte da pessoa com fratura de fragilidade após a alta hospitalar revela-se como uma estratégia fundamental para garantir o cuidado transicional do hospital para o domicílio e assegurar que a pessoa mantém o devido acompanhamento no futuro, em detrimento de manter apenas referência para nova consulta médica e posterior fisioterapia.

No entanto, foi disponibilizado contacto telefónico, de forma a tentar manter uma via aberta para intervenção por parte do EEER, em caso de necessidade futura da Sra. M..

4.5. Conclusão

Considerando tudo o que já foi mencionado, a única coisa que poderia fazer/ter feito de diferente nesta situação particular, tendo em conta a inexistência de consulta de fraturas de fragilidade que permita a correta monitorização e acompanhamento da Sra. M., seria desenvolver intervenções de *follow-up* telefónico, em vez de apenas disponibilizar o contacto telefónico. Desta forma, poderia ser dada continuidade à monitorização do programa de reabilitação desenvolvida para a Sra. M..

4.6. Plano de Ação

Posto isto, para o plano de ação futuro face a situações semelhantes, surgem os seguintes focos de atenção/intervenção: reconhecer na consulta de enfermagem uma plataforma para desenvolver cuidados transicionais de enfermagem de reabilitação; sensibilizar a pessoa e a equipa médica para a prescrição e toma de terapêutica dirigida à osteoporose; educar a pessoa acerca dos cuidados no tratamento da osteoporose (terapêutica, dieta, exposição solar e atividade física), dos cuidados inerentes à recuperação da funcionalidade pós-fratura e na prevenção de segunda queda e/ ou nova fratura; instruir e capacitar a pessoa na implementação do seu programa de reabilitação e exercícios de reeducação e readaptação funcional e monitorizar a adesão e os resultados do programa de reabilitação, através de estratégias de *follow-up*, de forma a garantir um cuidado transicional adequado.

CONCLUSÃO

Com a realização deste jornal de aprendizagem, concluiu-se que a intervenção do EEER ao longo da transição entre os diferentes contextos de saúde – hospital, comunidade e domicílio – é necessária e fundamental, nomeadamente na promoção da saúde, através da educação da pessoa acerca da sua situação de doença e capacitação da mesma para a sua autogestão, pois

embora a intervenção dos EEER promova uma evolução positiva no domínio da função, é significativo o seu contributo no desenvolvimento da capacidade das pessoas para integrarem de forma fluída o processo de reabilitação no seu dia a dia. Como resultado deste contributo, emerge nas pessoas o desenvolvimento de mestria e percepção de autoeficácia (Lourenço *et al.*, 2021, p. 327).

Ao longo deste jornal de aprendizagem, também se revela e evidencia a importância da intervenção do EEER na monitorização dos programas de reabilitação que visam a recuperação da funcionalidade e da independência da pessoa, em contexto de ambulatório, sendo que foi notório que “a articulação e integração dos cuidados comunitários com os cuidados hospitalares é um desafio persistente” (Pedrosa, Ferreira & Baixinho, 2022, p. 11).

No entanto, “a monitorização e a coordenação entre os níveis de cuidados devem ser asseguradas” (Pedrosa, Ferreira & Baixinho, 2022, p. 11), tendo sido aqui que incidiu a reflexão acerca da situação escolhida, surgindo a consulta de enfermagem como o meio para intervir ao nível de pessoas que sofreram fraturas de fragilidade, após alta hospitalar, e o desenvolvimento da melhor solução possível – *follow-up* telefónico – que permitisse dar resposta ao problema que ficou pendente de melhor resolução, ou seja, a monitorização/vigilância da pessoa.

Por fim, com a elaboração deste jornal de aprendizagem, foi possível simultaneamente refletir e desenvolver intervenções de cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade, através do desenvolvimento das competências específicas do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2019), em contexto de consulta hospitalar de enfermagem de ambulatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Conley, R. *et al.* (2020). Secondary fracture prevention: consensus clinical recommendations from a multistakeholder coalition. *Journal of bone and mineral research*, 35(1), 36-52.
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R. & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. In Ribeiro, O. (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas*. (pp 281-328). Lisboa: Lidel.
- Marques, A., Rodrigues, A. M., Romeu, J. C., Ruano, A., Barbosa, A. P., Simões, E., Águas, F., Canhão, H., Alves, J., Lucas, R., Branco, J., Laíns, J., Mascarenhas, M., Simões, S., Tavares, V., Lourenço, O. & da Silva, J. (2016). Recomendações multidisciplinares portuguesas sobre o pedido de DXA e indicação de tratamento de prevenção das fraturas de fragilidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32(6), 425-41.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 392/2019 - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. In: Diário da República, 2.ª série, nº 85 de 3 de maio de 2019, 13565-13568
- Pedrosa, R., Ferreira, Ó., & Baixinho, C. L. (2022). Rehabilitation Nurse's Perspective on Transitional Care: An Online Focus Group. *Journal of Personalized Medicine*, 12(4), 582.
- Stolnicki, B., & Oliveira, L. (2016). Para que a primeira fratura seja a última. *Revista brasileira de ortopedia*, 51, 121-126.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Plano de Cuidados relativo ao Programa de Treino Motor

Diagnóstico	Resultado	Intervenções	Avaliação
<p>Movimento Corporal Comprometido [6/10/22], [relacionado com fratura cominutiva do rádio distal esquerdo e cirurgia, manifestada por diminuição da força muscular da mão esquerda e amplitude do movimento articular do punho e dedos da mão].</p>	<p>Movimento Corporal Melhorado, até ao momento da alta da consulta de enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Executar exercícios de movimento articular ativo [e ativo-assistido, com recurso a ajuda do membro são]: <ul style="list-style-type: none"> ▪ [Flexão/ Extensão e Abdução/adução do ombro; ▪ Flexão/Extensão e Pronação/supinação do cotovelo; ▪ Flexão/Extensão e Desvio cubital/desvio radial do punho; ▪ Flexão/Extensão dos dedos da mão; ▪ Movimento de oponência com 1º dedo da mão esquerda na palma da mão e restantes dedos)]. ➤ Instruir e Incentivar a Sra. M. sobre os exercícios de movimento articular ativo; ➤ Monitorizar a força muscular, através da escala de força muscular da Medical Research Council (MRC); ➤ Instruir a Sra. M. sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor; ➤ Elogiar a Sra. M. sobre a colaboração da mesma nos cuidados. 	<p>06/10/22 – A Sra. M. demonstrou compreender as instruções transmitidas e mostrou-se recetiva às mesmas.</p> <p>Força muscular de nível 5 ao nível do braço esquerdo na escala MRC.</p> <p>Força muscular de nível 3 ao nível do antebraço e mão esquerdos.</p>

APÊNDICE II

Reavaliação do Plano de Cuidados relativo ao Programa de Treino Motor

Diagnóstico	Resultado	Intervenções	Avaliação
<p>Movimento Corporal Comprometido [6/10/22], [relacionado com fratura cominutiva do rádio distal esquerdo e cirurgia, manifestada por diminuição da força muscular da mão esquerda e amplitude do movimento articular do punho e 1º dedo da mão esquerda].</p>	<p>Movimento Corporal Melhorado, até ao momento da alta da consulta de enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Executar exercícios de movimento articular ativo [e ativo-assistido, com recurso a ajuda do membro são]: <ul style="list-style-type: none"> ▪ [Flexão/ Extensão e Abdução/adução do ombro; ▪ Flexão/Extensão e Pronação/supinação do cotovelo; ▪ Flexão/Extensão e Desvio cubital/desvio radial do punho; ▪ Flexão/Extensão dos dedos da mão; ▪ Movimento de oposição com 1º dedo da mão esquerda na palma da mão e restantes dedos)]. ➤ Instruir e Incentivar a Sra. M. sobre os exercícios de movimento articular ativo; ➤ Monitorizar a força muscular, através da escala de força muscular da MRC; ➤ Instruir a Sra. M. sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor; ➤ Instruir e incentivar a realização de massagem muscular à mão esquerda, [antes de iniciar exercícios de movimento articular ativo]; ➤ Elogiar a Sra. M. sobre a colaboração da mesma nos cuidados. 	<p>10/10/22 – A Sra. M. demonstrou compreender as instruções transmitidas em relação à realização de massagem muscular e exercícios de movimento articular ativo-assistido com recurso ao membro são. Avaliação de força muscular sobreponível.</p>



APÊNDICE VI – Jornal de Aprendizagem II (UCC)



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**Unidade Curricular Estágio com Relatório - Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação**

3º Semestre

Unidade de Cuidados na Comunidade

JORNAL DE APRENDIZAGEM II

Discente: Ana Filipa Martins Serra, n° 5799

Regente da UC: Prof. Maria do Céu Sá
Docente Orientadora: Prof. Dra. Cristina Baixinho

Lisboa,
Fevereiro de 2023

LISTA DE ABREVIATURAS

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1. JORNAL DE APRENDIZAGEM.....	20
1.1. Descrição.....	20
1.2. Sentimentos	22
1.3. Avaliação.....	22
1.4. Análise 23	
1.5. Conclusão.....	25
1.6. Plano de Ação	25
CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, foi autoproposta a elaboração de um jornal de aprendizagem, segundo o Ciclo Reflexivo de Gibbs, com a finalidade de estudar intervenções de cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade, considerando o tema do relatório final.

Neste jornal de aprendizagem, o cuidado transicional será abordado de uma perspetiva diferente, pois a intervenção desenvolvida nesta situação clínica será no âmbito dos níveis de prevenção primária, visto que a mesma foi dirigida a um público-alvo que não referiu ter sofrido fraturas de fragilidade, mas que se encontrava na faixa etária suscetível de tal (mulheres com idades compreendidas entre os 60 e 85 anos), assim como, de prevenção secundária, considerando a sensibilização para o rastreio, diagnóstico, monitorização e tratamento da osteoporose.

Assim sendo, a situação escolhida que irá ser explorada consiste em dois momentos de contacto/intervenção com um grupo de mulheres com idades compreendidas entre os 60 e os 85 anos, em contexto de sessão de formação na área da saúde, numa universidade da terceira idade.

Considerando o tema de estudo do relatório final de estágio, ambas as sessões de formação tiveram como foco os cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade, no âmbito da prevenção.

Acrescentar ainda que, ao longo deste trabalho, por motivo de garantia da confidencialidade dos dados, todas as pessoas envolvidas na situação serão identificadas apenas pelas iniciais do seu nome, caso se revele pertinente destacar alguma das intervenientes.

5. JORNAL DE APRENDIZAGEM

5.1. Descrição

As situações que irão ser abordadas, ao longo do jornal de aprendizagem, consistem em duas sessões de formação realizadas numa universidade da terceira idade, a uma turma de 10 mulheres, com idades compreendidas entre os 65 e os 85 anos. A primeira sessão de formação foi realizada a 25/01/23 e a segunda a 1/02/23.

Na primeira sessão de formação, esta teve início com a apresentação das formadoras (eu e a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) C.) às senhoras que constituíam a turma e vice-versa. De seguida, foi questionado se alguém já tinha sofrido alguma fratura recentemente, ao qual todas responderam que não, mas algumas senhoras mencionaram que já tinham tido quedas prévias à idade dos 50 anos, das quais tinham resultado fraturas (braço, tornozelo e anca) e algumas com necessidade de intervenção cirúrgica.

Após este breve momento de discussão, foi iniciada a apresentação dos conceitos fraturas de fragilidade e osteoporose e a relação entre ambos; dos locais do corpo onde ocorrem com maior frequência este tipo de fraturas e das medidas de tratamento da osteoporose e de prevenção de fraturas de fragilidade.

À medida que estes conteúdos foram sendo apresentados, as senhoras foram colocando questões acerca do tipo de fraturas que podiam ocorrer e cada vez foram ficando mais interessadas na “solução” para o problema, revelando grande interesse aquando a discussão acerca das medidas de prevenção.

Durante este período, foi discutido com as senhoras como atuar perante esta problemática relativamente à adoção de comportamentos saudáveis (prática de exercício físico individual e/ou em grupo, alimentação rica em cálcio, vitamina D e proteínas, exposição solar diária e medidas de prevenção de quedas); aos recursos na comunidade a mobilizar (procurar/consultar o médico de família para deteção, diagnóstico e para tratamento farmacológico de osteoporose) e comportamentos promotores da saúde e da literacia em saúde (transmitir conhecimento e sensibilizar amigos e familiares em relação ao tema).

Por último, antes de encerrar a sessão, foi questionada a opinião das senhoras quanto à formação e ao tema que gostariam de aprofundar na sessão seguinte, dentro da temática das fraturas de fragilidade, ao qual estas responderam que tinham “gostado muito, que tinham achado a formação muito interessante e que gostariam de saber mais

sobre os tratamentos cirúrgicos e os cuidados após uma pessoa sofrer uma fratura de fragilidade” (sic).

Tendo isto em consideração, no dia 1/02, deu-se início à segunda sessão de formação com um breve resumo dos assuntos abordados na sessão anterior e referiu-se que esta sessão teria enfoque nos tipos de fraturas de fragilidade mais frequentes e no seu tratamento (conservador ou cirúrgico), assim como, nos cuidados de enfermagem de reabilitação no pós-operatório, ao qual as senhoras reagiram com bastante agrado.

Assim sendo, foram apresentados os tipos de fraturas que ocorrem ao nível do úmero, do rádio e cúbito, da coluna e da anca; os tipos de tratamento (conservador e cirúrgico); as várias intervenções cirúrgicas de tratamento e, por último, os cuidados de enfermagem de reabilitação gerais no pós-operatório.

Ao longo da apresentação, as senhoras foram participando, através de questões, e identificando/reconhecendo algumas intervenções cirúrgicas, através de experiências próprias ou de experiências de amigos e/ou familiares, nomeadamente ao nível de fraturas de anca.

Durante a apresentação dos exercícios de treino motor, as senhoras também demonstraram grande interesse, tendo inclusivamente a Sra. A. questionado, aquando a explicação e demonstração dos exercícios isométricos dos glúteos, se esses exercícios eram os mesmos que os que “uma amiga dela fazia para ajudar na incontinência urinária” (sic).

Perante isto, a Sra. A. foi esclarecida de que estes não se tratavam do mesmo tipo de exercícios e que os exercícios a que a mesma se referia eram denominados exercícios de *Kegel* e que diferiam das contrações isométricas dos glúteos pelos grupos musculares que se encontram a ser trabalhados e pelo objetivo pretendido, tendo sido explicado como se realizam cada um deles e quais as diferenças práticas entre os mesmos, tendo a Sra. A. e as restantes senhoras verbalizado compreensão.

Por fim, antes de encerrar a sessão, fiz algumas questões para recapitular os conhecimentos adquiridos e solicitei *feedback* acerca da sessão, tendo, mais uma vez, recebido comentários positivos.

Posto isto, agradei a presença ao grupo e incentivei a divulgação e transmissão dos conhecimentos adquiridos, assim como, a adoção de comportamentos saudáveis e preventivos das fraturas de fragilidade por parte das senhoras.

5.2. Sentimentos

Ao longo destas interações, senti-me feliz por ter oportunidade de desenvolver intervenções promotoras da saúde e que permitiram atuar ao nível da problemática das fraturas de fragilidade, no âmbito da prevenção primária e secundária em contexto comunitário.

Para além disso, no decorrer de ambas as sessões, fui-me sentindo motivada e orgulhosa com o desenvolvimento deste tipo de intervenção de enfermagem de reabilitação à medida que ia havendo mais participação por parte das senhoras, o que espelhava quer o interesse e envolvimento delas no tema, quer a eficácia da intervenção.

Senti igualmente alegria e orgulho pela relação criada entre as formadoras (eu e a EEER C.) e o grupo, o que se constituiu como um fator positivo e facultativo de toda a intervenção desenvolvida e que permitiu atingir os resultados pretendidos, que foram a promoção da saúde, da literacia em saúde e a prevenção de complicações.

Por oposição a estes sentimentos positivos, senti também medo do insucesso, ou seja, tive receio de que a adesão à minha intervenção não fosse conseguida e que as sessões de formação se tornassem apenas um “debitar” de informação que não tivesse qualquer impacto ou significado para o público-alvo. No entanto, este medo foi rapidamente ultrapassado à medida que as senhoras foram intervindo com dúvidas e revelando interesse pelo tema, assim como, pelo *feedback* positivo recebido.

5.3. Avaliação

Como experiências positivas decorrentes destas interações, identifico a oportunidade de desenvolver intervenções de enfermagem de reabilitação direcionadas à problemática das fraturas de fragilidade no âmbito da prevenção primária e secundária em contexto comunitário; o estabelecimento de uma relação empática em dinâmica de grupo e promotora da educação para a saúde e a implementação/desenvolvimento de intervenções de enfermagem de reabilitação que permitiram simultaneamente promover a saúde e bem-estar, a literacia em saúde e a prevenção de complicações.

Como experiência negativa, identifico alguma limitação na promoção do cuidado transicional, nomeadamente no que concerne o diagnóstico e tratamento da osteoporose. Isto porque, neste âmbito, apenas é possível referenciar as pessoas para o médico de família, não havendo algum serviço/recurso na comunidade que promova o rastreio e monitorização da osteoporose e que seja possível de ser mobilizado.

5.4. Análise

Com a realização de ambas as sessões de formação, foi possível desenvolver intervenções de cuidado transicional no âmbito da prevenção primária e secundária.

Considerando que a prevenção primária consiste no conjunto de atividades que têm como objetivo evitar ou remover a exposição de um indivíduo ou população a um fator de risco antes do desenvolvimento da patologia (Almeida, 2005), estas intervenções de educação para a saúde assumem-se neste nível de prevenção, visto que promovem a adoção de comportamentos saudáveis na prevenção da ocorrência das fraturas de fragilidade, através das medidas de tratamento farmacológico e não farmacológico da patologia de base (osteoporose), bem como, das medidas de prevenção de quedas, constituindo-se estes os dois grandes fatores de risco para a ocorrência das fraturas.

Por sua vez, a prevenção secundária tem como objetivo detetar um problema de saúde num indivíduo ou população numa fase precoce, de modo a contribuir para que esta evolua de forma favorável (Almeida, 2005), logo, a sensibilização que é desenvolvida durante esta intervenção de educação para a saúde relativamente ao rastreio e tratamento da patologia de base das fraturas de fragilidade, a osteoporose, surge aqui como a forma de atuação ao nível da prevenção secundária.

Assim sendo, este tipo de intervenção de educação para a saúde por parte do EEER ao nível das fraturas de fragilidade e dos níveis de prevenção primária e secundária permite simultaneamente promover a saúde e a prevenção de complicações e perspetivar que a continuidade dos cuidados na população tome forma na adoção de comportamentos saudáveis na prevenção das fraturas de fragilidade e no tratamento da osteoporose.

Para além disso, através destas intervenções, pretendeu-se promover de igual forma a literacia em saúde por parte do público-alvo, considerando que a literacia em saúde se define pelo

conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida (DGS, 2018, p. 6).

Assim sendo, promoveu-se a literacia em saúde através da educação para a saúde e da capacitação das senhoras para tomarem decisões acerca da sua saúde e vigilância da mesma, nomeadamente ao nível da utilização dos recursos da comunidade (referenciação

para médico e prática de exercício físico) e adoção de comportamentos saudáveis (medidas de tratamento da osteoporose e prevenção de quedas e consequentes fraturas).

Deste modo, através da intervenção do EEER, promoveu-se não só a literacia em saúde, como também a própria saúde e a prevenção de complicações, o que vai de encontro aos padrões de qualidade orientadores da prática especializada de enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Isto porque, para além de todas as recomendações gerais transmitidas, foram igualmente transmitidos conhecimentos exclusivos da prática clínica do EEER (exercício físico e exercícios de fortalecimento muscular e amplitude articular), o que acaba não só por dar evidência à intervenção que este tem na promoção da saúde e prevenção da doença, como também, permite distinguir o contributo da intervenção do EEER na saúde perante a comunidade, promovendo assim a sua visibilidade social.

Com isto, comprova-se que “o EEER tem, assim, um papel fundamental no diagnóstico precoce de limitações/incapacidades, na prevenção de complicações e incapacidades secundárias e na tomada de decisões relativamente à promoção da saúde, tratamento e reabilitação” (Pestana, 2017, p. 54).

Por último, surge como aspeto negativo a menção à sensação de impotência face à referenciação das pessoas para o diagnóstico e tratamento da osteoporose e a falta de recursos mais disponíveis e possíveis de serem mobilizados para este efeito, pois, atualmente,

não obstante os esforços de várias organizações internacionais, a osteoporose, o risco de queda e sobretudo a sua associação são ainda pouco reconhecidos e tratados pela comunidade médica no que diz respeito à prevenção primária e secundária da osteoporose e à abordagem das quedas, e desvalorizados pela própria população portuguesa. Isto traduz-se num impacto considerável na saúde e qualidade de vida da população idosa atual e futura com repercussões económicas negativas muito significativas (Brás da Silva *et al.*, 2019, p. 22).

No entanto, tudo isto reforça e evidencia a necessidade do estudo da problemática das fraturas de fragilidade, de forma a dar a visibilidade à mesma e a promover a criação de estratégias e recursos para intervir no problema de forma transicional e ao nível de todos os modos de atuação – prevenção primária, secundária e terciária – e contextos - hospitalar, comunitário e domiciliário.

5.5. Conclusão

Considerando tudo o que já foi mencionado, sinto que não haja nenhum aspeto que poderia ter sido de forma diferente na minha intervenção, visto que a solução para o fator negativo passa exatamente por promover constantemente intervenções como aquela que foi desenvolvida, de modo a procurar promover/divulgar a problemática das fraturas de fragilidade junto da população e profissionais de saúde, quer seja através de diversas formas de intervenção na prestação dos cuidados direta, quer seja através de meios educativos e/ou académicos.

5.6. Plano de Ação

Como plano de ação futuro, pretendo procurar desenvolver estratégias e intervenções que permitam promover a sensibilização para a problemática das fraturas de fragilidade junto da população e dos profissionais de saúde, quer seja através da prática clínica, quer seja através de meios educativos e/ou académicos.

Pretendo igualmente procurar desenvolver/implementar intervenções de cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade, visando atingir a criação de serviços/programas de saúde multidisciplinares que tenham como objetivo o tratamento, monitorização e garantia da continuidade dos cuidados nos diferentes contextos em pessoas com esta patologia ou com risco de a desenvolver.

CONCLUSÃO

Com a elaboração deste jornal de aprendizagem, foi possível concluir que a intervenção do EEER é importante em todos os contextos de saúde e que pode assumir particular importância e distinção no contexto comunitário e no âmbito dos cuidados de saúde de prevenção primária e secundária, através dos seus conhecimentos e prática especializada.

No contexto comunitário, através do desenvolvimento de intervenções promotoras da educação para a saúde, do uso de técnicas comunicacionais e das competências específicas do EEER ao nível da reeducação funcional motora (prática de exercício físico e treino motor) (Ordem dos Enfermeiros, 2019), este consegue promover a saúde com a sua prática diferenciada e simultaneamente contribuir para a visibilidade social do papel que assume ao nível do impacto na saúde e no bem-estar perante a comunidade onde se encontra inserido.

Neste jornal de aprendizagem foi possível simultaneamente refletir e desenvolver intervenções de promoção do cuidado transicional de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura de fragilidade, através da promoção da literacia em saúde do público-alvo, capacitando o mesmo para atuar ao nível da promoção da sua saúde e bem-estar, utilização adequada dos recursos de saúde na comunidade e assim prevenir (futuras) complicações.

Por último, foi possível refletir acerca da ideia de que os EEER são “profissionais com competências específicas que concebem, implementam e avaliam planos de intervenção de acordo com a sua área de atuação dos quais resultam ganhos de saúde significativos” (Pestana, 2017, p. 55) e que, por isso mesmo, “a presença dos EEER em todos os contextos da prática clínica é fundamental, sendo um imperativo legal e não um privilégio para alguns” (Pestana, 2017, p. 55).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista portuguesa de saúde pública*, 23(1), 91-96.
- Brás da Silva, V., Boaventura, I., Rodrigues, I., & Amaral, I. (2019). Osteoporose e Quedas: Problemas Não Valorizados pela Comunidade Médica Portuguesa. *Revista da SPMFR*, 31 (2), 15-23. <http://dx.doi.org/10.25759/spmfr.312>
- Direção-Geral da Saúde (2018). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 392/2019 - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. In: Diário da República, 2.ª série, n.º 85 de 3 de maio de 2019, 13565-13568
- Pestana, H. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 47-56). Loures: Lusodidacta.


APÊNDICE VII – Sessão de Formação para Profissionais de Saúde no Serviço de Ortopedia



**Fraturas de Fragilidade:
Um problema por “quebrar”**

Formadoras:
[Redacted]
Enf. Ana Serra


16 de Novembro de 2022



Sumário

- Objetivos
- O que são Fraturas de Fragilidade?
- Impacto das Fraturas de Fragilidade no Mundo e em Portugal
- Qual a Solução?
- Como Atuar?
- Conclusão

2



Objetivos



Sensibilizar a equipa de saúde para a problemática das fraturas de fragilidade;



Evidenciar a problemática das fraturas de fragilidade no contexto de saúde mundial e da população portuguesa;



Desenvolver aprendizagens profissionais na área das fraturas de fragilidade.

O que são Fraturas de Fragilidade?

As **Fraturas de Fragilidade** são fraturas que ocorrem após os 50 anos e que resultam “de um trauma menor, de baixo impacto, como uma queda igual ou inferior à própria altura, excluindo fraturas patológicas, como as neoplásicas” (Teixeira, Serejo & Araújo, 2022, p. 156).

- **Localizações Mais frequentes:** Coluna, fémur proximal, rádio distal e úmero proximal (Stolnicki & Oliveira, 2016; Brás et al., 2019)



A **Osteoporose** é uma “doença metabólica sistémica que se caracteriza pela **diminuição da massa óssea e deterioração da microarquitetura do osso**, responsáveis pelo aumento da fragilidade óssea e, consequentemente, do risco de fratura.” (Brás et al., 2019, p. 16).

Osteoporose

O pico de massa óssea é atingido entre os 20 -25 anos.



Entre os 30-40 anos a massa óssea diminui e a reabsorção óssea excede a formação óssea




Aos 80 anos, a massa óssea corresponde a +/- 50% do que no seu pico

(Marques, 2021)



Aprevalência na população adulta em Portugal é de 10,2%, sendo mais frequente nas mulheres (17%) do que nos homens (2,6%) (Teixeira, Serejo & Araújo, 2022).

Porque é que a Osteoporose e as Fraturas de Fragilidade são um problema? 

Impacto das Fraturas de Fragilidade

MUNDO



- **Morrem anualmente cerca de 740.000 pessoas** a nível mundial em consequência de fraturas osteoporóticas da anca
(Rodrigues et al., 2020)



EUROPA



Em 2010:

- 22 milhões de mulheres e 5,5 milhões de homens tinham osteoporose ;
- **3,5 milhões sofriam novas fraturas de fragilidade a cada ano;**
- Previu -se o **aumento para 4,5 milhões** de novas fraturas de fragilidade em 2025 (e **aumento de 25% nos custos**).

(Brás et al., 2019)

PORTUGAL



- Anualmente ocorrem **40.000 novas fraturas osteoporóticas** , das quais 25% são ao nível do fémur proximal

(Brás et al., 2019)

- **Morrem cerca de 1500 pessoas** anualmente em consequência de fraturas osteoporóticas da anca

(Rodrigues et al., 2020)

7

As Fraturas (de Fragilidade) são CARAS!

MUNDO

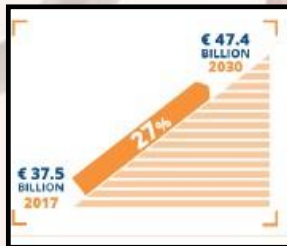


- Nos EUA, estão estimados custos de **57 bilhões de \$/ano**

EUROPA



- Na UE, estão estimados custos de **37 bilhões de €/ano**



(International Osteoporosis Foundation , 2018)

PORTUGAL



- Em 2006, a DGS estimou terem-se gasto **52 milhões de euros em cuidados diretos** hospitalares estritamente relacionados com a **fratura da anca**.

- Os custos médios individuais relacionados à fratura de anca em Portugal foram estimados em **13.434€ para o primeiro ano e 5985€ pelo segundo ano após a fratura** .

(Marques et al., 2015)

8

Porque é que a Osteoporose e as Fraturas de Fragilidade são um problema?

- Diminuem a qualidade de vida;
- Provocam um aumento da morbilidade e mortalidade;
- Têm um grande impacto económico;
- Vão aumentar com o envelhecimento da população.

(Johnell & Kanis, 2006; Kanies *et al.*, 2013; Rice *et al.*, 2014 citados por Marques, A. (2021))

A pessoa que sofreu uma fratura de fragilidade, tem o **dobro da probabilidade** de vir a sofrer uma nova fratura!

(Stolnicki & Oliveira, 2016; Hertz & Santy -Tomlinson, 2018)

A Enfermagem tem um papel importante na promoção e aplicação de estratégias de prevenção de fraturas!

Qual a Solução?

Programa TOMBO

Terapêutica Ocupacional Multidisciplinar com Benefício na Osteoporose.



No Internamento de Ortopedia ...

1. Análise dos Critérios de Inclusão
2. Prestação de Cuidados de enfermagem de Reabilitação
3. Referenciação para Nutrição e Reumatologia
4. 1ª Sessão de Literacia – Panfleto Osteoporose
5. Aplicação de testes e escalas
6. Registo de dados sociodemográficos e clínicos

(Pontinha, 2021)

**ALTA
HOSPITALAR**

Qual a Solução?



Período Pós-Cirurgia

- 2º Mês**
 - 1ª Consulta Multidisciplinar
 - Presencial
- 3º Mês**
 - Consulta Nutrição
 - Telefónica
- 4º Mês**
 - Consulta Multidisciplinar
 - Telefónica
- 5º Mês**
 - Consulta Nutrição
 - Telefónica
- 6º Mês**
 - Consulta Multidisciplinar
 - Presencial
- 1º Ano**
 - Consulta Multidisciplinar
 - Presencial
- 2º Ano**
 - Consulta Multidisciplinar
 - Presencial
- ...**
 - Mantém Consulta Multidisciplinar anual até Alta -> Última Consulta

(Pontinha, 2021)

Enfermeiros de Reabilitação

- Sessão Conjunta
- Sessão Individual

Nutricionista

- Avaliação e registo de dados sociodemográficos e clínicos
- Plano dietético personalizado

Reumatologista

- Avaliação e registo de dados sociodemográficos e clínicos
- Plano terapêutico personalizado

Qual a Solução?



Período Pós-Cirurgia

- 2º Mês**
 - 1ª Consulta Multidisciplinar
 - Presencial
- 3º Mês**
 - Consulta Nutrição
 - Telefónica
- 4º Mês**
 - Consulta Multidisciplinar
 - Telefónica
- 5º Mês**
 - Consulta Nutrição
 - Telefónica
- 6º Mês**
 - Consulta Multidisciplinar
 - Presencial
- 1º Ano**
 - Consulta Multidisciplinar
 - Presencial
- 2º Ano**
 - Consulta Multidisciplinar
 - Presencial
- ...**
 - Mantém Consulta Multidisciplinar anual até Alta -> Última Consulta

(Pontinha, 2021)



Enfermeiros de Reabilitação

- Avaliação da Adesão ao Exercício

Nutricionista

- Avaliação da Adesão ao Plano Alimentar

Reumatologista

- Avaliação da Adesão à Terapêutica

- Esclarecimento de Dúvidas

Qual a Solução?



Período Pós-Cirurgia

- 2º Mês**
 - 1ª Consulta Multidisciplinar
 - Presencial
- 3º Mês**
 - Consulta Nutrição
 - Telefónica
- 4º Mês**
 - Consulta Multidisciplinar
 - Telefónica
- 5º Mês**
 - Consulta Nutrição
 - Telefónica
- 6º Mês**
 - Consulta Multidisciplinar
 - Presencial
- 1º Ano**
 - Consulta Multidisciplinar
 - Presencial
- 2º Ano**
 - Consulta Multidisciplinar
 - Presencial
- ...**
 - Mantém Consulta Multidisciplinar anual até Alta -> Última Consulta

(Pontinha, 2021)

Enfermeiros de Reabilitação

- Reavaliação e Recomendações para Alta

Nutricionista

- Reavaliação e Recomendações para Alta

Reumatologista

- Reavaliação e Recomendações para Alta

Secretariado

- Entrega de questionário de satisfação



Folheto “A Minha Fratura de Anca”
Consulta de Fraturas de Fragilidade

Nome do hospital: ANEXAR ETIQUETA DO DOENTE DO HOSPITAL

Cirurgião: _____

Médico especialista: _____

Médico de família: _____

Enfermeiro de referência: _____

Contacto do serviço: _____

Reabilitação / outros: _____

Contactos da Consulta de fratura de fragilidade: _____

BEM-VINDO AO GUIA DE CUIDADOS APÓS UMA FRATURA DA ANCA

Este brochura foi realizado com o objetivo de disponibilizar as principais informações importantes sobre os cuidados a ter após uma fratura (ou seja, partida) da anca. Tem informação sobre a fratura da anca, o que esperar no hospital e informações para quando deixar o hospital. Também contém sugestões essenciais relativas à forma de voltar para fratura e de tratar a osteoporose.

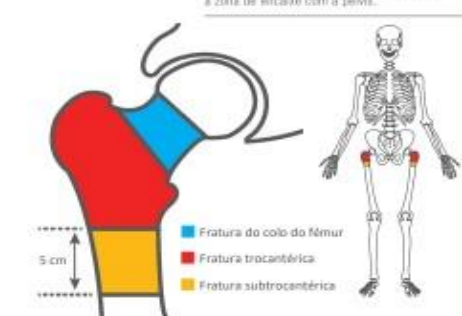
Contate o seu médico para elaborar um plano de cuidados para o tratamento continuado de que pode necessitar quando voltar a hospital.



2
3

O que é uma fratura da anca?

A anca é uma articulação do tipo esférica (esfera e cônica), na qual se encontram os ossos da bacia e da coxa (fémur). A fratura da anca ocorre quando o fémur parte junto à zona de encaixe com a bacia.



- Fratura do colo do fémur
- Fratura trocântérica
- Fratura subtrocântérica

As quedas são as causas mais comuns de fratura da anca. À medida que envelhecemos, a nossa força e equilíbrio podem diminuir e os nossos ossos tornam-se mais frágeis devido a uma condição denominada por osteoporose.


Isto significa que temos maior probabilidade de fraturar um osso após uma queda de própria altura.

Qual é o tratamento das fraturas da anca?

A maioria das pessoas necessita de uma cirurgia para tratar a anca fraturada. Os principais motivos para a cirurgia são aliviar a dor e permitir que as pessoas possam voltar a andar o mais rapidamente possível.

O tipo de cirurgia depende da localização da anca que foi fraturada. Os tipos de cirurgia recomendados para a fratura da anca são:

- Substituição parcial da anca, que substitui o osso fraturado que constitui a cabeça do fémur
- Substituição total da anca, que substitui o osso fraturado que constitui a esfera da articulação esférica e também substitui a porção cônica da articulação
- Parafusos e eventualmente uma placa para estabilizar a fratura
- Cavilha de metal no interior do osso da coxa (chamado cavilha intramedular) para estabilizar a fratura



4
5

Qual é o tratamento das fraturas da anca?

Se fraturar a anca, os bombeiros serão os primeiros elementos da equipa que irá conhecer. À chegada ao hospital, no serviço de urgência, será avaliado por enfermeiros, ortopedistas, anestesistas, especialistas em medicina interna e outros especialistas que possa necessitar. Durante o seu internamento no hospital, poderá ainda encontrar enfermeiros especialistas em reabilitação, assistentes sociais, especialistas em dor aguda, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos e terapeutas ocupacionais.

Perguntas que tenho para a equipa de tratamento

É desejável que faça perguntas aos profissionais que tratam de si e que discuta com eles o seu tratamento até que compreenda aquilo que está a ser feito e porquê. Escreva quaisquer perguntas que tenha no local disponibilizado na página seguinte, para se lembrar quando receber a visita dos profissionais durante as suas rondas pela enfermaria.

As minhas perguntas:

MESMO UMA QUEDA A PARTIR DA POSIÇÃO EM PÉ PODE FRATURAR UM OSSO



Perguntas frequentes após uma fratura da anca

Nas páginas que se seguem encontram-se seis (6) perguntas frequentes e suas respostas, que serão úteis para os doentes, suas famílias e cuidadores.

1º Que medidas serão tomadas para gerir a minha dor?

A dor decorrente da fratura da anca é sentida na virilha e coxa e piora com o movimento. A estabilização da fratura é habitualmente a melhor forma de resolver a dor, mas a maioria das pessoas necessita de analgésicos enquanto aguarda pela cirurgia. O paracetamol é vulgarmente usado, mas muitas vezes são necessários analgésicos mais fortes. A prisão de ventre é um efeito secundário comum dos analgésicos mais fortes, pelo que também lhe serão administrados laxantes, se necessário.

2º O que acontece se eu tiver problemas de memória ou ficar confuso no hospital?

É possível que possa ficar temporariamente confuso na sequência de uma fratura da anca. Chama-se a isso delírio. O delírio pode ter muitas causas, as mais comuns nas pessoas com fratura da anca são a dor, a anestesia, medicamentos incluindo analgésicos fortes, prisão de ventre, desidratação e infeção.

O delírio é mais comum em pessoas que já tiveram problemas de memória. O doente ou a sua família devem informar os profissionais de saúde de quaisquer alterações de memória ou se começou a sentir-se confuso.

A rapidez da atuação perante estes problemas permitirá uma recuperação mais rápida.



38%

dos doentes com fratura da anca já tiveram problemas de memória antes de terem sido internados no hospital com a dita fratura



20%

dos doentes com fratura da anca sofreram um episódio de delírio durante a sua estadia no hospital

2019 ANZHFH ANNUAL REPORT

3º Quanto tempo devo ter que esperar pela cirurgia depois de ter sido internado no hospital?

O Padrão de cuidados clínicos para as fraturas da anca (Hip Fracture Care Clinical Care Standard) recomenda que a cirurgia ocorra no espaço de 48 horas após a entrada no hospital. Isto porque é incómodo e perturbador ficar confinado à cama com uma fratura da anca. Este tempo até à cirurgia pode não ser possível para alguns doentes, por exemplo se existir algum problema médico (outras doenças) que necessite de ser tratado previamente, e para evitar problemas durante a cirurgia.

A maioria dos doentes com fratura da anca foram submetidos a cirurgia no espaço de 48 horas

2019 ANZFR ANNUAL REPORT

10

4º Após a cirurgia, quando poderei sair da cama e iniciar a reabilitação?

O objetivo da cirurgia é permitir-lhe pôr-se em pé e apoiar-se na perna logo a seguir. A maioria das pessoas consegue sentar-se fora da cama e começar a andar no dia seguinte à cirurgia. Poderá sentir algumas dores ou fraqueza quando começar a andar. Isso é muito comum. A mobilização precoce ajudará a recuperar a independência mais depressa, a aliviar a dor e a evitar complicações como uma pneumonia, coágulos nas pernas e feridas de pressão na pele.

99%

dos doentes com fratura da anca têm oportunidade de se sentar fora da cama e de começar a andar no dia seguinte à cirurgia

2019 ANZFR ANNUAL REPORT

11

Saúde dos ossos

A osteoporose é uma condição em que os ossos se tornam mais frágeis e com maior probabilidade de se partirem.

O cálcio e a vitamina D são os elementos básicos que compõem os ossos. Os laticínios, como o leite, o iogurte e o queijo, a fruta e as legumes, incluindo as saladas, a couve, os brócolos, as batatas, os espinafres e os tomates são boas fontes de cálcio. As sardinhas enlatadas e o salmão são boas fontes de vitamina D, embora a nossa maior fonte de vitamina D seja a luz do sol.

29,6%

dos doentes com fratura da anca iniciam cálcio e vitamina D no ano seguinte à fratura

Fale com o seu profissional de saúde sobre o início da terapêutica para a osteoporose

Marques et al. (2015) Osteoporosis International 26(11), 2623–2630

14

DENSIDADE
OSSOS
OSTEOPOROSE

Além do cálcio e da vitamina D, estão facilmente disponíveis vários tratamentos de fortalecimento ósseo, que podem ser administrados na forma de comprimidos ou de injeções. Para o prolegarem de fraturas futuras, estes tratamentos necessitam de ser continuados ao longo de vários anos. Sem tratamento, uma em cada cinco pessoas sofrerá outra fratura da anca nos anos seguintes.

No hospital, deve ser iniciado, ou recomendado como parte do seu plano de saúde óssea para o futuro, um plano para a osteoporose. Depois da alta, necessitará de um seguimento para assegurar um tratamento adequado a si.

15

Evitar outra queda

Os principais fatores de risco para as quedas incluem menor força e equilíbrio e níveis baixos de atividade.

Há várias coisas que pode fazer para evitar as quedas, entre as quais se incluem exercícios de equilíbrio e de fortalecimento muscular, assim como comer proteínas suficientes para manter os músculos fortes. Deve ainda ter, em especial atenção ao ter magro ou ter recentemente perdido peso sem essa intenção, controlar a tensão arterial, verificar a sua visão e os óculos que possa usar e avaliar o seu ambiente doméstico em termos do risco de tropeçar.

Perfunte ao seu médico e enfermeiro de família quais são as medidas mais adequadas para si, com vista à saúde dos ossos e prevenção de quedas.



16

Pergunte ao profissional de saúde

Faça da prevenção a sua prioridade. Uma vez que deixe o hospital, é importante fazer um seguimento com o seu profissional de saúde relativamente aos planos para evitar outra fratura.

Seguem-se cinco perguntas-chave a fazer ao profissional de saúde:

1. Que fatores de risco possuo, suscetíveis de aumentar o meu risco de cair?
2. Que tipo de exercício tem probabilidade de diminuir o meu risco de ter outra fratura?
3. O que é a osteoporose?
4. O que posso fazer para melhorar a saúde dos meus ossos?
5. Que tratamentos para a osteoporose estão disponíveis?



17

Recuperação da minha fratura da anca - O que é importante para mim?

É importante que os profissionais de saúde que o estão a tratar saibam o que é importante para si. Por exemplo, andar dentro de casa sem ajuda, preparar as suas próprias refeições, passear o cão, voltar à jardinagem e melhorar o seu equilíbrio.

1 Escreva abaixo aquilo que gostaria de voltar a ser capaz de fazer:

18

3 _____

Plano individual de cuidados:

A preencher pela equipa clínica com o doente ou pessoa designada

Levar para todos os consultos

Nome: _____

ANEXAR ETIQUETA DO DOENTE DO HOSPITAL

Quem são as equipas a incluir no desenvolvimento deste plano de cuidados?

Nome: _____

Relação: _____

Alta hospitalar
Destino depois dos cuidados imediatos

Domicílio/Casa própria

Hospital ou Unidade de reabilitação

Unidade de Cuidados Continuados

Outros

A data da minha cirurgia foi: / /

20

Tipo de cirurgia:

Substituição total de anca

Substituição parcial de anca

Fixação com perfuses

Fixação com placa extramedular

Fixação com cavilha/haste longa intramedular

Fixação com cavilha/haste intramedular

Os meus cuidados pós-cirúrgicos

Tratamento de feridas: SIM NÃO

Suturas:

Absorvíveis: SIM NÃO

Se não absorvíveis: Unidade de Saúde Unidade de Cuidados Continuados

Data para remoção: / /

Data de remoção: / /

21

As minhas consultas de seguimento:

	Data	Horário
Médico de Família		
Consulta de Ortopedia		
Consulta de Fratura de Fragilidade		
Reabilitação		
Outros		

A minha medicação para os ossos

Medicação: _____

Posologia: _____

22

As minhas consultas de seguimento:

	Data	Horário
Médico de Família		
Consulta de Ortopedia		
Consulta de Fratura de Fragilidade		
Reabilitação		
Outros		

A minha medicação para os ossos

Medicação: _____

Posologia: _____

23

As minhas necessidades de cuidados continuados:

Levar para todas as consultas

SIM NÃO Não aplicável

O que irei utilizar para me ajudar a andar?

Bengala
 Camadinhos
 Andarilho
 Andarilho com quatro rodas
 Outro, por exemplo cadeira de rodas

Que outros equipamentos irão ajudar-me após a alta?

Banco para a sanita
 Cadeira ou banco de chuveiro
 Assento de banheiro
 Acessórios de higiene de cabo comprido

Apoiador de objetos Colcheteira comprida Sutião de vestir/bande

Cadeira de altura ajustável
 Colchão/almofada anti-escaras ou outro tipo recomendado

As minhas notas:

26

27

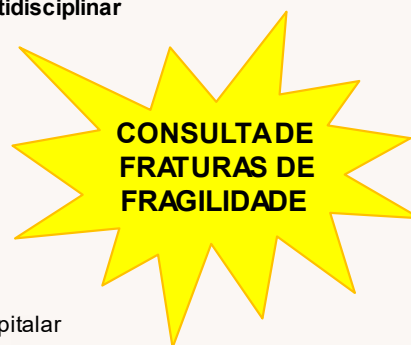
26

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

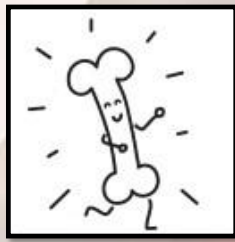
Como Atuar?



- **Avaliação multidisciplinar** da pessoa e família
- **Gestão dos cuidados em articulação** com a equipa multidisciplinar
- **Programas de treino motor e de AVD**
- **Educação para a saúde**
 - Gestão da doença
 - Dieta
 - Exposição Solar
 - Regime medicamentoso
 - Prevenção de Quedas
 - Sinais e sintomas de alerta para reinternamento hospitalar
- **Gestão/referenciação para os recursos da comunidade disponíveis**
- **Avaliação periódica, através de visitas domiciliares e/ou follow-up telefónico**
(Eslami & Tran, 2014; Meehanet *et al.*, 2018; Costa *et al.*, 2020; Conley *et al.*, 2020; Pinto *et al.*, 2022)



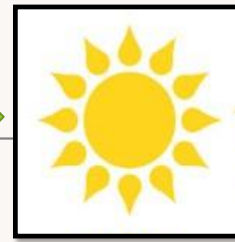
Concluindo...



Reabilitação/Exercício Físico



Medicação



Exposição Solar



**Tratar a Osteoporose e
Prevenir a Segunda Fratura!**



Dieta (rica em cálcio, vitamina D e proteínas)



Prevenção de Quedas



Referências Bibliográficas

- Rice, P., Mehan, U., Hamilton, C., & Kim, S. (2014). Screening, assessment and treatment of osteoporosis for the nurse practitioner: key questions and answers for clinical practice—a Canadian perspective. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 26(7), 378-385. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12134>
- Brás, V., Boaventura, I., Rodrigues, I., & Amaral, I. (2019). Osteoporose e Quedas: Problemas Não Valorizados pela Comunidade Médica Portuguesa. *Revista SPMFRB* 1 (2), 15-23
- Conley, R. et al. (2020). Secondary fracture prevention: consensus clinical recommendations from a multistakeholder coalition. *Journal of bone and mineral research* 35(1), 36-52.
- Costa, R., Tavares, H., Ganhão, S., & Aguiar, F. (2020). Mortalidade e Agravamento de Capacidade de Marcha em Doentes com Fraturas de Fragilidade da Extremidade Proximal do Fêmur. *Revista SPMFRB* 4(4), 142-154
- Eslami, M., & Tran, H. (2014). Transitions of care and rehabilitation after fragility fractures. *Clinics in geriatric medicine* 30(2), 303-315.
- Hertz, K., & Santy-Tomlinson, J. (2018). *Fragility Fracture nursing: holistic care and management of the orthogeriatric patient*. Switzerland: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-76681-2>
- International Osteoporosis Foundation (2018). *Broken bones, broken lives: A roadmap to solve the fragility fracture crisis in Europe*. https://www.osteoporosis.foundation/sites/iotbonehealth/files/2019-06/1.%202018_EU6_Report_BrokenBonesBrokenLives_English.pdf
- Johnell, O., & Kanis, J. A. (2006). An estimate of the worldwide prevalence and disability associated with osteoporotic fractures. *Osteoporosis International* 17(12), 1726-1733. <https://doi.org/10.1007/s00198-006-0172-4>
- Kanis, J. A., McCloskey, E. V., Johansson, H., Cooper, C., Rizzoli, R., & Reginster, J. Y. (2013). European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporosis International* 24(1), 23-57. <https://doi.org/10.1007/s00198-012-2074-y>
- Marques, A., Rodrigues, A. M., Romeu, J. C., Ruano, A., Barbosa, A. P., Simões, E., Águas, F., Canhão, H., Alves, J., Lucas, R., Branco, J., Lains, J., Mascarenhas, M., Simões, S., Tavares, V., Lourenço, O., & da Silva, J. (2016). Recomendações multidisciplinares portuguesas sobre o pedido de DXA e indicação de tratamento de prevenção das fraturas de fragilidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32(6), 425-41.
- Marques, A. (2021/06/05). Panorama da osteoporose e fraturas fragilidade em Portugal [Slides de Apresentação Oral]. *Projeto Nacional de Formação em Osteoporose e Fraturas de Fragilidade* Coimbra.
- Meehan, A., Maher, A., Brent, L., Copanitsanou, P., Cross, J. D., Kimber, C., MacDonald, V., Marques, A., Peng, L., Queirós, C., Roisk, P., Sheehan, K., Skuladottir, S., & Hommel, A. (2018). The International Collaboration of Orthopaedic Nursing (ICON) best practice nursing care standards for older adults with fragility hip fracture. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*
- Pinto, D., Alshahrani, M., Chapurlat, R., Chevalley, T., Dennison, E., Camargos, B. M., Papaioannou, A., Silverman, S., Kaux, J., Lane, N., Torres, J., Paccou, J., Rizzoli, R., & Bruyère, O. (2022). The global approach to rehabilitation following an osteoporotic fragility fracture: A review of the rehabilitation working group of the International Osteoporosis Foundation (IOF) committee of scientific advisors. *Osteoporosis International* 1, 1-14.
- Pontinha, C. (2021/06/05). O trabalho em equipa multidisciplinar e o papel do enfermeiro nos serviços de prevenção de fraturas [Slides de Apresentação Oral]. *Projeto Nacional de Formação em Osteoporose e Fraturas de Fragilidade* Guarda.
- Rodrigues, A., Silva, J., Romeu, J., Canhão, H., Silva, J., Costa, J., Faustino, A., & Vaz, C. (2020). *Gestão da Osteoporose durante a Pandemia Covid-19 - Tomada de Posição* Acedido em: https://spreumatologia.pt/wp-content/uploads/2020/12/Gestao_Osteoporose_VR-1.pdf
- Stolnicki, B., & Oliveira, L. (2016). Para que a primeira fratura seja a última. *Revista Brasileira de Ortopedia* 51, 121-126.
- Teixeira, F. C., Serejo, R. F., & Araújo, F. C. (2022). Osteoporose na Medicina Geral e Familiar: Estaremos a Fazer o Necessário? *Gazeta Médica* 153-159. <https://doi.org/10.29315/gm.v9i2.584>

APÊNDICE VIII - Sessão de Formação e Poster para Profissionais de Saúde na UCC



“Mais vale Reabilitar que Remediar”:

Programa de Prevenção de Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o Trabalho

Formadoras:

Enf.ª Ana Serra

13 de Dezembro de 2022



Sumário



Objetivos

O que são Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o Trabalho (LMERT)?

LMERT Mais Frequentes

Qual a Solução?

Programa de Reabilitação



Objetivos



Sensibilizar a equipa de saúde para a problemática das LMERT;



Desenvolver aprendizagens profissionais na área das LMERT;



Desenvolver/Implementar programa de prevenção de LMERT.

O que são LMERT?

“As LMERT consistem em **alterações das estruturas corporais**, tais como músculos, articulações, tendões, ligamentos, nervos e ossos (...), **que são causadas ou agravadas principalmente pelo trabalho** e pelos efeitos do ambiente em que o trabalho é realizado” (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho 2022).



“Afetam sobretudo as **costas, o pescoço, os ombros e os membros superiores**, mas podem também afetar os membros inferiores” (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho 2022).

LMERT Mais Frequentes

As LMERT mais frequentes ocorrem ao nível das zonas:



Pescoço



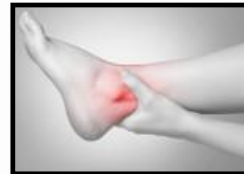
Lombar



Ombro Direito



Joelho Direito



Tornozelo/Pés

A doença mais prevalente é a **Hérnia Discal (28,6%)**
(Feitor *et al.*, 2020).

Qual a Solução?

A Ginástica Laboral é considerada como um método capaz de
prevenir LMERT (Magalhães *et al.*, 2020).



Cuidar...



Prevenir...



REABILITAR!

Programa de Reabilitação

E tu, já alongaste hoje?

🕒 10 a 15 min

Pescoço

Ombros

Membros Superiores

Tronco/Coluna

Membros Inferiores

5 vezes



(Magalhães et al., 2020)

Obrigada!

Referências Bibliográficas

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2022). Retirado de <https://osha.europa.eu/pt/themes/musculoskeletal-disorders>
- Feitor, S., Veiga, A., Silva, A., Fernandes, M. & Abreu, M. (2020). *Prevenção de Lesões Musculo-Esqueléticas em Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários: Elaboração de um Programa de Intervenção* [Poster]. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Junho de 2020. https://www.researchgate.net/publication/342562927-Prevencao_de_Lesoes_Musculo-Esqueléticas_em_Enfermeiros_de_Cuidados_de_Saude_Primarios_Elaboracao_de_um_Programa_de_Intervencao_Prevention_of_Musculoskeletal_Injuries_Prevention_in_Primary_Health_Ca
- Magalhães, A., Chamsuca, D., Leitão, I., Capelo, J., Gonçalves e Silva, M. & Pereira, V. (2021). Programa de prevenção de lesões musculoesqueléticas nos profissionais de saúde: “Reabilitar Quem Cuida”. In Ribeiro, O. (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp 474-482). Lisboa: Lidel.

POSTER:

“Mais vale Reabilitar que Remediar”:

Programa de Prevenção de Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o Trabalho

As **Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o Trabalho** consistem em alterações das estruturas corporais, que são causadas ou agravadas principalmente pelo trabalho (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho 2022).

Afetam sobretudo o **pescoço**, as **costas** (zona lombar), os **ombros** e os **membros inferiores** (joelhos e tornozelos) (Feitor et al., 2020).

A **Ginástica Laboral** é um método capaz de **Prevenir as Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o Trabalho** (Magalhães et al., 2020).

E tu? Já Alongaste Hoje?

10 a 15 min

Pescoço

Ombros

Membros Superiores

Tronco/Coluna

Membros Inferiores

5 vezes



(Magalhães et al., 2020)

Referências Bibliográficas

Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2022). Retirado de <https://osha.europa.eu/pt/themes/musculoskeletal-disorders>; | Feitor, S., Veiga, A., Silva, A., Fernandes, M. & Abreu, M. (2020). *Prevenção de Lesões Musculo-Esqueléticas em Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários: Elaboração de um Programa de Intervenção* [Poster]. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Junho de 2020. https://www.researchgate.net/publication/342562927-Prevencao_de_Lesoes_Musculo-Esqueléticas_em_Enfermeiros_de_Cuidados_de_Saude_Primarios_Elaboracao_de_um_Programa_de_Intervencao_Prevention_of_Musculoskeletal_Injuries_Prevention_in_Primary_Health_Ca; | Magalhães, A., Chamsuca, D., Leitão, I., Capelo, J., Gonçalves e Silva, M. & Pereira, V. (2021). Programa de prevenção de lesões musculoesqueléticas nos profissionais de saúde: “Reabilitar Quem Cuida”. In Ribeiro, O. (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp 474-482). Lisboa: Lidel.

APÊNDICE IX – Sessões de Formação na Universidade da Terceira Idade na UCC

Primeira Sessão:



O QUE SÃO FRATURAS DE FRAGILIDADE?

- As Fraturas de Fragilidade são fraturas que ocorrem após os 50 anos e que resultam “de um trauma menor, de baixo impacto, como uma queda igual ou inferior à própria altura, excluindo fraturas patológicas, como as neoplásicas” (Teixeira, Serejo & Araújo, 2022, p. 156).

Osteoporose

Osso normal

Osso com osteoporose

O QUE É A OSTEOPOROSE?

- A Osteoporose é uma “doença (...) que se caracteriza pela diminuição da massa óssea e deterioração da microarquiteturado osso, responsáveis pelo **aumento da fragilidade óssea e, conseqüentemente, do risco de fratura**” (Brás et al., 2019, p. 16).

Quais são os Sintomas?



Doença Silenciosa

OSTEOPOROSE

O pico de massa óssea é atingido entre os 20-25 anos



Entre os 30-40 anos a massa óssea diminui e a reabsorção óssea excede a formação óssea



Aos 80 anos, a massa óssea corresponde a +/-50% do que no seu pico

(Marques, 2011)



QUAIS OS LOCAIS QUE MAIS FRATURAM?



■ Coluna



■ Úmero



■ Anca




■ Rádio

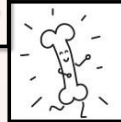


O que fazer?



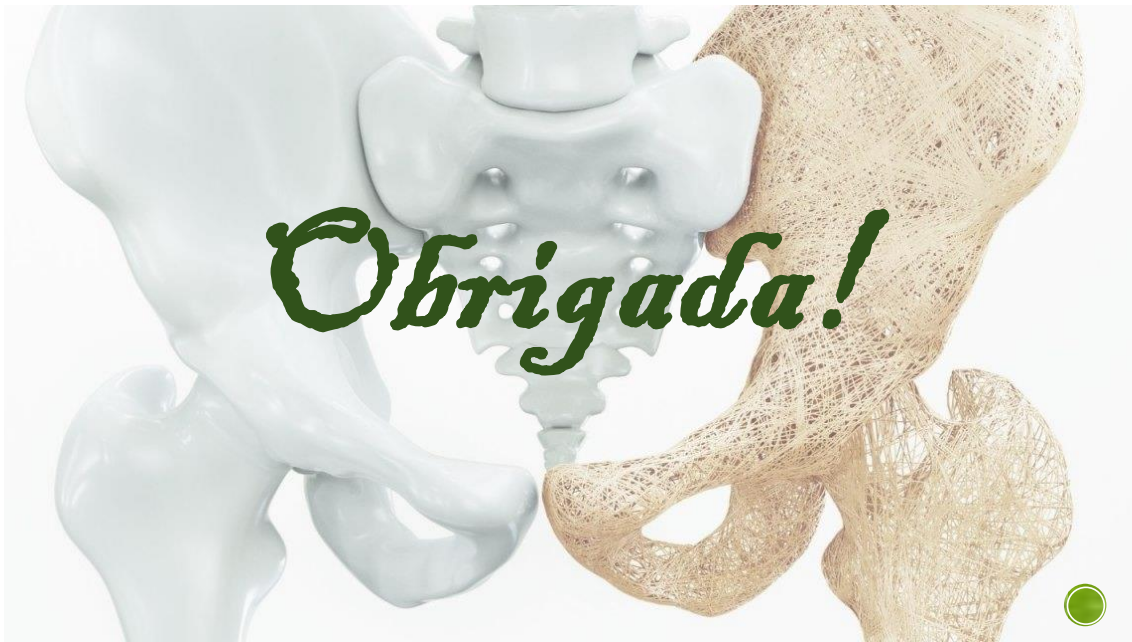
O QUE FAZER?

- Dieta rica em Proteína, Cálcio e Vitamina D;
- Exposição Solar Diária; 
- Medicação/Suplemento de Cálcio + Vitamina D;
- **Exercício Físico/Reabilitação;**
- Evitar/Prevenir Quedas!



Dúvidas?





REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brás, V., Boaventura, I., Rodrigues, I., & Amaral, I. (2019). Osteoporose e Quedas: Problemas Não Valorizados pela Comunidade Médica Portuguesa. *Revista da SPMFR*, 31 (2), 15-23
- Marques, A., Rodrigues, A. M., Romeu, J. C., Ruano, A., Barbosa, A. P., Simões, E., Águas, F., Canhão, H., Alves, J., Lucas, R., Branco, J., Lains, J., Mascarenhas, M., Simões, S., Tavares, V., Lourenço, O. & da Silva, J. (2016). Recomendações multidisciplinares portuguesas sobre o pedido de DXA e indicação de tratamento de prevenção das fraturas de fragilidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32(6), 425-41.
- Teixeira, F.C., Serejo, R. F., & Araújo, F. C. (2022). Osteoporose na Medicina Geral e Familiar: Estaremos a Fazer o Necessário? . *Gazeta Médica*, 153-159. <https://doi.org/10.29315/gm.v9i2.584>

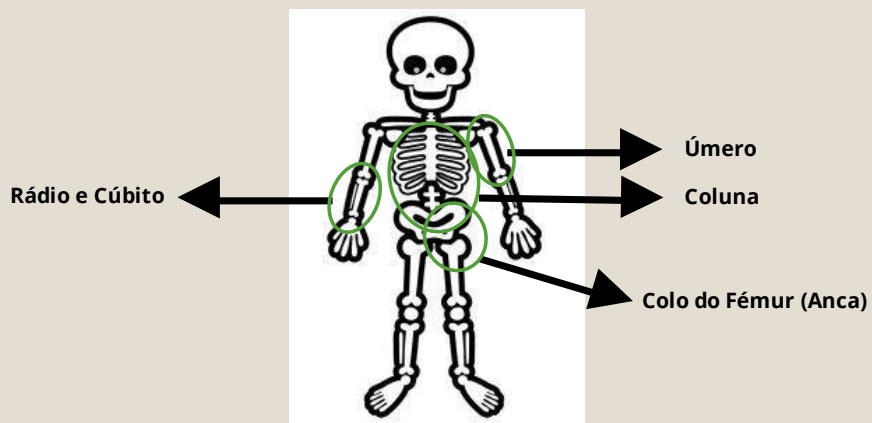


Segunda Sessão:

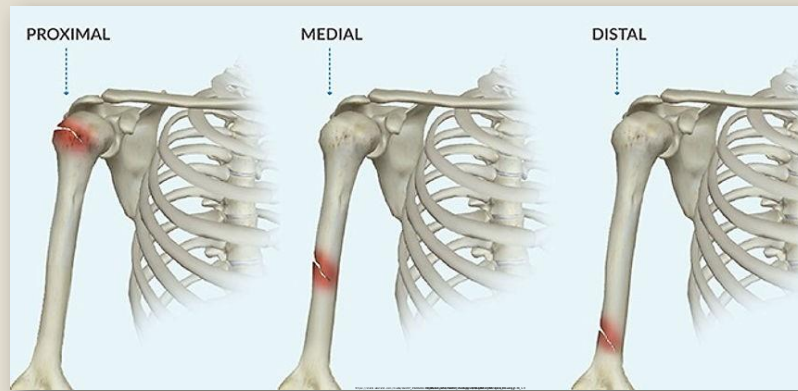
FRATURAS DE FRAGILIDADE

Enf.ª Ana Serra

Localizações mais comuns das Fraturas de Fragilidade



Fraturas de Úmero



Tratamento Conservador ou Tratamento Cirúrgico



Fraturas do Úmero Proximal



Radiografia



Fixação com placa e parafusos



Artroplastia do ombro



Artroplastia parcial



Artroplastia total



Artroplastia reversa

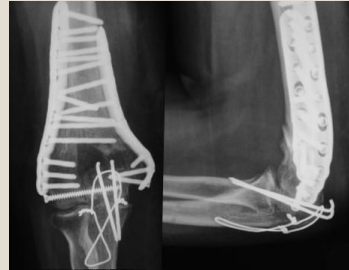
Fraturas do Úmero Medial



Placa e parafusos

Encavilhamento

Fraturas do Úmero Distal



Placa e parafusos



Prótese de Cotovelo

Cuidados no Pósoperatório

- Cuidados com o penso;
- Manter utilização da suspensão braquial;
- Manter elevação do membro operado;
- Aplicação de gelo local e protegido 15 minutos, 3 a 4 vezes por dia;
- Vigiar sinais de compromisso neurocirculatório;
- Realizar exercícios de mobilização ativa de dedos, mão, punho e cotovelo;
- Progredir na reabilitação, conforme indicação médica do ortopedista.



Fraturas do Rádio e Cúbito



Gesso Axilopalmár



Gesso Antebraquopalmár

Tratamento Conservador ou Tratamento Cirúrgico

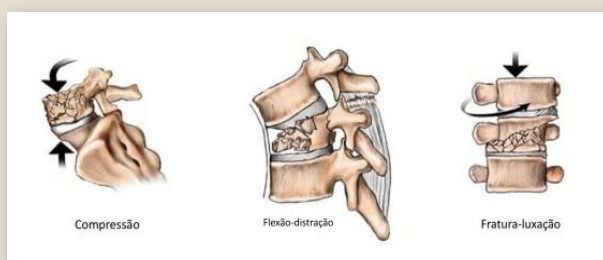


Cuidados no Pósoperatório

- Cuidados com o penso/tala gessada;
- Manter utilização da suspensão braquial;
- Manter elevação do membro operado;
- Aplicação de gelo local e protegido 15 minutos, 3 a 4 vezes por dia;
- Vigiar sinais de compromisso neurocirculatório;
- Realizar exercícios de mobilização ativa de dedos, mão, punho e cotovelo;
- Progredir na reabilitação, conforme indicação médica do ortopedista.



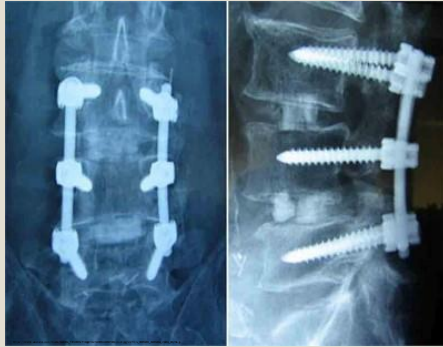
Fraturas de Coluna



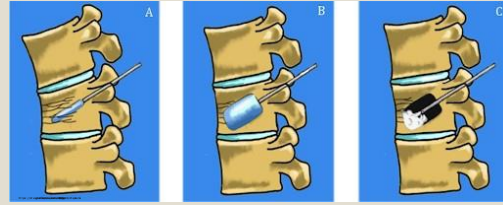
Tratamento Conservador ou Tratamento Cirúrgico



Fraturas de Coluna



Artrodese



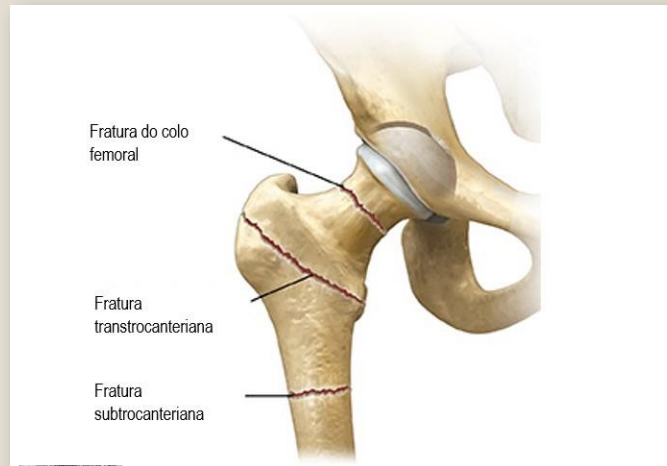
Cifoplastia

Cuidados no Pósoperatório

- Cuidados com o penso;
- Manter utilização de lombostato, se indicado;
- Evitar movimentos de torção e flexão da coluna;
- Evitar longos períodos na posição de sentado;
- Vigiar sinais de compromisso neurocirculatório;
- Progredir na reabilitação, conforme indicação médica do ortopedista.

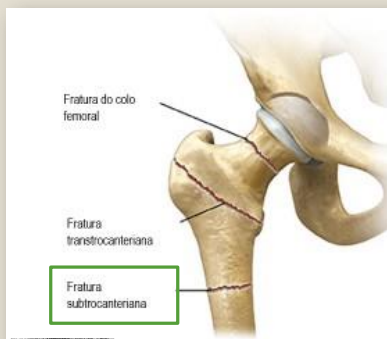


Fraturas de Anca



Fraturas de Anca

Fraturas Subtrocantéricas



Placa e Parafuso



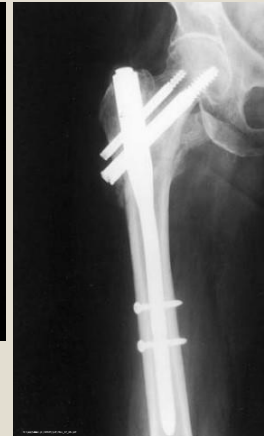
Encavilhamento

Fraturas de Anca

Fraturas Transtrocantericas



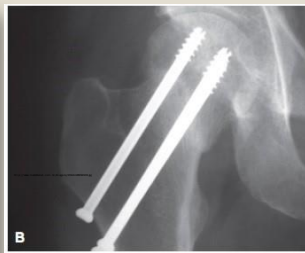
Dynamic Hip Screw



Encavilhamento

Fraturas de Anca

Fraturas Subcapitais



(Palm, 2021, p. 129) ¹

¹Palm, H. (2021). Hip fracture: the choice of surgery. *Orthogeriatrics*, (pp 125-141). Switzerland : Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-48126-1>

Cuidados no Pósoperatório

- Cuidados com o penso;
- Repouso e elevação do membro operado;
- Aplicação de gelo local e protegido 15 minutos, 3 a 4 vezes por dia;
- Vigiar sinais de compromisso neurocirculatório;
- Realizar exercícios de fortalecimento muscular da quadríceps, glúteos e abdominais;
- Realizar exercícios de amplitude articular da articulação coxofemoral;
- Deambular com canadianas, a efetuar carga no membro operado, conforme indicação médica;
- Progredir na reabilitação, conforme indicação médica do ortopedista.



Obrigada!

APÊNDICE X – Protocolo de Revisão *Scoping*

Transitional Rehabilitation Nursing Care Interventions for People with Fragility Fractures: *Scoping* Review Protocol

Ana Serra¹ | Nurse at the Hospital Vila Franca de Xira in the Orthopedics Unit. Master's student in Rehabilitation Nursing at the Nursing School of Lisbon - Portugal. Lisbon Center for Research, Innovation and Development in Nursing (CIDNUR).

Cristina Baixinho² | Adjunct Professor at the Department of Rehabilitation Nursing at the Lisbon Nursing School. Lisbon Center for Research, Innovation and Development in Nursing (CIDNUR).

Óscar Ramos Ferreira³ | Coordinating Professor at the Department of Fundamentals of Nursing at the Nursing School of Lisbon. Lisbon Center for Research, Innovation and Development in Nursing (CIDNUR).

ABSTRACT

Objective: To map the scientific evidence about Transitional Nursing Rehabilitation Care Interventions for People with Fragility Fractures.

Introduction: Fragility fractures are a public health problem that leads to loss of functional independence and increased morbidity and mortality in the elderly population, which is why is necessary the identification and defining of lines of intervention by rehabilitation nursing specialists in solving this problem.

Methods: Scoping Review according to the JBI protocol. Research was carried out in the *CINAHL*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (via EBSCOhost), Medline (via Pubmed) and SCOPUS databases; in Portuguese, English, Spanish and Italian and with a time limit of 2017-2022. Inclusion criteria were: Adults over 50 years of age who have suffered a fragility fracture, who have been discharged home and who have received care with rehabilitation interventions during hospitalization, hospital discharge, hospital-home transition and the first 30 days after returning home. The extraction of articles will be carried out by 2 researchers, who will resort to a third party when there is a conflict in the selection of articles. The research will be complemented by consulting the gray literature.

Expected Results: The results expected are to identify transitional care interventions and assess their impact on functionality, independence in activities of daily living, walking ability, quality of life, reduction in readmissions and visits to the emergency department after hospital discharge and reduction of risk, prevalence and injuries from recurrent falls.

INTRODUCTION

Fragility fractures result from low-energy trauma, are related to bone fragility resulting from osteoporosis and are one of the main causes of loss of functional independence, morbidity and mortality in the elderly population, being the most frequent on the spine (dorsal and lumbar), proximal femur, distal radius and proximal humerus (Stolnicki & Oliveira, 2016; Silva *et al.*, 2018; Brás *et al.*, 2019; Prado *et al.*, 2020; Rodrigues *et al.*, 2020).

Osteoporosis is defined as a “systemic metabolic disease that is characterized by a decrease in bone mass and deterioration of bone microarchitecture, responsible for increased bone fragility and, consequently, the risk of fracture” (Brás *et al.*, 2019, p. 16). In 2010, in the European Union, it was estimated that

22 million women and 5.5 million men (...) had osteoporosis; 3.5 million suffered new fragility fractures each year, (...) being this number expected to increase to 4.5 million in 2025 (and a consequent 25% increase in costs)” (Brás *et al.*, 2019, p. 16).

The aging of the population is a factor that also contributes to the increase in the number of fractures in the elderly, namely the proximal femur ones (Silva *et al.*, 2018; Brás *et al.*, 2019; Costa *et al.*, 2020). In Portugal, it is estimated that 40.000 new fragility fractures occur annually, of which 25% are of the proximal femur (Brás *et al.*, 2019). As a result of fragility fractures of the proximal femur, it is estimated that 740.000 people die annually worldwide and 1500 people die in Portugal (Rodrigues *et al.*, 2020). In addition, the person who has suffered a fragility fracture is at increased risk of suffering a new fracture (Stolnicki & Oliveira, 2016; Hertz & Santy-Tomlinson, 2018).

For this reason, there are currently several guidelines for the rehabilitation of people with fragility fractures and prevention of a second fracture, namely in terms of pharmacological and non-pharmacological treatment of osteoporosis.

As for rehabilitation in people with fragility fractures, multidisciplinary rehabilitation programs should be developed, where the person is assessed and a physical, psychosocial and medical approach is carried out (Costa *et al.*, 2020; Conley *et al.*, 2020; Pinto *et al.*, 2022). These rehabilitation programs aim either to return to the previous level of functionality, when possible, or to reintegrate the person into the community and prevent new fractures (Costa *et al.*, 2020). For this reason, they should be initiated during hospitalization and continued in the community, through effective articulation and management in the transition of rehabilitation care.

In this way, the pertinence of the Specialist Nurse's intervention as an advanced practice nurse, leader and manager of transitional care programs (NASEM, 2021; Pedrosa *et al.*, 2022b) becomes evident, due to their increased skills in terms of care management and continuous improvement of their quality (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2019a).

It is here that the relevance of mobilizing the transitional care model advocated by the World Health Organization (2018) arises, which is defined as an intervention led, managed and implemented by advanced practice nurses, aimed at people/families who move through the contexts of health (hospital and community) and whose objective is to maintain continuity of care between these contexts and their clinicians (Eslami & Tran, 2014; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (NASEM), 2021; Pedrosa *et al.*, 2022b). In this way, the pertinence of the Specialist Nurse's intervention as an advanced practice nurse, leader and manager of transitional care programs (NASEM, 2021; Pedrosa *et al.*, 2022b) becomes evident, due to their increased skills in terms of patient management care and continuous improvement of its quality (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2019a).

Therefore, it is logical that the leadership of (rehabilitation) transitional care programs instituted for people with fragility fractures should be assumed by Specialist Nurses in Rehabilitation Nursing (SNRN). This because the SNRN are the ones who have the skills to “take care of people with special needs, throughout the life cycle, in all contexts of care practice” (OE, 2019b, p. 13567), as well as to train and maximize the functionality of the person, in order to promote their functional readaptation, “mobility, accessibility and social participation” (OE, 2019b, p. 13567).

In the development of these programs, a multidisciplinary assessment of the person and family must be included; balance and exercise training programs, early mobilization and walking, functional reeducation and training in activities of daily living (with prescription of support products); health education in the management of the disease in terms of diet, medication regime (pharmacological treatment of osteoporosis) and sun exposure, measures to prevent falls and warning signs and symptoms for hospital readmission; psychosocial intervention and, finally, the periodic evaluation of results, through home visits and/or telephone follow-up (Eslami & Tran, 2014; Costa *et al.*, 2020; Conley *et al.*, 2020; Pinto *et al.*, 2022; Pedrosa *et al.*, 2022a).

In the community, there are different places where people with fragility fractures can maintain their rehabilitation care, one of which is their own home, thus making it important and relevant for the SNRN to intervene in preparing the person to return home

and on guaranteeing the continuity of care in the hospital-home transition, in order to promote functional reeducation and readaptation and to prevent complications (OE, 2018).

In this sense, this is where the relevance of this scoping review protocol emerges, since in order to answer the question under study – *what are the transitional nursing care interventions for rehabilitation of people with fragility fractures?* -, this type of review makes it possible to identify and map the evidence available in the context of transitional rehabilitation nursing care for people with fragility fractures, which is one of the indications for carrying out a scoping review, according to the Joanna Briggs Institute (JBI) (Aromataris & Munn, 2021).

At last, after carrying out an initial search in the Scopus, Pubmed, CINAHL and MEDLINE databases, no scoping reviews were found that grouped transitional nursing care interventions for rehabilitation for people with fragility fractures. Therefore, the lack of scoping reviews on this topic also supports the pertinence of developing up this scoping review protocol.

Objective

Map the scientific evidence about Transitional Nursing Rehabilitation Care Interventions for People with Fragility Fractures.

Keywords

Nursing; Rehabilitation; Fragility Fractures; Transitional Care; Interventions.

Investigation Question

The research question elaborated using the acronym PCC is: What are the Transitional Nursing Rehabilitation Care Interventions for the Person with Fragility Fracture?

Inclusion Criteria

Participants

The present study will include adults aged over 50 years who have suffered a fragility fracture (regardless of gender, underlying pathology and ethnicity).

Concept

The concept under study is transitional rehabilitation nursing care interventions for people with fragility fractures, in order to contribute to the promotion of functional rehabilitation and prevention of complications.

Context

The context of care in the present study will be the transition from the hospital environment to the home, regardless of the geographic area or hospital, that is, the articles will have to refer to the identification of the home as a destination for hospital discharge.

Types of Studies

The following types of study will be included in the scoping review: primary research studies (qualitative or quantitative), systematic reviews of the literature, guidelines indexed in the databases and even occasional studies present in the gray literature that allow answering the research question. Only studies that included, at least, reassessment of interventions up to 30 days after clinical discharge and/or studies with the evaluation of interventions that contribute to the rehabilitation of people with fragility fractures at different times (hospitalization; hospital discharge; transition hospital-home; first 30 days after returning home).

METHODS

Research Strategy

The research strategy implemented follows the recommendations of the 2021 JBI and aims to be as comprehensive as possible in order to answer the research question.

For this, the platforms EBSCOhost, Scopus and Pubmed were used. In the EBSCOhost platform, a search was carried out in the *CINAHL* and *Cochrane Database of Systematic Reviews* databases. In the Pubmed platform, a search was carried out in the Medline database and, as for the search carried out in Scopus, this was carried out directly in the database, without resorting to the access platform. All searches carried out in the databases were in Portuguese, English, Spanish and Italian, as these are the languages that the researchers speak; and with a time limit of 2017-2022, due to the constant evolution of knowledge.

In these databases, the following keywords were used: *fragility fractures, nursing, rehabilitation, transitional care* and *interventions*, according to the corresponding indexing terms of each database.

Following JBI guidelines, the research took place in three stages: in the first, the four appropriate databases for the topic under study were defined (CINAHL, Cochrane Database of Systematic Reviews, Medline and Scopus) by reading the titles, terms of indexing used and abstracts, to define the keywords and indexing terms to be used in the search; in the second stage, we proceeded with the search using the keywords and indexing terms for each of the databases (**see Annex I**); and, in the third stage, the articles and reports that make up the research list must be read to select those that correspond to the defined inclusion criteria.

In the search, the indexing terms corresponding to the keywords were crossed with the boolean operator AND, obtaining 448 articles in *Medline*, 28 articles in *CINAHL*, 1 article in the *Cochrane Database of Systematic Reviews* and 252 articles in *Scopus*, already with the restriction of inclusion criteria of time limit 2017-2022 and articles in Portuguese, Spanish, English and Italian. Therefore, a total of 729 articles were obtained, which, after removing the duplicate articles (n = 18 articles), corresponded to a total of 711 articles obtained in the search.

During the selection phase, 2 researchers were used, the third being used only for tie-breaking purposes when there was a conflict in the selection of articles. If additional information relevant to data extraction is required, we may contact the respective authors of the studies under review. Finally, if additional information is also needed to answer the PCC question, the gray literature present in the described databases used or in others can be consulted.

Results Selection

The selection of studies should be carried out by two researchers. In a first phase, by reading the title; in a second phase, by reading the summary of the research results and then by reading the articles in full. In case of incongruity between the two researchers, this must be resolved by review using a third researcher. The entire process must be described in detail and accompanied by the flowchart of the JBI review process (PRISMA-ScR), adapted from *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (Moher *et al.*, 2009).

Data Extraction

The data extracted from the included documents will be presented in a table and descriptive format, according to the objective of the review and the question formulated. To this end, an instrument will be created during the scoping review. This instrument will be applied by each researcher to maintain uniformity, coherence and rigor in the selection of articles and data extraction. The data to be extracted correspond to the details of the studies (title and objective), inclusion criteria (number and type of participants), details and characteristics of the source of evidence (authors, year of publication, type of study and country of study) and, finally, the extracted results (intervention and its duration, results and conclusions/contribution to the PCC question of the scoping review).

Results Presentation

The relevant results for the study, taken from the included articles, will be presented through a narrative synthesis. As this is a scoping review, the methodological quality of the studies will not be assessed (Peters *et al.*, 2020).

BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

Aromataris, E. & Munn, Z. (Editors). *JBIR Manual for Evidence Synthesis*. Australia: JBI.

Acedido a 6/01/2021. Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global>.

Brás, V., Boaventura, I., Rodrigues, I., & Amaral, I. (2019). Osteoporose e Quedas: Problemas Não Valorizados pela Comunidade Médica Portuguesa. *Revista da SPMFR*, 31 (2), 15-23. <http://dx.doi.org/10.25759/spmfr.312>

Broeiro-Gonçalves, P. (2017). Morbilidade em Idosos Dependentes ao Cuidado das Equipas Domiciliárias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados na Região de Lisboa e Vale do Tejo: Estudo Transversal Observacional. *Acta Medica Portuguesa*, 30 (7-8), 546-554. <https://doi.org/10.20344/amp.8218>

[Conley](#), R. B., [Adib](#), G., [Adler](#), R. A., [Åkesson](#), K. E., Alexander, I. [M.](#), [Amenta](#), K. C., Blank, R. D., [Brox](#), W. T., [Carmody](#), E. E., [Chapman-Novakofski](#), K., Clarke, B. L., [Cody](#), K. M., [Cooper](#), C., [Crandall](#), C. J., [Dirschl](#), D. R., [Eagen](#), T. J., [Elderkin](#), A. L., [Fujita](#), M., [Greenspan](#), S. L. ... & [Douglas, P. K.](#) (2020). Secondary fracture prevention: consensus clinical recommendations from a multistakeholder

coalition. *Journal of bone and mineral research*, 35(1), 36-52.
<https://doi.org/10.1002/jbmr.3877>

Costa, R., Tavares, H., Ganhão, S., & Aguiar, F. (2020). Mortalidade e Agravamento de Capacidade de Marcha em Doentes com Fraturas de Fragilidade da Extremidade Proximal do Fémur. *Revista da SPMFR*, 32 (4), 142-154.
<http://dx.doi.org/10.25759/spmfr.325>

Eslami, M., & Tran, H. (2014). Transitions of care and rehabilitation after fragility fractures. *Clinics in geriatric medicine*, 30(2), 303-315.
<https://doi.org/10.1016/j.cger.2014.01.017>

Falaschi, P., & Marsh, D. (2021). *Orthogeriatrics: The Management of Older Patients with Fragility Fractures*. Switzerland: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-48126-1>

Hertz, K., & Santy-Tomlinson, J. (2018). *Fragility Fracture nursing: holistic care and management of the orthogeriatric patient*. Switzerland: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-76681-2>

Marques, A., Rodrigues, A. M., Romeu, J. C., Ruano, A., Barbosa, A. P., Simões, E., Águas, F., Canhão, H., Alves, J., Lucas, R., Branco, J., Laíns, J., Mascarenhas, M., Simões, S., Tavares, V., Lourenço, O. & da Silva, J. (2016). Recomendações multidisciplinares portuguesas sobre o pedido de DXA e indicação de tratamento de prevenção das fraturas de fragilidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32(6), 425-41. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v32i6.11964>

Meehan, A., Maher, A., Brent, L., Copanitsanou, P., Cross, J. D., Kimber, C., MacDonald, V., Marques, A., Peng, L., Queirós, C., Roisk, P., Sheehan, K., Skuladottir, S. & Hommel, A. (2018). The International Collaboration of Orthopaedic Nursing (ICON): best practice nursing care standards for older adults with fragility hip fracture. *International journal of orthopaedic and trauma nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2018.11.001>

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of internal medicine*, 151(4), 264-269.

- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2021). *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25982>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n° 140/2019 - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. In: Diário da República, 2.ª série, n° 26 de 6 de fevereiro de 2019, 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento n° 392/2019 - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. In: Diário da República, 2.ª série, n° 85 de 3 de maio de 2019, 13565-13568. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Pedrosa, A., Ferreira, Ó. & Baixinho, C. (2022a). Cuidado transicional de reabilitação e continuidade da assistência ao paciente como prática avançada de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(5): e20210399. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0399>
- Pedrosa, R., Ferreira, Ó. & Baixinho, C. (2022b). Rehabilitation Nurse's Perspective on Transitional Care: An Online Focus Group. *Journal of Personalized Medicine*, 12(4), 582. <https://doi.org/10.3390/jpm12040582>
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. & Khalil, H.. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Pinto, D., Alshahrani, M., Chapurlat, R., Chevalley, T., Dennison, E., Camargos, B. M., Papaioannou, A., Silverman, S., Kaux, J., Lane, N., Torres, J., Paccou, J., Rizzoli, R. & Bruyère, O. (2022). The global approach to rehabilitation following an osteoporotic fragility fracture: A review of the rehabilitation working group of the International Osteoporosis Foundation (IOF) committee of scientific

advisors. *Osteoporosis International*, 1, 1-14. <https://doi.org/10.1007/s00198-021-06240-7>

Prado, R., Helena, I., Sara, I., & Francisca, I. (2020). Mortalidade e Agravamento de Capacidade de Marcha em Doentes com Fraturas de Fragilidade da Extremidade Proximal do Fémur. *Revista da SPMFR*, 32 (4), 142-154. <http://dx.doi.org/10.25759/spmfr.325>

Rodrigues, A. Silva, J., Romeu, J., Canhão, H., Silva, J., Costa, J., Faustino, A. & Vaz, C. (2020). *Gestão da Osteoporose Durante a Pandemia da Covid-19 - Tomada De Posição*. https://spreumatologia.pt/wp-content/uploads/2020/12/Gestao_Osteoporose_VF-2-1.pdf

Silva, J., Linhares, D., Ferreira, M., Amorim, N., Neves, N. & PINTO, R. (2018). Tendências Epidemiológicas das Fraturas do Fémur Proximal na População Idosa em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 31(10), 562-567. <https://doi.org/10.20344/amp.10464>

Stolnicki, B., & Oliveira, L. (2016). Para que a primeira fratura seja a última. *Revista brasileira de ortopedia*, 51, 121-126. <https://doi.org/10.1016/j.rbo.2015.03.009>

World Health Organization (2018). *Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628>

ANNEX I - Search History in the CINAHL database

25/07/22, 22:26

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost



Monday, July 25, 2022 9:25:53 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Limitadores - Data de Publicação: 20170101- 20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	28
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	97
S4	(MM "Osteoporotic Fractures") OR (MM "Hip Fractures") OR (MM "Fractures") OR (MM "Humeral Fractures") OR (MM "Radius Fractures") OR (MM "Spinal Fractures")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	34,124
S3	(MH "Transitional Care") OR (MH "Multidisciplinary Care Team") OR (MH "Transitional Programs") OR (MH "Hospital to Home Transition") OR (MH "Patient Centered Care") OR (MH "Home Health Care")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	111,579
S2	(MH "Rehabilitation") OR (MH "Patient Care") OR (MH "Activities of Daily Living") OR (MH "Early Ambulation") OR (MH "Home Rehabilitation")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	288,413

	OR (MH "Physical Therapy") OR (MH "Self Care") OR (MH "Health Education") OR (MH "Nursing Care") OR (MH "Rehabilitation, Geriatric") OR (MH "Specialties, Nursing") OR (MH "Ambulatory Care Nursing") OR (MH "Anesthesia Nursing") OR (MH "Community Health Nursing") OR (MH "Emergency Nursing") OR (MH "Practical Nursing") OR (MH "Primary Nursing")			
S1	(MH "Adult") OR (MH "Frail Elderly") OR (MH "Aged") OR (MH "Aged, 80 and Over") OR (MH "Hospitalization of Older Persons")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	1,762,882

ANEXOS

ANEXO I - Certificados de Presença e Apresentação de Poster em Webinar



CERTIFICADO

Certifica-se que ANA FILIPA MARTINS SERRA participou no Webinar “Enfermagem de Reabilitação: da formação à prática baseada na evidência”, realizado online no dia 25 de outubro de 2022, com a duração de 7 horas.

A coordenadora do GaFDP,

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento



CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Serra e Ana Rita Santos apresentaram o Poster INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA SOB VENTILAÇÃO INVASIVA NA UCI: REVISÃO DA LITERATURA de autoria de Ana Serra, Ana Rita Santos e Carolina Hoogervorst no Webinar “Enfermagem de Reabilitação: da formação à prática baseada na evidência”, realizado online no dia 25 de outubro de 2022.

A coordenadora do GaFDP

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

ANEXO II - Certificado de Presença no I Congresso do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ANA FILIPA MARTINS SERRA

membro nº **91353** desta Ordem, participou no(a) "**I Congresso do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação**", realizado no dia **18 de Outubro de 2022**, com duração total de **11 horas**, no(a) **Centro de Congressos do LNEC**.

Lisboa, 18 de Outubro de 2022

P.^a A Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo²

¹ Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,80** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

² Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos

ANEXO III - Certificado de Formação no Serviço de Ortopedia



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Declaração de Formação - Formador

Nº mec	4030	TOTAL HORAS 1
Nome	ANA FILIPA MARTINS SERRA	
Serviço	Hospital Vila Franca de Xira	
Grupo Profissional	Pess. Estagiário	

Data Início	Data Fim	Designação	Duração(H)	Serviço Organizador
16/11/2022	16/11/2022	Fraturas de fragilidade: um problema por "quebrar"	1	Ortopedia

Promovido pelo Centro de Formação do

(Entidade Acreditada pela ACSS, I.P., pelo n.º1 do artigo 21º, da Portaria 851/2010, de 6 setembro)

6 de janeiro de 2023

O Centro de Formação do C.F.O.



ANEXO IV - Certificado de Presença nas 1as Jornadas de Ortopedia CUF Tejo



Participação em Eventos Científicos

Declaração

Certifica-se que Ana Serra, titular do Cartão de Cidadão com o nº de identificação 14680784, frequentou o seguinte evento científico:

1as Jornadas de Ortopedia CUF Tejo

que decorreu de 3 de Fevereiro de 2023 a 4 de Fevereiro de 2023, no seguinte local: Hospital CUF Tejo

Camaxide, 3 de Fevereiro de 2023

Maria Barros

Código de Certificado: C-63c894842202c

Av. do Forte, nº3 – Edifício Suécia III, Piso 2 - Camaxide

academiacuf.up.events

Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico