



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Reabilitação**

**“CONTINUIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO A PESSOAS IDOSAS COM ALTERAÇÕES  
DA MOBILIDADE POR FRATURA DO FÉMUR”**

**Dulce Maria da Silva Rodrigues**

**2012**





## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Reabilitação**

**“CONTINUIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM  
DE REABILITAÇÃO A PESSOAS IDOSAS COM ALTERAÇÕES  
DA MOBILIDADE POR FRATURA DO FÉMUR”**

**Dulce Maria da Silva Rodrigues**

**Relatório de Estágio Orientado por:**

**Professora Maria Adelaide Pedreira Reina Pita Negrão**

**2012**

“ É preciso almejar “o como viver” e não apenas o “viver”...”

Mancussi

## AGRADECIMENTOS

Dedico esta página a todos aqueles que de uma forma ou de outra, contribuíram para a concretização deste projeto.

Aos meus amigos e familiares pelo apoio e incentivo. Em especial ao meu filho e esposo, pela compreensão, perseverança e tolerância que sempre demonstraram ao longo desta caminhada, pelos momentos de convívio que adiamos ... por serem os melhores do mundo!

Às equipas de enfermagem das instituições onde realizei os ensinamentos clínicos, em especial às EEER orientadoras: Ana Martinho, Goreti e Fátima Baião, pela disponibilidade e ensinamentos, sem elas não seria possível.

Aos utentes e seus familiares cuidadores, por partilharam as suas vivências e sentires.

À equipa do CRO onde exerço funções, pelo carinho e amizade de todos os dias.

À enfermeira chefe Graça Carichas, pelo apoio incondicional, pelo seu profissionalismo carregado de sabedoria e positivismo, por ser quem é!

À enfermeira Helena Isabel por ser uma verdadeira EEER. Ao EEESM Mário Cardoso, pelo desafio lançado.

À enfermeira Fátima Vieira por me ter ensinado a caminhar na enfermagem.

Às colegas de curso pelo companheirismo e ânimo transmitidos.

À Professora Adelaide Pedreira Reina, pelo acompanhamento, esforço e em especial pelo sentido prático e operacional, que proporcionou na orientação deste trabalho.

Finalmente à memória do meu Pai por me ter transmitido os principais valores da vida: Amor, honestidade, compreensão e dedicação.

## RESUMO

A problemática do envelhecimento e da necessidade de promover a qualidade de vida das pessoas idosas tem vindo a ser alvo de preocupação a nível mundial. As alterações da mobilidade nas pessoas idosas constituem um fator limitante da sua autonomia e advêm de inúmeros fatores/causas, entre os quais as fraturas do fémur que representam uma grande ameaça à sua independência e capacidade funcional. Os índices de morbidade e mortalidade associados a este problema de saúde são elevados. A intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação nesta área assume um papel preponderante na maximização do potencial funcional, na promoção da independência e reintegração social destas pessoas; contribuindo para a sua recuperação.

A promoção da continuidade dos cuidados a estas pessoas tem especial relevância no atual contexto de mudanças socio – económicas, assegurando o direito à dignidade e qualidade de vida, permitindo também, uma otimização na gestão ao nível das políticas de saúde.

Alicerçada nestes pressupostos e de acordo com um desejo pessoal e necessidade profissional de intervir nesta área, delineei como objetivos para o meu projeto: desenvolver competências específicas na área da enfermagem de reabilitação junto de pessoas idosas, com alterações da mobilidade devido a fratura do fémur, e promover a articulação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, entre o contexto hospitalar e comunitário.

Este relatório teve por base a reflexão e análise das práticas desenvolvidas ao longo do percurso formativo. Proporcionou experiências necessárias à aquisição das Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação, ao nível técnico, científico e relacional, tendo sido direcionado para maximizar a autonomia de pessoas idosas, com alterações da mobilidade devido a fratura do fémur, promovendo uma articulação de cuidados entre hospital e comunidade que favoreça a continuidade dos cuidados de reabilitação.

**Palavras-chave:** Pessoa idosa, continuidade de cuidados, mobilidade, autonomia, reabilitação

## **ABSTRAT**

The problematic of the ageing and the need to promote the quality of life elderly's has been the subject of global concern. The changes of mobility in elderly people constitute a limiting factor of their autonomy and result from several factors/causes, including femur fractures which represent a major threat to their independence and functional capacity. The rates of morbidity and mortality associated with this health problem are high. The intervention of the rehabilitation nurse in this area assumes a leading role in maximizing the functional potential, in promotion the independence and social reintegration of these people, contributing to their rehabilitation.

The continuity promotion of care for elderly's is especially relevant in the current context of socio-economic changes, ensuring the right to dignity and quality of life, allowing also a management optimization at the level of health policies.

Anchored in these assumptions and according to a personal desire and professional need to intervention in this area, established as goals for the development of my project: develop specific competencies in rehabilitation nursing of elderly's with mobility deficit due to femur fracture, and to promote the coordination of skilled cares of rehabilitation nursing between hospital and community context.

This report was based on the refecton and analysis of practices developed during the formative path. Provided experiences necessary to acquire the specific competences of rehabilitation nurse, at technical level, scientific and relational level, having been directed to maximize the autonomy of elderly's with mobility deficit due to femur fracture, providing a coordination of cares between hospital and community that fosters the continuity of rehabilitation care.

**Keywords:** Elderly people, continuity of care, mobility, autonomy, rehabilitation

# ÍNDICE

Pág.

<b>1. INTRODUÇÃO</b> -----	<b>10</b>
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO DA ÁREA TEMÁTICA</b> -----	<b>13</b>
<b>3. A PESSOA IDOSA COM MOBILIDADE REDUZIDA DEVIDO A FRATURA DO FÉMUR</b> -----	<b>18</b>
<b>3.1. Referencial Teórico</b> -----	<b>18</b>
<b>3.2. A Fratura do Fémur e a Mobilidade</b> -----	<b>22</b>
<b>3.3. A Família/Cuidador e a Continuidade de Cuidados</b> -----	<b>24</b>
<b>3.4. Cuidados Continuados</b> -----	<b>26</b>
<b>4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS, NO PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS</b> -----	<b>30</b>
<b>4.1. Em Contexto Hospitalar</b> -----	<b>32</b>
<b>4.2. Em Contexto Comunitário</b> -----	<b>43</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> -----	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> -----	<b>57</b>
<b>ANEXOS</b> -----	<b>62</b>

**Anexo I** - Padrão de documentação – Plano de reabilitação

**Anexo I** - Padrão de documentação das intervenções do EEER, numa Unidade de Pneumologia

**Anexo III**- Padrão de documentação das intervenções do EEER, numa ECCI

**Apêndice I** – Domínios e competências, objetivos específicos, atividades a desenvolver, e critérios de avaliação

**Apêndice II**- Locais de ensino clínico, justificação da escolha e resumo das visitas/entrevistas

**Apêndice III** - Cronograma dos ensinamentos clínicos

**Apêndice IV**- Estudo de caso - Reabilitar a pessoa idosa com fratura do fêmur, um caminho para a autonomia

**Apêndice V**- Apresentação do projeto de aprendizagem nos campos de ensino clínico

**Apêndice VI**- Diário de aprendizagem

**Apêndice VII**- Reflexão - O reencontro

**Apêndice VIII**- Poster

## **LISTA SIGLAS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

AVD – Atividade de Vida Diária

AVD's - Atividades de Vida Diárias

CCI – Cuidados Continuados Integrados

CD – Código Deontológico

CIF – Classificação internacional de Funcionalidades

CIPE – Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

CRO – Centro de Responsabilidade de Ortopedia

CS – Centro de Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ER- Enfermagem de Reabilitação

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

RCEEER – Regulamento das competências do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

## 1. INTRODUÇÃO

A frequência do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação insere-se num projeto de vida, faz parte de uma necessidade de formação, de um processo dinâmico de desenvolvimento pessoal e profissional.

A elaboração deste relatório de estágio pretende espelhar um percurso de construção de saberes e aquisição de competências, com base num projeto que visa a aquisição e desenvolvimento de competências ao nível dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação. O enfermeiro especialista detém “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção “ (OE, 2010, p.2)

A escolha da área temática, “**Continuidade dos cuidados a pessoas idosas com alterações da mobilidade por fratura do fémur**”, incorreu da análise e reflexão sobre a prática diária de cuidados a esta população de utentes e da necessidade de traçar um caminho que contribua para melhorar a sua qualidade de vida.

Dados da Direção Geral de Saúde (DGS, 2003) revelam que, em 1990, ocorreram 1,7 milhões de fraturas da extremidade proximal do fémur em todo o mundo, calculando-se que este número atinja os 6,26 milhões em 2050, devido ao aumento da esperança de vida e ao envelhecimento da população. Em Portugal, entre 1993 e 1997, foram internados, em média por ano, nos hospitais públicos (excluindo Açores e Madeira) 7000 doentes com idade superior a 50 anos, devido a este problema de saúde. Em 2006, estes números ascenderam para os 9523 utentes (DGS, 2008). Os índices de morbilidade associados a estas fraturas são elevados, 50% dos doentes apresentam perda funcional e/ou motora, somente 30% dos utentes obtêm recuperação funcional para os níveis anteriores à fratura e cerca de 10 a 20% acaba por falecer no primeiro ano após a fratura (BRANCO, 2009). Chainça, Rebelo, e Almeida (2009) corroboram, afirmando que este é um problema de grande importância, não só pelas suas implicações individuais, como também pelos reflexos sociais que o seu processo terapêutico encerra e ao qual urge saber dar resposta.

Segundo Nogueira (2009), o envelhecimento progressivo da nossa população é um facto comprovado e estima-se que em 2050, Portugal será o 4º País da União Europeia

com maior percentagem de idosos. Atualmente 19% da população portuguesa tem mais de 65 anos sendo que na última década o número de idosos cresceu cerca de 19% (INE, censos de 2011). Uma sociedade envelhecida requer uma intervenção política/social abrangente, para que os idosos continuem a fazer parte integrante da mesma, mantendo a sua autonomia e dignidade. De acordo com o código deontológico, o enfermeiro no seu exercício, assume o dever de: “salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o auto cuidado, com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida” (art.º 81.º C.D., 2009).

Em estreita relação com o envelhecimento estão as profundas alterações socioeconómicas que se vivenciam atualmente; o perfil das famílias está em mudança, as famílias evoluíram para instituições restritas, separadas dos seus anciãos pela distância física, agravando o isolamento dos idosos; as comunidades locais vivem tempos de austeridade e os seus recursos tornam-se escassos; os amigos dos idosos, idosos são. Todas estas circunstâncias condicionam a vida condigna das pessoas idosas que sofreram uma fratura do fémur, “quando o envelhecimento está associado à dependência é fundamental criar as condições necessárias para que a assistência nas actividades de vida diária promova a dignidade do alvo de cuidados” (SEQUEIRA, 2010, p. 21).

Na área em que exerço funções Centro de Responsabilidade de Ortopedia (CRO), assisto a um aumento crescente do número de internamentos de utentes idosos com alterações da mobilidade em consequência de fraturas do fémur. Segundo dados do departamento informático do CRO, no ano de 2010, 27% dos utentes internados pela urgência nesta unidade, eram pessoas com mais de 65 anos portadoras de fratura do fémur, sendo a demora média de internamento no serviço de cinco dias <sup>1</sup>.

Através da análise e reflexão da prática de cuidados, observei que a preparação para a alta destes utentes é muito “agilizada”; direcciona-se para o regresso a casa sem contemplar a conceção de um programa de reabilitação que promova a recuperação funcional máxima do utente, de acordo com o seu potencial. Assim a promoção da continuidade dos cuidados, através de uma articulação com a comunidade e de um maior envolvimento dos cuidadores, pode melhorar a recuperação destas pessoas. Segundo Collière (1989, p.287) “o campo de competência de enfermagem situa-se como um prolongamento, uma

---

<sup>1</sup> Dados estatísticos do gabinete de estudos, planeamento e informação para a gestão, do CRO; 2011-07-12.

substituição daquilo que os utilizadores dos cuidados não podem, temporariamente assegurar por si próprios, ou lhes é assegurado pelos que o cercam”.

A intervenção de enfermagem ao nível da promoção da continuidade dos cuidados junto das pessoas idosas, com alterações da mobilidade resultantes de fratura do fémur, assume um papel fulcral na reintegração biopsicosocial destas pessoas.

Movida pelo desejo e necessidade profissional de intervir nesta área, tenho como finalidade: Maximizar a autonomia de pessoas idosas, com alterações da mobilidade devido a fratura do fémur, promovendo uma articulação de cuidados entre hospital e comunidade que favoreça a continuidade dos cuidados de reabilitação.

Tendo em conta esta finalidade, estabeleci como objetivos:

- Desenvolver competências específicas na área da reabilitação junto de pessoas idosas, com alterações da mobilidade devido a fratura do fémur.
- Promover a articulação de cuidados de enfermagem de reabilitação, entre o contexto hospitalar e comunitário.

A elaboração deste relatório baseou-se na reflexão e análise das práticas desenvolvidas ao longo deste percurso, estando o seu desenvolvimento ancorado na conceção de um projeto direcionado para a área temática eleita e visando a aquisição de competências específicas na área de enfermagem de reabilitação. É fundamentado com recurso aos contributos dos ensinamentos clínicos, incluindo diários de aprendizagem, notas de campo, elaboração de estudo de caso e planos de cuidados; no aporte de conhecimentos das unidades curriculares, na pesquisa bibliográfica, na prática diária; orientado em especial pelo pensamento teórico de enfermagem de Collière, sob uma orientação tutorial, agregado a um percurso de vida pessoal e profissional.

Na primeira parte do trabalho será efetuada uma contextualização da área temática com justificação da escolha do tema utilizando os resultados de alguns estudos de investigação na área da reabilitação dos idosos com fratura do fémur. O enquadramento teórico basear-se-á essencialmente no pensamento teórico de Collière, abordando a mobilidade nas fraturas do fémur, a participação da família e os cuidados continuados. Numa terceira parte realiza-se a descrição e análise reflexiva transversal, das intervenções desenvolvidas em contexto de aprendizagem/aquisição de competências específicas na área de enfermagem de reabilitação. Por último tecerei algumas considerações finais. As referências bibliográficas serão elaboradas de acordo com as normas da APA.

## 2.FUNDAMENTAÇÃO DA ÁREA TEMÁTICA

A promoção da continuidade dos cuidados a pessoas idosas com alterações da mobilidade resultantes de fratura do fémur constitui uma temática pertinente e atual que vai ao encontro das necessidades específicas da população idosa. Como já referido, a população portuguesa caracteriza-se pelo aumento de pessoas com 65 ou mais anos de idade. Cerca de 19% da população residente em Portugal pertence ao grupo dos idosos e 60% desta população vive só, ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas, refletindo um fenómeno cuja dimensão aumentou 28% ao longo da última década (INE, 2011). No processo de envelhecimento ocorrem alterações de estrutura e perdas funcionais em todos os órgãos e sistemas do corpo humano, podendo traduzir-se em problemas de saúde. Viver mais tempo aumenta em 80% as probabilidades de contrair uma ou mais doenças crónicas, bem como limitações físicas incapacitantes (Hoeman, 2000). O conjunto destas alterações é um elemento promotor do risco de queda. A epidemiologia refere que 32% das pessoas com mais de 65 anos tem pelo menos uma queda por ano e que 5% dessas quedas resulta em fraturas (PRETO et al, 2011).

De acordo com o estudo de Alves S. (2004), no ano de 2020 em Portugal espera-se que 10.684 indivíduos sofram fraturas do colo do fémur, com tendência para aumentar nos próximos anos. As fraturas do fémur, segundo Queiroz (1998) encontram-se entre as mais frequentes na população idosa com especial incidência na faixa etária dos 85 anos, conduzindo à hospitalização. Provocam muitas sequelas limitativas, causando situações incapacitantes e com perda de autonomia.

“no que diz respeito à morbilidade das fracturas do colo de fémur, é importante sublinhar que 50% dos doentes que sofreram esta fractura necessitam de ajuda para marcha; 30% ficam funcionalmente dependentes de ajuda de uma terceira pessoa para a realização de trabalhos domésticos e só 20% recuperam a mobilidade anterior ao acidente” (QUEIROZ, 1998, p.14).

Um artigo de revisão sistemática de Branco (2009), publicado na revista portuguesa de reumatologia, alerta para o atual cenário dramático que este problema constitui, do ponto de vista clínico e epidemiológico, representando um problema de saúde pública que, longe de estar controlado, deve constituir uma preocupação comum a todos os profissionais e sectores da saúde. Os utentes com este problema de saúde requerem internamento hospitalar e praticamente todos são submetidos a intervenção cirúrgica, implicando, na sua maioria, cuidados assistenciais a longo prazo. O mesmo artigo

menciona os resultados de um estudo retrospectivo com 970 utentes com fraturas do colo do fémur, efetuado num Hospital Central de Lisboa, referente ao período 2004-2007, revelando que 2,8% desses utentes sofreram fraturas contra laterais, 70% dos casos ocorreram no primeiro ano após a fratura inicial e 30% nos três anos seguintes.

A DGS (2003) reforça estes dados, referindo que as fraturas da extremidade do fémur são frequentes em pessoas de idade avançada, com índices de morbilidade e de mortalidade elevados. As alterações da mobilidade estão associadas a inúmeras situações de vida, no entanto as fraturas do fémur são uma das grandes responsáveis por essas mudanças. A sua prevenção é considerada uma prioridade no âmbito da saúde pública. Segundo a mesma fonte, o principal objetivo do tratamento destas fraturas é o rápido retorno do utente ao seu nível de funcionalidade anterior. Hoeman (2000, p.131) refere que “o retorno bem sucedido à comunidade implica um plano de alta cuidadoso. Os resultados para os utentes e suas famílias melhoram com a colaboração interdisciplinar (...) o objectivo da equipa é o mesmo na instituição ou na comunidade”. A finalidade do planeamento consiste em proporcionar a continuidade dos cuidados. É um processo que deve ser iniciado na instituição hospitalar, continuado durante o internamento e prolongado para a comunidade, através de um trabalho interdisciplinar, em que impere uma “cultura de diálogo”, privilegiando o envolvimento do utente e família e otimizando os seus recursos para permitir maximizar as suas potencialidades (JESUS, SILVA e ANDRADE, 2005). A DGS (2003) afirma que uma abordagem multi-interdisciplinar proporciona as condições necessárias para a reabilitação do utente, promovendo a sua adaptação e reduzindo os efeitos, por vezes devastadores, desta patologia.

As experiências de mudança no padrão habitual de vida, são comuns nas pessoas que vivenciam uma fratura do fémur. Num estudo Zidén, Wenestam e Hansson-Scherman (2008) as pessoas idosas após uma fratura do fémur descreveram experiências de mudança relacionadas com a perda de confiança no próprio corpo, neles próprios sentindo-se limitados nos movimentos. Relatam mudanças na situação de vida em geral, tornaram-se mais dependentes dos outros para satisfação das suas necessidades, vivenciando sentimentos de humildade e agradecimento para com os cuidadores. Referem ter vivido sentimentos de perda de entusiasmo pela vida, incerteza sobre o futuro, isolamento, sentindo-se velhos e perto da morte. As consequências da fratura foram multidimensionais, envolveram mudanças dramáticas, questões existências e reavaliação dos anos de vida que lhes restavam. Os resultados indicam que a fratura

parecia não “quebrar apenas o osso”, mas também a vida social, como se causasse “fissuras existenciais”, envolvendo problemas de saúde que influenciam a vida diária.

Uma fratura do fémur é geralmente um acidente súbito que frequentemente causa alterações crónicas, implica mudança, gera vulnerabilidade, desencadeando um processo de transição, que como refere Meleis (2000, p.12)

“as mudanças na saúde e na doença dos indivíduos, criam um processo de transição e clientes em transição tendem a estar mais vulneráveis aos riscos que podem afectar a sua saúde. Descobrir estes riscos pode ser possível e reforçado através da compreensão e entendimento, pelo enfermeiro, do processo de transição”.

O enfermeiro é muitas vezes o primeiro profissional a estabelecer contacto com as pessoas e suas famílias, que vivenciam estes processos de transição percecionando as futuras alterações na vida diária. Tendem a efetuar diagnósticos de enfermagem abrangentes que facilitem a conceção de planos “de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controle e auto-cuidado nos processos de transição saúde /doença e ou incapacidade” (OE, 2010, p.4). O EEER é detentor de um conjunto de competências que lhe permitem acompanhar a pessoa neste processo de transição, promovendo uma adaptação contínua, alicerçada numa continuidade de cuidados.

As abordagens cirúrgicas atualmente realizadas para tratamento destas fraturas, garantem a estabilidade necessária para o início rápido da mobilização e da locomoção, mas, para que a recuperação funcional máxima seja possível são essenciais outras intervenções, nomeadamente um programa de reabilitação adaptado ao utente e família/cuidador, iniciado no internamento, com continuidade após a alta e com validação e reformulação das intervenções, aquando das consultas pós alta, ou através de contacto telefónico, ou através de qualquer outra estratégia que dê resposta a esta necessidade. É importante que exista um acompanhamento/continuidade dos cuidados, para assegurar a recuperação e readaptar as intervenções à evolução e necessidades do utente e família/cuidador.

As fraturas do fémur representam uma grande ameaça à independência e capacidade funcional das pessoas idosas. A disfunção no equilíbrio, a perda de confiança na capacidade de mobilidade e perda de autonomia na realização das AVD, constituem um risco acrescido para novas quedas.

Zidén, Kreuter e Frändin (2010) num estudo sobre os efeitos a longo prazo da recuperação em casa após fratura da anca, enunciam a importância de ter em conta os

antecedentes pessoais da mobilidade da pessoa antes da fratura, para que o planeamento da reabilitação seja eficaz. Este estudo revelou que, quando existe um programa de reabilitação centrado em especial nas AVD, contemplando as do exterior como por exemplo andar a pé, os utentes recuperam mais rapidamente a independência, em especial nos primeiros seis meses após a fratura. Este programa incluiu visitas domiciliárias e teve o seu início após a alta hospitalar, com forte incentivo para que o utente regressasse ao seu lar, sendo encorajado a realizar precocemente as AVD, recebendo apoio individual. Estas intervenções contribuíram para obter resultados positivos na recuperação.

Fatores psicológicos e emocionais podem influenciar a recuperação destas pessoas. Um estudo de Bellelli et al (2008) aborda o impacto da depressão na recuperação de pessoas idosas após uma fratura do fémur, concluindo que a associação de sintomas depressivos e demenciais, aumenta significativamente o risco de morte em pacientes idosos, nos primeiros doze meses de reabilitação após a fratura. O mesmo estudo indica que identificar estes fatores de risco, e intervir através de acompanhamento e continuidade de cuidados de reabilitação após a alta, pode ser relevante na prevenção de efeitos adversos que a longo prazo contribuem para a mortalidade destes utentes.

O desempenho simultâneo de funções na unidade de internamento e na consulta externa de ortopedia tem-me permitido, na prática diária, constatar que é no regresso ao domicílio, no seio da comunidade, que o utente e família/cuidador se confrontam com a realidade, surgindo a necessidade de se adaptarem à nova condição de saúde, acentuam-se as dificuldades, e limitações que comprometem a autonomia e condicionam a recuperação. Um grande número de utentes e famílias chegam à consulta pós alta com muitas questões relacionadas com a continuidade dos cuidados, deixando antever a necessidade de investir nesta área de cuidados através da implementação de estratégias promotoras da continuidade de cuidados.

Para preparar o regresso a casa é necessária uma avaliação inicial das necessidades do utente, tendo em conta o seu potencial anterior e permitindo prever as necessidades futuras. O conhecimento destas necessidades deve ser global e ir para além da instituição hospitalar. Os recursos da comunidade são essenciais para promover a continuidade dos cuidados às pessoas com alterações da mobilidade resultantes de fratura do fémur, o enfermeiro assume o dever de:

“conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido; Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados;

Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade” (art.º 80.º C.D., 2009).

O conhecimento dos fatores ambientais é crucial; perceber como são as habitações, a adequação do espaço, as acessibilidades, os transportes públicos, a proximidade ou não de locais que assegurem a subsistência alimentar, a relação com a vizinhança, assim como as condições socioeconómicas,

“detectar e despistar as “ameaças” e barreiras sentidas pelo doente e família é um trabalho que deverá ser desenvolvido durante o internamento, o mais precocemente possível (...). Deste modo, será possível preparar a reintegração na comunidade, eliminando barreiras, sejam elas psicológicas ou físicas, accionando os recursos disponíveis na comunidade, para que funcionem como agentes facilitadores da reabilitação do doente” (DGS, 2003, p.24).

Um estudo de Givens (2008) refere que são comuns distúrbios cognitivos e emocionais nestes utentes e que aumentam o risco de maus resultados na sua recuperação. As alterações cognitivas e emocionais andam de mãos dadas com as alterações da mobilidade resultantes de uma fratura do fémur, o reconhecimento e tratamento destas situações podem melhorar significativamente a reabilitação. A sua recuperação funcional requer alguma resistência física, motivação para recuperar e capacidade para seguir orientações de reabilitação. Estas alterações podem interferir com a recuperação, por isso a avaliação intra-hospitalar é muito importante para identificar os doentes com maior risco de desenvolver problemas desta natureza. Esta avaliação pode ser um indicador da necessidade de cuidados de enfermagem em casa.

Na minha prática diária, a grande maioria dos idosos tem alta da unidade de internamento com alterações da mobilidade que comprometem e/ou interferem com a sua independência, tornando-se dependentes de terceiros para a realização de AVD's.

Zidén, Frändin e Kreuter (2008), num estudo sobre a reabilitação em casa/comunidade após fratura, revelam que estes cuidados assumem um papel importante aquando da procura de modelos ideais de reabilitação para estes utentes, poderá melhorar o resultado final da recuperação e encurtar a estadia hospitalar. Foram descritos relatos de que a terapia na comunidade/casa melhora a locomoção, existe uma maior adaptação às atividades quotidianas, maior autoeficácia, utilizam-se mais estratégias de adaptação, diminuindo o risco de quedas e aumentando a autoconfiança. Este tipo de programa demonstrou ser um recurso económico que não se pode menosprezar.

### **3.A PESSOA IDOSA COM MOBILIDADE REDUZIDA DEVIDO A FRATURA DO FÉMUR**

A fundamentação científica e o aporte teórico de uma temática na área de enfermagem é imprescindível, para validar e sustentar as nossas intervenções, no entanto “ numa disciplina que lida com o ser humano, é pouco credível que uma única teoria explique, descreva e prediga todos os seus fenómenos” Lopes (2000, p.28), citando Meleis (1991).

Basear-me-ei essencialmente, no pensamento teórico de Collière que tem “uma visão dos cuidados e da importância do desenrolar da qualidade de vida, através da manutenção e promoção de tudo o que existe, do potencial de vida que os seres vivos têm, sendo este o fio condutor do processo de cuidados” (MORAGA, 2005, p.27).

Efetuei, uma breve abordagem sobre: a fratura do fémur e a mobilidade, a família/cuidador e a continuidade de cuidados, focando por último os cuidados continuados.

#### **3.1. Referencial Teórico**

Numa perspetiva histórica, podemos dizer que os cuidados de reabilitação emergiram durante a segunda guerra mundial com o objetivo de recuperar os militares feridos, tendo-se depois tornado num serviço específico de saúde para pessoas com grandes incapacidades. Nos últimos trinta anos, a literatura internacional demonstra um crescente interesse na contribuição da enfermagem para a reabilitação. Em 2000, alguns estudos, revelaram que os enfermeiros eram vistos como facilitadores da recuperação, contribuía para a reabilitação, ajudando, consolando, ensinando e trabalhando com utentes e familiares e além disso, coordenavam o dia-a-dia da equipa multiprofissional; mais recentemente o papel do enfermeiro de reabilitação assume-se com clareza, destacando o relacionamento com utentes e famílias. Os enfermeiros são descritos como fornecedores de uma plataforma sobre a qual tudo o resto se baseia (PRYOR, 2005).

Os cuidados de enfermagem inserem-se por natureza num contexto de continuidade, “não havia descontinuidade do que hoje chamamos de cuidados preventivos e curativos, todos tentavam contribuir para assegurar a manutenção da vida, relativamente a tudo o que podia influenciar a sua evolução” (COLLIÈRE, 1989, p.48) e, é nesta filosofia de

manutenção da evolução dos cuidados, que contextualizo esta temática. Como já referi pretende-se que a continuidade dos cuidados seja iniciada no momento do acolhimento, desenvolvida no internamento e continuada quando o utente regressa ao domicílio/comunidade e deve, essencialmente “centrar-se sobre as dificuldades da vida encontradas pelas pessoas e pelas famílias e sobre a preocupação em desenvolver as suas capacidades para lhes fazer frente e dar resposta” (COLLIÈRE, 2003, p.229). Para esta autora cuidar, prestar cuidados “ é, primeiro que tudo, um *acto de VIDA*, (1989, p. 235), permitindo a “uma pessoa doente ou idosa continuar a mobilizar as suas capacidades ou compensar o que já não pode fazer por si própria, para assegurar a sua vida quotidiana” (COLLIÈRE, 2003, p. 332).

Uma pessoa com fratura do fémur necessita de cuidados de tratamento e de manutenção da vida. Para Collière (2003, p.289) os primeiros “têm por objectivo limitar a doença na sua progressão (...) só têm sentido e efeito quando se juntam e agem de forma complementar aos cuidados de apoio à vida”, os segundos são:

“todos os cuidados permanentes e quotidianos que tem como função insubstituível assegurar o que é vital e indispensável para continuar a viver, tendo em conta e mobilizando tudo o que existe, tudo o que permanece das capacidades de vida da pessoa ou do grupo. Estão ligados a um conjunto de actividades que asseguram a continuidade da vida como: beber, comer, evacuar, lavar-se, levantar-se, mover-se, deslocar-se” (COLLIÈRE, 2003, p. 289).

As alterações da mobilidade causadas pela fratura do fémur limitam a capacidade da pessoa se movimentar livremente no seu ambiente. As finalidades da mobilidade incluem a expressão de emoções, a autodefesa, a satisfação das necessidades básicas, recreativas e AVD's, (OE, Cipe, 2005). Segundo Roper (1995), as AVD's são as actividades que fazem parte integrante da vida e que contribuem coletivamente para o processo complexo de vida. Em relação às AVD's a pessoa com fratura do fémur encontra-se dependente de outras pessoas para as realizar, a mesma autora (2001, p.102-103) refere que,

”quando por qualquer razão há uma dependência forçada, por exemplo em resultado de doença ou ferimento, muitos consideram-na como algo difícil de lidar (...) A AVD mobilizar-se é frequentemente a primeira afectada e dado que os movimentos são necessários para desempenhar a maioria das outras actividades, isso resultará em perda da independência”.

Dependência pode ser definida como “estar dependente de alguém ou de alguma coisa para ajuda e apoio” (CIPE, 2005, p.107) e, nesta perspetiva todos os utentes idosos

que sofrem este tipo de patologia são dependentes. As alterações da mobilidade resultantes de uma fratura do fémur não podem ser dissociadas das repercussões na autoimagem, autoestima e confiança em si próprio. As alterações do corpo são inevitáveis, fruto da própria cirurgia e das alterações da mobilidade, implica alterações que vão desde a mudança do tipo de calçado, vestuário, uso de auxiliares de marcha, receio de sofrer nova queda, à dependência de terceiros. A diminuição da mobilidade pode provocar mudanças nas respostas emocionais, intelectuais, sensoriais e socioculturais. As alterações emocionais mais comuns são a depressão, as alterações comportamentais, as perturbações do sono e o *coping* ineficaz (PERRY, 2006). De acordo com Serra (2001, p.137) “estes doentes tem grande dificuldade em superar o súbito corte com o seu ambiente quotidiano, tornando-se facilmente confusos e desorientados”. É necessário que a vertente cognitivo emocional faça parte integrante da intervenção do enfermeiro, estimulando a motivação e adesão da pessoa ao programa de recuperação, “os processos físicos e de reabilitação física, dependerão muito estritamente da situação psicológica, do clima interior em que a pessoa se encontre” (ALMEIDA, 2010, p.122).

Na perspetiva de Collière, o processo antropológico é uma abordagem global que permite situar a pessoa, a sua doença e as limitações que lhe são inerentes, no seu contexto de vida, no seu ambiente/comunidade, no seio familiar. Para a autora toda a situação de cuidados pressupõe uma abordagem antropobiológica, fazendo referência ao Homem inserido no seu meio procurando reconhecer “ o jogo de forças em presença, (...) ocupar-se apenas da doença pode fazer calar as forças da vida se não tiver cuidado, tratando dela sem deixar morrer o que dinamiza a pessoa atingida por essa doença” (COLLIÈRE, 1989, p.297).

O regresso a casa carece de um planeamento e intervenção multidisciplinar, para permitir a continuidade dos cuidados, assegurando e facilitando a reintegração da pessoa na comunidade, “as enfermeiras de reabilitação e outros profissionais de saúde terão que se tornar peritos em assegurar um retorno a casa bem sucedido e politicamente activos para garantir que serão continuados os serviços a pessoas com incapacidade” (HOEMAN, 2000, p.128). A relação, a circulação de informação entre profissionais e instituições, deve incluir dados relevantes para a identificação de problemas e respetivas estratégias de intervenção. Collière fala- nos na necessidade de agrupar as informações, interligando-as e clarificando-as para assim identificar os problemas colocados pela doença ou deficiência e delimitar os fatores que podem influenciar essa situação favoravelmente ou

desfavoravelmente, "que limitações funcionais motoras, de eliminação, ela tem em relação com a idade, a anterior maneira de se ocupar, as suas actividades, os seus interesses?" (COLLIÉRE, 1989, p.299).

A identificação dos problemas deve ser efetuada em termos de funcionalidade que significa "a capacidade que uma pessoa família ou grupo, tem, ou não tem, de "funcionar" isto é de agir por si próprio, para assegurar uma resposta a uma necessidade que diz respeito à sua vida" (COLLIÉRE, 1989, p. 300), e tendo em conta o impacto emocional, a repercussão, o sentido que cada pessoa atribui a uma dada situação. A conjugação destas apreciações permite compreender melhor a maneira como o problema é vivido pela pessoa afetada e pelos que a cercam, permitindo a valorização do que a pessoa deseja ou não deseja, do que a faz "re-agir", levando-nos para além da prestação de cuidados técnicos (COLLIÉRE, 1989, p.303).

Na situação da pessoa idosa com alterações da mobilidade, em consequência de uma fratura do fémur, é essencial proceder a uma identificação da natureza dos problemas, centrando-se na pessoa e no ambiente, aprendendo a conhecer os elementos indicadores e o sentido do problema. Para Collière (1989, p.304) os elementos indicadores são de três tipos: os que se referem à pessoa, os que dizem respeito ao ambiente e os que se referem à limitação da doença ou handicap. Relacionando todos estes elementos indicadores com a trajetória de vida da pessoa abre-se assim "o leque da autonomia a manter e/ou aumentar, bem como as zonas de dependência a compensar, permitindo deduzir daí os cuidados de enfermagem a assegurar" (COLLIÉRE, 1989, p.304).

A autonomia é a expressão da nossa própria humanidade, "indica a capacidade humana em dar leis a si próprio (...) indica a capacidade de autodeterminação (...) ser o verdadeiro autor das suas acções" (NUNES, 2006, p.2). Autonomia é o foco da atenção de enfermagem, situa-se no campo da intervenção dos enfermeiros ao nível da intervenção em outros focos, como por exemplo a dor ou a eliminação (CIPE, 2005). Os cuidados de enfermagem de reabilitação procuram melhorar a qualidade de vida da pessoa, de acordo com a sua potencialidade, "a autonomia do doente é o objectivo primário, e as preferências e valores do doente definem o objectivo" (JONSEN, 1999, p. 123).

### 3.2. A Fratura do Fémur e a Mobilidade

As fraturas ocorrem quando um osso é submetido a uma força que não consegue absorver. Numa fratura, não é apenas o osso que se danifica, os tecidos moles, sistema venoso, arterial, nervoso e muscular também se lesam. Os músculos são responsáveis pelo movimento, são os órgãos ativos do movimento, possuem a capacidade de se contrair e de relaxar, e, em consequência, transmitem movimentos aos ossos sobre os quais se inserem produzindo o movimento de quase todo o corpo humano e têm um importante papel na manutenção da postura. As articulações permitem a mobilidade e a estabilidade do esqueleto. Todos estes elementos estabelecem entre si uma relação harmoniosa, uma lesão que interfira com este equilíbrio é geradora de alterações da mobilidade “a mais mortífera lesão que um membro humano pode sofrer em qualquer idade, é a fratura da extremidade superior do fémur” (SERRA, 2001, p.207). Este autor refere que as pessoas idosas estão particularmente sujeitas a este tipo de fratura devido à fragilidade do esqueleto osteoporótico e à obesidade que tornam possíveis estas fraturas por traumatismos “mínimos” que não as ocasionariam num adulto jovem. Preto et al (2011) corroboram com estas afirmações salientando que as quedas acidentais são a causa mais importante de fraturas do fémur na população idosa, referindo que a redução da acuidade visual, o elevado uso de medicamentos, as perturbações do equilíbrio e as alterações posturais e do centro de gravidade são comuns a esta faixa etária. Segundo os mesmos autores, a epidemiologia enuncia que 32% das pessoas acima dos 65 anos sofre pelo menos uma queda por ano. Também Muniz et al (2007, p.34) partilham desta opinião, afirmando que a “osteoporose, (...) fraqueza muscular e outras doenças associadas, como doenças neurológicas, cardiovasculares e deformidades osteomioarticulares são fatores que contribuem para a alta incidência de fratura do fémur”.

As fraturas do colo do fémur segundo Serra (2001), são preferencialmente tratadas por cirurgia que, atualmente com a utilização de materiais inovadores, proporcionam a estabilidade necessária para o início rápido da mobilização e locomoção, permitindo diminuir o risco de complicações cardiovasculares, respiratórias, de eliminação, cutâneas, neuropsicológicas e músculo-esqueléticas, que advém em grande parte da imobilização prolongada que em pessoas “de idade avançada leva a um maior grau de incapacidade do que o causado pela fratura, pondo em risco o processo de reabilitação e aumentando significativamente o custo da assistência hospitalar” (GOUVEIA, 2011, p.3).

De acordo com Cunha (2008) os cuidados de reabilitação no pós-operatório dos utentes com fratura do fémur, em específicas as mobilizações passivas e ativas e o levante, são fundamentais para uma rápida recuperação funcional e para a prevenção de complicações, estimulando ao máximo a colaboração do utente, promovendo a sua autonomia. A identificação dos problemas que esta situação de saúde provoca no contexto vivencial da pessoa idosa afetada, revela-se de extrema importância.

Na perspetiva de Collière (2003) é necessário avaliar a situação em termos de funcionalidade, definindo-a como a capacidade de ser funcional e interligando-a ao vivenciado, aos desejos e aspirações da pessoa, ao funcionamento dos sentidos, a um compromisso, ou à perda de uma função orgânica e contextualizá-la em termos de poder ou não poder fazer algo, saber ou não saber fazer alguma coisa. Com o contributo destes conhecimentos poderemos partir para a "elaboração de um projeto de acção que visa encontrar uma resolução do ou dos problemas, a partir dos dados da situação. É na situação que se encontra o fio condutor da acção" (COLLIÈRE, 2003, p.255).

A CIF, (2003) como classificação de "componentes de saúde" aborda a funcionalidade como um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação, inclui deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação, relacionando-a com os fatores ambientais que interagem com todos estes constructos permitindo uma linguagem unificada e padronizada, bem como a conceção de uma estrutura de trabalho que pode ser utilizada em tomadas de decisão e monitorização de resultados.

As alterações na mobilidade devido a uma fratura do fémur numa pessoa idosa podem, como referido anteriormente, ser altamente incapacitantes, conduzindo à imobilidade, à perda de autonomia, a um conjunto de alterações físicas e emocionais que no seu conjunto deterioram a qualidade de vida da pessoa e família; a intervenção do EEER, tem como finalidade máxima ajudar na construção dessa qualidade, assegurando "à pessoa incapacitada ou deficiente, bem como aos seus próximos, diferentes acções que permitem suprimir, atenuar ou ultrapassar os obstáculos geradores de desvantagem" (HESBEEN, 2010, p. 53).

### 3.3. A Família/Cuidador e a Continuidade de Cuidados

A família/cuidador é um tema sobejamente abordado por diversos autores nas mais diferentes áreas, no entanto sempre atual e da máxima pertinência pois, é na família que o individuo, recebe os primeiros cuidados, se desenvolve e inicia o seu percurso de vida, De acordo com Sarmiento (2010, p. 39) “a família, como unidade, desenvolve um sistema de crenças, valores e atitudes face à saúde e à doença, que são expressas e demonstradas através de comportamentos de saúde e doença dos seus membros”.

Quando um membro da família adoece, o equilíbrio familiar é afetado e toda a família vai sofrer, necessitando também de cuidados para restabelecer a sua homeostasia. A família como cuidadora do utente necessita de apoio e de ser cuidada (CORREIA, TEIXEIRA E MARQUES, 2005). Na perspetiva de Hesbeen as pessoas mais próximas do utente (que se definem mais pelos laços afetivos do que pelos familiares) devem fazer parte integrante do processo de reabilitação, uma vez que

“não há nenhuma afecção, seja ela traumática, infecciosa ou evolutiva que, sem que se saiba onde e quando, não possa atingir, no mais íntimo, a vida de uma célula familiar (...) os cuidados aos próximos tornam mais árdua a acção dos profissionais” (HESBEEN, 2010, p.45).

A participação da família/cuidador neste processo é crucial, ela é um elo fundamental para a continuidade dos cuidados, as organizações e os profissionais de saúde devem apoiar, respeitar, encorajar e potencializar a força e a competência da família/cuidador, “o pessoal de enfermagem é um agente motor do desenvolvimento dos cuidados, deixando às famílias a sua iniciativa, estimulando-as, ajudando-as a reencontrar a sua capacidade de se tratar” (COLLIÉRE, 1989, p.177). É indispensável que o enfermeiro conheça a família/cuidador, que a envolva no processo de cuidados (desde o acolhimento, à alta e à reintegração na comunidade), que valorize as suas características gerais e individuais, para determinar a existência de problemas, inserindo os cuidados no projeto de vida da pessoa e família/cuidador assegurando a sua continuidade. A DGS (2003, p.24) a propósito da avaliação sociofamiliar refere que,

”apreender o ambiente familiar, as relações afectivas, a disponibilidade dos familiares (quando existem), ou mesmo das instituições de suporte social, é questão fundamental para a preparação da alta clínica. Compreender o impacto da situação “doença – fractura do fémur”, tanto no doente como na família, e suas repercussões é de extrema importância para os técnicos da equipa multi-interdisciplinar”.

O envolvimento da família/cuidador nos cuidados pode proporcionar uma melhor compreensão do utente, das suas vivências e das suas práticas, contribuindo para a humanização, personalização e continuidade dos cuidados, “várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida, envolvendo as pessoas significativas para o cliente individual (família, convivente significativo) ” (OE, 2002, p.8). Este envolvimento deve ser opção do utente e da família e nunca uma imposição nossa, “a enfermeira apoia e otimiza o papel positivo dos membros da família, dando-lhes as informações necessárias para lhe providenciar cuidados físicos e trazendo-lhes um apoio afectivo.” (BENNER, 2001, p.90). O enfermeiro assume o dever de “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (art.º 89.º, C.D., 2009).

Várias são as situações nas quais as famílias/cuidador verbalizam dificuldades em cuidar dos familiares relacionadas com o “medo de mexer” na pessoa sob receio de danificar o tratamento efetuado. Na perspetiva de Collière (1989, p.303) “atribui-se, muitas vezes às pessoas, um mau vontade, um mau querer ou, muito simplesmente, uma falta de vontade, (...) as pessoas não querem aquilo que não podem. Mas poderão aquilo que não sabem?”. Uma avaliação personalizada da pessoa e do seu contexto familiar pode minimizar muitas destas dificuldades, desmistificar receios e otimizar muitas das capacidades dos cuidadores. Na prática diária constato, com alguma frequência, que quando há um envolvimento ativo e direto da família/cuidadores nos cuidados durante o internamento, existe como que uma “simplificação” dos cuidados, assistindo a comentários do género “pensei que era muito mais complicado..., afinal isto eu consigo fazer...”; Collière (1989, p.305) aborda este tema referindo que no processo de cuidados deve haver lugar para a expressão destes sentimentos de temor, de medo, de fazer mal; as pessoas, quando comprometidas numa ação de cuidados, têm necessidade de compreender o que podem, ou não fazer e assim encontrar respostas, concertação e complementaridade. Esta troca de opiniões pode fazer toda a diferença na continuidade de cuidados para aquele utente, pode ser a “chave-de-ouro” para regressar ao seu domicílio em detrimento de uma instituição, ou vice-versa, de acordo com as necessidades.

Na perspetiva de uma articulação de cuidados de enfermagem, Menoita (2012, p. 25), refere que a continuidade dos cuidados pressupõe um “continuum entre o meio hospitalar e a família/comunidade”, deixando antever a necessidade de seguimento dos cuidados de

enfermagem, na medida em que a ausência desta continuidade pode colocar em risco a essência do cuidado ao ser humano na sua globalidade. Também Collière (2003, p.387) aborda a continuidade de cuidados afirmando que

“qualquer carência em cuidados de manutenção e de continuidade de vida, ou a sua inadequação, leva a um agravamento da dependência e instaura situações quase letárgicas para as pessoas atingidas pela dependência e para os que a rodeiam”.

Na manutenção desta continuidade de cuidados é fundamental o envolvimento da família/cuidadora no plano de reabilitação, em especial quando esta recuperação se desenrola no domicílio, é a família que convive permanentemente com a pessoa identificando alterações e necessidades que exigem do cuidador conhecimentos e aptidões específicas, “uma família envolvida é essencialmente uma família esclarecida e cooperante, uma família unida e certamente menos ansiosa, mais confiante e responsável pela assistência à Pessoa” (BRANCO e SANTOS, 2010, p. 127). O empowerment da família assume especial relevância no que reporta à sua capacitação para família cuidadora capaz de assegurar a continuidade de cuidados.

A articulação de cuidados entre os diferentes contextos de cuidados e entre a equipa de cuidados no domicílio é fulcral para garantir e promover a eficácia da continuidade de cuidados, “o sucesso da reabilitação dependerá, ao lado de uma equipa multidisciplinar, do envolvimento da família e da sociedade no processo” (MANCUSSI, 2006, p. 125).

### **3.4. Cuidados Continuados**

A recuperação e reintegração social é um problema crítico para as pessoas idosas com fratura do fémur. Muitas já tinham doenças crónicas e viviam um equilíbrio difícil com dependência de terceiros, a incapacidade acrescentada pela fratura, acarreta aos familiares/cuidadores novos problemas cuja solução tende a ser obtida pelo adiamento da alta hospitalar sob os mais variados pretextos (SERRA, 2001).

Nos últimos anos têm-se operado reformas no Sistema Nacional de Saúde, em especial ao nível dos cuidados de saúde primários, em que através de uma estratégia integrada, foi promovido o desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que surgiu em 2006, para dar resposta às carências de cuidados que se fazem sentir, devido ao aumento da prevalência da doença crónica/incapacidade das pessoas e ao conseqüente aumento da dependência funcional nos idosos.

A finalidade da RNCCI é criar um sistema integrado de serviços de saúde e de apoio social que direcionem os seus utentes no sentido da promoção da autonomia, através da implementação de um novo modelo de cuidados, "representa um processo reformador desenvolvido por dois setores com responsabilidades de intervenção no melhor interesse do cidadão: o serviço nacional de saúde (SNS) e o sistema de segurança social" (UMCCI, 2011, p.7). A RNCCI constitui, assim, "uma das políticas sociais que mais pode contribuir para a qualidade de vida e para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária" (Decreto-Lei nº 101/2006, p. 3856). Da RNCCI fazem parte entidades públicas, instituições particulares de solidariedade social (IPSS), entidades privadas com ou sem fins lucrativos e serviços integrados no sistema nacional de saúde. Traduz um esforço integrado para promover a Reabilitação, a Readaptação e a Reinserção do cidadão como três princípios fundamentais dos serviços prestados, numa perspetiva de complementaridade dos diferentes recursos de prestação de cuidados de saúde e apoio social.

A missão da RNCCI centra-se na recuperação global da pessoa e visa a prestação de cuidados a utentes e famílias/cuidadoras, prevenindo, reduzindo e adiando a incapacidade dos indivíduos com dependência, apostando na promoção da educação em saúde com envolvimento da família/cuidador e promovendo a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia.

Segundo a UMCCI (2011) a prestação de cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de quatro tipos de resposta: **unidades de internamento, equipas domiciliárias, equipas hospitalares e unidades de ambulatório.**

As **unidades de internamento** são de quatro tipologias: unidades de convalescença que têm como finalidade "a estabilização clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos" (art.º13º, Decreto - Lei nº101/2006, p. 3860). Os cuidados a prestar nas unidades de convalescença destinam-se, fundamentalmente, à reabilitação e à rápida reintegração dos seus utentes no seu meio de vida e em condições da maior autonomia possível. Têm uma previsibilidade de internamento até 30 dias consecutivos. As unidades de média duração e reabilitação asseguram cuidados essencialmente orientados para a reabilitação, manutenção, apoio social e rápida recondução dos seus utilizadores à sua comunidade e modo de vida, na maior autonomia possível. A previsão de internamento é de 90 dias. As unidades de longa

duração e manutenção que visam “proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos” (art.º17º, Decreto- Lei nº101/2006, p. 3860). No entanto pode assegurar o internamento por um período inferior em situações temporárias, que surgem por dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do cuidador, até 90 dias por ano. Existem ainda as unidades de cuidados paliativos que prestam “acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrente de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva” (art.º 19º, Decreto- Lei nº 101/2006, p. 3861).

Constituem **equipas domiciliárias**, as equipas comunitárias de cuidados continuados integrados (ECCI) e as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos. As ECCI são da responsabilidade das unidades de cuidados na comunidade dos agrupamentos de centros de saúde (ACES), atuam diretamente na comunidade, integrando o ambiente domiciliário do utente e família/cuidador e a sua definição de cuidados assenta no:

“conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (art.º 3º, Decreto - Lei nº101/2006, p. 3857).

As equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos devem desejavelmente, incluir um núcleo especializado de profissionais de saúde, com formação específica em cuidados paliativos, de forma a assegurar o apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos.

As **equipas hospitalares** são constituídas pelas equipas de gestão de altas (EGAS) e pelas equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos. As EGAS são equipas hospitalares multidisciplinares, cuja atividade consiste na preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os utentes que requerem suporte de continuidade dos seus problemas de saúde e sociais, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório. As equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos estão sedeadas nos hospitais de agudos, têm por finalidade prestar assessoria técnica diferenciada nesta área, transversalmente nos diferentes serviços do hospital.

Constituem **unidades de ambulatório**, as unidades de dia e de promoção de autonomia, que se destinam a promover a autonomia de pessoas em situação de

dependência, cujas condições clínicas e sociofamiliares lhes permitem a permanência no domicílio. Os cuidados de reabilitação e/ou manutenção são facultados em regime de dia.

O acesso à RNCCI pode ser efetuado pela EGA ou pelas equipas referenciadoras dos cuidados de saúde primários. A primeira efetua, como já foi referido, a referenciação a nível hospitalar e tem como objetivo preparar e gerir a alta hospitalar, em articulação com vários serviços. As segundas têm por objetivo assegurar a articulação e coordenação dos recursos e atividades no seu campo de referência. A referenciação deve ser efetuada preferencialmente nas 48 horas após o internamento; ou 48 horas antes da data prevista para a alta hospitalar, quando os cuidados continuados integrados serão prestados no domicílio do utente. É desejável que as várias entidades estabeleçam um canal de comunicação eficaz, na tentativa de garantir a continuidade e qualidade dos cuidados de saúde e de apoio social.

Quando o utente recebe alta hospitalar e vai ser admitido numa unidade ou equipa prestadora da RNCCI, de acordo com a UMCCI (2011, p.17) deve fazer-se acompanhar de documentação, atualizada pela EGA incluindo informação sobre a situação clínica e medicação; notas de enfermagem, com indicação das necessidades de cuidados; dados sobre o programa de seguimento do doente e de marcações de próximas consultas ou exames complementares, com identificação do responsável ou familiar/cuidador. Aquando da referência do utente para a unidade ou equipa prestadora é importante atender à sua proximidade com a da área do domicílio do utente, bem como à sua preferência.

Sobre os cuidados continuados no domicílio e a propósito das novas respostas de saúde, Louro (2009) refere que para que venham a materializar-se é urgente a sua divulgação e motivação dos profissionais de saúde e de todo o meio envolvente, incluindo doentes e famílias. Aos profissionais deve ser dada formação adequada, ao meio envolvente é preciso transmitir a consciência cívica da importância do envolvimento coletivo na saúde, ao doente e famílias é necessário dinamizar o seu envolvimento, transformando-os em parceiros ativos no processo cuidativo

É da responsabilidade do enfermeiro, promover intervenções integradas e não parcelares, evitando as ações onerosas, demonstrando que o EEER nestas unidades e equipas é uma mais-valia para “assegurar à pessoa incapacitada ou deficiente, bem como aos seus próximos, diferentes ações que permitam suprimir, atenuar ou ultrapassar os obstáculos geradores de desvantagem” (HESBEEN, 2010, p.52-53).

## 4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS

A realização deste relatório insere-se no percurso de aquisição de competências específicas na área de enfermagem de reabilitação, tendo por base que

”especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (O.E., 2010, p. 2).

Para Benner (2001), de acordo com os graus de competência aplicados à enfermagem, o enfermeiro especialista, considerado como perito, age a partir de uma compreensão profunda da situação global, considera o conjunto da situação e toma decisões holísticas, são pessoas maleáveis que mostram um elevado nível de adaptabilidade. A autora (2001, p.61) refere que

”quando as peritas podem descrever situações clínicas onde a sua intervenção fez a diferença, uma parte dos conhecimentos decorrente da sua prática torna-se visível. E é com esta visibilidade que o realce e reconhecimento da perícia se tornam possíveis”.

De acordo com o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista ”todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns - a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (O.E., 2010, p. 2).

Pretendia-se que a apropriação das competências necessárias se efetuasse através da análise e reflexão do percurso profissional agregado à componente teórica específica, conduzindo ao “agir”. De acordo com a OE (2010, p. 2) as competências do EEER enunciadas no Regulamento de Competências Específicas do EEER, são as seguintes:

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

b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Cada competência enunciada apresenta um descritivo e comporta unidades de competência com os respetivos critérios de avaliação.

As atividades analisadas neste relatório vão também de encontro ao desenvolvimento das competências do 2º ciclo, tendo por base o processo de Bolonha que segundo D’Espiney (2004, p.11) ”deve promover a reflexão sobre as práticas; a elaboração de estudos e projectos de promoção de saúde, prevenção da doença e de reabilitação”.

O desenvolvimento destas competências tem como finalidade: Maximizar a autonomia de pessoas idosas, com alterações da mobilidade devido a fratura do fémur, promovendo uma articulação de cuidados entre hospital e comunidade que favoreça a continuidade dos cuidados de reabilitação.

Este processo de aprendizagem tem, assim, como objetivos:

- Desenvolver competências específicas na área da reabilitação junto de pessoas idosas, com alterações da mobilidade devido a fratura do fémur.
- Promover a articulação dos cuidados de enfermagem de reabilitação, a pessoas idosas com alterações da mobilidade devido a fratura do fémur, entre o contexto hospitalar e o contexto comunitário.

Selecionei locais de ensino clínico, com reconhecida idoneidade, que permitissem as experiências necessárias ao desenvolvimento transversal de todas as competências específicas do EEER, e que simultaneamente reunissem as componentes essenciais para atingir os objetivos delineados no meu projeto (Apêndice I). Para tal realizei algumas visitas de estudo e entrevistas a diferentes contextos da prática, por forma a contemplar o exercício clínico especializado em enfermagem de reabilitação junto dos utentes com alterações das funções cardio-respiratória; músculo-esquelética e neurológica (Apêndice II).

Para o desenvolvimento das atividades preconizadas para este percurso de aprendizagem foi necessária a mobilização de alguns recursos. Como recursos humanos referencio as equipas interprofissionais, com ênfase para os enfermeiros EEER (orientador), utentes e familiares/cuidador, o professor orientador (ESEL), a motivação, o interesse pela aprendizagem, o empenho e dedicação pessoal; como recursos materiais enumero os locais de ensino clinico, as bases de dados, os apontamentos das unidades curriculares, livros e revistas de consulta didática, instrumentos de avaliação, processos clínicos, um poster alusivo ao tema, os diários de aprendizagem, reflexões, planos de cuidados e estudo de caso. A calendarização das atividades orientou a sua operacionalização e foi efetuada através de cronograma (Apêndice III).

Esta fase do percurso de aprendizagem iniciou-se em contexto hospitalar, num serviço de ortopedia de um hospital de Lisboa; uma unidade diferenciada nesta área de

cuidados especializados de reabilitação <sup>2</sup> com elevadas apetências para a formação de EEER.

O ensino clínico direcionado para o desenvolvimento de competências de EEER junto de pessoas com alterações das funções cardio-respiratória, decorreu numa unidade de pneumologia, após reunir algumas competências que contribuiriam para integrar uma visão global da necessidade de cuidados especializados que estes utentes requerem.

O último ensino foi desenvolvido na comunidade, numa ECCL, quando já ampliara o leque de conhecimentos e capacidades permitindo-me desenvolver uma atitude de maior flexibilidade e adaptação a contextos de cuidados mais diversificados e complexos, abrangendo a pessoa inserida no seu meio ambiente, de acordo com Collière (2003, p.348) “é indispensável fazer uma leitura do que aprendemos da história de vida da pessoa, em relação com a natureza das suas diminuições funcionais causadas pela idade e/ou pela doença, tendo em conta o ambiente social e o habitat”

Neste capítulo efetuei uma descrição e análise fundamentada das atividades realizadas para desenvolver as competências específicas do EEER e atingir os objetivos delineados no meu projeto, considerando que a intervenção do EEER é uma intervenção global à pessoa na sua individualidade e não uma atuação direcionada exclusivamente a uma situação de doença; prefaciando Teixeira (1994, p. 12) “o objecto da reabilitação não é o “doente” ou o “deficiente”, mas sim a pessoa que tem o direito de viver uma existência completa, amando, trabalhando e estando com os outros (...) a reabilitação toma por objecto a pessoa”.

#### **4.1. Em Contexto Hospitalar**

O desenvolvimento das competências específicas do EEER constitui um percurso complexo, “podemos agir, isto é iniciar um novo caminho, interrogando-nos, por vezes simplesmente sobre a pertinência do nosso comportamento, das nossas intenções, mas conscientes dos desafios da evolução escolhida” (HESBEEN, 2010, p.47). O ensino clínico junto dos utentes com alterações das funções músculo-esquelética e neurológica num serviço de ortopedia foi o primeiro contacto real com esta atividade, onde o EEER, de acordo com o preconizado e expresso pela OE (2010, p. 3) “avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades (J1.1.) ”

---

<sup>2</sup> Cinco EEER a desenvolver dezasseis horas, diárias, de cuidados de ER.

e “concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade (J1.2.)” (OE, 2010, p.4).

A avaliação e monitorização das limitações/défices da pessoa orientam as intervenções do EEER, para isso desenvolvi uma visão abrangente do contexto vivencial da pessoa e família/cuidador, envolvendo um trabalho de colheita de dados, de pesquisa e treino de utilização sobre instrumentos de avaliação científicos, universais e validados para a população portuguesa. São ferramentas fundamentais para permitir que as decisões em saúde assentem em estudos e na evidência científica, possibilitando uma avaliação mensurável, criteriosa e uniforme para todos os profissionais de saúde. Sequeira (2010, p. 42) salienta que:

“a utilização de instrumentos de medida é fundamental para um diagnóstico rigoroso. Contudo, salienta-se que a utilização de escalas/índices não substitui a realização de uma entrevista para recolher dados mais subjectivos e mais específicos de cada caso, por vezes fundamentais para o planeamento das intervenções e para a continuidade dos cuidados prestados”.

O conjunto dessas avaliações permitiu-me identificar os problemas e alterações, e traçar um plano de cuidados estabelecendo prioridades, monitorizando e avaliando os progressos no processo de saúde. O registo destas avaliações deve ser agrupado e partilhado entre os profissionais de saúde da equipa multidisciplinar a fim de contribuir para a “clarificação” da necessidade de cuidados a proporcionar à pessoa e família/cuidador; “ a clarificação permite compreender o que as informações nos dizem, com vista a identificar os problemas colocados pela doença ou deficiência, delimitar a sua natureza bem como os factores que os podem influenciar favorável ou desfavoravelmente” (COLLIÈRE 1989, p.299).

Planear o programa de reabilitação, conciliando os resultados da avaliação, com as necessidades efetivas e esperadas pela pessoa, atendendo à sua individualidade, exigia “mudar a sua visão dos factos, ajustá-la para tentar ver melhor, ou analisar melhor, tendo em vista agir adequadamente perante as situações humanas que se lhe apresentem” (HESBEEN, 2010, p. 35), para tal recorri a alguns recursos, como a elaboração de um estudo de caso em que descrevi a problemática da pessoa com fratura do fémur, identifiquei as alterações da mobilidade e o papel da família e necessidade de continuidade de cuidados, como fundamentais para a reabilitação; permitiu-me refletir uma situação específica da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação,

integrando os conhecimentos sobre os processos fisiopatológicos e suas consequências funcionais na situação específica, assim como os fatores ambientais e familiares que influenciam a tomada de decisão e respetivo planeamento da ação (Apêndice IV).

Integrar de forma progressiva e gradual as equipas de saúde dos diferentes campos de ensino clínico, assumiu uma enorme importância no desenvolvimento de atividades. No início de cada ensino clínico efetuei a apresentação do projeto de aprendizagem ao enfermeiro orientador, ao chefe de serviço e professor orientador da ESEL (Apêndice V); esta atividade, não tendo sido inicialmente planeada, foi realizada por necessidade de contextualizar, no campo de estágio, a finalidade do projeto e identificar as competências possíveis de serem desenvolvidas no contexto, ao mesmo tempo que implicava os diversos intervenientes no processo. Revelou-se uma atividade facilitadora dos processos de integração, contribuindo para delinear/centrar o percurso de aprendizagem, fomentando as relações interpessoais com a equipa recetora. Segundo Honoré (2002, p. 100) “convém (...) que a formação não limite os seus objectivos à transmissão de conhecimentos e à aprendizagem de técnicas, mas desperte o pensamento da acção e provoque um olhar crítico sobre as práticas”. A consulta de documentos do serviço (manuais, protocolos, instrumentos de registos...), a participação nos momentos de passagem de turno, a observação das rotinas diárias e colaboração nos cuidados, também contribuiu positivamente para a integração.

A implementação das “intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da eliminação e da sexualidade (J1.3.)” (OE, 2010, p.4), requereu um forte investimento e treino para executar as intervenções de ER de forma segura, tecnicamente correta e em consonância com o plano de cuidados. São técnicas altamente específicas que necessitam de tempo/oportunidades para treinar a sua correta execução. A persistência e continuidade da sua execução colmatarão este défice, sendo a experiência na prática diária um forte campo de aprendizagem. Existiram, no entanto, oportunidades para experienciar técnicas de intervenção de enfermagem de reabilitação inovadoras, com recurso a técnicas de terapia complementar como o Reiki.

Esta terapia é utilizada, num serviço de ortopedia, inserido num projeto hospitalar de controlo da dor, com o devido consentimento informado do utente, direccionado para o alívio da dor nos utentes, sendo que os resultados desta intervenção demonstraram redução da dor traduzida por valores entre 0 e 1, na escala numérica de avaliação da dor,

cultivando um ambiente de confiança entre o utente e o enfermeiro que desenvolvia esta terapia.

O ambiente de confiança estabelecido entre os intervenientes no processo de reabilitação é fundamental para o sucesso da recuperação, Chainça, Rebelo, e Almeida, (2009, p. 195) salientam que

“é de extrema importância que quem cuida do idoso tenha consciência de que é fundamental obter, desde o início, a confiança do doente de modo a que este colabore nos cuidados que lhe são prestados (...) todo o ambiente que rodeia o idoso deve pautar-se por atitudes optimistas e estimulantes fase à sua recuperação”.

A confiança pode ser estabelecida demonstrando

“ao nosso cliente que temos para com ele boa vontade e competência para que possa confiar em nós, no nosso cuidar. E como mostrar-lhe que temos para com ele boa vontade? Tornando-a evidente para ele, mostrando empenhamento para com os bens que valoriza, mostrando vontade de concretizar o seu bem: identificando-se e interessando-se por aquilo que, a cada momento, é importante, inquietante, faz sofrer ou desconforta o cliente” (OLIVEIRA e LOPES, 2010, p. 70).

De acordo com estes autores a confiança tem efeito terapêutico na medida em que o utente sabe que pode contar com a ajuda do enfermeiro, mesmo que não presente fisicamente.

No contexto hospitalar, o atual alargamento do horário de visitas em consonância com a flexibilidade de trabalho do EEER, permite uma interação que favorece o programa de reabilitação. Os cuidados de reabilitação quando desenvolvidos diariamente entre as 8 e as 23h permitem um nível de regularidade, continuidade e intensidade promotor da reabilitação do utente idoso com alterações da mobilidade resultantes de fratura do fémur. Um estudo de Host et al (2007) concluiu que existe uma forte correlação entre a intensidade de exercício e o ganho de força muscular, melhorando a função física. Também Cunha (2008), refere que os cuidados de reabilitação no pós-operatório dos utentes com fratura do fémur, em específico as mobilizações passivas e ativas e o levante, são fundamentais para uma rápida recuperação funcional e para a prevenção de complicações, estimulando ao máximo a colaboração do utente, promovendo a sua autonomia.

Neste campo de estágio foi perceptível a valorização dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação uma vez que existem cinco EEER no exercício clínico. A transmissão de informação específica era um imperativo na opinião dos enfermeiros ER,

existia um padrão de documentação intitulado plano de reabilitação, que era utilizado para “compilar” o planeamento das intervenções de reabilitação, que atendia às características da unidade, permitia uma organização global das intervenções de ER e respeitava a individualidade de cada utente. Facilitava ainda a continuidade de cuidados e otimizava a gestão de recursos na prestação de cuidados (Anexo I).

A partilha de experiências entre diferentes contextos de cuidados apela à análise e reflexão, permitindo conceber estratégias e ações que podem melhorar a prática diária dos cuidados em contexto profissional. Tendo em conta os ganhos obtidos com a utilização deste instrumento de trabalho, equaciono a possibilidade de implementar no serviço onde exerço funções, um documento similar adaptado às necessidades da equipa e às características do serviço.

Na perspetiva de Chainça, Rebelo e Almeida (2009), a reabilitação destes utentes deve direcionar-se para a maximização da sua autonomia de acordo com o grau de mobilidade que a pessoa apresentava anteriormente, do seu potencial de recuperação, do tratamento efetuado e da estabilização alcançada. O programa de reabilitação tem de ser adequado à condição da pessoa idosa, contemplando as alterações fisiológicas inerentes a este facto, como a presença de patologias e a diminuição das reservas fisiológicas. Thomas et al, (2008), debruçaram-se sobre este assunto e referem que a conjugação de uma terapia de nutrição e exercício em utentes idosos após fratura proximal do fémur pode orientar o desenvolvimento de programas de reabilitação mais eficazes, reduzindo os custos de saúde e promovendo melhorias na mobilidade, independência e qualidade de vida para os portadores de fratura do fémur. A opção por intervenções de curta duração com maior frequência, alternado com períodos de repouso, recorrendo à utilização de linguagem simples com repetição e síntese das informações, pode facilitar a interiorização do conhecimento, sendo de extrema importância a validação dos ensinamentos e treinos realizados (Chainça, Rebelo e Almeida, 2009). A informação, esclarecimento de dúvidas e uma postura de disponibilidade por parte do EEER, também favorecem a adesão à recuperação, permitindo à pessoa perspetivar o futuro. Hoeman (2000) refere que muitas dificuldades de reabilitação consistem na falta de conhecimento dos doentes, desconhecimento dos diferentes procedimentos, dos auxiliares de marcha, da provável evolução da situação, etc..

Hoeman (2000, p.99) a propósito da avaliação dos resultados refere que

“se “alguma coisa” não puder ser medida, não pode ser controlada. Os padrões providenciam os factores a medir, em termos gerais. Os indicadores dos padrões têm de ser mensuráveis, ou então não se poderá afirmar que um dado caso está melhor, pior ou igual àquilo que se esperava”.

O EEER segundo a OE, (2010, p.4) “avalia os resultados das intervenções implementadas (J1.4.)”, monitorizando a implementação e o resultado dos programas de reabilitação para avaliar ganhos em saúde. Esta avaliação permite alterar/reformular os diagnósticos e reajustar o plano de intervenção de ER de acordo com as necessidades e projeto de vida da pessoa. Esta avaliação possibilita também, o desenvolvimento de intervenções ao nível da melhoria da qualidade dos cuidados, segundo Hoeman (2000, p.101-109)

“na reabilitação os indivíduos inseridos na equipa têm que aceitar o tema qualidade (...) é imperativo (...) que os enfermeiros de reabilitação se concentrem constantemente em fazer mais com menos custos. (...) há necessidade de um trabalho profundo na identificação e monitorização dos resultados dos cuidados de enfermagem de reabilitação”.

O EEER “elabora e implementa programa de treino de AVD’s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade da vida (J2.1.)” (OE, 2010, p4) e deve nas suas intervenções adotar uma atitude de reconhecimento da singularidade da pessoa, valorizando e defendendo os seus direitos, assumindo o dever de “salvaguardar os direitos da pessoa com deficiência e colaborar activamente na sua reinserção social” (art.º 81.º, C.D., 2009), demonstrando uma postura ética nas suas tomadas de decisão.

A incapacidade funcional ameaça a dignidade humana. A pessoa que recebe cuidados tem o direito à tomada de decisão sobre os cuidados que lhe são prestados. Não raras são as situações em que parece haver algum desfasamento entre a necessidade teórica de realizar determinadas ações e os cuidados desenvolvidos na prática, no entanto importa interligar vários elementos da situação da pessoa e agir com sabedoria e profissionalismo de acordo com o desejo expresso, inserindo o processo de cuidados de reabilitação no projeto de vida da pessoa, Hesbeen (2010, p. 79) salienta que “os procedimentos desejáveis são aqueles que fazem sentido para a vida da pessoa” em consonância com a sua autonomia, que éticamente significa que as pessoas têm o direito de tomar decisões baseadas nos seus próprios valores e sentires (WADENSTEN E AHLSTRÖM, 2009). A intervenção do EEER traduz-se, muitas vezes, como o renascer da

esperança para viver de forma mais satisfatória e digna, sendo esta uma demanda essencial para o sucesso da reabilitação. Um estudo exploratório realizado na Noruega por Lohne e Severinsson (2005), sobre o poder da esperança, concluiu que as experiências de esperança foram importantes para todos os participantes, fornecendo energia e poder para o processo de luta. Assim sendo, a esperança é necessária para o progresso e desenvolvimento pessoal pelo que as intervenções de enfermagem devem englobar estratégias emocionais e motivacionais para promover a força de vontade e crescimento pessoal, através de experiências de aprendizagem.

Na minha reflexão sobre a prática constatei que um dos receios frequentemente enumerado, pela pessoa idosa após uma fratura do fémur, é o medo de não voltar a andar. A valorização de pequenos progressos com recurso a incentivos positivos, como por exemplo enaltecer o primeiro levante, pode ser uma estratégia promotora desta esperança melhorando a adesão e investimento pessoal do utente no seu programa de reabilitação.

Na preparação do regresso a casa importa analisar a situação da pessoa individualmente, de forma abrangente, efetuando um plano de alta criterioso. O EEER “promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social (J2.2)” (O.E., 2010, p. 4) tendo em conta o enquadramento da problemática da pessoa/família no contexto de vida, mobilizando e interligando conhecimentos sobre a situação da pessoa e os aspetos legislativos, normativos e recursos da comunidade, numa perspetiva de integração e inclusão social promovendo a qualidade de vida. Após uma fratura de fémur e aquando do regresso ao domicílio a pessoa poder-se-á deparar com barreiras arquitetónicas e outros obstáculos que anteriormente não constituíam problema algum. Segundo o Instituto Nacional para a Reabilitação (2010, p.14) o art.º 9º sobre acessibilidade enuncia que

“para permitir às pessoas com deficiência viverem de modo independente e participarem plenamente em todos os aspetos da vida, os Estados Partes tomam as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso, em condições de igualdade com os demais”.

Ao longo deste percurso de aquisição de competências, dei especial relevo a esta atividade, identificando: alterações que determinem limitações da atividade e incapacidades; práticas de risco, em especial relacionadas com o risco de quedas; acessibilidade e barreiras (físicas e sociais); recursos da comunidade de caráter social e cultural; disponibilidade/competência da família/cuidador; ajudas técnicas e dispositivos

de compensação disponíveis, porque a capacitação da pessoa para o retorno à sua máxima autonomia é “procurar o que vai poder voltar a fazer, progressivamente” (COLLIÈRE, 1989, p. 319) e simultaneamente acompanhar a pessoa e família/cuidador no desenvolvimento de mestria<sup>3</sup>.

Um estudo exploratório realizado em 1999 por enfermeiros numa unidade de ortotraumatologia de Coimbra, refere que

“são muitas as dificuldades que os familiares cuidadores sentem ao cuidar do seu familiar, relacionando-se estas essencialmente com a falta de conhecimentos para ajudar o doente na mobilização (72,22%), quer a nível dos posicionamentos, quer da transferência para a cadeira, nos cuidados de higiene (13,90%) e eliminação (13,88%)” ( AUGUSTO et al, 2005, p.25).

Como já referido o envolvimento da família e/ou cuidador é crucial no processo de reabilitação, é necessário que estejam assegurados os cuidados de manutenção da vida (Collière, 1989) conferindo estabilidade e segurança ao utente para então desenvolver cuidados de reabilitação que visam “ajudar a pessoa - e por vezes os seus próximos - a criar novas normas que lhe serão proveitosas e que lhe servirão de pontos de referência para fazer o “seu caminho”, para descobrir comportamentos adequados à sua existência” (HESBEEN, 2010, p. 23), inserindo-se num contínuo de procura do bem-estar e qualidade de vida.

Para maximizar a autonomia de pessoas idosas, com alterações da mobilidade devido a fratura do fémur, em contexto hospitalar, o papel do EEER na preparação do regresso a casa é fundamental. O envolvimento/parceria da família nos cuidados especializados de enfermagem foi desenvolvido quer ao nível da avaliação funcional da pessoa para realizar as AVD's, quer ao nível da identificação de fatores facilitadores e inibidores para a sua realização, no contexto individual da pessoa, tendo em conta os processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade. Houve uma atenção especial em conhecer e valorizar os conhecimentos e competências do utente e família/cuidador para promover um programa de reabilitação inserido no projeto de vida da pessoa que permitisse ganhos reais, “o envolvimento do familiar/pessoa significativa no processo cuidativo durante o período de internamento torna-se fundamental para a continuidade de uma recuperação eficiente após a alta hospitalar” (PARENTE et al, 2009, p. 129). A presença e participação do cuidador nas atividades de reabilitação durante o

---

<sup>3</sup> Desenvolvimento de habilidades e comportamentos de mestre na gestão da nova situação.

internamento contribuiu para preparar o regresso a casa de forma efetiva; segundo Petronilho (2007, p. 51)

“os ganhos em saúde da pessoa dependente, como a promoção do bem estar e auto cuidado, a readaptação a uma nova condição de saúde e a prevenção de complicações, são obtidos, fundamentalmente, através do desempenho eficaz de uma pessoa intermediária, (...) prestador de cuidados”.

A continuidade dos cuidados de reabilitação aquando do regresso à comunidade requer uma interligação das equipas pluridisciplinares, em tempo útil, permitindo conhecer toda a rede de apoio institucional, avaliar os recursos existentes e disponíveis e acionar os mecanismos de apoio e intervenção necessários. O enfermeiro no seu exercício assume o dever de “contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (art.º 89.º, C.D., 2009); durante o internamento do utente foram desenvolvidas um conjunto de ações promotoras desta continuidade contemplando a interligação com os recursos da comunidade, como a RNCC, as instituições de parceria e o centro de saúde da área residencial.

A EGA é a equipa hospitalar que referencia os utentes para a RNCCI de acordo com o diagnóstico da situação de dependência efetuado pela equipa multidisciplinar. Esta referenciação deve ter, primariamente em conta as necessidades e desejos da pessoa e família/cuidador, “quando se referencia um utente para unidade ou equipa prestadora é importante atender à sua proximidade com a da área do domicílio do utente, bem como a sua preferência” (UMCCI, 2011, p.17). É fundamental que o EEER da unidade de internamento incorpore a equipa multidisciplinar que efetua a avaliação de cuidados necessária à referenciação do utente afim de englobar os diagnósticos de reabilitação. Os utentes que podem ser admitidos nas unidades e equipas prestadoras da RNCCI são:

“pessoas em situação de dependência, com incapacidade para desenvolver as atividades instrumentais e básicas da vida diária (...) pessoas com necessidade de continuidade de tratamentos (...) necessidade de ensino de procedimentos aos cuidadores, de modo a garantir a continuidade de cuidados no domicílio” (UMCCI, 2011, p.17-18).

As unidades da RNCCI que respondem à necessidade de continuidade de cuidados de reabilitação das pessoas com alterações da mobilidade por fratura do fémur são essencialmente as unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, e as ECCI na comunidade, porque integram cuidados de natureza reabilitadora.

Existe uma forte preocupação em desenvolver a continuidade de cuidados utilizando diversos meios de referência, (cartas de transferência, contactos telefónicos, via internet), no entanto fica a percepção de que a continuidade dos cuidados de reabilitação pode não ser percebida como uma parte integrante dos cuidados globais não sendo assumida como verdadeira prioridade, o que pode colocar em risco o potencial de recuperação da pessoa, “adquirir independência para a mobilidade depende da velocidade com que os músculos não utilizados voltam a adquirir tonicidade através do exercício” (CUNHA, 2008, p. 8), em especial na pessoa idosa com fratura do fémur, que segundo Chainça, Rebelo, e Almeida (2009) devido às alterações na mobilidade que causa, provoca um elevado grau de dependência. Promover a mobilidade da pessoa promove também o regular funcionamento de todos os sistemas e órgãos, prevenindo complicações.

Na promoção da continuidade de cuidados a pessoas idosas, com alterações da mobilidade devido a fratura do fémur, importa também considerar a articulação com outras redes de apoio da comunidade, além dos centros de saúde e RNCC, como famílias de acolhimento, lares e casas de repouso, centros de dia e todas as instituições que acolhem e cuidam destes utentes, mesmo que temporariamente; o que se pretende é a promoção da autonomia rumo à qualidade de vida. Assim, o EEER aquando do internamento da pessoa deve reunir informação sobre a instituição cuidadora e delinear estratégias que facilitem a articulação de cuidados de reabilitação, evitando a sua descontinuidade ou ausência.

Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da, é uma competência do EEER que visa o desenvolvimento de atividades que permitam maximizar as capacidades da pessoa, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal, rumo à promoção da autonomia do utente.

No contexto de cuidados junto de pessoas com alterações das funções cardio-respiratória, deparei-me com pessoas em reinternamentos, fruto de problemas de saúde crónicos agudizados. Constatei que possuem conhecimentos sobre o seu problema requerendo um acompanhamento e otimização do seu programa de reeducação funcional respiratória com continuidade após alta hospitalar, Hoeman (2000, p. 393) refere que “a equipa de reabilitação desempenha um papel vital na melhoria da qualidade de vida dos utentes, ensinando-os a gerir os seus problemas respiratórios”. O EEER, de acordo com as competências preconizadas pela OE (2010, p.5) “concebe e implementa programas de

treino motor e cardio-respiratório (J3.1.) ” e ”avalia e reformula programas de treino motor e cardio respiratório em função dos resultados esperados (J3.2.) ”. O utente com alterações da função cardio-respiratória requer “uma abordagem individualizada, baseada na situação atual de vida (...) as enfermeiras necessitam desta informação para identificar as suas necessidades e das respectivas famílias, em termos de cuidados, aprendizagem e apoio emocional” (HOEMAN, 2000, p. 401).

Maximizar a capacidade funcional do utente requer o desenvolvimento de um conjunto de técnicas que promovam a adesão e gestão do regime terapêutico do utente e família/cuidador. A avaliação inicial é fundamental para definir e planear os cuidados de ER, na situação particular dos utentes com necessidade de ventilação não invasiva, requerem cuidados, que conforme refere Hoeman (2000, p. 428) “são física e emocionalmente extenuantes para a família”, pelo que na preparação para a alta destes utentes, segundo a mesma autora, é essencial “o desenvolvimento de opções para repouso dos doentes ventilados e suas famílias”.

Nesta unidade de pneumologia está implementado um programa “Cuidar em Proximidade”, cujo objetivo é capacitar o utente/família para a gestão do regime terapêutico; através de uma articulação hospital/cuidados de saúde primários. Neste protocolo de atuação é efetuada uma referenciação do utente ao centro de saúde através de um contacto com o enfermeiro da comunidade, posteriormente é realizada uma visita domiciliária com os enfermeiros da unidade e da comunidade, fomentando a partilha de informação e promovendo uma relação de proximidade entre os intervenientes. A participação neste programa possibilitou-me o acompanhamento de utentes no regresso a casa, ajustando o programa de reabilitação e participando na articulação de cuidados, com ganhos visíveis para o utente e família, como a redução de reinternamentos e maior autonomia na realização de AVD’s.

A existência de programas/protocolos de atuação entre os diferentes contextos da prática clínica mostram-se facilitadores da continuidade de cuidados, promovendo a sua qualidade, a autonomia do utente e contribuindo para melhorar a qualidade de vida dos seus utilizadores. De salientar que os benefícios desta uniformização de procedimentos são extensíveis aos profissionais, às instituições e em última análise ao próprio sistema de saúde e sociedade, “ uma equipa de profissionais (...) torna-se coesa através de uma meta e propósitos comuns; o resultado é uma equipa harmoniosamente funcional que por

sua vez, é também uma equipa equilibrada em termos da relação custo-eficácia” (HOEMAN, 2000, p. 88).

A elaboração de registos dos cuidados de enfermagem de reabilitação com rigor científico e técnico que dêem visibilidade à intervenção do EEER e assegurem a continuidade dos cuidados é fundamental (Anexo II).

Esta experiência de continuidade de cuidados contribuiu para alargar os meus conhecimentos nesta área de atuação, promovendo uma atitude de respeito e valorização pelo desempenho de outros profissionais, desenvolvendo um espírito de cooperação e trabalho em equipa, que favorece a implementação deste projeto.

Os ensinamentos clínicos desenvolvidos em contexto hospitalar permitiram-me, formular diagnósticos de ER e elaborar planos de intervenção de ER personalizados, integrados no plano de cuidados de enfermagem global à pessoa e família/cuidador. Constitui uma experiência para compreender o papel “harmonizador e dinamizador” que o EEER pode desenvolver no seio de uma equipa multidisciplinar e os ganhos que daí advêm para utentes e profissionais. A orientação de EEER experientes, demonstrando interesse e aptidão para a formação de pares, foi fundamental, contribuindo para executar as intervenções de ER de forma segura e tecnicamente corretas. Facilitou a utilização de linguagem e suportes documentais apropriados e permitiu identificar as necessidades de cuidados especializados de reabilitação, com relevo para a continuidade de cuidados a idosos com fratura do fémur de acordo com as potencialidades individuais, percecionando como é efetuada a articulação com o contexto comunitário.

## **4.2. Em Contexto Comunitário**

O desempenho do EEER assume especial relevância no contexto comunitário, o ciclo de vida da pessoa desenrola-se inserido numa comunidade. É no contacto direto com o contexto de vida que as dificuldades de reintegração são consciencializadas. A intervenção do EEER deve, segundo Hoeman (2000, p. 129) contemplar a ” avaliação das necessidades dos utentes na comunidade (...) os serviços e recursos necessários para cada pessoa variam muito e podem sofrer o impacto de múltiplos factores”.

A pessoa idosa com alterações da mobilidade devido a fratura do fémur necessita de uma atuação de ER que promova a reintegração no seu ambiente de forma segura, contemplando a continuidade de cuidados. A preparação do regresso a casa emerge

assim como uma intervenção prioritária para responder a esta necessidade, sendo a articulação de cuidados entre a unidade de internamento e a comunidade, uma ação essencial para a satisfazer.

Na prática diária dos cuidados assistimos a uma política de cuidados de saúde que preconiza a redução da demora média dos internamentos hospitalares, não contemplando a reabilitação total da pessoa. Constatamos também, que a decisão da alta hospitalar está centrada, quase em exclusivo, na decisão médica e não na equipa interdisciplinar. Guerreiro (2012, p.1), sobre esta temática refere que o “conceito de alta ainda é um conceito muito médico que se impõe logo que é resolvido o episódio agudo”, defendendo, que o doente que não tem uma rede social de apoio ou cuidados familiares deve ser antecipadamente referenciado para o reabilitar, potenciar a recuperação e motivar a sua reinserção na vida do dia-a-dia. Neste sentido o EEER, inserido na equipa interdisciplinar tem um papel importante no planeamento da alta, desenvolvendo um conjunto de atividades que assegurem a transferência adequada e em tempo útil da pessoa para a comunidade, incluindo nessas atividades uma referenciação personalizada e profissionalizada, que pressupõe uma interação entre profissionais de saúde, fomentando a continuidade de cuidados de reabilitação. Menoita (2012, p. 27) refere que “a intervenção de Enfermagem de Reabilitação poderá assim desenvolver-se junto de diversos sistemas em interação, designadamente da pessoa, a sua rede de suporte social, os serviços e as instituições capazes de contribuir para a sua Reabilitação e seu bem-estar”.

Torna-se assim premente que esta articulação seja desenvolvida atempadamente, de forma eficaz, com a finalidade de promover a autonomia da pessoa.

A rede de cuidados de saúde primários na comunidade assume um lugar privilegiado neste campo de atuação devido à proximidade que a génese dos seus cuidados preconiza. No atual contexto de reestruturação do sistema nacional de saúde, os cuidados de saúde primários têm vindo a ampliar a sua área de atuação na comunidade. A RNCCI surgiu como mais uma resposta às necessidades de saúde integrando as ECCI, que atuam englobadas e sob a responsabilidade dos CSP, com a missão de “promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (art.º 3º, Decreto-Lei 101/2006, p. 3857). De acordo com Petronilho (2007) a integração das pessoas em situação de dependência no seu ambiente socio familiar é reconhecida como fator fundamental para a promoção do seu bem-estar e da própria família. A promoção da

autonomia da pessoa com alterações da mobilidade devido a fratura do fémur, tem como ambiente de eleição o contexto domiciliário.

O Instituto Nacional para a Reabilitação (artº. 26, 2010, p.24), na convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência, preconiza que os programas de reabilitação

“tenham início o mais cedo possível e se baseiem numa avaliação multidisciplinar das necessidades e potencialidades de cada individuo (...) apoiem a participação e inclusão na comunidade (...) e sejam disponibilizados às pessoas com deficiência tão próximo quanto possível das suas comunidades, incluindo as zonas rurais”.

Um estudo de Zidén, Frändin e Kreuter (2008), que compara a reabilitação em casa de utentes com fratura da anca, com a reabilitação convencional em instituição, concluiu que: A reabilitação em casa aumenta a confiança e independência na realização das AVD's e melhora o equilíbrio, quando comparada com a reabilitação convencional em instituições.

O programa de reabilitação, quando desenvolvido no domicílio, permite uma melhor adaptação do ambiente. Raramente a estrutura física do domicílio está preparada para as situações de alteração da mobilidade, acrescentando o facto da pessoa idosa ao longo da vida angariar um conjunto de objetos/mobiliário no seu lar, que associados a hábitos de vida e alterações comuns do envelhecimento constituem fatores, que nesta situação de saúde, não favorecem o retorno à independência de uma forma segura. Muniz et al (2007, p.34) afirmam que “com a idade o controle de equilíbrio altera-se, causando instabilidade na marcha, o que associado à interação de vários fatores ambientais e do próprio individuo, pode resultar em queda”.

A intervenção do EEER no domicílio permite efetuar uma avaliação real das barreiras arquitetónicas, e em conjunto com a pessoa e família/cuidador, encontrar a melhor opção para promover o retorno à independência proporcionado um ambiente seguro, contribuindo para a prevenção de quedas, e novos reinternamentos. A DGS (2003, p.28) adverte que “a prevenção de novas fracturas deverá ser uma prioridade para todos os profissionais que acompanham estes doentes”.

Dado que a AVD mobilizar-se interfere com a realização de todas as outras AVD's, verifica-se que estas pessoas têm diminuição da independência na sua realização. O papel do EEER no que concerne a “capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (O.E., 2010, p. 4), passa por implementar um programa de treino de AVD's que promova a

adaptação às limitações da mobilidade, promovendo a autonomia e acessibilidade no contexto domiciliário utilizando, quando necessário, produtos de apoio adaptados às necessidades e potencialidades da pessoa. O programa de reeducação funcional motora, para estas pessoas, deve centrar-se na atividade motora que, segundo a CIPE (2005) é um foco da prática de enfermagem, cuja avaliação compreende os fenómenos que se relacionam, principalmente, com o movimento corporal, a mobilidade e a atividade psicomotora. Na opinião de Chainça, Rebelo, e Almeida (2009) promover a mobilidade implica melhorar as capacidades motoras, aumentar o potencial de reabilitação, promover o regular funcionamento do organismo e prevenir complicações inerentes à imobilidade, como a rigidez articular e a atrofia muscular. Assim, preconiza-se o ensino, instrução e treino sobre a realização de exercícios isométricos e isotónicos, com especial incidência no trabalho dos quadricípedes e glúteos para facilitar o retorno à deambulação. A mobilização ativa deve ser contemplada de acordo com as restrições terapêuticas exigidas. A tonificação dos músculos dos membros superiores deve também ser incluída neste programa para facilitar a utilização de dispositivos auxiliares de marcha.

No decorrer deste ensino clínico, dei especial enfoque às principais dificuldades das pessoas idosas e família cuidadora no processo de transição para uma nova situação de vida, em específico às necessidades de cuidados da pessoa idosa que sofre uma fratura do fémur, aquando do regresso a casa.

A transição para uma nova condição de saúde insere-se no desenvolvimento do ciclo de vida da pessoa. Transição para Meleis (2000), implica uma mudança de vida, de saúde, de relacionamentos, ou ambientes; no entanto nem toda a mudança implica transição. A autora enuncia que mudanças na saúde e doença das pessoas criam processos de transição, tornando-as mais vulneráveis a riscos que podem afetar a sua saúde e o seu bem-estar, enumerando como exemplos: diagnósticos de doença, procedimentos cirúrgicos, reabilitação e recuperação, família cuidadora, envelhecimento, entre outros. A mesma fonte refere que “os enfermeiros são frequentemente os cuidadores primários dos clientes e suas famílias submetidos à transição. Eles assistem às mudanças e demandas que as transições trazem à vida diária dos clientes e suas famílias” (MELEIS, 2000, p. 13). A transição requer que a pessoa incorpore novos conhecimentos, altere comportamentos e desenvolva adaptações que podem envolver a redefinição do próprio self. O enfermeiro deve compreender o processo de transição da pessoa e família/cuidador, e implementar intervenções de ajuda efetiva, para proporcionar

estabilidade e sensação de bem-estar, preparando-os para as transições e facilitando o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com sua situação de saúde/doença.

Na abordagem à pessoa em contexto comunitário tive oportunidade de desenvolver cuidados de reabilitação integrada numa ECCI, onde a intervenção do EEER se insere numa equipa multidisciplinar, na qual é elaborado e discutido um plano individualizado de intervenção à pessoa/família/cuidador, em reuniões multidisciplinares semanais, onde se conjugam e otimizam saberes e esforços de vários profissionais de saúde (enfermeiros, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e psicóloga) centrado nas necessidades de autocuidado do utente/família/cuidador, resultantes da incapacidade, doença ou deficiência, e organizado numa perspetiva holística. Este plano é orientado para o desempenho de funções no âmbito da reeducação funcional, nas seguintes áreas: respiratória (reeducação funcional respiratória); motora (reeducação funcional motora); alimentação; eliminação; sexual e comunicação.

Os registos da atuação dos profissionais envolvidos no processo de reabilitação da pessoa são efetuados no sistema informático da RNCCI, no entanto a equipa de enfermagem de reabilitação tem um registo próprio efetuado em papel (Anexo III), contendo informação sobre a avaliação, planeamento e evolução clínica do utente. Tavares (2008, p. 63) refere que “o contexto actual de saúde, repartido por diferentes níveis de cuidados, torna muitas vezes a informação difusa e dispersa, levando à perda de informação fundamental para um cuidado continuado de qualidade”.

O contacto com estes registos fez-me refletir sobre a necessidade de implementar no serviço onde exerço funções, um registo dos cuidados de enfermagem de reabilitação, que permita manter a continuidade dos cuidados durante o internamento e aquando da articulação com a comunidade, contribuindo também para a qualidade e visibilidade dos cuidados prestados. Atualmente estou a desenvolver, com o grupo de EEER do serviço, um guia orientador para elaboração de registos de ER inserido no programa SAPE (sistema de apoio à prática de enfermagem), que irá entrar em vigor na instituição até final do ano de 2012. Durante este ensino recolhi, junto dos EEER, informação útil para elaborar este documento como estratégia para a articulação de cuidados especializados de ER entre a unidade de internamento e a comunidade.

Conhecer a realidade deste centro de saúde no que reporta à área de reabilitação, permitiu desenvolver relações de proximidade, que agilizam a comunicação e o

relacionamento entre os profissionais de saúde, perspetivando estratégias que podem facilitar a articulação hospital/comunidade na continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Conhecer a realidade dos diferentes contextos de cuidados, compreendendo os recursos e limitações das instituições e fomentando as relações interpessoais entre os EEER, através do contacto direto, pode também ser, uma estratégia facilitadora da articulação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, conduzindo a uma implementação deste projeto de forma mais efetiva, real e consistente.

A circulação de informação entre os diferentes contextos da prestação de cuidados, requer a utilização de uma linguagem comum aos profissionais, suficientemente firmada em saberes e competências, credíveis aos olhos de todos os profissionais, mantendo-se fiel à dimensão humana, à individualidade e sensibilidade dos cuidados de reabilitação e que permita a continuidade de cuidados, através de um canal de comunicação eficaz e eficiente (HESBEEN, p.125, 2010). Reconhecer a importância da informação para a continuidade de cuidados é segundo Tavares (2008, p. 166)

“reconhecer também a importância da comunicação entre os diferentes intervenientes no processo de reabilitação do cliente, assumindo que todos detêm informação pertinente e preciosa sobre a forma como os cuidados deverão ser garantidos, na interligação entre os diferentes níveis da prestação de cuidados”.

Também Petronilho (2007) refere que para haver sucesso na transição dos doentes do hospital para o domicílio, há que instituir uma informação bem estruturada e com qualidade entre as equipas de saúde envolvidas, e entre estas e a família, promovendo assim a continuidade de cuidados.

O canal de comunicação deve favorecer este intercâmbio de informação e estar adaptado às características dos contextos de cuidados, o que só será possível havendo partilha e conhecimento mútuo das realidades dos diferentes contextos de cuidados.

Uma das preocupações manifestadas pelas pessoas idosas com mobilidade reduzida devido a fratura do fémur, prende-se com o facto de percecionarem que a sua situação de dependência incorre num acréscimo de trabalho para os familiares/ cuidador, tornando-se um “peso”. Hesbeen, (2010, p. 54) explica que a missão da reabilitação, incide também sobre

“trabalhar para que as pessoas e populações atingidas por determinada deficiência ou incapacidade, se tornem o mais independentes possível perante as situações que encontram

ou que irão encontrar no quotidiano, evitando que o peso da existência, devido às suas particularidades, se torne demasiado difícil de suportar”.

O regresso a casa de uma pessoa com um grau de dependência superior ao anterior ao incidente, é um fator que causa alterações na dinâmica familiar. Quando um elemento da família sofre um problema de saúde, todos os membros são afetados, segundo Sarmiento, Pinto, e Monteiro, (2010, p. 46) “qualquer pessoa que viva em família é reciprocamente influenciada pelo comportamento dos outros”. A família como parceira de cuidados, requer um aporte de conhecimentos e uma adequada preparação para desempenhar o papel de cuidadora e, como alvo de cuidados, necessita de suporte e apoio para se manter saudável.

O atendimento das necessidades dos familiares ao nível da dificuldade de execução de cuidados à pessoa com dependência, tem que ter em atenção o apoio disponibilizado pelos profissionais, no sentido de gerir a sobrecarga que uma situação de dependência pode acarretar. Sarmiento, Pinto, e Monteiro (2010) referem que cuidar de uma pessoa dependente pode ser um trabalho árduo fisicamente e emocionalmente, requerendo alguma disponibilidade de tempo e energia, em função do grau de dependência da pessoa. Se a sobrecarga e as responsabilidades forem apenas dos cuidadores, sem apoio domiciliário de profissionais, os primeiros deparam-se com dificuldades. Um estudo de Lin et al (2006) afirma que as tarefas mais difíceis para o cuidador estão relacionadas com a satisfação das necessidades relativas aos autocuidados e com a gestão de problemas emocionais. As famílias cuidadoras vêm assim acrescidos os seus problemas e preocupações, logo o suporte fornecido deve abranger não só a pessoa, mas toda a família, segundo Petronilho (2007, p. 33)

“importa (...) tentar compreender de que forma é que a família e, particularmente, o seu membro cuidador desenvolve estratégias de coping face à situação de crise que decorre da doença, súbita ou prolongada de um dos seus elementos”.

Atendendo a que a família cuidadora constitui um elemento fundamental no processo de recuperação, prepará-la para esta função dotando-a de conhecimentos de acordo com as suas potencialidades, através de ensino, informação e treino, promove a continuidade e a qualidade de cuidados minimizando a sobrecarga da família/cuidador. Paralelamente a existência de um apoio profissional permitirá manter a coesão familiar, favorecendo o desenvolvimento de estratégias de adaptação.

No ensino clínico em contexto comunitário, tive oportunidade de vivenciar situações em que o papel do EEER assumiu especial relevância ao nível da intervenção familiar. Foram identificadas duas situações de stress do prestador, uma relacionada com a falta de opções para assumir a prestação de cuidados numa situação de cuidados paliativos, marcada por um acentuado isolamento social (Apêndice VI) e, outra aliada à presença de doença crónica (esclerose amiotrófica) no adulto jovem, em que os principais cuidadores alimentavam expectativas de recuperação não concretizáveis. Ambas as situações, com a devida individualidade, refletiam situações de stress do prestador de cuidados relacionados por um lado com as exigências de cuidados que os utentes requeriam (stressores primários) e por outro lado associadas às perturbações causadas pelos conflitos na vida pessoal, familiar e profissional dos cuidadores (stressores secundários) (PETRONILHO, 2007).

O resultado de um trabalho de investigação realizado por Fernandes (2009), na área da sobrecarga do cuidador no domicílio, concluiu que o apoio prestado aos doentes pelo família/cuidador na maioria das situações é superior a dezasseis horas por dia, estando esses cuidadores votados ao isolamento social, ansiedade e a situações de sobrecarga que inevitavelmente tem repercussões na sua qualidade de vida e consequentemente na qualidade dos cuidados prestados.

O EEER é muitas vezes o primeiro elemento da equipa a detetar alterações ao nível do comportamento familiar; possuir conhecimentos sobre a área do desenvolvimento, avaliação e intervenção familiar, permite traçar um plano de cuidados de reabilitação global, direcionado à pessoa/família/cuidador e adaptado à dinâmica familiar, contemplando também a necessidade de uma intervenção multidisciplinar específica à família/cuidador.

A intervenção do EEER na comunidade favorece a contextualização da situação de saúde, facilitando o conhecimento de todo o percurso de vida, estabelecendo relações de proximidade, apelando ao respeito pela pessoa. Como refere Watson (2002, p. 65) “cuidar requer elevada consideração e reverência pela pessoa e vida humana, valores não paternalistas que estão relacionados com a autonomia humana e liberdade de escolha”. Mancussi (2006) defende que os momentos iniciais do processo são os mais difíceis de enfrentar, quer para o binómio paciente-família, quer para os profissionais, é quando nos deparamos com as incapacidades resultantes da doença, é uma fase de adaptações, onde podem emergir reações emocionais diante das alterações físicas e/ou mentais, “o

processo de reabilitação é longo e envolve componentes atitudinais, psicossócio-espirituais, económicos e políticos” (MANCUSSI, 2006, p. 129).

Na comunidade há uma grande partilha de sentimentos e valores, o EEER “invade” por assim dizer, o que de mais singular o utente possui: o seu lar, a sua família, a sua intimidade; simultaneamente a pessoa expõe a vida e o seu corpo como alvo de cuidados. Renaud (2010) aborda esta temática referindo-se a um encontro, em que cada pessoa sai de si própria para ir ao encontro do outro. Na perspetiva da autora, a abertura do utente ao outro (enfermeiro) é espontaneamente interessada, porque está na expectativa de ser assumido na sua fraqueza e debilidade, mas quem o assume é também uma pessoa com os seus problemas, físicos, psicológicos, familiares ou profissionais. Quem irá então dar o primeiro passo para proporcionar as condições de um verdadeiro encontro? É aqui que se apresenta em toda a sua dimensão ética o cuidado de enfermagem, é do enfermeiro que se espera o primeiro passo de aproximação, no sentido ético da palavra,

“mesmo sem saber, o doente espera do cuidado de enfermagem um acompanhamento não apenas técnico, mas ético. E é esta dimensão ética que constitui em grande parte a essência desta forma de cuidado. (...) determinadas profissões incorporam de modo privilegiado a atitude ética do encontro. Tal parece ser a profissão ligada ao cuidado de enfermagem” (RENAUD, 2010, p. 4-5).

Na prática clínica em contexto comunitário tive a possibilidade de reencontrar utentes que foram alvo de cuidados no serviço onde exerço funções, numa fase aguda do seu problema de saúde. Este contacto permitiu-me perceber como e quais as intervenções desenvolvidas para promover a continuidade dos cuidados (Apêndice VII). Constatei que os procedimentos realizados direccionaram-se essencialmente à família/cuidador, incidindo especialmente nos cuidados de manutenção da vida (Collière,1989), não sendo contemplada uma articulação de cuidados de reabilitação com a comunidade. Tendo em conta que se tratou de uma constatação, fruto da avaliação de seis situações, e da perceção exclusiva dos enfermeiros deste contexto comunitário, contactei com EEER de outros dois centros de saúde da área, no sentido de averiguar como é desenvolvida a continuidade de cuidados de reabilitação a pessoas idosas que sofreram fratura do fémur. Verifiquei que quando essa articulação é efetuada realiza-se através do envio de uma carta de alta, no entanto a carta de alta hospitalar não foca especificamente a necessidade de intervenção na área da reabilitação. Pontualmente efetuaram-se alguns contactos telefónicos entre os EEER.

Na prática diária, assisto a situações em que um utente que à data da alta realizava marcha com auxiliares e regressa à consulta pós alta referindo que se manteve permanentemente no leito; algo neste processo de cuidados esteve menos bem. A continuidade de cuidados de recuperação não foi assegurada e as repercussões podem ser graves; as consequências da imobilidade são profundas, em especial nestes utentes. Esta “descontinuidade” pode causar dependência e quebra de autonomia, por vezes irrecuperável. Hoeman (2000, p.284) refere que “educar o utente e família sobre as razões de qualquer método de melhorar a mobilidade aumenta a probabilidade de seguimento, manutenção de um máximo de independência, (...) prevenção de mais incapacidades e complicações”.

Estes dados, acentuaram a necessidade de sensibilizar a equipa multidisciplinar em contexto hospitalar, para a importância de promover a continuidade de cuidados de reabilitação. Para tal realizei um poster (Apêndice VII), que apresentei no serviço e, simultaneamente, tenho desenvolvido ações junto da equipa que visam o meu reconhecimento como EEER; consciente que este percurso requer o desenvolvimento de intervenções específicas de reabilitação, no contexto da prática clínica, que dêem visibilidade à enfermagem de reabilitação, demonstrando os respetivos ganhos em saúde,

“a prestação de cuidados competentes revela, assim, da prática clínica e procede da sensibilidade que o profissional incute à sua acção perante situações de vida particulares que, por seu lado, acontecem em ambientes sociais e profissionais igualmente particulares” (HESBEEN, 2010, p. 125).

Esta atitude insere-se, também no processo de desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, onde é preconizado, ao nível do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que o enfermeiro especialista desenvolva o autoconhecimento e a assertividade demonstrando

”em situação, a capacidade de auto-conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Relewa a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (O.E., 2010, p.9).

É uma postura que vai ao encontro do domínio da melhoria da qualidade, na medida em que o enfermeiro especialista “*colabora na concepção e concretização de projectos institucionais na área da qualidade e efectua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional*” (O.E., 2010, p.6), estando, ainda em consonância

com o domínio da gestão de cuidados, em que o enfermeiro especialista “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (O.E., 2010, p. 7).

Ao longo deste ensino clínico procurei, direccionar a minha atuação para a área temática, no entanto tive oportunidade de desenvolver competências de EEER a pessoas inseridas no seu domicílio, com alterações da funcionalidade devido a vários problemas de saúde, como cuidados de reabilitação à criança em situação crónica e aguda, ao jovem adulto com alterações de saúde devido a lesões degenerativas e/ou traumáticas, ao utente idoso em situações paliativas, traumatológicas, degenerativas e neurológicas; permitindo-me ampliar os conhecimentos e procedimentos específicos que fazem parte dos diferentes contextos da prática clínica.

O ensino clínico desenvolvido em contexto comunitário contribuiu para cimentar e aperfeiçoar os conhecimentos e técnicas desenvolvidas anteriormente. Neste contexto de cuidados emerge a necessidade da continuidade de cuidados de reabilitação com vista à promoção da autonomia da pessoa. O leque de experiências é vasto e apela à mobilização alargada de conhecimentos, promovendo o desenvolvimento das competências de EEER, contribuindo simultaneamente para o engrandecimento pessoal. Permitiu o contacto direto com os recursos da comunidade, identificando barreiras arquitetónicas e orientando a sua eliminação ou readaptação de acordo com o contexto de vida da pessoa. A convivência com os elementos desta equipa possibilitou-me desenhar estratégias para promover a articulação hospital/comunidade no que concerne aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exercício da prática clínica da especialização em enfermagem de reabilitação requer um corpo de conhecimentos que permita desenvolver e mobilizar em contexto de trabalho competências de EEER, apelando a uma mudança de atitudes; não são aprendizagens lineares, apelam à capacidade de articulação de saberes. Este percurso de formação permitiu a aquisição de competências técnicas, científicas e relacionais especializadas na área de ER. Contribuiu para o desenvolvimento pessoal, apelando às capacidades de análise, reflexão e sistematização. Crescer interiormente e ver com outro olhar a pessoa com necessidades especiais, favoreceu também, o desenvolvimento das competências de EEER.

O EEER desenvolve uma prática profissional, e a sua intervenção “permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (O.E., 2010, p. 2). É uma atuação pautada por uma visão holística, acompanhando a pessoa no seu caminho de acordo com o seu projeto de vida, respeitando a sua individualidade e o valor da vida humana, proporcionando assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.

O grande desafio centrou-se na aquisição de competências específicas de EEER, com a orientação de peritos na área e um forte investimento no desenvolvimento pessoal, convicta de que a visibilidade dos cuidados de ER está nos ganhos de autonomia e bem-estar dos utentes e suas famílias. No entanto ao longo dos ensinamentos teóricos e clínicos fui desenvolvendo estratégias de intervenção para implementar este projeto no contexto da minha prática diária. O meu desempenho como enfermeira direciona-se para que os pares reconheçam nas minhas intervenções competências de EEER. Neste sentido tenho adotado uma atitude de pro-atividade, demonstrando uma postura formativa e de assertividade para com a equipa, trabalhando em clima de cooperação.

Ficou patente que a articulação entre o contexto hospitalar e comunitário carece de otimização, traduzindo-se por algumas dificuldades na continuidade dos cuidados por profissionais e cuidadores.

Este não é um projeto solitário, é um projeto inserido numa equipa multidisciplinar e, como tal, tem de ser uma necessidade, um desejo sentido pela equipa; a ação de sensibilizar os intervenientes para a importância de **maximizar a autonomia de pessoas idosas, com alterações da mobilidade devido a fratura do fémur, promovendo uma**

**articulação de cuidados entre hospital e comunidade que favoreça a continuidade dos cuidados de reabilitação**, não é uma missão simples; requer uma intervenção geradora de mudança, com construção de uma reflexão sobre a temática, que conduza a uma interiorização pessoal e coletiva das vantagens desta atuação. A elaboração e exposição no serviço de um poster alusivo à temática, suscitou o interesse da equipa e alertou para a sua relevância, conduzindo a discussões informais sobre o problema.

Como estratégia para promover a articulação de cuidados especializados de ER entre a unidade de internamento e a comunidade, estou a desenvolver, com o grupo de EEER do serviço, um guia orientador para elaboração de registos de ER inserido no programa SAPE, tendo em conta as necessidades que detetei durante o ensino clínico na comunidade. Este documento deve conter informação sobre o programa de reabilitação iniciado no internamento, o potencial do utente, os resultados da avaliação de enfermagem efetuada no internamento, incluindo a avaliação familiar/cuidador e do ambiente, e outros dados considerados relevantes para a continuidade de cuidados de reabilitação.

Em contexto de trabalho tenho divulgado a missão e funcionamento da RNCCI e das várias unidades que a compõem, dando ênfase à ECCL, considerando que é o enfermeiro do serviço, que em parceria com a EGA, referencia o utente à RNCCI. É essencial que todos os enfermeiros da instituição sejam conhecedores da dinâmica de cuidados destas unidades, estando prevista uma ação de formação conjunta com a EGA para dar a conhecer os cuidados de que dispõe a rede.

O conhecimento real do contexto comunitário revelou ser de extrema importância para o planeamento das ações promotoras da continuidade de cuidados especializados de reabilitação, possibilitou-me avaliar os recursos humanos e materiais da comunidade abrangida geograficamente pelo hospital e expor o projeto, auscultando as opiniões e necessidades dos EEER da comunidade, com a finalidade de elaborar um protocolo de articulação.

Dar a conhecer o projeto à equipa multidisciplinar, através de uma reunião formal com o envolvimento do enfermeiro da EGA, dos EEER da comunidade, das ECCL e da RNCCI proporcionando uma partilha de experiências, pode vir a ser uma ação que fomente as relações interpessoais entre as equipas.

O contacto real entre o contexto de internamento e o comunitário, também favorecerá o desenvolvimento de canais de comunicação; a proposta passa por realizar um intercâmbio (estágio de observação) entre estes contextos de cuidados.

As fraturas do fémur, como referimos, constituem um problema de saúde da pessoa idosa, uma vez que o envelhecimento e a esperança de vida da nossa população aumentam a cada dia e com ela a necessidade de proporcionar qualidade de vida às pessoas idosas. Cabe ao EEER ajudar estas pessoas a recuperar a independência e autonomia possível, maximizando a sua funcionalidade e desenvolvendo as suas capacidades, para viverem com o máximo de qualidade de vida de acordo com o seu projeto.

Torna-se cada vez mais importante dotarmo-nos de conhecimentos e competências que nos permitam ir ao encontro do que os utentes necessitam. Devemos acompanhar este evoluir das necessidades de cuidados da nossa população investindo na utilização e produção de conhecimento nesta área através da investigação. A investigação poderá comprovar cientificamente resultados das intervenções de enfermagem, contribuindo para encontrar melhores estratégias para cuidar destes utentes e famílias, aumentando ou construindo novos saberes nesta área. Também a compilação/construção de dados e indicadores relacionados com as intervenções e resultados da ER na promoção da autonomia das pessoas idosas com alterações da mobilidade devido a fratura do fémur, assume grande relevância para a orientação das intervenções, contribuindo para a visibilidade da profissão e manutenção da excelência do cuidar.

A ação da reabilitação passa também pelo poder de empreendedorismo dos EEER, nos diferentes níveis de atuação, com ênfase para a intervenção na comunidade, incluindo a promoção da saúde.

A continuidade de cuidados torna-se efetiva, quando o EEER consegue no contexto de vida da pessoa, responder às suas necessidades. A articulação de cuidados especializados de ER entre o contexto hospitalar e o contexto comunitário fomenta a continuidade dos cuidados, indo de encontro à essência do cuidar, permitindo acompanhar a pessoa e família/cuidador no seu projeto de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, S. e. (2010). *Lições de Vida, Como transformar as dificuldades em oportunidades*. Alfragide: Livros d' Hoje Publicações Dom Quixote.
- Alves, S. (2004). *Epidemiological Descriptive Study of Osteoporosis in Portugal, using Geographical Information System*. Universidade do Porto: (dissertação de mestrado) Mestrado de Engenharia Biomédica.
- Augusto, B., & al, (2005). *Cuidados continuados família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar*. (M. S. Vitais, Ed.) Coimbra: Formasau.
- Bellelli, G., Frisoni, G. B., Turco, R., & Trabucchi, M. (20 de Maio de 2008). *Depressive symptoms combined with dementia affect 12-months survival in elderly patients after rehabilitation post-hip fracture surgery*. (l. j. 2008, & 2. 1073–1077., Edits.) Obtido em 25 de Maio de 2011, de wiley interscience: [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Branco, J. C. (2009). *Orgão oficial da sociedade portuguesa de reumatologia - acta reumatol port; 2009;34:475-485*. Obtido em 20 de Março de 2012, de <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/41/3/Acta%20Reumatol%20>
- Branco, T., & Santos, R. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau.
- C.D. (16 de 9 de 2009). *Código deontológico do enfermeiro. Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro*. Lisboa.
- Chainça, L., Rebelo, O., & Almeida, T. (2009). *Enfermagem em Ortopneumatologia*. Coimbra: Formasau.
- CIF. (2003). *Classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde*. CIF Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- CIPE. (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 1. Lisboa: ORDEM DOS ENFERMEIROS.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar ... A primeira arte da vida*. Lisboa: Lusociência.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Damaia: Printipo – Indústrias gráficas.
- Correia, C., Teixeira, R. e Marques, S. (Junho de 2005). A família do doente dependente. *Servir*, 53, 3: pp.126-131.
- Cunha, E. L. (2008). *Enfermagem em ortopedia*. Lousã: Lidel.
- D' Espiney, L. (Dezembro de 2004). *Implementação do Processo de Bolonha a nível nacional Grupos por Área de Conhecimento: Enfermagem*. Obtido em 06 de 07 de 2011, de [http://www.fap.pt/file/fapbolonharelnacionais/Bolonha\\_Enfermagem.pdf](http://www.fap.pt/file/fapbolonharelnacionais/Bolonha_Enfermagem.pdf)

Decreto-lei nº101/2006. D.R I Série.109 (06/06/2006), p.3856-3865

DGEEP, D. G. (2006). *Estudo de avaliação da qualidade e segurança das respostas sociais na área da reabilitação e integração das pessoas com deficiência*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.

DGS. (2003). *Fracturas da extremidade proximal do fémur no idoso – recomendações para intervenção terapêutica*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

DGS. (4 de 1 de 2008). *Circular informativa: Orientação Técnica para a utilização da absorsiometria radiológica de dupla energia (DEXA)*. (N. 12/DSCS/DPCD/DSQC, Ed.)

Obtido em 31 de Março de 2012, de DGS:

<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009644.pdf>

ESEL (2011). *Guia Orientador para elaboração de trabalhos escritos, bibliografias e citações*. Centro de documentação da ESEL. Lisboa.

Fernandes, J. d. (2009). *Cuidar no domicílio - A sobrecarga do cuidador*. Obtido em 12 de Março de 2012, de Repositório Aberto: <http://repositorio.ul.pt>

Givens, J. S. (2008). *Functional recovery after hip fracture: the combined effects of depressive symptoms, cognitilrium*. (5. 1.-1). Journal Of The American Geriatrics Society, Ed.). Obtido de EBSCOhost: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&NA=18422945&lang=pt-br&site=ehost-live>.

Gouveia, B. (30 de 04 de 2011). *Fracturas da Extremidade proximal do Fémur Recomendações para intervenção terapêutico*. Obtido em 22 de 07 de 2011, de <http://fisiobrasaoqouveia.blogspot.com/>.

Guerreiro, I. (4 de Março de 2012). <http://noticias.pt.msn.com/saude/perto-de-700-utentes-aguardavam-entrada-na-rede-de-cuidados-continuados-em-dezembro>. Obtido em 10 de Abril de 2012.

Hesbeen, W. (2010). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Camarate: Lusociência.

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

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

Host, H. S.-M. (2007). *Training-induced strength and functional adaptations after hip fracture*. *Physical Therapy*. (2.-3. 87(3), Ed.)

INE. (2011). *Censos*. (I. N. Estatística, Ed.) Obtido em 14 de 02 de 2012, de Instituto Nacional de Estatística: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_main](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main)

Instituto Nacional para a Reabilitação. (Abril de 2010). *Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência*. 2ª. Lisboa: Instituto Nacional para a Reabilitação.

Jesus, C., Silva, C. e Andrade, F. (Março de 2005). *Alta clínica e continuidade de cuidados no domicílio*. *Sinais vitais*, nº59, pp. 25-28.

Jonsen, A. M. (1999). *Ética Clínica*. Alfragide: McGraw-Hill de Portugal, Lda.

Lin, P., Hung, S., Liao, M., Sheen, S., & Jong, S. (2006). *Care needs and level of care difficulty related to hip fractures in geriatric populations during the post-discharge transition period*. *The Journal Of Nursing Research: JNR*, 14(4), 251-260.

Lohne, V., & Severinsson, E. (Abril de 21 de 2005). *The power of hope: patients' experiences of hope a year after acute*. (B. P. Ltd, Ed.) Obtido em 16 de fevereiro de 2012, de Ebsco: [vibeke.lohne@su.hio.no](mailto:vibeke.lohne@su.hio.no)

Lopes, M. J. (2000). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio Moral: Alguns dados e implicações*. Tese de Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa.

Louro, M. C. (Dezembro de 2009). *Cuidados continuados no domicílio*. Obtido em 10 de Março de 2012, de Repositório Aberto: <http://repositorio.ul.pt>

Mancussi, A. C. (2006). *Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando os saberes*. *Rev Esc Enferm USP*, pp. 128-133.

Meleis, A., (2000). *Experiencing Transitions: Na Emerging Middle-Range Theory*. *Adv Nurs Sci*, 23, pp. 12-28.

Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Loures: Lusociência.

Ministério da saúde. (2008). *Ministério da Saúde*. Obtido em 24 de 07 de 2011, de Portal da saúde: [www.min-saude.pt/portal](http://www.min-saude.pt/portal)

Moraga, M. (2005). *Marie-Françoise Collière el arte de cuidar la vida*. *Rev. ROL Enf. Semblanza*, 28, pp. Págs. 26-28.

Muniz, C. F., Arnaut, A. C., Yoshida, M., & Trelha, C. S. (Junho de 2007). Caracterização dos idosos com fratura de femur proximal. *Revista Espaço para a Saúde*, 8, nº2, pp. 33-38.

Nogueira, J. d. (2009). *Cuidados Continuados Desafios*. Lisboa: UMCCI.

Nunes, L. (2006). *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem*. Obtido em 24 de 7 de 2011, de II Congresso Ordem dos Enfermeiros: [http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta\\_files/Autonomia&Responsabilidade-II Congresso OE pdf](http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/Autonomia&Responsabilidade-II%20Congresso%20OE.pdf).

- O.E. (Setembro de 2002). Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- O.E. (29 de Maio de 2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. 29/05/2010. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- O.E. (Novembro de 2010). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Oliveira, C. S., & Lopes, M. J. (1º Semestre de 2010). *Construir Laços de Confiança e Promover o Conforto*. *Pensar Enfermagem*, 14.
- Parente, C., & al, (2009). *Enfermagem em Ortopneumatologia*. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Fomasau-Formação e Saúde, Lda.
- Perry, P. (2006). *Fundamentos de Enfermagem – conceitos e procedimentos* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Preto, L., Mendes, E., Novo, A., Prior A. (2011). *Prevenção de fracturas da extremidade proximal do fémur em idosos. Eficácia dos protectores da anca*. (U. S. Contemporânea, Ed.) IV, pp. 10-21.
- Pryor, J. (Spring de 2005). *Nursing's role in rehabilitation: A review of the research literature*. *Jarna*, Vol.8, pp. 8-13.
- Queiroz, M. V. (1998). *Osteoporose*. Lisboa: Lidel.
- Renaud, I. C. (2010). *O cuidado em enfermagem*. *Pensar Enfermagem Vol. 14 N.º 1 1º Semestre de 2010*, 14 (Nº1).
- Roper, N., & al, e. (1995). *O Modelo de enfermagem* (3ª edição ed.). Alfragide: McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- Roper, N., & al, e. (2001). *O Modelo de enfermagem Roper- Logan - Tierny*. Lisboa: Climepsi.
- Sarmiento, E., Pinto, P., & Monteiro, S. (2010). *Dificuldades sentidas pelos familiares em cuidar do idoso dependente no domicílio mecanismos de adaptação* (1ª ed.). Coimbra: Fomasau-Formação e Saúde, Lda.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Serra, L. M. (2001). *Fracturas e ortopedia*. Lisboa: Lidel.

Tavares, H. (2008). *Articulação dos cuidados de enfermagem entre hospital e centro de saúde no âmbito dos cuidados continuados*. Obtido em 14 de Abril de 2012, de Repositório aberto da universidade do Porto: <http://repositorio-aberto.up.pt/>

Teixeira, J. A. (Agosto - Novembro de 1994). *Reabilitação: um Encontro cujo Horizonte é a Existência*. Integrar, Nº5.

UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (Agosto de 2011). *Manual do prestador - Recomendações para a melhoria contínua*. 1ª. Lisboa.

Wadensten, B., & Ahlström, G. (2009). *The struggle for dignity by people with severe functional disabilities*. Obtido em 4 de Abril de 2012, de (4), Nursing Ethics 2009 16: <http://www.sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav>

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Thomas, S., Humphreys, K., Miller, M., Cameron, I., Whitehead, C., Kurrle, S., & Crotty, M. (2008). Individual *nutrition therapy and exercise regime: a controlled trial of injured, vulnerable elderly* (INTERACTIVE trial). *BMC Geriatrics*, 84. Retrieved from EBSCOhost

Zidén, L., Frändin, K., & Kreuter, M. (2008). *Home rehabilitation after hip fracture. A randomized controlled study on balance confidence, physical function and everyday activities*. *Clinical Rehabilitation*, 22(12), 1019-1033. Retrieved from EBSCOhost.

Zidén, L., Wenestam, C., & Hansson-Scherman, M. (2008). *A life-breaking event: early experiences of the consequences of a hip fracture for elderly people*. *Clinical Rehabilitation*, 22(9), 801-811. Retrieved from EBSCOhost.

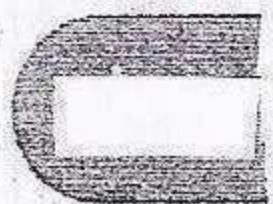
Zidén, L., Kreuter, M., & Frändin, K. (2010). *Long-term effects of home rehabilitation after hip fracture - 1-year follow-up of functioning, balance confidence, and health-related quality of life in elderly people*. *Disability And Rehabilitation*, 32(1), 18-32. Retrieved from EBSCOhost.

## **ANEXOS**

**Anexo I - Padrão de documentação – Plano de reabilitação**



**Anexo II** - Padrão de documentação das intervenções  
do EEER, numa Unidade de Pneumologia



# ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

## Pneumologia

<b>Identificação:</b>	Pessoa de Referência: _____	Contacto: _____
	Unidade de Saúde da Área de Residência: _____	Contacto: _____
	Data de Internamento: ___/___/___	
	Data de Alta: : ___/___/___	

**História Actual:** (Diagnostico, Antecedentes Pessoais, Exames complementares de diagnóstico)

Fumador:  Não  passivo  activo  ex-fumador \_\_\_\_\_ UMA (nº cigarros/dia/20Xn.º anos) Exposição ocupacional:  Não  Sim

**Medicação habitual:** OLD:  Não  Sim \_\_\_\_\_ h/dia Débito: \_\_\_ l/m VNI:  Não  Sim \_\_\_\_\_ h/dia Débito O2: \_\_\_ l/m

---



---

**Estado de Consciência:**  Consciente  Obnubilado  Estupor  Coma

**Estado Cognitivo:** Orientação: Tempo \_\_\_ Espaço \_\_\_ Memória : Longo Prazo  mantida  alterada

Curto Prazo  mantida  alterada

Compreensão  mantida  alterada Comunicação: \_\_\_\_\_

**Ventilação:** (Entrada/ Alta)

Inspeção	Palpação	Percussão	Auscultação	Radiologia
Simetria: ___/___ Cor: (mucosas/pele): _____/_____ Deformidades: ___/___ Esforço insp./exp.: ___/___ Amplitude: ___/___	Posição da traqueia: ___ Expansão torácica: Simetria Frémito táctil: Normal <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Enfisema _____	Ressonância Hiperressonância Timpanismo Macicez Ausência	MV: _____ BV: _____ B: _____ Adventícios: _____ Fervores _____ Roncos _____ Sibilos _____ Atrito pleural _____	Pulmão normal <input type="checkbox"/> Brocograma aéreo <input type="checkbox"/> Hipertransparência <input type="checkbox"/> Hipotransparência <input type="checkbox"/>

FR: \_\_\_/\_\_\_ Amplitude: \_\_\_/\_\_\_ Ritmo: Irreg. /Reg.

Padrão: Toracica /Abdominal  Mista /Paradoxal  Aporte de O2: \_\_\_ l/min Tipo: \_\_\_\_\_

Tosse: Eficaz /Não eficaz  Dispneia: Escala de Borg \_\_\_\_\_

Expectoração: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

GSA: PH \_\_\_/\_\_\_ PCO2 \_\_\_/\_\_\_ PO2 \_\_\_/\_\_\_ HCO3- \_\_\_/\_\_\_ SATO2 \_\_\_/\_\_\_ GLU \_\_\_/\_\_\_

TA: \_\_\_/\_\_\_ mmhg \_\_\_/\_\_\_ mmhg FC/pulso: \_\_\_/\_\_\_ p/min T. Timp: \_\_\_/\_\_\_ °C

Dor (Escala numérica, 0-10), Grau: \_\_\_/\_\_\_

**QUEIXAS DE SAÚDE**

Visão  Diminuída \_\_\_\_\_ Audição  Diminuída \_\_\_\_\_

Gastro-intestinais  Obstipação  Outras \_\_\_\_\_ Músculo-esquel. \_\_\_\_\_

Pele  Intgra  Com lesões \_\_\_\_\_ Risco UPP (Escala Braden) \_\_\_\_\_

Outras queixas \_\_\_\_\_

<b>Exame Físico</b> (outros dados: Edemas, sinais de desidratação)  Pele: Corada <input type="checkbox"/> Cianosada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Outra _____	Força (escala de Lower) Espasticidade (E de Ashworth)	<table border="1"> <tr> <td>MS</td> <td>MI</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		MS	MI			<table border="1"> <tr> <td>MS</td> <td>MI</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		MS	MI																											
		MS	MI																																			
MS	MI																																					
Equilíbrio Coordenação Sensibilidade térmica Sensibilidade táctil Sensibilidade postural Sensibilidade dolorosa	<table border="1"> <tr> <td>Boa</td> <td>Razoável</td> <td>Não tem</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Boa	Razoável	Não tem																<table border="1"> <tr> <td>Boa</td> <td>Razoável</td> <td>Não tem</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Boa	Razoável	Não tem															
		Boa	Razoável	Não tem																																		
Boa	Razoável	Não tem																																				

Autonomia Física:

Condições habitacionais:  escadas  elevador  Wc  água canalizada  luz eléctrica  sist. aquecimentoApoio Social:  Centro de dia  Apoio Domiciliário  Outro \_\_\_\_\_  Cuidador informal

Data Início	Diagnósticos de Enfermagem	Data Fim
	- Respiração Comprometida	
	- Limpeza das Vias Aéreas Ineficaz	
	- Mobilidade comprometida	
	- Autocuidado (Banho; Higiene Pessoal; Vestir/ Despir, Comer/ Beber, Utilização do sanitário) comprometido	
	- Autocuidado: Gestao do regime terapêutico comprometido	

Data Início	Intervenções de Enfermagem (Sublinhar o que interessa)	Data Fim
	- Executar: Posição de Descanso e Relaxamento	
	- Treinar: Correção Postural	
	- Assistir: na consciencialização da respiração/ Controlo e Dissociação dos Tempos Respiratórios	
	- Assistir/ Treinar: Técnicas Respiratórias: Reeducação diafragmática <input checked="" type="checkbox"/> Global <input checked="" type="checkbox"/> Porção posterior /Porção anterior <input checked="" type="checkbox"/> Hemicupula: Direita/ Esquerda <input checked="" type="checkbox"/> Com flexão da coxo femural /ênfase na inspiração/expiração) Reeducação Costal <input checked="" type="checkbox"/> Semi dorsal /Lateral /Semi ventral <input checked="" type="checkbox"/> Costais superiores / Costais inferiores Abertura costal <input checked="" type="checkbox"/> Global/ Selectiva <input checked="" type="checkbox"/> Resistência manual <input checked="" type="checkbox"/> Inspirometro de incentivo <input checked="" type="checkbox"/> Resistência manual	
	- Assistir: Técnicas Respiratórias (Drenagem Postural Classica/ Modificada)	
	- Assistir: Manobras Acessórias (Compressões/Vibrações)	
	- Treinar: Tosse (Assistida/Dirigida / Huff)	
	- Assistir: Na Aspiração de secreções/ Hidratação/ Aerossoloterapia / Flutter	
	- Treinar: Técnicas Respiratórias (CATR)	
	- Treinar Terapêutica de Posição	
	- Assistir: Na mobilização Passiva/Activa – Assistida /Activa – Resistida dos membros superiores e inferiores	
	- Treinar: Exercícios de Ponte	
	- Treinar: Exercícios de Equilíbrio Postural Estático/ Dinâmico	
	- Treinar: Transferência/ Levante	
	- Treinar: Marcha	
	- Treinar: AVD'S	
	- Assistir: VNI	
	- Ensinar Gestão do regime terapêutico (medicamentoso/ Não Medicamentoso)	

Observações:

**AVALIAÇÃO ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Identificação (vinheta):	Data Internamento: ___/___/20__
	Data Alta: ___/___/20__
	Diagnostico:

Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino (0) <input type="checkbox"/> Masculino (1) Idade: <input type="checkbox"/> ≥80 anos (0) <input type="checkbox"/> 65 a 79 anos (1) <input type="checkbox"/> 50 a 64 anos (2) <input type="checkbox"/> 18 a 49 anos (3)		<b>BIO</b>	Score Idade ___ Score Sexo ___		
<b>ESTADO DE CONSCIÊNCIA</b> <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Obnubilado <input type="checkbox"/> Estupor <input type="checkbox"/> Coma Em que ano estamos? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) Em que mês estamos? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) Quantos são hoje (dia do mês)? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) Em que estação do ano estamos? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) Que dia da semana é hoje? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3)		Orientação no Tempo	<b>PSICO</b>	Média dos itens <input type="checkbox"/> 0-0 a 0,9 má <input type="checkbox"/> 1-1 a 1,9 insatisfatória <input type="checkbox"/> 2-2 a 2,9 satisfatória <input type="checkbox"/> 3-3 Orientado no tempo  Média dos itens <input type="checkbox"/> 0-0 a 0,9 má <input type="checkbox"/> 1-1 a 1,9 insatisfatória <input type="checkbox"/> 2-2 a 2,9 satisfatória <input type="checkbox"/> 3-3 Orientado no espaço	Score Estado Cognitivo (Média dos itens) <input type="checkbox"/> 0-0 a 0,9 mau <input type="checkbox"/> 1-1 a 1,9 insatisfatório <input type="checkbox"/> 2-2 a 2,9 satisfatório <input type="checkbox"/> 3-3 bom
Como se chama o nosso país? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) Em que distrito vive? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) Em que terra vive? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) Como se chama esta casa? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) Em que andar/serviço estamos? <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3)		Orientação no Espaço			
Estado Civil: <input type="checkbox"/> viúvo/separado/solteiro (0) <input type="checkbox"/> casado / união de facto (3) Onde vive: <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Lar <input type="checkbox"/> Outro _____ N.º de coabitantes: <input type="checkbox"/> vive só (0) <input type="checkbox"/> vive com outros(3) Cuidador(es): _____ Tempo em que está só nas 24h: <input type="checkbox"/> 8 ou mais horas (0) <input type="checkbox"/> menos de 8 horas (3) Ter com quem desabafar/ter confidente: <input type="checkbox"/> não tem confidente (0) <input type="checkbox"/> tem confidente (3)		Isolamento Social	<b>SOCIAL</b>	Média dos itens <input type="checkbox"/> 0-0 a 0,9 mto isolado <input type="checkbox"/> 1-1 a 1,9 isolado <input type="checkbox"/> 2-2 a 2,9 pouco isolado <input type="checkbox"/> 3-3 não isolado	Score Estado Social (Média dos itens) <input type="checkbox"/> 0-0 a 0,9 mau <input type="checkbox"/> 1-1 a 1,9 insatisfatório <input type="checkbox"/> 2-2 a 2,9 satisfatório <input type="checkbox"/> 3-3 bom
Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0 anos/analfabeto (0) <input type="checkbox"/> 1 a 6 anos (1) <input type="checkbox"/> 7 a 12 anos (2) <input type="checkbox"/> 13 ou + anos (3) Profissão: _____ <input type="checkbox"/> não qualificado (0) <input type="checkbox"/> qualificado(1) <input type="checkbox"/> intermédio(2) <input type="checkbox"/> especialista (3)		Habilidades Literárias			
<b>HÁBITOS</b> Actividade Física/semana (andar a pé na rua/ ginástica ou desporto/ outra actividade física): <input type="checkbox"/> 0 horas (0) <input type="checkbox"/> < 2 horas (1) <input type="checkbox"/> 2 a 4 horas (2) <input type="checkbox"/> > 4 horas (3) Nº de Refeições/dia: _____ <input type="checkbox"/> 0-2 (0) <input type="checkbox"/> > 6 (1) <input type="checkbox"/> 3 (2) <input type="checkbox"/> 4-6 (3)			<b>SOCIAL</b>	Média dos itens <input type="checkbox"/> 0-0 a 0,9 baixas <input type="checkbox"/> 1-1 a 1,9 insatisfatório <input type="checkbox"/> 2-2 a 2,9 satisfatório <input type="checkbox"/> 3-3 bom	Score Hábitos (a média dos itens) <input type="checkbox"/> 0-0 a 0,9 mau <input type="checkbox"/> 1-1 a 1,9 insatisfatório <input type="checkbox"/> 2-2 a 2,9 satisfatório <input type="checkbox"/> 3-3 bom
<b>QUEIXAS DE SAÚDE</b> Visão <input type="checkbox"/> Diminuída _____ Audição <input type="checkbox"/> Diminuída _____ Gastro-intestinais <input type="checkbox"/> Obstipação <input type="checkbox"/> Outras _____ <b>Músculo-esquel.</b> Pele <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Com lesões _____ <b>Risco UPP (escala Braden)</b> Outras queixas _____			<b>BI</b>	Score Queixas de saúde (a menor pontuação) <input type="checkbox"/> 0 - com queixas <input type="checkbox"/> 3 - sem queixas	

AUTONOMIA FÍSICA		Admissão	Alta
Lavar-se/tomar banho (entrar/sair, estar, lavar-se)			
Vestir-se/despir-se (escolher, preparar, vestir)			
Usar a sanita e/ou bacio/urinal (usar, limpar-se, roupa, despejar)	incapaz (0)		
Deitar-se/levantar-se da cama (mover-se, transferir-se, andar)	depende de 3ºs (1)		
Sentar-se/levantar-se de cadeiras (mover-se, transferir-se, andar)	meios (2)		
Controlar a urina	independente (3)		
Controlar as fezes			
Alimentar-se/comer (servir-se, preparar a comida, comer)			
Autonomia Física e meios para visão e audição			
Score Autonomia Física (a menor pontuação) 0 - incapaz; 1 - dependente; 2 - autónomo; 3-3 independente			
Tolerância ao esforço (Mets) / Prova da caminhada dos 6 minutos			

## AVALIAÇÃO ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO - Pneumologia

AUTONOMIA INSTRUMENTAL		ADMISSÃO (antes da crise)
Usar o telefone (marcar n.ºs, atender)	incapaz (0) depende de 3ºs (1) meios (2) independente (3)	
Fazer compras (todas as compras necessárias)		
Preparar refeições (planejar bem, preparar, servir-se)		
Tarefas de lida da casa (pesadas e leves, com limpeza)		
Lavar/tratar da sua roupa (grande e pequena)		
Usar transportes, onde não pode ir a pé (públicos/taxi/carro, conduzir)		
Tomar os seus medicamentos (nas doses e tempos correctos)		
Gerir o seu dinheiro (contas, cheques, idas ao banco)		
Autonomia instrumental e meios para visão e audição	meios (2) independente (3)	
<b>Score Autonomia Instrumental (a menor pontuação) 0 – incapaz; 1 – dependente; 2 – autónomo; 3-3 independente</b>		

CAPACIDADE PARA GERIR O REGIME TERAPÊUTICO					
D- Demonstra capacidade desempenho (executa bem) / ND – Não tem capacidade desempenho (executa mal) / PD – Potencial para o desenvolvimento capacidade desempenho					
Regime terapêutico	ADM	ALTA	Regime terapêutico	ADM	ALTA
Reconhecimento da dispneia (considera que a sua dispneia está relacionada com a sua doença? / como faz quando tem falta de ar?)			Oxigenoterapia		
Técnicas de conservação de energia nas AVDs			Ventiloterapia		
Exercício regular (Que exercício realiza semanalmente?)			Viagens/saída de casa		
Dieta adequada (Que cuidados tem com a sua alimentação?)			Sinais de alerta (sinais e sintomas) / intervenção nas agudizações		
Técnica de administração de terapia inalatória (Como faz?)			Técnicas de relaxamento		

ADESÃO AOS TRATAMENTOS	Score (Σ=7):	<input type="checkbox"/> Inaloterapia	Sempre (1)	Quase sempre (2)	Com frequência (3)	Por vezes (4)	Raramente (5)	Nunca (6)
		e outros medicamentos (marque na escala com um círculo)						
		<input type="checkbox"/> OLD (marque na escala com uma cruz)						
		<input type="checkbox"/> VNI (marque na escala com quadrado)						
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?								
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?								
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?								
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior? Porquê?								
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior? Porquê?								
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos? Porquê?								
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico? Qual a razão?								

PROJECTO DE VIDA (o que a pessoa deseja continuar a fazer com as suas limitações)	
---	--

### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO PROJECTO "Cuidar em Proximidade"

- ✓ Estado cognitivo satisfatório ou bom
- ✓ O doente e/ ou cuidador informal demonstra interesse e vontade de mudar hábitos;
- ✓ O doente escolhe ser acompanhado pelo programa.

**Anexo III - Padrão de documentação das intervenções do EEER, numa  
ECCI**

Nome			
Diagnóstico		Processo Nº	

**INSTRUMENTO DE REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**1. AVALIAÇÃO MOTORA**

Estado de consciência	Escala de comas de Glasgow: (Anexo I) Score ___ / ___ / ___	Escala de comas de Glasgow: (Anexo I) Score ___ / ___ / ___	Escala de comas de Glasgow: (Anexo I) Score ___ / ___ / ___
-----------------------	--	--	--

Avaliação Pupilar		/ /	/ /	/ /
OD	Forma			
	Tamanho			
	Reacção			
OE	Forma			
	Tamanho			
	Reacção			

Forma: redonda (R) disforme (D) opaca (O)      Tamanho: Normal (N) 1,5-6mm      Midríase (+) 6-8mm      Miose (-) 1-2mm  
 Reacção: reactiva (+) não reactiva (-) hiporreactiva (±)

Avaliação dos pares craneanos		/ /	/ /	/ /
I-Olfactivo (rinorraquia; anosmia)				
II-Óptico (acuidade visual ;campos visuais)				
III-Oculomotor comum (miose; elevação da pálpebra; elevação; abaixamento e adução do olho)				
IV-Patético (rotação do olho)				
VI-Motor Ocular Externo (abdução do olho)				
V- Trigemio (sensibilidade da face e mastigação)				
VII-Facial (simetria, paladar e saliva)				
VIII-Acústico (Audição e equilíbrio)				
IX-Glossofaríngeo (paladar 1/3 posterior da língua)				
X-Vago (reflexo do vômito; alterações do tom de voz/rouquidão)				
XI-Espinhal (movimentos do esternocleidomastoideu e trapézio)				
XII-Hipoglosso (movimentos da língua)				

	Avaliação da Sensibilidade							
	Membro Superior				Membro Inferior			
	Dtº		Esqº		Dtº		Esqº	
Dolorosa								
Térmica								
Táctil								
Postural								
Data								

Legenda: N - Normal / D - Diminuída / A - Ausente

	Avaliação do Equilíbrio			
	Estático		Dinâmico	
Sentado				
Em pé				
Data				

Legenda: N - Normal / D - Diminuído / A - Ausente

Avaliação da Força Muscular / Avaliação do Tónus Muscular

HEMICORPO DIREITO									
	Flexão	Extensão	Abdução	Adução	Rotação Interna	Rotação Externa	Desvio Radial/Cubital	Oponência	Inversão Eversão
Escapulo-umeral									
Cotovelo									
Antebraço									
Punho									
Dedos da mão									
Coxo-femural									
Joelho									
Tibiotársica									
Pé									
Dedos do pé									
HEMICORPO ESQUERDO									
Escapulo-umeral									
Cotovelo									
Antebraço									
Punho									
Dedos da mão									
Coxo-femural									
Joelho									
Tibiotársica									
Pé									
Dedos do pé									
<b>Data de avaliação</b>									
<b>Rúbrica do Enfermeiro Especialista de Reabilitação</b>									

Legenda:

**Avaliação da força muscular segundo a Escala de Lower**

- 0/5 - Não há contracção muscular visível/palpável, nem movimento da extremidade
- 1/5 - O músculo contrai-se, mas a extremidade não se pode mover
- 2/5 - As extremidades podem mover-se, mas não contra a gravidade
- 3/5 - Arco de movimento completo apenas contra a gravidade, não contra a resistência
- 4/5 - Arco de movimento completo contra a resistência moderada e gravidade
- 5/5 - Movimento normal contra a gravidade e resistência

Legenda:

**Avaliação da espasticidade segundo a Escala de Ashworth**

- H - Hipotonia
- Grau 0** - Tónus normal dificultado
- Grau 1** - Hipertonía leve - pequena contracção quando se move o membro
- Grau 2** - Hipertonía branda - Move-se facilmente o membro
- Grau 3** - Hipertonía moderada - movimento passivo do membro
- Grau 4** - Hipertonía intensa/severa

**Programa de Reabilitação Funcional Motora**

**Mobilizações**

Articulações	/ / /		/ / /		/ / /		/ / /		/ / /	
	Dtº	Esqº	Dtº	Esqº	Dtº	Esqº	Dtº	Esqº	Dtº	Esqº
Flexão/extensão da escapulo-umeral										
Abdução/adução da escapulo-umeral										
Rotação interna/externa da escapulo-umeral										
Flexão/extensão do cotovelo										
Rotação interna/externa do antebraço										
Desvio radial e cubital do punho										
Flexão/extensão dos dedos da mão										
Abdução/adução dos dedos da mão										
Oponência dos dedos da mão										
Flexão/extensão da coxo-femural										
Abdução/adução da coxo-femural										
Rotação interna/externa da coxo-femural										
Flexão/extensão do joelho										
Flexão/extensão da tibiotársica										
Rotação interna/externa da tibiotársica										
Inversão/eversão do pé										
Flexão/extensão do pé										
Rotação interna/externa do pé										
<b>Rúbrica do Enfermeiro Especialista de Reabilitação</b>										

Legenda: P - Passivas / A - Activas / AA - Activas Assistidas / AR - Assistidas Resistidas / AM - Auto-mobilizações

Actividades Terapêuticas  
Formação/ Informação

Data										
Rolar										
Ponte										
Carga com o cotovelo										
Carga com a mão										
Facilitação cruzada										
Auto-mobilizações com as mãos										
Treino de motricidade fina										
Levante/transferência										
Equilíbrio sentado										
"Push-up" na cadeira de rodas										
Equilíbrio em pé										
Treino de marcha										
Treino de escadas										
Treino AVD'S										
Gestão Regime Terapêutico (medicamentoso/não medicamentoso)										
Rúbrica do Enfermeiro Especialista de Reabilitação										

## 2-AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TA: \_\_\_/\_\_\_ mmHg FC-\_\_\_ bpm FR \_\_\_ bpm SpO<sub>2</sub>- \_\_\_ % Data \_\_\_ Rúb \_\_\_

TA: \_\_\_/\_\_\_ mmHg FC-\_\_\_ bpm FR \_\_\_ bpm SpO<sub>2</sub>- \_\_\_ % Data \_\_\_ Rúb \_\_\_

TA: \_\_\_/\_\_\_ mmHg FC-\_\_\_ bpm FR \_\_\_ bpm SpO<sub>2</sub>- \_\_\_ % Data \_\_\_ Rúb \_\_\_

Auscultação Pulmonar Data \_\_\_\_\_

- Murmúrio

- Mantido  
 Diminuído  
 Ausente

- Ruídos

- Roncos   
 Sibilos   
 Fervores

Auscultação Pulmonar Data \_\_\_\_\_

- Murmúrio

- Mantido  
 Diminuído  
 Ausente

- Ruídos

- Roncos   
 Sibilos   
 Fervores

Auscultação Pulmonar Data \_\_\_\_\_

- Murmúrio

- Mantido  
 Diminuído  
 Ausente

- Ruídos

- Roncos   
 Sibilos   
 Fervores

Observações

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Memorando:

- Amplitude respiratória; Dispneia (escala de Borg- ANEXO I); Uso musculatura acessória (abdominais, intercostais, supracoastais); - Deformidades torácicas (escoliose, cifose, em tonel, em quilha); Tosse (produtiva, seca, eficaz e ineficaz); Secreções (Muco purulenta, Hemoptóica, espessas, fluidas, escassas, moderadas, abundantes).

### Programa de Reabilitação Funcional Respiratória

	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Reeducação diafragmática (global, anterior, posterior, hemicúpula dta e esq)					
Reeducação costal selectiva					
Reeducação costal global					
Drenagem postural					
Drenagem postural modificada					
Manobras acessórias					
CATR					
Tosse assistida					
Tosse dirigida					
Aspiração de secreções					
Atmosfera húmida/ Hidratação/Aerossoloterapia					
<b>Rúbrica do Enfermeiro Especialista de Reabilitação</b>					

Instrumento de registo elaborado por: Isabel Capelo Costa e Susete Amaro no âmbito do 2º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação  
 Orientado por: EER Maria da Luz Rodrigues; 2011

**ESCALAS (ANEXO I)**

Escala de Coma de Glasgow		
Parâmetros	Resposta Observada	Pontuação
Abertura Ocular	Espontânea	4(O)
	Com estímulo verbal	3
	Com estímulo doloroso	2
	Nula	1
Resposta Verbal	Orientado	5(V)
	Confuso	4
	Palavras impróprias	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nula	1
Resposta Motora	Obedece a ordens	6(M)
	Localiza à dor	5
	Foge à dor	4
	Flexão anormal	3
	Responde em extensão	2
	Nula	1
PONTUAÇÃO (Score) (O+V+M) 3 a 15		

Escala Modificada de Borg	
0	Nenhuma
0,5	Muito, Muito Leve
1	Muito Leve
2	Leve
3	Moderada
4	Um pouco forte
5	Forte
6	
7	Muito Forte
8	
9	Muito, Muito Forte
10	Máxima

## **APÊNDICES**

**Apêndice I – Domínios e competências, objetivos específicos,  
atividades a desenvolver e critérios de avaliação**

Competências	Objectivos	Actividades a Desenvolver	Critérios de Avaliação
<p>Salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o auto cuidado, com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida (C.D. art. 81.º)</p> <p><b>A1.</b> Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar a relevância e magnitude do tema para a enfermagem.</li>   <li>- Aprofundar conhecimentos de enfermagem de reabilitação sobre limitações da actividade e dependência em pessoas idosas, devido a fractura do fémur e sobre o papel da família como cuidadora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa bibliográfica, leitura de artigos sobre o tema, sites da internet, associações, legislação específica e mobilização de conhecimentos adquiridos nas diferentes UC.</li> <li>- Mobilização de conhecimentos da prática diária.</li> <li>- Realização de visita de estudo ao CMR.</li> <li>- Realização de visitas e entrevistas para selecção de locais para realização de experiências/estágios clínicos no contexto de internamento e comunidade.</li> <li>- Realização de entrevistas com enfermeiros EER do hospital e comunidade, para identificar as problemáticas mais frequentes em pessoas idosas com fractura do fémur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descreve a problemática da pessoa com fractura do fémur.</li> <li>- Identifica as alterações da mobilidade, em pessoas idosas, devido a fractura do fémur.</li> <li>- Identifica o papel da família e da continuidade de cuidados, como fundamentais para a reabilitação.</li> <li>- Demonstra conhecimentos na área da legislação sobre acessibilidade e participação cívica.</li> <li>- Descreve a política de saúde da RNCCI.</li> </ul>
<p><b>A2.</b> Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integrar de forma progressiva e gradual as equipas de saúde dos diferentes campos de ensino clínico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de reuniões informais com o enfermeiro chefe, enfermeiro orientador, outros enfermeiros e elementos da equipa de saúde.</li> <li>- Consulta de documentos do serviço (manuais, protocolos, instrumentos de registos...).</li> <li>- Observação das rotinas diárias.</li> <li>- Colaboração nos cuidados.</li> <li>- Participação nos momentos de passagem de turno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstra conhecimentos sobre as rotinas e dinâmica dos serviços/instituições.</li> </ul>

Competências	Objectivos	Actividades a Desenvolver	Critérios de Avaliação
1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar os conhecimentos na área da legislação e normas técnicas, sobre acessibilidade e participação cívica e sobre políticas de saúde de continuidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação de barreiras arquitectónicas, orientando a sua readaptação ao contexto de vida da pessoa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifica barreiras arquitectónicas.</li> <li>- Orienta para a sua eliminação ou readaptação de acordo com o contexto de vida da pessoa.</li> </ul>
2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreender o papel do EEER na maximização da autonomia em especial das pessoas idosas pós fractura do fémur.</li> <li>- Identificar as necessidades de cuidados das pessoas idosas com alterações da mobilidade resultantes de fractura do fémur e dos seus cuidadores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de ensinamentos clínicos nas áreas hospitalar e comunidade .</li> <li>- Observação dos cuidados desenvolvidos pelo EEER, nos diferentes campos de ensino clínico. Consulta de processos/registos de enfermagem desses utentes.</li> <li>- Identificação de práticas de risco, em especial relacionadas com o risco de quedas.</li> <li>- Utilização de escalas de avaliação de dependência.</li> <li>- Identificação das alterações que determinem limitações da actividade e incapacidades.</li> <li>- Elaboração de planos de intervenção na área da reabilitação que assegurem a continuidade dos cuidados, tendo em conta as necessidades e recursos disponíveis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descreve o perfil das competências específicas do EEER</li> <li>- Identifica as necessidades de cuidados especializados de reabilitação, com relevo para a continuidade de cuidados a idosos com fractura do fémur de acordo com as potencialidades individuais.</li> <li>- Recolhe informações pertinentes e utiliza instrumentos de avaliação adequados.</li> <li>- Avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar as AVD's.</li> <li>- Elabora planos de intervenção adequados à identificação das necessidades, de forma a promover a autonomia e qualidade de vida dos utentes e cuidadores.</li> </ul>
3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a autonomia dos utentes idosos com fractura do fémur e seus cuidadores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação de instituições de parceria na comunidade.</li> <li>- Implementação de programas personalizados de reeducação ou optimização funcional ao nível: motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, eliminação e sexualidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifica instituições de parceria na comunidade.</li> <li>- Implementa programas de intervenção de enfermagem de reabilitação que promovem a autonomia dos utentes.</li> </ul>

Competências	Objectivos	Actividades a Desenvolver	Critérios de Avaliação
<p><b>B1.</b> Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p>	<p>(cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a autonomia dos utentes idosos com fractura do fémur e seus cuidadores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de ensino e treino de técnicas promotoras do auto-cuidado e AVD's à pessoa e cuidador, com vista à continuidade de cuidados no internamento/domicílio/comunidade, promovendo a autonomia, tendo em conta os objectivos individuais da pessoa.</li> <li>- Realização de ensino clínico em contexto de pneumologia.</li> <li>- Acompanhamento da enfermeira EEER da Unidade de Pneumologia, no programa de apoio pós alta, aos utentes no domicílio.</li> <li>- Avaliação dos resultados da implementação dos programas de reeducação motora e cardio-respiratória.</li> <li>-Elaboração de registos de enfermagem com rigor científico e técnico que dêem visibilidade à intervenção do EEER e assegurem a continuidade dos cuidados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realiza treinos específicos de AVD'S com ou sem produtos de apoio.</li> <li>Monitoriza a implementação dos programas.</li> <li>- Monitoriza os resultados obtidos.</li> <li>- Fundamenta as intervenções seleccionadas.</li> </ul>
<p><b>C1.</b> Gere os cuidados, optimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilizar as equipas interprofissionais para a importância de investir nesta área da continuidade dos cuidados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de um poster sobre esta área temática, para expor no campo de estágio clínico e no contexto de trabalho .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter realizado um poster sobre a área temática.</li> </ul>

**Apêndice II-** Locais de ensino clínico, justificação da escolha e resumo das visitas/entrevistas

LOCAL DE ENSINO CLÍNICO	JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA
Unidade de internamento de ortopedia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- É uma unidade de referência de cuidados ortopédicos, com forte investimento nos cuidados especializados de reabilitação.</li> <li>-Têm uma elevada incidência de utentes com mais de 65 anos devido a fratura do fémur.</li> <li>- Referenciam muitos utentes para a RNCCI, e têm uma articulação estreita com os Centros de Saúde da área.</li> <li>- Demonstram disponibilidade e interesse pela formação de novos EEER.</li> <li>- Perceber quais as estratégias utilizadas na articulação com a comunidade e RNCCI.</li> <li>- Necessidade de conhecer a realidade de outra Instituição.</li> </ul>
Unidade de Pneumologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Esta unidade tem implementado um programa de acompanhamento dos utentes com doença pulmonar obstrutiva crónica ou em ventilação não invasiva ao domicílio, em articulação com a comunidade.</li> <li>- Desenvolver competências específicas na área da reeducação e reabilitação funcional respiratória.</li> </ul>
ECCI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abrange a área de residência dos utentes do serviço em que exerço funções.</li> <li>- É um centro de saúde que investe nos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação.</li> <li>- Perceber quais as principais dificuldades dos idosos pós fratura do fémur no domicílio, em especial ao nível da mobilidade.</li> <li>- Analisar o processo de transição do internamento/domicílio.</li> <li>- Conhecer a realidade deste centro de saúde no que diz respeito à área de reabilitação</li> <li>- Encontrar estratégias que facilitem a articulação hospital/comunidade.</li> </ul>

## **Visita de observação a uma Unidade de Internamento de Ortopedia**

Visita realizada a 8/6/2011, com a finalidade de:

- Perceber se este serviço reunia condições para dar resposta aos objetivos delineados neste projeto.
- Identificar as estratégias utilizadas para a articulação com a comunidade.

A visita foi orientada pela Enfermeira chefe e pelo EEER, tive oportunidade de conhecer o serviço, tem capacidade para 40 utentes, acolhe pessoas da área da grande Lisboa e ilhas. Tem uma filosofia de investimento na reabilitação, atualmente a equipa tem cinco EEER permitindo uma maior continuidade de cuidados de reabilitação abrangendo o fim-de-semana e os turnos da tarde. Os utentes usufruem de um programa de reabilitação conjunto EEER/fisioterapeuta durante o internamento com recurso a um ginásio.

Têm uma elevada incidência de utentes com mais de 65 anos devido a fratura do fémur, a média de dias de internamento situa-se aproximadamente nos sete dias. Referenciam muitos utentes para a RNCCI, e têm uma articulação estreita com os Centros de Saúde da área. Devido a estas características consideraram este campo de ensino clínico uma boa oportunidade para desenvolver o meu projeto de aprendizagem.

## **Visita de observação a uma Unidade de Pneumologia**

Visita realizada a 12/5/2011, com a finalidade de :

- Perceber se o serviço reunia condições para responder aos objetivos delineados neste projeto.

Esta visita foi conduzida pela EEER que apresentou sumariamente a estrutura física da unidade, abordando o percurso do utente, os diagnósticos de enfermagem mais comuns na unidade e as respetivas intervenções. O serviço é composto por vinte camas, duas reservadas a isolamento; a equipa de enfermagem é composta pela enfermeira chefe, a EEER e catorze enfermeiros generalistas. Desenvolvem um programa de acompanhamento dos utentes com doença pulmonar obstrutiva crónica ou em ventilação não invasiva ao domicílio, em articulação com a comunidade, com o objetivo de capacitar o utente para a gestão do regime terapêutico e promover a qualidade de vida no contexto familiar.

A imobilidade nestes utentes é um problema real e implica uma intervenção global do EEER no sentido de promover a sua autonomia. Todo o processo de aprendizagem de readaptação destes utentes requer um grande acompanhamento, é preciso fazer com o utente, treinar, demonstrar os benefícios das atividades terapêuticas.

Paralelamente às competências técnicas que o EEER possui, e na perspetiva da EEER, o enfermeiro especialista tem de ser visto como um líder na gestão dos cuidados, deve harmonizar o trabalho de toda a equipa.

Esta unidade reúne características que me permitem o desenvolvimento de competências específicas na área da reeducação e reabilitação funcional respiratória, com uma vertente de continuidade de cuidados e articulação com a comunidade.

## **Visita de observação a uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)**

Visita realizada a 9/5/2011, com a finalidade de:

- Identificar a importância da continuidade dos cuidados;
- Perspetivar a interligação Hospital/comunidade;
- Perceber se o serviço reunia condições para responder aos objetivos delineados neste projeto.

A visita foi conduzida pela EEER e através de uma conversa informal, obtive algumas informações que me levaram a eleger este local como campo de estágio clínico. A população é maioritariamente idosa, 86% dos utentes tem mais de 65 anos; os utentes com alterações da mobilidade por acidentes e lesões traumáticas foram em 2010 os sextos maiores consumidores de cuidados; de um total de 9000 visitas domiciliárias realizadas em 2010, 1822 foram especificamente de cuidados de reabilitação. Trinta e nove utentes com mais de 65 anos receberam cuidados de reabilitação devido a uma fratura do fémur.

Este Centro de Saúde está englobado no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES). Este Pólo tinha à data da visita, dezoito utentes acompanhados em ECCI. São pessoas que carecem de intervenções de peritos (EEER, terapeutas, psicóloga...) e abrangência multidisciplinar, têm um grau de dependência elevado a severo, os utentes com alterações da mobilidade devido a fratura do fémur fazem parte deste grupo. Os cuidados desenvolvidos por esta equipa são prioritários, tem de ser sempre assegurados; o horário de prestação de cuidados abrange o fim-de-semana e é acompanhado de um telemóvel de urgência. Esta ECCI teve em 2010, 89% de capacidade de resposta nas primeiras vinte e quatro horas às referências que lhe foram efetuadas. É uma equipa multidisciplinar com psicóloga, enfermeiros, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social e médico. Trabalham muito interligados com as Instituições particulares de solidariedade social. Na perspetiva desta EEER, o contacto/referência com a comunidade permite o conhecimento da situação do utente e abre caminho para o planeamento da receção ao utente/família; a articulação é o segredo para garantir a continuidade dos cuidados, é preciso fomentar uma cultura de contacto entre os profissionais das instituições.

## **Visita de observação a um Centro de Medicina de Reabilitação**

Visita realizada a 17/5/2011, inserida no calendário escolar da Unidade Curricular Opção II, acompanhada pela Enfermeira supervisora da instituição, onde tive oportunidade de contactar com um centro de referência em cuidados de reabilitação, que dispõe de dois serviços de internamento de adultos direcionados para utentes com lesões por acidentes vasculares cerebrais e traumatismos vertebro medulares e um serviço de reabilitação pediátrica.

É uma instituição que tem como principais objetivos: reabilitar pessoas com deficiência motora e multideficiência (congénita e adquirida) e promover a formação. O trabalho em equipa multidisciplinar é uma realidade, são equipas muito vastas, trabalham com o modelo biopsicosocial e partilham da filosofia de que “independentemente do tipo de lesão ou incapacidade, existe sempre a possibilidade de restabelecer algumas capacidades funcionais, que a reabilitação tem responsabilidade de promover e desenvolver” (1). A intervenção dos profissionais é intensiva, a pessoa assume a sua responsabilidade na gestão da doença com objetivos bem definidos é dado especial relevo às atividades de treino de marcha, treino de AVD, porque são o grande motor do desenvolvimento da autonomia das pessoas (2).

Desde 2009 existe o “Projeto integra”, um projeto-piloto, que tem como objetivo: colaborar com o utente e família/cuidador para a sua boa integração no domicílio. O EEER da unidade terapêutica de AVD acompanha o utente e família/cuidador ao domicílio após a alta ou durante um fim-de-semana, para ensinar, esclarecer, adaptar... de forma a proporcionar maior conforto e segurança permitindo ultrapassar as dificuldades e minimizar as complicações. Os resultados têm sido muito positivos e em duas ou três visitas conseguem desmistificar e otimizar os cuidados. (3)

Esta visita foi extremamente interessante, alertando especialmente para a necessidade de um verdadeiro trabalho em equipa, da conjugação de esforços dos vários profissionais em torno de um objetivo comum. O que emerge neste centro é a filosofia da reabilitação da pessoa na sua globalidade e não o trabalho das diferentes áreas profissionais.

(1) Preleção durante a visita ao Centro de Medicina de Reabilitação 17-05-2011, Enfermeira Fátima Parracho

(2) Preleção durante a visita ao Centro de Medicina de Reabilitação 17-05-2011, Fisioterapeuta João P. Fonseca

(3) Preleção durante a visita ao Centro de Medicina de Reabilitação 17-05-2011 EEER, Lurdes Pedro

### **Apêndice III - Cronograma dos ensinos clínicos**

## Cronograma dos Ensinos Clínicos

Mês	Outubro					Novembro					Dezembro				Janeiro					Fevereiro					Março						
Semana	3 7	10 14	17 21	24 28	31	2 4	7 11	14 18	21 25	28 30	2 9	5 12	16 19	19 31	2 6	9 13	16 20	23 27	30 31	1 3	6 10	13 17	20 24	27 29	1 2	5 9					
Actividades	Ensino clínico na Unidade de Ortopedia										Férias																				
						Ensino clínico na Unidade de Pneumologia																									
																			Ensino clínico no Centro de Saúde ECCI												
	Elaboração do Relatório de Estágio																		Elaboração do Relatório de Estágio												

**Apêndice IV-** Estudo de caso - Reabilitar a pessoa idosa com fratura do fêmur, um caminho para a autonomia

**2º Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

## **ESTUDO DE CASO**

# **“Reabilitar a Pessoa Idosa Com Fratura do Fémur, Um Caminho Para a Autonomia”**

Lisboa

2011

<b>ÍNDICE</b>	<b>Pág.</b>
<b>1. INTRODUÇÃO-----</b>	<b>3</b>
<b>2. REABILITAR A PESSOA IDOSA COM FRATURA DO FÉMUR - UM CAMINHO PARA A AUTONOMIA -----</b>	<b>5</b>
<b>3. PLANO DE CUIDADOS -----</b>	<b>16</b>
<b>4. REFLEXÃO FINAL-----</b>	<b>19</b>
<b>BIBLIOGRAFIA-----</b>	<b>20</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O ensino clínico que desenvolvi num serviço de ortopedia de Lisboa ocorreu durante os meses de Outubro e Novembro de 2011 e teve a duração de vinte e um turnos. A realização de um estudo de caso surgiu neste ensino clínico com o propósito de descrever, analisar e avaliar a situação clínica de um utente idoso com fratura do fémur, com o objetivo de produzir conhecimento sobre esta temática. A metodologia utilizada é essencialmente descritiva, com recurso à observação, ao diálogo com a equipa de cuidados, com a utente e família, sendo complementada com pesquisa bibliográfica.

### **Descrição da situação**

A Sr<sup>a</sup> H. G. de 78 anos, viúva, residente no concelho de Loures, deu entrada no serviço de ortopedia no dia 16/10/2011, vinda do recobro do bloco operatório, cerca das 19H, com o diagnóstico de fratura do colo do fémur à direita, tendo sido submetida a intervenção cirúrgica - colocação de cavilha PFN -. A utente sofreu queda accidental à saída de sua casa, quando se dirigia para a padaria às 9,30 da manhã. A Sr<sup>a</sup> H. teve dificuldade em fechar a porta do prédio exercendo força sobre o puxador da mesma, sentiu os pés escorregarem no passeio húmido da chuva da noite, sofrendo queda sobre a anca direita. Foi de imediato socorrida pelo vizinho da papelaria ao lado, seu conhecido e amigo, sendo conduzida ao Hospital, onde foi diagnosticada fratura do colo do fémur. A Sr<sup>a</sup> decidiu aguardar pela chegada de familiares para formalizar a tomada de decisão para a cirurgia, procedendo ao consentimento informado,

“ é fundamental reconhecermos que o simples facto do doente ser idoso, não o impede de tomar as suas decisões e exercer plenamente a sua vontade pessoal. O exercício desta vontade pessoal deve assentar num modelo de decisão racional, em que o idoso mediante a informação que lhe é transmitida por nós e baseando-se nos seus valores e crenças, consegue avaliar o tipo de alternativas de que dispõe e comunicar-nos a sua preferência ou decisão” (ANDRADE & Pereira, 2005, p. 14)

A intervenção cirúrgica ocorreu nas primeiras 12 horas após o acidente, porque estavam reunidas as condições pré-operatórias para tal: A utente encontrava-se estabilizada relativamente aos seus antecedentes pessoais, perfazia o tempo de jejum necessário (6H) e estavam disponíveis os recursos humanos e materiais para proceder ao tratamento cirúrgico. No pós-operatório a utente manteve-se na enfermaria monitorizada durante as 12H seguintes, tendo-se verificado oscilações da pressão arterial, com tendência a

hipotensão, sendo reequilibrada com recurso a compensação hidroeletrólítica e posicionamento.

Este episódio foi um acontecimento súbito, inesperado e sem qualquer preparação, aumentando o grau de ansiedade que habitualmente as alterações na saúde provocam, “uma fractura que exija internamento e cirurgia causa os máximos problemas. Estes doentes têm grande dificuldade em superar o súbito corte com o seu ambiente quotidiano, tornando-se facilmente confusos e desorientados” (SERRA, 2001, p. 137).

### Antecedentes Pessoais

Como antecedentes pessoais refere:

- Hipertensão arterial, hipercolesterolémia, hipoacúsia não compensada e presbiopía compensada, colecistectomia aos 59 anos, dificuldade em adormecer.

Era costureira de alta-costura, trabalhou até aos 68 anos, permanecia muito tempo sentada e vivia momentos de grande tensão nervosa relacionada com os prazos de entrega dos trabalhos, fazendo frequentemente serões a trabalhar. O ruído da máquina de costura deixou sequelas na audição.

Vive sozinha num prédio de oito andares, com elevador, tem dois filhos e três netas, que diariamente a visitam. Independente na realização das atividades de vida diária.

Como ocupação gosta de passear nos centros comerciais para observar as montras e acompanhar a moda. Deambulava sem dificuldade e sem auxiliares de marcha. Pesava 72Kg e mede aprox. 1,68cm. Tem como hábitos alimentares uma dieta fracionada (5 a 6 refeições/dia), inclui proteínas ao almoço e apenas sopa e fruta ao jantar, ingere 5 a 6 copos de água ou chá e 1 copo de leite ou 1 iogurte. Caminha cerca de 1,5 Km por dia.

### Medicação que realizava no domicílio

Losartan 50 mg. + Hidroclorotiazina 12,5 mg. (1 de manhã); Sinvastatina 20 mg. (1 ao jantar); Bromazepan 3 mg (1 à noite).

## **2. REABILITAR A PESSOA IDOSA COM FRATURA DO FÉMUR, UM CAMINHO PARA A AUTONOMIA**

A primeira intervenção do EEER nesta situação ocorreu no pós-operatório imediato, nas primeiras doze horas, iniciando-se com a colheita de dados/avaliação da situação e elaboração de um plano de cuidados individualizado. É importante que o enfermeiro faça uma avaliação holística, que inclua necessidades físicas, emocionais, sociais, espirituais e económicas, permitindo efectuar diagnósticos de enfermagem planeando as respetivas intervenções com vista à obtenção de ganhos em saúde, quer para o indivíduo, quer para a família, de acordo com os focos de atenção identificados. Nunca esquecendo que esta avaliação inicial é também o início de uma relação que deve ser de confiança, a pessoa deve ser ouvida naquilo que mais a preocupa, ter espaço para expressar o seu sentir, “ o encontro e os laços de confiança que se criam são os primeiros elementos que permitem cuidar a pessoa na perspectiva da saúde, na perspectiva da recuperação do equilíbrio do ser, ao longo de um percurso singular e particular” (HESBEEN, 2010, p. 75).

Os instrumentos de avaliação científicos, universais e validados para a população portuguesa, são ferramentas fundamentais para permitir que as decisões em saúde assentem em estudos e na evidência, possibilitando uma avaliação mensurável, criteriosa e uniforme para todos os profissionais de saúde. O EEER “recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardio-respiratória; motora; sensorial e cognitiva: alimentação, eliminação vesical e intestinal; sexualidade” (ORDEM, 2010, p. 3). O registo destas avaliações deve ser partilhado a fim de permitir uma simplificação dos cuidados a proporcionar à pessoa/família. O conjunto dessas avaliações permite traçar um plano de cuidados, monitorizar e avaliar progressos no processo de saúde, “concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade” (ORDEM, 2010, p. 3). Ao delinear o programa de reabilitação é também necessário ter conhecimento prévio do tipo de fratura, da técnica cirúrgica e das indicações do médico ortopedista, a consulta do processo clínico e dos exames complementares permitem adquirir essas informações.

Nesta situação foi utilizada a escala de Glasgow para determinar o estado de consciência, ao que a Sr<sup>a</sup> H. apresentou um score de 15, revelando-se sem alterações

neurofisiológicas ao nível da consciência. Para avaliar a dor foi utilizada a escala numérica da dor, situou a sua intensidade de dor no número 3, sendo administrado analgésico em SOS e mantendo perfusão contínua de analgesia, após 30' encontrava-se no item 1 da mesma escala.

As primeiras intervenções do EEER focaram-se na prevenção de complicações respiratórias, através da informação e treino de exercícios respiratórios, “antes e depois da cirurgia é fundamental (...) prevenir as complicações pulmonares e trombo-embólicas” (SERRA, 2001, p. 138). Para evitar a dor causada pela fratura, os utentes tendem a manter a imobilidade e inibir a tosse, diminuindo a expansão pulmonar provocando acumulação secreções nas vias aéreas inferiores, por outro lado, a diminuição generalizada da força muscular pode causar uma tosse ineficaz que leva à acumulação de muco, sobretudo quando o utente está na posição de decúbito dorsal, proporcionando um excelente meio para o crescimento bacteriano e conseqüentemente, para o aparecimento da pneumonia de estase. Iniciou-se a implementação de um programa de reeducação funcional cardio-respiratória, os exercícios desenvolvidos, incidiram na dissociação dos tempos respiratórios, com ênfase para a respiração abomino diagramática, para prevenção de estase de secreções, melhorar a perfusão e ventilação e auxiliar no controle da dor promovendo o relaxamento. A colaboração da utente foi favorável.

Os registos da intervenção do EEER foram efetuados em versão SAPE- Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, no item de registos livres e identificados como registo de enfermagem de reabilitação. São o resultado da análise de situação, permitindo agrupar e mobilizar toda a informação que resulta de um trabalho em equipa e está agrupada em torno de três pólos: o que diz respeito à pessoa, o que aborda o ambiente e o que se refere à doença em si, incluindo as limitações na autonomia e a dependência para as atividades de vida diárias (COLLIÈRE, 1989, p. 299); na perspetiva desta autora a clarificação e agrupamento das informações melhora a sua compreensão conduzindo a uma correta identificação de problemas que justificam os cuidados de enfermagem.

O primeiro contacto com a família pós cirurgia aconteceu nessa noite, aquando da visita do horário da tarde. A utente recebeu-os com grande emoção. A integração da família na equipa interdisciplinar contribui para manter um ambiente familiar, facilitando o processo de acolhimento/internamento/alta e continuidade dos cuidados após alta, pois são eles

que vão continuar a prestar os cuidados de manutenção (COLLIÈRE, 1989). O filho demonstrou preocupação com a situação, fornecendo mais algumas informações relevantes para o processo de cuidados; como o desejo da Sr<sup>a</sup> em manter a sua independência, vivendo sozinha e sendo autónoma nas suas atividades e escolhas, apesar da insistência da família para partilharem a mesma habitação. Neste primeiro contacto foi possível iniciar uma avaliação familiar, perspetivando o regresso a casa, “ a família é, assim, a entidade natural a quem se solicita o desempenhar do papel de prestador de cuidados, para garantir o suporte social indispensável à reinserção e reabilitação social da pessoa (...) Para que haja continuidade dos cuidados no domicílio” (MENOITA, 2012, p. 37).

A intervenção do EEER nas primeiras horas de pós-operatório revelou-se de extrema pertinência, permitiu um diagnóstico atempado, uma intervenção preventiva evitando complicações, iniciando a preparação do regresso a casa e estimulando uma relação de confiança com a utente e família fundamental para o sucesso de um programa de reabilitação, “ os próximos, que se definem mais pelos laços afetivos do que pelos laços familiares, devem receber a mesma atenção que a pessoa inicialmente atingida. Fazem parte integrante do processo de reabilitação e são abrangidos pelas ações desenvolvidas pelos profissionais” (HESBEEN, 2010, p. 45).

A intervenção do EEER nesta situação específica de aprendizagem fez-me refletir sobre o enorme “valor” que os entes próximos dos utentes têm no processo de reabilitação, eles constituem, quando envolvidos ativamente neste processo, de acordo com uma correta avaliação das suas capacidades/desejos/disponibilidades, um pilar fundamental, “para que haja continuidade dos cuidados no domicílio, é necessário estabelecer uma parceria com a família, estabelecendo-se um contrato, baseado numa relação de confiança com esta, de modo a obter o seu empenho e participação nos cuidados” (MENOITA, 2012, p. 37).

A implementação de um programa de reeducação funcional motora concretizou-se na manhã seguinte, com a utente mais desperta, com controlo de dor, menos ansiosa e motivada para o seu processo de reabilitação. O seu projeto de vida centrava-se no anseio por manter a sua independência e continuar a passear nos centros comerciais para observar as montras de moda,

“a subtileza do prestador de cuidados leva-o a tentar descobrir qual é a principal preocupação da pessoa e a procurar atenuar o peso, a pressão, que essa preocupação exerce sobre os seus ombros. Estas preocupações, muitas vezes, podem parecer fúteis aos olhos dos profissionais, face a problemas considerados muito mais importantes” (HESBEEN, 2010, p. 74).

É aqui, na interpretação destes dados que entram em ação as competências do EEER, é uma outra visão de globalidade, de inter-relação que nos permite conceber planos de intervenção abrangentes, como se de um puzzle se tratasse, vamos atualizando, aumentando, alterando essa planificação. Nada é feito pôr ou para o utente, todas as atividades são desenvolvidas com ele, “o reabilitador irá acompanhar a pessoa no seu caminho. É bem do caminho dessa pessoa que se trata, e não de obrigá-la a percorrer o nosso caminho de profissionais” (HESBEEN, 2010, p. 75).

O processo de aquisição de competências de EEER não é linear, nem ocorre fruto de umas quantas vivências em ensino clínico, na minha perspetiva requer uma postura de análise e reflexão muito grande. Quando iniciei este ensino clínico (o primeiro) compreendi a ansiedade que os alunos do curso base demonstram na realização de técnicas, à sua semelhança, o meu receio recaía sobre a falta de treino na execução das técnicas, mas rapidamente compreendi que essa é a parte mais fácil, “o treino repetido faz a mão”, a grande dificuldade está no desenvolvimento da visão de EEER, do que Hesbeen chama de espírito da reabilitação

“mudar a sua visão dos factos, ajustá-la para tentar ver melhor, tendo em vista agir adequadamente perante as situações humanas que se lhe apresentam. Este espírito é sinónimo de um interesse autêntico pela pessoa, sem a reduzir à sua afecção ou às suas características (...) os profissionais movidos por este espírito da reabilitação são quotidianamente confrontados com exigências contraditórias (...) a habilidade gestual (...) a maleabilidade suscitada pela inteligência afectiva” (HESBEEN, 2010, p. 35).

Esta visão vai marcar toda a diferença, quer na atuação direta com o utente e família, quer no desenvolvimento dos cuidados no seio da equipa pluridisciplinar, é esta conceção de abrangência que serve de plataforma sobre a qual tudo o resto se baseia. (PRYOR, 2005)

A restrição da mobilidade provoca diminuição de força e resistência, redução da massa muscular e diminuição do equilíbrio. A força muscular diminui quando os músculos estão inactivos. A taxa do declínio irá variar com o grau de imobilidade, mas pode ser rápida,

enquanto a mobilidade e o levantar forem limitados (Kasper et al, 1996 citado por Perry, 2006). À medida que a imobilidade se prolonga e os músculos não são exercitados, a diminuição da massa muscular acentua-se, atrofiando. Os músculos dos membros inferiores parecem ser os mais afetados pela imobilidade, que provoca alterações esqueléticas, como a contractura articular, que pode resultar na contração permanente de uma articulação (anquilose), caracterizada pela flexão e fixação. Esta é causada pelo desuso, atrofia e encurtamento das fibras musculares e tecidos articulares circundantes. Quando ocorre uma contractura, a articulação não consegue manter a amplitude completa do movimento, deixando-a numa posição não funcional. A contractura "pé pendente" resulta na posição permanentemente de flexão plantar. Como consequência, para iniciar a marcha após cirurgia é extremamente difícil com o pé nesta posição. Outra alteração esquelética é a osteoporose de desuso, uma doença caracterizada pela reabsorção óssea derivada da imobilidade.

No programa de reeducação funcional motora, foram implementadas intervenções, com o objetivo de otimizar e reeducar as funções ao nível motor e diminuir os riscos que advêm da diminuição da mobilidade. O programa iniciou-se por demonstrar à Sr<sup>a</sup> H. a importância desta intervenção e os ganhos que daí adviriam. A utente compreendeu a informação transmitida e contextualizou o nosso papel, estabeleceram-se os primeiros laços de confiança e a partir daí tudo fluiu, era a utente que requeria cada vez mais a nossa intervenção. Efetuaram-se os ensinamentos e treinos de exercícios ativos, contrações isométricas dos membros inferiores e exercícios resistidos dos membros superiores preparando-os para a utilização de canadianas. O exercício da ponte foi utilizado para melhorar a colocação da arrastadeira e trabalhar a região glútea, preparando a marcha. Nesta fase as questões da utente jorravam, num misto de ansiedade e medo. Como é que me vou levantar? E andar? Quanto tempo vou estar dependente da ajuda dos outros? Vou utilizar canadianas para o resto da vida? Estas questões revelam um envolvimento positivo desta utente no seu processo de reabilitação e permitem direcionar a nossa atuação indo de encontro às prioridades de recuperação da pessoa. A implementação deste programa foi conciliada com a estabilidade hemodinâmica da utente no pós-operatório, o que nem sempre acontece, frequentes são as situações de instabilidade pós-operatória, requerendo uma grande conciliação com o programa de reabilitação, emergindo assim a necessidade de um planeamento muito individualizado e em constante reavaliação e reformulação.

As alterações ao nível da eliminação vesical, surgem na sequência da utente permanecer em decúbito dorsal; fisiologicamente a urina sai da pélvis renal para os ureteres e bexiga devido a forças gravitacionais, quando o utente está de pé. No utente que passa muito tempo em decúbito, os rins e ureteres estão num plano mais horizontal, e a urina produzida pelo rim tem de passar para a bexiga, contra a gravidade. Devido ao facto das contrações peristálticas dos ureteres serem insuficientes para ultrapassar a gravidade, pode ocorrer a acumulação excessiva de urina no bacinete antes de passar para os ureteres. Esta situação, chamada de estase urinária, aumenta o risco de infeção urinária e de formação de cálculos renais que passam para os ureteres. As Alterações gastrointestinais, estão associadas à diminuição da mobilidade, a utente tem o potencial risco de obstipação por falta de atividade (que estimula o peristaltismo) e por hipercalcémia (que diminui o peristaltismo). A obstipação pode provocar fecalomas, levando a uma oclusão intestinal parcial ou total. A reeducação funcional ao nível da eliminação vesical e intestinal passa pela sensibilização da utente para estas alterações, pelo ensino, treino e execução de: mobilizações ativas, alternância de decúbitos, levante e marcha atempado, alimentação fracionada, rica em fibras, com reforço hídrico, uso do sanitário (e/ou arrastadeira), higiene pós eliminação adequada.

A diminuição da mobilidade reduz a taxa metabólica basal da utente não respondendo às necessidades enérgicas das células do organismo, diretamente relacionada com a necessidade de oxigénio das células. A cicatrização de feridas pode aumentar a taxa metabólica basal, porque estas alterações aumentam as necessidades de oxigénio das células devendo existir um equilíbrio entre o consumo e a produção de energia. (PERRY, 2006). O repouso no leito diminui a atividade pancreática, assim como a capacidade do corpo para metabolizar a glicose, podem ocorrer alterações no metabolismo de hidratos de carbono, gorduras e proteínas, predispondo a pessoa a problemas de cicatrização da ferida operatória. A diminuição da mobilidade facilita o aumento da percentagem de tecido adiposo em detrimento da massa magra corporal.

As alterações no metabolismo também influenciam as alterações de tegumentos, os utentes idosos e imobilizados estão em maior risco de desenvolver úlceras de pressão.

A imobilidade aumenta a pressão cutânea diminuindo e comprometendo a circulação sanguínea nos tecidos. Quando maior for a pressão exercida e maior o período de isquémia, assim aumenta o risco de alteração da integridade cutânea.

A imobilidade aumenta o risco de desenvolver uma trombose venosa profunda, um trombo é uma acumulação de plaquetas, fibrina, fatores de coagulação e células sanguíneas na íntima interna de uma veia ou artéria, provocando, por vezes, a oclusão do lúmen de um vaso. A trombose venosa profunda ocorre geralmente durante a fase de reabilitação do utente. Há três fatores que predisõem o utente para o desenvolvimento de trombos venosos, sendo vulgarmente designados por a tríade de Virchow: a hipercoagulabilidade do sangue, a lesão da parede venosa e a estase venosa. Além disso, o próprio peso dos membros inferiores na cama comprime os vasos sanguíneos, causando estase e lesão da íntima interna dos vasos. Outra alteração associada ao sistema venoso é a diminuição da força dos músculos esqueléticos. Os músculos dos membros Inferiores ajudam o retorno venoso, bombeando o sangue de volta ao coração, este mecanismo está reduzido, quando a pessoa permanece imobilizada no leito. Os trombos venosos predisõem o utente para o risco de embolia pulmonar, uma complicação que ameaça a vida. As embolias pulmonares são trombos que circulam no sistema venoso, obstruindo uma parte do sistema arterial pulmonar comprometendo, assim, o fluxo sanguíneo pulmonar. Os utentes imobilizados submetidos a cirurgias ou os idosos estão em maior risco de desenvolverem trombo embolismo pulmonar. (PERRY, 2006)

Os efeitos da imobilidade não se esgotam nas alterações que provocam ao nível fisiológico, estendem-se aos problemas psicossociais: a imobilidade pode provocar alterações nas respostas emocionais, intelectuais, sensoriais e socioculturais. As alterações emocionais mais comuns são a depressão, as alterações comportamentais, as perturbações do sono e o *coping* ineficaz. O utente imobilizado pode ficar deprimido devido a alterações na auto-imagem, autonomia e outros fatores. A depressão é uma perturbação afetiva caracterizada por sentimentos exagerados de tristeza, melancolia, infelicidade, insignificância, vazio e impotência. O internamento e as alterações no padrão habitual do sono podem provocar distúrbios causando alterações comportamentais. As intervenções de enfermagem devem ser organizadas de modo a permitir períodos de sono suficientes. A imobilidade prolongada pode afetar os mecanismos de coping normais, o utente pode desinteressar-se e tornar-se passivo. (PERRY, 2006)

A fractura do fémur em pessoas idosas resulta geralmente de um traumatismo, sendo por isso resultado de um processo imediato sem tempo de adaptação, é necessário

desenvolver um plano de intervenção que contemple esta vertente, “estes doentes tem grande dificuldade em superar o súbito corte com o seu ambiente quotidiano, tornando-se facilmente confusos e desorientados” (SERRA, 2001, p. 137). É necessário que a vertente cognitivo sensorial faça parte integrante da intervenção do enfermeiro, estimulando a motivação e adesão da pessoa ao programa de recuperação, “os processos físicos e de reabilitação física, dependerão muito estritamente da situação psicológica, do clima interior em que a pessoa se encontre” (ALMEIDA, 2010, p. 122). A ansiedade manifestada pela Sr<sup>a</sup> H. está muito relacionada com o desconhecimento da sua verdadeira situação, das perspetivas futuras. Muitas dificuldades de reabilitação consistem na falta de conhecimento dos doentes, desconhecimento dos diferentes procedimentos e da provável evolução da situação clínica. É importante informar e esclarecer dúvidas, de modo a obter a colaboração da pessoa e cuidador, favorecendo a adesão à recuperação e permitindo-lhes perspetivar o futuro. Muitas dificuldades de reabilitação consistem na falta de conhecimento dos doentes, desconhecimento dos diferentes procedimentos, dos auxiliares de marcha, etc. (HOEMAN, 2000).

O nosso plano de intervenção tem de contemplar todos estes factores, conciliando-os com a avaliação inicial e colheita de dados pessoais, que não se esgota no primeiro contacto com o utente/família é um processo dinâmico, em constante evolução.

Nas vinte e quatro horas seguintes foi dado ênfase à preparação para as transferências cama/cadeira e vice-versa. Foi um momento especial para a utente, manifestou contentamento pelo progresso conseguido. Nesta intervenção utilizamos o reforço positivo como estratégia de envolvimento no processo de cuidados, valorizando as pequenas coisas ” essas «pequenas coisas» da vida, aquelas que, para uma determinada pessoa, dão sentido à vida e são importantes. (...) que constituem os cuidados de enfermagem e as qualidades profissionais exigidas para lhes dar vida e sentido “ (HESBEEN, 2000, p. 47). A permanência na cadeira foi de acordo com a tolerância e desejo da utente, tendo em conta o risco de hipotensão ortostática ou postural que pode ocorrer quando o utente muda duma posição de decúbito para a posição de supino, ou ainda quando permanece sentado durante muito tempo. A hipotensão ortostática caracteriza-se por uma descida na tensão arterial sistólica, resultando na redução do retorno venoso e no aumento do trabalho cardíaco; manifesta-se essencialmente por: tonturas, náuseas, taquicardia, alterações visuais e mau estar gerais inespecíficos.

Foi na posição de sentada que foram realizados os ensinamentos e treino de alguns exercícios de fortalecimento muscular, mobilizações ativas e exercícios de reeducação costal global com recurso a báculo, com vista à continuidade do programa de reabilitação no domicílio. O regresso ao leito, não menos importante, foi acompanhado pela família; intencionalmente procuramos que esse momento coincidisse com o horário das visitas, promovendo assim uma participação ativa nos cuidados. A nossa intervenção foi direcionada para a preparação do regresso a casa, indo de encontro às questões colocadas pela família, mas também advertindo para potenciais problemas como a questão da existência de barreiras arquitetónicas, prevenção de novas quedas e promoção da autonomia na realização de AVD.

Neste serviço os cuidados de reabilitação são desenvolvidos diariamente entre as 8 e as 23h, permitindo um nível de regularidade, continuidade e intensidade que abona a favor dos clientes, Host et al (2007) concluíram que existe uma forte correlação entre a intensidade de exercício e o ganho de força dos membros inferiores, melhorando a função física. A mobilização física no pós-operatório dos utentes com fractura do colo do fémur promove e maximiza a autonomia nos idosos.

O planeamento de atividades para o segundo dia de internamento da Sr<sup>a</sup> H. direcionava-se para o início do treino de marcha. A avaliação do nosso plano de intervenção revela que estavam consolidadas as aquisições relativas aos cuidados com o levantar e posicionamentos, permitindo avançar. No entanto a utente, neste dia, revelou algum cansaço, com aumento da frequência cardíaca e respiratória, relacionada com as alterações do sono devido à conjugação dos seus antecedentes de insónias e as alterações provocadas pelo internamento, e o consumo energético que as mobilizações desenvolvidas provocam. Foi necessária a intervenção da equipa multidisciplinar (médica), com a realização de algumas intervenções interdependentes como a administração de medicação. O plano de intervenção foi reestruturado,

“ o processo de cuidados de enfermagem cria-se a partir daquilo que se descobre, manejando informações provenientes da situação, descodificando-as com a ajuda dos conhecimentos, para compreender o seu significado e como as utilizar na acção de cuidar” (COLLIÈRE, 1989, p. 293).

Optámos por desenvolver algumas mobilizações passivas dos membros inferiores e reeducação funcional respiratória com incidência para o relaxamento.

Neste campo de ensino clínico um EEER possui conhecimentos na área do Reiky, sendo institucional a prática desta terapia, que tem como principal finalidade a reposição do equilíbrio energético. Permite dissolver bloqueios emocionais, reforça e restabelece os circuitos normais da energia, facilitando o fluxo da força vital necessária ao reequilíbrio do organismo. A utente após ser informada, aceitou usufruir desta terapia. Esta intervenção do EEER “demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (ORDEM, 2010, p. 4). Esta intervenção foi planeada em parceria com a utente, sendo uma tomada de decisão consciente. Os resultados são quase imediatos, a utente manifestou melhorias no estado geral, a frequência cardíaca normalizou e o sono dessa noite foi, na opinião da utente, reparador. Houve um harmonizar de várias intervenções, que no conjunto promoveram o bem-estar da utente.

“o sucesso do processo de Reabilitação não depende de um conjunto de actos ou técnicas pontuais, mas da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho desenvolvido por toda a equipa, para que se traduza na resolução dos problemas e na melhoria da qualidade de vida, ou seja, em ganhos no bem-estar. Esta abordagem interdisciplinar permite uma comunicação eficaz, levando a campos de interacção e de visibilidade” (MENOITA, 2012, p. 39)

O envolvimento da família nos cuidados surgiu quase de forma natural, estavam presentes nas transferências, acompanharam os ensinamentos e treinos de marcha, que se iniciaram com recurso a um auxiliar de marcha, (andarilho), pois o resultado da avaliação da força muscular dos membros superiores, da coordenação motora e a prescrição de marcha com carga parcial, (só pode exercer cerca de 50% do peso corporal sobre este membro) dificulta a utilização de canadianas, numa fase inicial. O EEER “selecciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação)” e “realiza treinos específicos de AVD’s nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação)” (ORDEM, 2010, p. 4). O papel da família foi fundamental para a evolução positiva da utente, ao longo do internamento fomos realizando (refiro “fomos” e não foi, porque é sempre um trabalho conjunto e nunca individual) a avaliação familiar capacitando-a para o papel de cuidadora e preparando o regresso a casa, assegurando a continuidade de cuidados,

“as atenções não podem estar, apenas, centradas nos cuidados às pessoas dependentes. É necessário dotar os seus familiares de recursos para responder adequadamente às necessidades, mas, também, não se pode descurar a condição de saúde daqueles que são chamados a exercer o papel de prestadores de cuidados” (PETRONILHO, 2007, p. 82).

O EEER promoveu a continuidade dos cuidados de reabilitação também, através de uma articulação com a comunidade. Foi efetuado um contacto telefónico com o Centro de Saúde (CS) da área de residência, agora do filho, uma vez que a decisão familiar recaiu na opção da Sr<sup>a</sup> residir temporariamente em casa deste cuidador, permitindo uma sintonia entre a necessidade de cuidados e os deveres laborais e familiares do filho, sendo que estavam reunidas as condições ambientais e socioeconómicas para esta alteração. Neste CS desempenham funções dois EEER, pelo que foi feito um resumo da evolução clínica, fornecendo os dados relevantes para a continuidade de cuidados. Posteriormente foi impressa a nota de alta no sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE), e entregue à família com destino ao CS.

### **3.PLANO DE CUIDADOS**

Para conceber diagnósticos de enfermagem e executar cuidados de enfermagem, utilizamos a linguagem CIPE, versão Beta 2. A avaliação de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem é feita em função da mudança do juízo diagnóstico sobre o estado desse foco de atenção. Assim, esta avaliação é fundamental para a reorganização do plano de intervenção, produção de saber e para a visibilidade dos cuidados de enfermagem. Por outro lado é uma linguagem que visa a uniformização, e é utilizada no sistema de apoio à enfermagem.

## PLANO DE CUIDADOS DA Srª H.

Fenómeno	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	Avaliação
Respiração	Risco de comprometimento do padrão respiratório	Informar, ensinar e treinar sobre: - Consciencialização da respiração - Controlo e dissociação dos tempos respiratórios - Reeducação costal global - Reeducação diafragmática global	20/10/2011 A utente demonstra conhecimento em grau moderado
Autocuidado	Banho, higiene pessoal, vestir-se/despír-se dependente  Atividade Física dependente	Informar, ensinar e treinar sobre: - Técnica de vestir/despír Informar sobre - Adaptações no WC - Dispositivos de segurança - Adequação do tipo de roupa e calçado  Informar, ensinar e treinar utente e cuidador sobre: - Mobilização ativa dos MS e MI - Rodar na cama, sentar-se, transferir-se, erguer-se, pôr-se de pé e deambular com dispositivo auxiliar de marcha (andarilho) - Transferência cama /cadeira e levante - Marcha com gestão de esforço	20/10/2011 A utente/família demonstra conhecimento em grau elevado
Atividade motora	Movimento articular e muscular comprometido  Mobilidade comprometida	Informar, ensinar e treinar utente e cuidador, sobre: - Exercícios ativos dos membros superiores e inferiores - Assistir nos exercícios ativos resistidos dos membros superiores e inferiores - Motivar para a realização dos exercícios terapêuticos - Exercício da ponte	20/10/2011 A utente/família demonstra conhecimento em grau moderado
Circulação	Risco para disfunção neurovascular periférica	Informar, ensinar e treinar utente e cuidador, sobre: - Sinais e sintomas de risco	20/10/2011 A utente/família

Circulação	Risco para disfunção neurovascular periférico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prevenção de edema</li> <li>- Aplicação de gelo local</li> <li>- Uso de meia elástica antiembólica</li> <li>- Exercícios de manutenção da função e circulação dos membros inferiores</li> </ul>	demonstra conhecimento em grau elevado
Conservação de Energia	Intolerância à atividade física presente	<p>Informar, ensinar e treinar utente e cuidador, sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presença de sinais de intolerância à atividade física</li> <li>- Gestão de esforço nos autocuidados banho, higiene pessoal, vestir-se/despir-se, atividade física e marcha</li> <li>- Necessidade de assistência de terceiros nos autocuidados</li> </ul>	20/10/2011 A utente/família demonstra conhecimento em grau moderado
Nutrição	Conhecimento não demonstrado pela utente/família sobre regime alimentar	<p>Informar e ensinar utente e cuidador, sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção de uma nutrição adequada, facilitadora da cicatrização/recuperação</li> <li>- Necessidade de manter atividade física também para promover a fixação de cálcio</li> </ul>	20/10/2011 A utente/família demonstra conhecimento em grau elevado
Segurança	Manutenção do lar prejudicada Risco para infeção	<p>Informar e ensinar utente e cuidador, sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas para prevenção de quedas</li> <li>- Sinais/sintomas de infeções</li> <li>- Medidas de higiene corporal/habitacional</li> </ul>	20/10/2011 A utente/família demonstra conhecimento em grau moderado
Padrão de sono/repouso	Distúrbios do padrão sono/repouso	<p>Informar e ensinar utente e cuidador, sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas facilitadoras de indução do sono</li> <li>-Manter terapêutica farmacológica, segundo prescrição</li> <li>-Estimular a realização do programa de reabilitação funcional motora apenas durante o dia</li> </ul>	20/10/2011 A utente/família demonstra conhecimento em grau moderado

## 4.REFLEXÃO FINAL

A opção por esta situação para estudo de caso, prendeu-se precisamente com a “simplicidade” que a envolvia, numa fase inicial de aprendizagem pensamos ser o ideal para promover a pesquisa, análise e reflexão, permitindo o desenvolvimento de competências de forma sólida.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas idosas com alterações da mobilidade resultantes de fratura do fémur constituem um processo cuja meta visa alcançar a melhor qualidade de vida possível de acordo com o potencial e projeto de vida de cada utente.

Nesta situação os cuidados de reabilitação focaram essencialmente a promoção da autonomia da Sr<sup>a</sup> H. de acordo com as suas potencialidades, contemplando o seu meio ambiente, envolvendo e capacitando a família, que ao longo do internamento demonstrou interesse e aptidão para tal. Existiu uma preocupação por parte dos EEER em preparar o regresso a casa de forma segura, “a reabilitação, para além de permitir enfrentar a situação presente deve preparar para situações que se sabe, ou se teme, que irão acontecer no futuro. Recorde-se que estas situações são sempre particulares” (HESBEEN, 2010, p. 43).

O desenvolvimento dos cuidados do EEER nesta situação de cuidados foi muito linear, as situações podem ser mais complexas quando não existe envolvimento do/s cuidadores, quando não há instituições ou profissionais na comunidade que permitam a continuidade dos cuidados com qualidade, ou quando tudo existe mas não prevalece uma sensibilização para a necessidade de continuidade ao nível dos cuidados de reabilitação e não se otimizam os recursos fundamentais para a promoção da qualidade de vida dos utentes.

## BIBLIOGRAFIA

Almeida, S. e. (2010). *Lições de Vida, Como transformar as dificuldades em oportunidades*. Alfragide: Livros d' Hoje Publicações Dom Quixote.

Andrade, F. M., & Pereira, L. C. (Setembro de 2005). A Relação Enfermeiro-Doente Idoso Sob um Olhar Bioético. *Sinais Vitais* , p. 14 a 17.

Collière, M. –F. (2003). *Cuidar ... A primeira arte da vida*. Lisboa: Lusociência. .

Collière, M. –F. (1989). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Damaia: Printipo – Indústrias gráficas.

Hesbeen, W. (2010). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Camarate: Lusociência.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures, Loures: Lusociência.

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

Host, e. a.-H.-M.-3. (2007). Training-induced strength and functional adaptations after hip fracture. *Physical Therapy*.

Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC* . Loures: Lusociência.

Ordem, E. d. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 29/05/2010. Lisboa: ORDEM DOS ENFERMEIROS.

Ordem, E. d. (2010). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: ORDEM DOS ENFERMEIROS.

Perry, P. (2006). *Fundamentos de Enfermagem – conceitos e procedimentos* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Fomasau-Formação e Saúde, Lda.

Pryor, J. (2005). Nursing's role in rehabilitation: A review of the research literature. *Jarna. Australia. Spring Vol.8, nº3* , 8-13.

Serra, L. M. (2001). *Fracturas e ortopedia*. Lisboa: Lidel.

**Apêndice V-** Apresentação do projeto de aprendizagem nos campos de ensino clínico

Ensino clínico - unidade  
de ortopedia

“CONTINUIDADE DOS CUIDADOS DE  
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO A PESSOAS  
IDOSAS COM ALTERAÇÕES DA MOBILIDADE POR  
FRACTURA DO FÉMUR”

UC OPÇÃO II

Dulce Rodrigues

Orientador: Professora Adelaide P. Reina

Lisboa 2011

**FINALIDADE :**

Maximizar a autonomia de pessoas idosas, com alterações da mobilidade devido a fractura do fémur, promovendo uma articulação de cuidados entre hospital e comunidade, que favoreça a continuidade dos cuidados de reabilitação.

## O PORQUÊ DESTE TEMA

- Desempenho de funções num serviço de internamento e consulta de ortopedia.
- Percepção /inquietação por parte da equipa da necessidade de investir nesta área.

## A REALIDADE MUNDIAL E NACIONAL

- 1990, ocorreram 1,7 milhões de fracturas da extremidade proximal do fémur em todo o mundo.
- 2050, devido ao aumento da esperança de vida, calcula-se que atinja os 6,26 milhões. (DGS 2003)

- Em Portugal entre 1993 e 1997, foram internados, por ano, nos hospitais públicos em média, 7000 doentes com idade superior a 50 anos, devido a este problema de saúde. (DGS 2003)

Utentes idosos com mobilidade reduzida devido a fractura do fémur

- Em 2020 espera-se que em Portugal cerca de 10.684 indivíduos sofram fracturas do colo do fémur, com tendência para aumentar nos próximos anos. (Alves S. 2004)

As fracturas do fémur são uma das grandes responsáveis pelas alterações da mobilidade nas pessoas idosas. (DGS 2003)

## A REALIDADE MUNDIAL E NACIONAL

- Os índices de morbilidade associados a estas fracturas são elevados, apenas 50% dos doentes retomam a sua função anterior. (DGS 2003)

- As fracturas do fémur, encontram-se entre as mais frequentes na população idosa com especial incidência na faixa etária dos 85 anos, conduzindo à hospitalização. (Queiroz 1998)

**Utentes idosos com mobilidade reduzida devido a fractura do fémur**

- Provocam muitas sequelas limitativas, causando situações incapacitantes e com perda de autonomia. (Queiroz 1998)

- 50% dos doentes que sofreram esta fractura necessitam de ajuda para marcha; 30% ficam funcionalmente dependentes de ajuda de uma terceira pessoa para a realização de trabalhos domésticos e só 20% recuperam a mobilidade anterior ao acidente. (Queiroz 1998, p.14)

## A REALIDADE DO CENTRO DE RESPONSABILIDADE DE ORTOPEDIA (CRO)

- Em 2010 27% dos utentes internados pela urgência no serviço de ortopedia do (...), eram pessoas com mais de 65 anos portadoras de fractura do fémur.

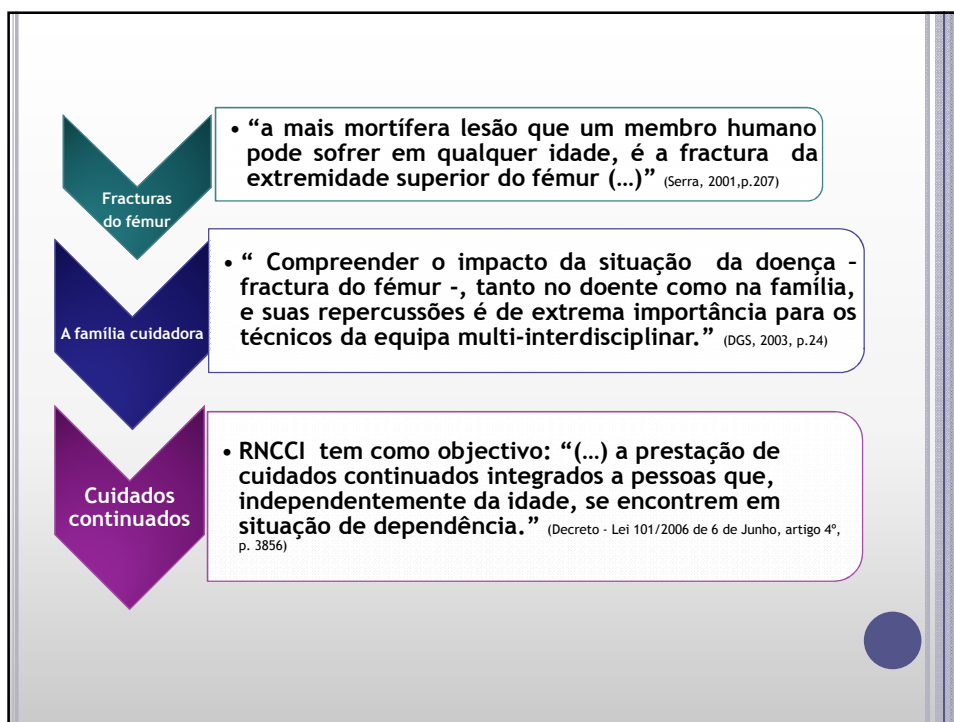
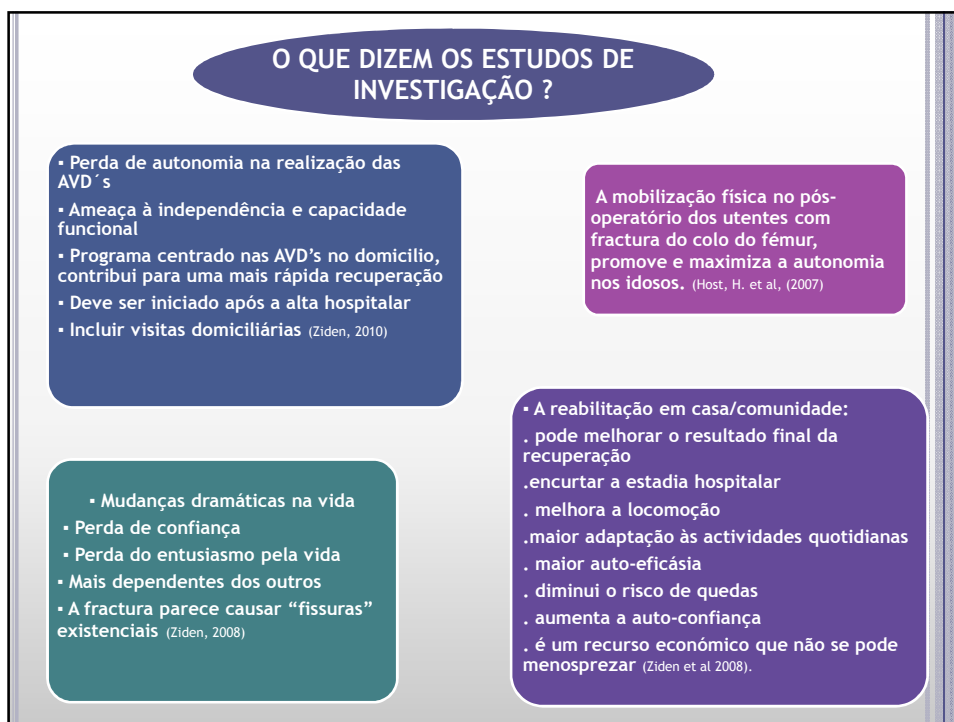
(D. Informático do CRO)

- Demora média de internamento no serviço é de 5 dias. (GEPI do (...), 2010)

**Utentes idosos com mobilidade reduzida devido a fractura do fémur**

- A preparação para a alta é muito agilizada; direcciona-se para o regresso a casa sem contemplar a concepção de um programa de reabilitação que promova a recuperação funcional máxima do utente, de acordo com o seu potencial.

- Um grande número de utentes e famílias chegam à consulta pós alta com muitas questões relacionadas com a continuidade dos cuidados, deixando antever a necessidade de investir nesta área de cuidados.



## Objectivo Geral:

Desenvolver competências na área da reabilitação junto de pessoas idosas, com alterações da mobilidade devido a fractura do fémur.



O desenvolvimento de competências requer uma aprendizagem experiencial, no contexto particular da situação, de forma global. (Benner,2001)

LOCAL DE ENSINO CLÍNICO	JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA
Unidade de internamento de Ortopedia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidade de referência de cuidados ortopédicos, com forte investimento nos cuidados especializados de reabilitação.</li> <li>- Elevada incidência de utentes com mais de 65 anos devido a fractura do fémur.</li> <li>- Elevado nº de utentes referenciados para a RNCCI, em estreita articulação com os CS da área.</li> <li>- Disponibilidade e interesse pela formação de novos EEER demonstrada pela unidade.</li> <li>- Procurar entender as estratégias utilizadas na articulação com a comunidade e RNCCI.</li> <li>- Necessidade de conhecer a realidade de outra Instituição.</li> </ul>
Unidade de Pneumologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tem implementado um programa de acompanhamento dos utentes com doença pulmonar obstrutiva crónica ou em ventilação não invasiva ao domicílio, em articulação com a comunidade.</li> <li>- Desenvolver competências específicas na área da reeducação e reabilitação funcional respiratória.</li> </ul>
Centro de Saúde ECCI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abrange a área de residência dos utentes do serviço em que exerço funções.</li> <li>- CS que investe nos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação.</li> <li>- Perceber quais as principais dificuldades dos idosos pós fractura do fémur no domicílio, em especial ao nível da mobilidade.</li> <li>- Compreender o processo de transição do internamento/domicílio.</li> <li>- Conhecer a realidade deste centro de saúde no que diz respeito à área de reabilitação</li> <li>- Encontrar estratégias que facilitem a articulação hospital/comunidade.</li> </ul>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário diminuir a distância entre o meio hospitalar e o meio sócio-familiar, para que a continuidade da reabilitação dos utentes idosos com alterações da mobilidade devido a fractura do fémur seja entendida como uma prioridade, dando ou restituindo à pessoa o máximo de capacidades de acordo com o seu potencial, promovendo a autonomia, preservando a auto-estima e optimizando a participação na vida social.

Ensino clínico unidade de pneumologia

**“CONTINUIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO A PESSOAS IDOSAS COM ALTERAÇÕES DA MOBILIDADE POR FRACTURA DO FÉMUR”**

UC OPÇÃO II

Dulce Rodrigues


Orientador: Professora Adelaide P. Reina

Lisboa 2011



**FINALIDADE :**

Maximizar a autonomia de pessoas idosas, com alterações da mobilidade devido a fractura do fémur, promovendo uma articulação de cuidados entre hospital e comunidade, que favoreça a continuidade dos cuidados de reabilitação.



## O PORQUÊ DESTE TEMA

- Desempenho de funções num serviço de internamento e consulta de ortopedia.
- Percepção /inquietação por parte da equipa da necessidade de investir nesta área.

## A REALIDADE MUNDIAL E NACIONAL

- 1990, ocorreram 1,7 milhões de fracturas da extremidade proximal do fémur em todo o mundo.
- 2050, devido ao aumento da esperança de vida, calcula-se que atinja os 6,26 milhões. (DGS 2003)

- Em Portugal entre 1993 e 1997, foram internados, por ano, nos hospitais públicos em média, 7000 doentes com idade superior a 50 anos, devido a este problema de saúde. (DGS 2003)

Utentes idosos com mobilidade reduzida devido a fractura do fémur

- Em 2020 espera-se que em Portugal cerca de 10.684 indivíduos sofram fracturas do colo do fémur, com tendência para aumentar nos próximos anos. (Alves S. 2004)

As fracturas do fémur são uma das grandes responsáveis pelas alterações da mobilidade nas pessoas idosas. (DGS 2003)

## A REALIDADE MUNDIAL E NACIONAL

- Os índices de morbilidade associados a estas fracturas são elevados, apenas 50% dos doentes retomam a sua função anterior. (DGS 2003)

- As fracturas do fémur, encontram-se entre as mais frequentes na população idosa com especial incidência na faixa etária dos 85 anos, conduzindo à hospitalização. (Queiroz 1998)

**Utentes idosos com mobilidade reduzida devido a fractura do fémur**

- Provocam muitas sequelas limitativas, causando situações incapacitantes e com perda de autonomia. (Queiroz 1998)

- 50% dos doentes que sofreram esta fractura necessitam de ajuda para marcha; 30% ficam funcionalmente dependentes de ajuda de uma terceira pessoa para a realização de trabalhos domésticos e só 20% recuperam a mobilidade anterior ao acidente. (Queiroz 1998, p.14)

## A REALIDADE DO CENTRO DE RESPONSABILIDADE (CRO) CHTV

- Em 2010 27% dos utentes internados pela urgência no serviço de ortopedia (...) eram pessoas com mais de 65 anos portadoras de fractura do fémur.

(D. Informático do CRO)

- Demora média de internamento no serviço é de 5 dias. (GEPI do (...), 2010)

**Utentes idosos com mobilidade reduzida devido a fractura do fémur**

- A preparação para a alta é muito agilizada; direcciona-se para o regresso a casa sem contemplar a concepção de um programa de reabilitação que promova a recuperação funcional máxima do utente, de acordo com o seu potencial.

- Um grande número de utentes e famílias chegam à consulta pós alta com muitas questões relacionadas com a continuidade dos cuidados, deixando antever a necessidade de investir nesta área de cuidados.

## O QUE DIZEM OS ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO ?

- Perda de autonomia na realização das AVD's
- Ameaça à independência e capacidade funcional
- Programa centrado nas AVD's no domicílio, contribui para uma mais rápida recuperação
- Deve ser iniciado após a alta hospitalar
- Incluir visitas domiciliárias (Ziden, 2010)

A mobilização física no pós-operatório dos utentes com fractura do colo do fémur, promove e maximiza a autonomia nos idosos. (Host, H. et al, (2007)

- Mudanças dramáticas na vida
- Perda de confiança
- Perda do entusiasmo pela vida
- Mais dependentes dos outros
- A fractura parece causar "fissuras" existenciais (Ziden, 2008)

- A reabilitação em casa/comunidade:
  - . pode melhorar o resultado final da recuperação
  - . encurtar a estadia hospitalar
  - . melhora a locomoção
  - . maior adaptação às actividades quotidianas
  - . maior auto-eficácia
  - . diminui o risco de quedas
  - . aumenta a auto-confiança
  - . é um recurso económico que não se pode menosprezar (Ziden et al 2008).

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### o A CONTINUIDADE DE CUIDADOS PERMITE

*"(...) a uma pessoa doente ou idosa continuar a mobilizar as suas capacidades ou compensar o que já não pode fazer por si própria, para assegurar a sua vida quotidiana."* (COLLIÈRE, 2003, p.332)

- o A ABORDAGEM DOS PROBLEMAS DEVE CENTRAR-SE NA PESSOA E NO AMBIENTE, para assim abrir *"(...) o leque da autonomia a manter e/ou a aumentar, bem como as zonas de dependência a compensar, permitindo deduzir daí os cuidados de enfermagem a assegurar"*

(COLLIÈRE, 1989, p.304)

## COMPETÊNCIAS/OBJECTIVO GERAL

O EEER detém um nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida que lhe permitem conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (OE, 2010, p.2)

O desenvolvimento de competências requer uma aprendizagem experiencial, no contexto particular da situação, de forma global. (Benner,2001)

As competências do 2º ciclo do processo de Bolonha apelam à "(...) reflexão sobre as práticas; elaboração de estudos e projectos de promoção de saúde, prevenção da doença e de reabilitação (...)" (D'ESPINEY, 2004, p.11).

### Objectivo Geral:

**Desenvolver competências na área da reabilitação junto de pessoas idosas, com alterações da mobilidade devido a fractura do fémur.**

## Ensinos clínicos

- ◆ Unidade de internamento de Ortopedia
- ◆ ECCI
- ◆ **Unidade de pneumologia**



-Tem implementado um programa de acompanhamento dos utentes com doença pulmonar obstrutiva crónica ou em ventilação não invasiva no domicílio, em articulação com a comunidade.

-Desenvolver competências específicas na área da reeducação e reabilitação funcional respiratória.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário diminuir a distância entre o meio hospitalar e o meio sócio-familiar, para que a continuidade da reabilitação dos utentes idosos com alterações da mobilidade devido a fractura do fémur seja entendida como uma prioridade, dando ou restituindo à pessoa o máximo de capacidades de acordo com o seu potencial, promovendo a autonomia, preservando a auto-estima e optimizando a participação na vida social.

Ensino clínico na ECCI

**“CONTINUIDADE DOS CUIDADOS DE  
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO A PESSOAS  
IDOSAS COM ALTERAÇÕES DA MOBILIDADE POR  
FRACTURA DO FÉMUR”**

UC OPÇÃO II

Dulce Rodrigues

Orientador: Professora Adelaide P. Reina

Lisboa 2011

**FINALIDADE :**

Maximizar a autonomia de pessoas idosas, com alterações da mobilidade devido a fractura do fémur, promovendo uma articulação de cuidados entre hospital e comunidade, que favoreça a continuidade dos cuidados de reabilitação.

## O PORQUÊ DESTE TEMA

- Desempenho de funções num serviço de internamento e consulta de ortopedia.
- Percepção /inquietação por parte da equipa da necessidade de investir nesta área.

## A REALIDADE MUNDIAL E NACIONAL

- 1990, ocorreram 1,7 milhões de fracturas da extremidade proximal do fémur em todo o mundo.
- 2050, devido ao aumento da esperança de vida, calcula-se que atinja os 6,26 milhões. (DGS 2003)

- Em Portugal entre 1993 e 1997, foram internados, por ano, nos hospitais públicos em média, 7000 doentes com idade superior a 50 anos, devido a este problema de saúde. (DGS 2003)

Utentes idosos com mobilidade reduzida devido a fractura do fémur

- Em 2020 espera-se que em Portugal cerca de 10.684 indivíduos sofram fracturas do colo do fémur, com tendência para aumentar nos próximos anos. (Alves S. 2004)

As fracturas do fémur são uma das grandes responsáveis pelas alterações da mobilidade nas pessoas idosas. (DGS 2003)

## A REALIDADE MUNDIAL E NACIONAL

- Os índices de morbilidade associados a estas fracturas são elevados, apenas 50% dos doentes retomam a sua função anterior. (DGS 2003)

- As fracturas do fémur, encontram-se entre as mais frequentes na população idosa com especial incidência na faixa etária dos 85 anos, conduzindo à hospitalização. (Queiroz 1998)

**Utentes idosos com mobilidade reduzida devido a fractura do fémur**

- Provocam muitas sequelas limitativas, causando situações incapacitantes e com perda de autonomia. (Queiroz 1998)

- 50% dos doentes que sofreram esta fractura necessitam de ajuda para marcha; 30% ficam funcionalmente dependentes de ajuda de uma terceira pessoa para a realização de trabalhos domésticos e só 20% recuperam a mobilidade anterior ao acidente. (Queiroz 1998, p.14)

## A REALIDADE DO CENTRO DE RESPONSABILIDADE (CRO) CHTV

- Em 2010 27% dos utentes internados pela urgência no serviço de ortopedia (...) eram pessoas com mais de 65 anos portadoras de fractura do fémur.

(D. Informático do CRO)

- Demora média de internamento no serviço é de 5 dias. (GEPI do (...), 2010)

**Utentes idosos com mobilidade reduzida devido a fractura do fémur**

- A preparação para a alta é muito agilizada; direcciona-se para o regresso a casa sem contemplar a concepção de um programa de reabilitação que promova a recuperação funcional máxima do utente, de acordo com o seu potencial.

- Um grande número de utentes e famílias chegam à consulta pós alta com muitas questões relacionadas com a continuidade dos cuidados, deixando antever a necessidade de investir nesta área de cuidados.

## O QUE DIZEM OS ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO ?

- Perda de autonomia na realização das AVD's
- Ameaça à independência e capacidade funcional
- Programa centrado nas AVD's no domicílio, contribui para uma mais rápida recuperação
- Deve ser iniciado após a alta hospitalar
- Incluir visitas domiciliárias (Ziden, 2010)

A mobilização física no pós-operatório dos utentes com fractura do colo do fémur, promove e maximiza a autonomia nos idosos. (Host, H. et al, (2007)

- Mudanças dramáticas na vida
- Perda de confiança
- Perda do entusiasmo pela vida
- Mais dependentes dos outros
- A fractura parece causar "fissuras" existenciais (Ziden, 2008)

- A reabilitação em casa/comunidade:
  - . pode melhorar o resultado final da recuperação
  - . encurtar a estadia hospitalar
  - . melhora a locomoção
  - . maior adaptação às actividades quotidianas
  - . maior auto-eficácia
  - . diminui o risco de quedas
  - . aumenta a auto-confiança
  - . é um recurso económico que não se pode menosprezar (Ziden et al 2008).

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### o A CONTINUIDADE DE CUIDADOS PERMITE

*"(...) a uma pessoa doente ou idosa continuar a mobilizar as suas capacidades ou compensar o que já não pode fazer por si própria, para assegurar a sua vida quotidiana."* (COLLIÈRE, 2003, p.332)

- o A ABORDAGEM DOS PROBLEMAS DEVE CENTRAR-SE NA PESSOA E NO AMBIENTE, para assim abrir *"(...) o leque da autonomia a manter e/ou a aumentar, bem como as zonas de dependência a compensar, permitindo deduzir daí os cuidados de enfermagem a assegurar"*

(COLLIÈRE, 1989, p.304)

## COMPETÊNCIAS/OBJECTIVO GERAL

O EEER detém um nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida que lhe permitem conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (OE, 2010, p.2)

O desenvolvimento de competências requer uma aprendizagem experiencial, no contexto particular da situação, de forma global. (Benner,2001)

As competências do 2º ciclo do processo de Bolonha apelam à "(...) reflexão sobre as práticas; elaboração de estudos e projectos de promoção de saúde, prevenção da doença e de reabilitação (...)" (D'ESPINEY, 2004, p.11).

### Objectivo Geral:

**Desenvolver competências na área da reabilitação junto de pessoas idosas, com alterações da mobilidade devido a fractura do fémur.**

## Ensinos clínicos

- ◆ Unidade de internamento de Ortopedia
- ◆ Unidade de Pneumologia

### ◆ **ECCI**



- Abrange a área de residência dos utentes do serviço em que exerço funções.
- CS que investe nos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, (↑ 13% entre 2006 e 2008).
- Perceber quais as principais dificuldades dos idosos pós fractura do fémur no domicílio, em especial ao nível da mobilidade.
- Compreender o processo de transição do internamento/domicílio.
- Conhecer a realidade deste centro de saúde no que diz respeito à área de reabilitação
- Encontrar estratégias que facilitem a articulação hospital/comunidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário diminuir a distância entre o meio hospitalar e o meio sócio-familiar, para que a continuidade da reabilitação dos utentes idosos com alterações da mobilidade devido a fractura do fémur seja entendida como uma prioridade, dando ou restituindo à pessoa o máximo de capacidades de acordo com o seu potencial, promovendo a autonomia, preservando a auto-estima e optimizando a participação na vida social.

**Apêndice VI- Diário de aprendizagem**

**2º Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

# **Ensino Clínico de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

## **Diário de Aprendizagem**

**Unidade de Cuidados na Comunidade**

**Equipa de Cuidados Continuados Integrados**

**(ECCI)**

**Dulce Maria da Silva Rodrigues**

Lisboa

2012

“são as situações portadoras de significado que constituem  
o suporte e o vector de qualquer projecto de cuidados”

COLLIÈRE

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>2. REFLEXÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>16</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>17</b>

## **SIGLAS**

EEER – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

ECCI- Equipa de Cuidados continuados Integrados

EGA- Equipa Gestão de Altas

ER- Enfermagem de Reabilitação

PII - Plano Individual de Intervenção

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

## 1. INTRODUÇÃO

Este trabalho de cariz académico utiliza uma metodologia essencialmente reflexiva, que me permitiu analisar e refletir sobre os conhecimentos e atitudes envolvidas nas tomadas de decisão relativas a uma dada situação de saúde no contexto do ensino clínico desenvolvido numa ECCI.

“o jornal de aprendizagem é um instrumento de registo e reflexão de situações de cuidados vividas em contexto prático, constituindo por isso um espaço narrativo de pensamentos e sentimentos, centrados no acto de cuidar, na pessoa cuidada e na pessoa do cuidador.”<sup>1</sup>

Este instrumento tem como objectivo registar e reflectir sobre situações vivenciadas em contexto de Ensino Clínico, possibilitando o desenvolvimento das capacidades de auto-aprendizagem, pesquisa, colocação de questões, avaliação e reflexão crítica, contribuindo para promover a auto aprendizagem, porque “são as práticas de formação que abrem o caminho a uma reflexão crítica sobre as práticas” (HONORÉ, 2002, p. 100). Para tal recorri ao Ciclo Reflexivo de Gibbs, que auxilia o pensamento acerca de determinada situação, facilitando a reflexão acerca da experiência, dos pensamentos e sentimentos que dela advêm, da sua avaliação e análise, conduzindo a uma conclusão acerca das opções tomadas, bem como ao planeamento de uma ação.

Estruturalmente irei descrever a situação seleccionada com referência aos pensamentos e sentimentos que dela advieram, seguindo-se a respetiva avaliação, análise e conclusão. Ao longo do trabalho procurarei introduzir alguma fundamentação teórica, no sentido de validar pensamentos e ações, termino com algumas considerações finais acerca do desenvolvimento deste trabalho. Por fim, faço menção à bibliografia que serviu de suporte à realização do mesmo.

---

<sup>1</sup> Documento Orientador da Unidade Curricular Opção II. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal (2011)

## 2. REFLEXÃO

A presente situação surgiu no contexto do ensino clínico na comunidade na sequência de uma referenciação efetuada pela equipa de gestão de altas (EGA) de um Hospital Central, através de contato telefónico e via informática da rede nacional de cuidados continuados (RNCCI), à Equipa de cuidados continuados integrados (ECCI).

O utente tem 61 anos de idade e a sua situação clínica é crítica, pois foi-lhe diagnosticado Glioblastoma Multiforme (neoplasia glial maligna com áreas de necrose), no verão de 2011, sendo que em Dezembro, fruto de algum desequilíbrio sofreu uma queda de que resultou fratura do colo do fémur à direita. Foi submetido a colocação de prótese cefálica e regressou ao domicílio após 2 semanas de internamento, com referência à continuidade de cuidados desta ECCI. A primeira visita decorreu na 24 h seguintes ao regresso a casa. Nesse primeiro contato, verificámos que as condições habitacionais eram de elevada qualidade, fomos prontamente recebidas pela sua esposa. A informação sobre a situação era escassa, unicamente aquela a que tivemos acesso pelo sistema informático da RNCC, que ainda não reunia todos os dados. Não havia carta de alta, houve um contacto telefónico que não relatou a verdadeira dimensão da situação, restava-nos reunir os relatórios e avaliações médicas e iniciar um processo de colheita de dados junto do utente e família cuidadora.

O utente apresentava-se pouco comunicativo verbalmente, emagrecido, algaliado por retenção urinária e apresentava úlceras de pressão. Tem antecedentes pessoais de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. Possui cama articulada com trapézio e cadeira de rodas.

A esposa relata a situação, as vivências pessoais, enfim expõe a sua vida, como que em busca de ajuda. O casal está emigrado na Bélgica há alguns anos, onde permanecem os seus filhos. A esposa não domina na íntegra a língua portuguesa. No entanto, adquiriram uma casa na região que abrange esta unidade, verificando-se que não têm familiares ou amigos por perto.

No início do verão de 2011, o cliente veio sozinho passar umas férias a Portugal, e no decorrer destas, iniciou um quadro clínico de alterações amnésicas, com incapacidade de concentração, tonturas e parestesias do hemicorpo direito. Neste seguimento, dirigiu-se ao hospital, onde lhe foi diagnosticado o Glioblastoma. Após o conhecimento da sua situação, o utente regressou ao país onde estava emigrado, realizou mais exames e iniciou os tratamentos de radioterapia, não se verificando melhorias do seu estado clínico. Após a realização dos mesmos e sem um prognóstico favorável à sua situação, voltou novamente sozinho para Portugal, porque refere que deseja terminar os seus dias em Portugal. Já mais debilitado e com parestesia do hemicorpo direito mais acentuada, sofreu uma queda causando fratura do colo do fémur à direita. Foi submetido a tratamento cirúrgico, com colocação de prótese cefálica.

Perante o quadro clínico do cliente, a esposa viu-se na necessidade de regressar a Portugal para acompanhar/cuidar do marido, assumindo o papel de principal e única cuidadora, no entanto refere a necessidade de se deslocar ao país onde está emigrada, pois ainda se encontra profissionalmente ativa, e no momento, a cuidar do marido, não recebe o seu rendimento, pretendendo deslocar-se por um curto período, no intuito de renovar o seu contrato de trabalho.

Durante este contacto, espontaneamente, surgiram-me diversas questões, dúvidas e pensamentos, que suscitaram a necessidade de realizar este jornal de aprendizagem. Este processo implicou o pensamento, a reflexão e a realização de pesquisas sobre esta situação específica, de forma a poder compreender o papel do EEER, abordando conceitos fundamentais para a prestação de cuidados neste contexto.

Em primeira análise o que me ocorreu foi um sentimento de enorme compaixão e um desejo interior de visualizar todas as hipóteses de ajudar esta família,

”a compaixão é inevitável na verdadeira prática de cuidar e que se dirige ao *corpo-sujeito*. Rejeitá-la equivale a rejeitar a própria função de cuidar e situar a sua profissão num registo diferente do da ajuda singular prestada à pessoa. Nesta perspectiva, a compaixão deve ser percebida como profundamente humana, e não pode ser confundida com qualquer qualidade proveniente das práticas religiosas” (HESBEEN, 2000, p.105)

Esta “exposição da vida” e dos sentimentos que o utente e esposa efetuaram fez-me refletir sobre o comprometimento que o enfermeiro assume, ao partilhar e inteirar-se do sofrimento alheio. Watson (2002, p.111) refere que “o cuidar pode começar quando o enfermeiro entra no espaço de vida (...) de outra pessoa, sendo capaz de detectar a condição de ser da outra pessoa”.

A avaliação da situação demonstra ser uma atividade complicada, as informações surgem de todos os lados, sem qualquer orientação. Quero encontrar um fio condutor para iniciar qualquer atuação, mas começo a perceber que é uma situação muito complexa. A cuidadora demonstra muita ansiedade, coloca muitas questões relacionadas com a prestação de cuidados “essenciais à manutenção da vida” (COLLIÈRE, 1989), como a alimentação, higiene, posicionamentos..., têm apoio domiciliário para cuidados de higiene 1x dia, fala incessantemente, deixando antever alguns sinais de stress, colocando na nossa intervenção muita esperança de solucionar os seus problemas. O utente manifesta um desejo imenso de iniciar exercícios de reabilitação e uma elevada dependência física e emocional da cuidadora, chama-a a cada segundo.

A EEER (orientadora) deteta a necessidade de apoio temporário ao cuidador tendo em conta o grau de dependência do utente e a não capacitação da cuidadora para a função, informa o utente e cuidadora dos cuidados que a ECCI dispõe e como funciona, abordando também a existência de outras unidades na RNCC com a vertente de internamento; não parecem recetivos. A cuidadora não exclui a hipótese, mas apenas temporariamente para resolver a sua situação profissional e apenas se o “tratarem muito bem” e não for distante geograficamente, refere frequentemente que o desejo do marido é terminar os seus dias em Portugal e em casa.

Nesta primeira visita iniciou-se: ensinamentos sobre alimentação, higiene, adesão ao regime terapêutico, vigilância da diabetes e efetuamos algumas mobilizações ativas/passivas dos membros inferiores e automobilizações dos membros superiores, com ensino e treino à cuidadora, planeamos o seguimento da situação e fomos colhendo informação necessária à avaliação, com recurso a instrumentos de avaliação.

Tive a percepção de que o mais importante era demonstrar-lhes que iríamos seguir a situação intervindo de forma real para atenuar os sofrimentos do utente e cuidadora. Era já perceptível o stress do prestador de cuidados. A esposa dormia num sofá cama na sala junto ao utente que permanecia em cama articulada. Referia falta de tempo para cuidar dos afazeres domésticos e de si própria.

Para a integração completa na ECCI, é preconizada uma reunião equipa multidisciplinar, onde foi apresentado e discutido o caso. A situação de saúde deste utente reunia todos os critérios para ser integrada na prestação de cuidados da ECCI, que preconiza um

“conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (UMCCI, 2011, p.138).

Foram projetadas várias estratégias em conjunto, de acordo com o projeto de vida/saúde destas pessoas. Foi delineado um plano individual de intervenção (PII), com intervenção multidisciplinar; assistente social, psicóloga clínica, no sentido de reunir competências profissionais das várias ciências envolvidas e assim reunir esforços e energias que promovam os cuidados aos utentes e suas famílias que vivam situações de dependência com necessidade de cuidados continuados integrados no domicílio.

A participação nesta reunião constitui um momento de aprendizagem e reflexão sobre a situação clínica e sobre as práticas de cuidados. Em relação à primeira é evidente o benefício desta partilha de conhecimentos, se por um lado se otimizam recursos humanos e materiais, por outro a avaliação e o planeamento são mais abrangentes. O facto de existirem vários profissionais a avaliar e intervir na mesma situação leva a uma discussão da situação pela ótica de várias ciências, cada uma mais direcionada para uma determinada área e o seu conjunto resulta assim numa intervenção muito completa.

Durante este delinear de intervenções foi interessante compreender como é importante a utilização de uma linguagem comum a todos os profissionais. Neste caso específico, por exemplo quando se abordou o potencial que o utente apresentava para realizar transferências, a utilização do mesmo instrumento de avaliação (escala de avaliação

motora – Lower) pelo EEER, pela fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, facilitou a avaliação e planeamento de intervenções.

Outra questão alvo da minha reflexão, prendeu-se com o facto da visibilidade que as intervenções individuais assumiam no contexto global do processo de cuidados. Ficou patente que o processo de cuidados não se conduzia pela vertente do “quem faz o quê”, mas sim pela máxima de “faz quem melhor é capaz, de acordo com as suas competências”. Esta gestão do processo de cuidados implica que exista um gestor de caso, que nesta equipa era também “eleito” pelo mesmo critério, embora em grande parte das situações essa função fosse exercida pelo EEER, como sucedeu neste processo. Sobre as funções dos papeis da enfermagem de reabilitação, Hoeman (2000, p.21) refere que “incluem o de (...) gestor de caso, (...), capacitador/facilitador, moderador, líder, perito e membro de equipa”.

Este trabalho cooperativo fez-me repensar a importância das relações humanas, no trabalho em equipa. Algumas competências ao nível relacional assumem aqui uma componente muito importante. Competências relacionadas com o saber estar e ser são fundamentais para que este convívio interdisciplinar se mantenha saudável permitindo atingir os objetivos destas reuniões. Foco especialmente as regras de trabalho em grupo, (como o saber ouvir, o respeito pela postura de cada pessoa...), que parecem básicas e até um pouco desproporcionadas de serem abordadas, mas que nestas reuniões revelaram ser de extrema importância. De salientar que nas reuniões o enfermeiro coordenador da equipa, que era EEER, assumia o papel de organizador da reunião, gerindo com grande flexibilidade e sensibilidade o decorrer das reuniões, orientando o seu desenvolvimento e resumindo sempre o resultado de cada discussão de caso.

Esta equipa mensalmente efetuava uma reunião interprofissional denominada – O cuidar de mim - orientada pela psicóloga ou pelo enfermeiro especialista de saúde mental, com o objetivo de promover a “saúde” relacional da equipa. Também esta atividade mereceu a minha especial atenção; embora não seja uma prática inovadora, não existe se realiza no meu contexto de trabalho, no entanto reconheço-lhe benefícios e considero-a uma experiência que quando exercida com regularidade, de acordo com as necessidades da

equipa e desejo de integrar este paradigma do “quem cuida de quem cuida”, dentro da equipa de profissionais.

Por ultimo, nesta reunião despendi também alguma atenção à responsabilidade que cada profissional detinha sobre as suas intervenções. O trabalho em equipa parecia de tal forma um continuum que me questionei como é que cada profissional assumia a sua área de atuação. Não consegui obter uma resposta muito objetiva, compreendi que existia um conjunto de fatores que permitiam um trabalho de equipa muito harmonioso mas com responsabilidades bem delineadas e mais uma vez a comunicação parecia ser corolário.

Os registos na plataforma da RNCCI favoreciam esta comunicação e acentuavam a necessidade de rigor científico na sua elaboração. Tive oportunidade de realizar registos dos cuidados de enfermagem de reabilitação nesta plataforma relacionados com esta situação clinica, constituindo uma experiencia relevante e responsabilizante.

Relativamente ao PII elaborado para esta situação, não vou apresenta-lo por questões de confidencialidade, mas em linhas gerais, nessa reunião foi decidido que EEER seria o gestor de caso e que a intervenção da assistente social e da psicóloga seriam urgentes, para intervir junto da cuidadora. A intervenção da nutricionista seria também fundamental devido às alterações nos valores de glicémia capilar. O EEER atuaria em consonância com o fisioterapeuta, sendo que na fase inicial o EEER direcionar-se-ia para os ensinamentos/treinamentos à cuidadora sobre os posicionamentos e transferências com as respetivas adaptações do lar e utilização de produtos de apoio, enquanto a fisioterapeuta debruçar-se-ia na RFM e RFR. A terapeuta ocupacional considerou que a sua intervenção requeria mais estabilidade, para ser eficaz.

Cada profissional durante a primeira semana fará uma avaliação especializada da situação e descreve na plataforma as intervenções que considera pertinentes e prioritárias, a fim de conjugar horários para intervir.

Nesta fase do planeamento questionei-me sobre como seria a vida diária desta família com todos estes profissionais a “invadirem” o seu lar diariamente, cada um com a sua intervenção específica.

A enfermeira orientadora propôs-me ser gestora de caso desta situação. Senti que provavelmente seria uma oportunidade única, no entanto analisando todo o contexto não me senti preparada para tal. Encontrava-me no início do estágio nesta unidade e não reunia ainda, os conhecimentos suficientes sobre a dinâmica estrutural e funcional da equipa para desempenhar esta função. Hoeman (2000,p.20) a propósito da responsabilidade dos enfermeiros de reabilitação enuncia que “ detentores de papéis de gestão de caso, beneficiariam da incorporação de teorias dos sistemas familiares e de modelos ecológicos de desenvolvimento do percurso de vida”. A situação requeria um conhecimento abrangente. Após a exposição destes motivos a enfermeira orientadora propôs efetuarmos uma “partilha da gestão de caso”.

A confiança e acompanhamento transmitidos pela orientadora revestiram-se de grande incentivo para o desenvolvimento das atividades e aquisição das competências de EEER.

O planeamento das intervenções nesta situação preconizava a realização de visitas domiciliárias diárias, em horário a ser estabelecido de acordo com a família cuidadora e os elementos da equipa de saúde. Este planeamento requer muita flexibilidade, coordenação e rigor para que haja consonância entre a gestão dos recursos e as ações a desenvolver para atingir os objetivos delineados.

No decorrer das visitas domiciliárias o desenvolvimento da relação enfermeiro, utente e cuidadora assumiu especial relevância, uma vez que esta família não reunia suporte social, não havia intervenção de amigos, vizinhos, familiares ou outras pessoas significativas. Ao longo dos contactos estabeleceu-se uma relação empática e de confiança com o utente e cuidadora, tendo em conta que “o enfermeiro, ao trabalhar no contexto familiar é “um convidado”, e, para ser eficaz, deve ganhar a confiança da família e estabelecer uma parceria com o cliente e com a respectiva família.” (STANHOP e LANCASTER, 2008, p, 1018). Os mesmos autores definem os cuidados domiciliários, como cuidados que dão “aos clientes e às famílias uma hipótese para receberem cuidados de saúde no seu ambiente habitual caseiro, onde se podem sentir mais confortáveis e onde pode ser mais fácil aprender a fazer mudanças do estilo de vida relacionadas com a saúde” (STANHOP e LANCASTER 2008, 1017).

A equipa de saúde era frequentemente confrontada com a necessidade de acompanhar/orientar a cuidadora na tomada de decisões e na realização de atividades relacionadas como seu projeto de vida. Nesta relação estabeleceram-se laços emocionais, Watson (2002, P.119) a propósito da relação transpessoal do cuidar, refere que “a interacção humana numa situação de cuidar evoca no enfermeiro um sentimento”, a cuidadora via na equipa de saúde, em especial no EEER um amigo próximo e disponível. A mesma autora refere que uma relação profissional no cuidar “pode permitir e permite, que o enfermeiro como pessoa beneficie e seja influenciado pelo outro; todavia, o enfermeiro não depende daquilo que recebe do utente para manter o envolvimento” (WATSON 2002, P.114).

Fernandes (2009) aborda a temática da sobrecarga do cuidado, referindo que cuidar de indivíduos com dependência física, doenças degenerativas ou cancro, torna-se muito duro pelas situações complexas com que as famílias se deparam. Collière aborda a necessidade de clarificação da dependência a partir do esclarecimento das manifestações de dependência do utente para definir o projeto de cuidados a implementar. A autora refere que esta clarificação permite identificar a natureza da ajuda a prestar à família, compreendendo os limiares de tolerância afetivos e físicos patentes na situação, “é trabalho de enfermagem compensar temporariamente o que uma família já não pode fazer, substituir, intermediar uma situação: cuidar é acompanhar passagens difíceis da vida, tanto para as pessoas cuidadas como para as famílias” (COLLIÈRE 2003, p. 383).

Também Figueiredo (2011, p. 46) aborda a inclusão da família na prestação de cuidados de enfermagem, referindo que o enfermeiro deve ter a “a capacidade de levar em consideração as necessidades da família como um todo, e não apenas as necessidades do indivíduo” por outro lado, importa efetuar o “reconhecimento da importância das crises interpessoais, do seu impacto na saúde da família e dá ênfase ao estilo colaborativo, que respeita as forças da família e lhes dá apoio para encontrar as suas próprias soluções para os problemas identificados”. Centramo-nos assim, em capacitar a família, fomentando o *empowerment*, permite que adquiram competências contribuindo para uma vivência saudável dos seus processos de mudança.

Mudança era na opinião deste utente, o termo certo para definir o seu estado de vida, como ele referia “tudo mudou tão rapidamente”, Meleis (2000, p.1) refere que “as mudanças na saúde e doença dos indivíduos criam um processo de transição, e os clientes em transição tendem a ser mais vulneráveis a riscos que podem afetar a saúde”.

A situação de saúde do Sr. agravou-se a cada dia, as queixas álgicas assumem uma intensidade máxima, há necessidade de reformular todo o planeamento e efetuar contactos com a consulta da dor, o apoio clínico médico é efetuado por telefone entre o EEER, o médico que apoia a ECCI e a enfermeira responsável pela consulta da dor do Hospital central. Os cuidados de enfermagem a desenvolver assumem, quase de repente, uma vertente de cuidados paliativos, que segundo Hoffmann (2005) surgiram “de um compromisso em prestar cuidados terminais compassivos e dignos às pessoas no conforto das suas casas”, Stanhop e Lancaster (2008, p.1019) referem que estes cuidados são direcionados à promoção do conforto, ao alívio da dor e à atenuação de outros sintomas suscetíveis de causar sofrimento.

A área dos cuidados paliativos são, para mim, uma área do cuidar pouco desenvolvida, os conhecimentos sobre a especificidade destes cuidados são fundamentais para promover a sua qualidade e assumem ainda maior relevância para o EEER na comunidade. Indo de encontro às minhas necessidades de aprendizagem, nesta situação particular de cuidados, realizei um trabalho de pesquisa e atualização de conhecimentos, para possibilitar o desenvolvimento de competências de EEER. Hoeman (2000, p.242) refere que “à medida que as enfermeiras de reabilitação se expandem e desenvolvem subespecialidades e práticas avançadas, torna-se necessária nova intervenção, para avaliações e intervenções específicas”. O intercâmbio com a equipa da ECCI, em especial com outros enfermeiros mostrou-se facilitador da aquisição dos conhecimentos necessários.

Uma das visitas domiciliárias que efetuei teve especial relevo devido ao bem-estar e satisfação que proporcionou ao utente e família. O Srº era um grande apreciador de café, ingerindo cerca de seis cafés dia. A esposa tinha dificuldade em satisfazer o seu desejo devido à disfagia e por outro lado o utente referia que gostava de bebe-lo na pastelaria

com um pastel de nata. Quando a situação permitiu o levante para cadeira de rodas, foi programada uma visita após o almoço e oferecemos ao Sr. um café com espessante, um pastel de nata, numa mesa improvisada na rua. O rosto e as palavras do utente e esposa emanavam alegria e satisfação. A instabilidade da situação não permitia que estas atividades se tornassem uma rotina, mas foi possível repeti-la mais duas vezes, aumentando cada vez mais a confiança do utente e cuidadora nos cuidados desenvolvidos pelo EEER e nas suas capacidades. Branco e Santos (2009, p.7) referem que

“a sensibilidade para a interpretação das necessidades da pessoa permite-nos estabelecer uma efectiva relação de ajuda e de nos posicionar na situação singular do outro, e ao mesmo tempo sermos capazes de nos descentrar e intervir de modo inovador, criativo e adequado às necessidades do individuo. O intuito será assim a promoção do seu bem estar, mesmo que esse bem estar não passe pela cura ou pela reparação do seu corpo, mas sim por uma vida com sentido, onde o sentido se tinha perdido”.

Nesta fase a situação de saúde era debilitada, o stress do prestador de cuidados acentuava-se e após reunião interdisciplinar a melhor opção encontrada pelos intervenientes no processo foi o encaminhamento para uma unidade de internamento da RNCCI. Esta decisão foi muito negociada com o utente e cuidadora, exigindo um grande acompanhamento para que ambos estivessem devidamente informados e esclarecidos para que a tomada de decisão fosse consciente. Segundo Figueiredo (2011, p.47) ter um conhecimento da dinâmica familiar, conhecer “os seus recursos, as suas crenças e valores, o seu estilo de comunicação, a sua capacidade de tomar decisões”, favorece as tomadas de decisão e auxilia nos momentos de crise.

As dificuldades de ingresso na unidade de cuidados paliativos, complicaram o processo de cuidados. A demora média de entrada efetiva na unidade ascendia aos 2 meses para a área de Lisboa e o tempo de que a cuidadora disponha para regressar ao país empregador escasseava, bem como se acentuavam os sinais de exaustão da prestadora de cuidados e situação clínica do utente se agravava. A intervenção da assistente social agilizou o ingresso na tipologia de internamento, mas fora da área de residência.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A problemática da continuidade de cuidados, nesta situação específica, tendencialmente colocaria em risco a qualidade e segurança de cuidados a este utente e família. A intervenção da ECCI pareceu-me fundamental no acompanhamento desta situação, desenvolvendo uma prática de cuidados individualizada e de acordo com as necessidades/prioridades que este contexto requeria.

Nesta situação os cuidados desenvolvidos e o apoio prestado foram dirigidos à “qualidade de vida dos que são alvo de cuidados e dos cuidadores, desenvolvimento de serviços que mantenham e promovam as capacidades físicas, emocionais e sociais dos cuidadores, organização de opções de descanso do cuidador na própria casa de quem recebe cuidados, uma avaliação da capacidade funcional de quem recebe cuidados e do cuidador” (NOGUEIRA, 2009, p. 18).

A elaboração deste diário de aprendizagem assumiu grande relevância nesta etapa do meu percurso académico, na medida em que, a vivência desta experiência permitiu-me refletir e analisar a intervenção do EEER integrado numa ECCI, no seio da comunidade.

Para que existam cuidados de enfermagem de excelência, é sem dúvida necessário que os enfermeiros sejam dotados de capacidades e competências específicas na sua área de atuação. No entanto, para se atingir níveis de excelência é, crucial vivenciar determinadas experiências, pois é desta forma que se consegue alcançar um nível profissional de qualidade. Por outro lado, é igualmente importante a aprendizagem contínua e a busca incessante de informação, conducentes a uma constante actualização. Da mesma forma, a realização de atividades que promovam a capacidade reflexiva promovem a autorregulação da aprendizagem, conduzindo à consolidação dos conhecimentos.

## Bibliografia

Branco, T., & Santos, R. (2009). “Ser Enfermeiro Especialista de Reabilitação...”. *Enformação*, p.6-9.

Collière, Marie-Françoise – Cuidar...A primeira Arte da Vida. 2ª edição Lisboa – Lusociência 2003.ISBN 972-8383-53-3

Fernandes, Jacinta de Jesus Borreicho Raposo – Cuidar no Domicílio – A sobrecarga do Cuidador Familiar - Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos – Universidade Lisboa-Faculdade de Medicina de Lisboa - 2009

Figueiredo, Maria do Céu Aguiar Barbieri (2011) – Enfermería familiar y comunitária en el ámbito internacional. *Enfermería de Familia en Portugal: un caminho en desarrollo. Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*. [s.l.]. Vol. 4, nº 2 (ocotbre 2011). p. 45-47.

Meleis, A., (2000). *Experiencing Transitions: Na Emerging Middle-Range Theory*. *Adv Nurs Sci*, 23, pp. 12-28.

Nogueira, J. M. Abreu – Cuidados Continuados Desafios. *Cuidados Continuados. Saúde e Apoio Social. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados*. (Julho, 2009). p. 1-22. Acedido em: 29/12/2011, de Ministério da Saúde.

Potter, Patrícia A.; PERRY, Anne Griffin (2003) – *Fundamentos de Enfermagem*. 5ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-24-0.

Stanhope, Marcia; Lancaster, Jeanette (2008) – *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. 7ª ed. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-29-1.

UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (Agosto de 2011). *Manual do prestador - Recomendações para a melhoria contínua*. 1ª. Lisboa.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Disponível em: [www.rncci.min-saude.pt/.../cuidados\\_continuados\\_desafios\\_final.pdf](http://www.rncci.min-saude.pt/.../cuidados_continuados_desafios_final.pdf).

## **Apêndice VII- Reflexão - O reencontro**

**2º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

# **REFLEXÃO**

## **“O REENCONTRO”**

Dulce Maria da Silva Rodrigues

Lisboa  
2012

“O processo de reabilitação pode ter início com especialistas numa instituição, mas continuará em casa e na comunidade, às vezes por toda a vida”

Hoeman

## ÍNDICE

<b>1.INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>2.CONTEXTUALIZAÇÃO RETROSPETIVA.....</b>	<b>5</b>
<b>3.REFLEXÃO E ANÁLIDSE DO REENCONTRO NA COMUNIDADE.....</b>	<b>8</b>
<b>4.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>12</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>13</b>

## 1.INTRODUÇÃO

Consciente das potencialidades que as narrativas reflexivas e analíticas exercem sobre a construção de saberes e aquisição de competências pessoais e profissionais; insere-se assim, a presente reflexão num percurso formativo, em que a análise e reflexão das práticas constituem um meio de desenvolvimento de competências de EEER.

Tal como o título sugere trata-se de um encontro ocasional, durante o ensino clínico em contexto comunitário, com um utente que foi alvo de cuidados no serviço de internamento de ortopedia onde exerço funções.

A situação em questão carece, na minha perspetiva, de uma reflexão especial por ter constituído um momento de aprendizagem único, tendo em conta a coincidência que orientou este reencontro entre a enfermeira e o utente e, as circunstâncias em que aconteceu.

Irei desenvolver esta reflexão baseada num exercício reflexivo e analítico, sem recurso a uma pesquisa bibliográfica detalhada, ancorado em saberes e sentires aliados à prática profissional e à experiência de vida, porque considero que o desenvolvimento pessoal influencia a conduta profissional e ambos não se podem dissociar, mas sim complementarem-se e enriquecerem-se.

Efetuei uma pequena descrição da situação numa vertente retrospectiva e de seguida farei uma breve reflexão sobre esses acontecimentos, dando especial relevo aos sentires que esta experiência proporcionou, enquadrados na temática da continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação. Finalizarei com uma síntese analítica dos pontos mais marcantes deste reencontro.

## 2. CONTEXTUALIZAÇÃO RETROSPETIVA

J.P. é um senhor de 66 anos que sofreu uma queda de um telhado resultando em traumatismo vertebral medular a nível D10-D12, no ano de 2009. Uma lesão completa que se traduziu em paraplegia. O utente foi submetido a um internamento numa unidade vertebral medular de um hospital central da área de residência durante o período de choque medular, tendo sido transferido para o hospital da área de residência para continuidade de cuidados.

É neste contexto que o utente chega à unidade onde exerço funções. Recorrendo à memória, relembro alguns dados da avaliação/perceção inicial do acolhimento a este Srº e família. Uma família estruturalmente tradicional, constituída pelo casal, dois filhos que habitam próximo, mãe e sogra independentes sob os cuidados do casal a viverem na mesma aldeia. O Srº é trabalhador rural sendo a base do suporte económico deste núcleo familiar.

À chegada ao serviço é perceptível o défice de conhecimentos que o utente e família apresentam, demonstrado pelo desconhecimento evolutivo da situação, acreditando que é uma doença reversível através do tratamento de fisioterapia e terapêutica medicamentosa. Nos primeiros dias, semanas foi patente a negação da situação, acompanhada por rejeição dos cuidados de reabilitação. Assistia-lhes o sentimento de que esta unidade de cuidados não era o indicado para o tratamento, por isso o seu estado de saúde não evoluía.

O acompanhamento familiar não ia além das visitas de duas horas, no horário convencional, repartido pelos amigos, vizinhos, e familiares diretos. A situação requeria uma intervenção urgente e eficaz sob o risco de não haver adesão aos cuidados de reabilitação, comprometendo a recuperação do utente.

A equipa multidisciplinar preparou uma reunião com a família, que envolvia os filhos, esposa, mãe do utente, o médico assistente, EEER, a fisioterapeuta, a psicóloga e a assistente social, com o objetivo principal de promover a adesão ao processo de reabilitação.

Esta ação fomentou a adesão familiar ao processo de reabilitação e foi a intervenção do binómio família/equipa hospitalar que permitiu ao utente ultrapassar a fase de negação.

Até aqui todas as intervenções desenvolvidas para proporcionar bem-estar e ânimo ao utente pareciam não surtir efeito positivo. O Srº recusava as mobilizações, as transferências eram percebidas por ele como “inúteis”, e eram motivo de sofrimento interior. Um dia, sendo eu a enfermeira responsável pelo utente nesse turno, depois de efetuada a transferência para a sua cadeira de rodas, o discurso do Srº recaía sobre as coisas que fez na vida e que pensava nunca mais conseguir voltar a fazer. Aproximava-se a hora da refeição e em vez da refeição hospitalar que havia escolhido de véspera, oferecemos-lhe uma refeição de leitão. O Srº expressou gratidão pela atenção prestada, ficou sorridente e pela primeira vez teve um momento de alegria.

Os dias seguintes foram de uma mudança radical na adesão ao processo de reabilitação, o próprio utente “exigia” mais e mais, lutava quase até à exaustão, a intervenção da família era muito efetiva, passavam quase todo o dia com o Srº, incentivavam-no e colaboravam ativamente nos cuidados. A preparação para a alta estava a evoluir favoravelmente, os vizinhos também intervinham; um amigo carpinteiro ofereceu-se para fazer uma tábua de transferência, iniciaram adaptações no domicílio, o seu vizinho pedreiro fez uma rampa de acesso à porta principal de casa, levaram a cadeira de rodas para ver no local as alterações necessárias. A preparação da alta decorria com entusiasmo e contemplava um regresso a casa seguro. Programou-se uma ida a casa de fim-de-semana, decorreu sem problemas. Passada 1 semana desta visita ao domicílio, e ao fim de 4 semanas de internamento, o Srº J.P. regressou ao seu lar com sucesso, a continuidade de cuidados dependia do ingresso breve num centro de reabilitação para o qual aguardava vaga. A equipa teve a sensação de missão cumprida.

Ao analisar a situação parece que o planeamento e desenvolvimento das ações foi eficaz, ou não fosse este reencontro passados quase três anos, que permitiu esta reflexão individual e promoveu uma discussão de caso no seio da equipa multidisciplinar do serviço de ortopedia.

Em Janeiro, durante o ensino clínico em contexto comunitário, ao regressar à minha casa deparo-me com um automóvel que desconhecia e no porta-bagagem observo uma cadeira de rodas, uma senhora de idade avançada e um homem ao volante que

repentinamente não reconheci; ouço chamar pelo meu nome, volto a olhar, era o Srº J.P. com a sua mãe num automóvel adaptado. O Srº procurava alguns profissionais, que na sua opinião, tinham desenvolvido ações que foram marcantes na sua recuperação, queria que constatássemos como o tínhamos ajudado a “recomeçar” uma nova vida.

Conversámos durante algum tempo, o Srº falou do seu processo de reabilitação no centro de reabilitação durante três meses, das dificuldades, das vitórias que conseguiu, de projetos futuros, das adaptações que desenvolveu nestes anos, mas de repente referiu-se a um episódio, que na sua perspetiva mudou o rumo da sua vida: *“um dia em que desejava mais morrer do que viver, e como se me lesse os pensamentos, ofereceu-me o meu prato preferido – leitão. Percebi que tinha de viver, pelos prazeres que a vida ainda me reservava”*. Inevitavelmente a emoção estampou-se no meu rosto, lembrei a ação, lembrando que não tive a perceção da sua “magnitude”. Conversámos durante mais algum tempo e agendamos uma visita ao serviço, algo que o Srº gostava de fazer, mas na sua humildade imaginava que *“passam lá muitos doentes, não se vão lembrar de mim”*.

Só por si este reencontro serviria de matéria suficiente para uma reflexão, mas a coincidência vem depois. Dado o contexto, no dia seguinte comento com a EEER orientadora do estágio na comunidade o sucedido, este Srº é utente desta equipa de cuidados continuados integrados e em específico da enfermeira orientadora. Acordamos uma visita domiciliária conjunta. Assim aconteceu, e tive a oportunidade de compreender a realidade de vida deste utente, enquadrando o seu percurso de reabilitação desde a fase aguda até à fase de completa adaptação (que para o utente foi atingida com a aquisição e condução de um veículo adaptado).

Não será necessário descrever pormenores desta visita domiciliária, pois antevê-se o efeito “surpresa” que causou ao utente e família. Importa ainda abordar a relação entre o utente e a EEER da comunidade, o utente apela-a de *“a minha salvadora, que está cá sempre que preciso”*.

### 3. REFLEXÃO E ANÁLISE DO REENCONTRO NA COMUNIDADE

O objetivo dos cuidados de enfermagem ao utente com lesão vertebro medular é “garantir que a pessoa chegue á fase de sequelas com as capacidades residuais intactas e que as limitações existentes sejam apenas consequência das lesões inicialmente sofridas e não o resultado de uma prestação de cuidados insuficiente ou inadequada”<sup>1</sup>. O desenvolvimento deste objetivo permite ao utente e família/cuidador estarem munidos de mais e melhores potencialidades para a sua reabilitação. Todas as intervenções e esforços desenvolvidos neste sentido requerem um envolvimento e compromisso efetivo da equipa interdisciplinar.

O conhecimento do utente e família acerca da sua situação clinica é fundamental para a adesão dos mesmos ao processo de recuperação da pessoa, Collière (1989, p.294) refere que um processo de descoberta significa que se ousa ir ao encontro “desconhecido”, quer por parte de quem cuida, quer por parte de vai usufruir dos cuidados,

“toda a situação de cuidados consiste no encontro de pessoas (...) a primeira descoberta consiste em situar-se mutuamente, para conhecer o outro, situá-lo e conhecê-lo a partir dos seus diferentes estatutos (...) para actuar em complementaridade com o que eles próprios ainda não sabem fazer, não podem, já não podem, ou então podem fazer com suporte e ajuda”.

A questão fundamental no inicio deste processo estava relacionada com os conhecimentos que a família e utente não possuíam, aliado ao processo natural de rejeição e negação do sucedido.

Segundo Vechia, a

“doença é vista pelo indivíduo como uma ameaça do destino. Ela modifica a relação do paciente com o mundo e consigo mesmo. Desencadeia uma série de sentimentos como impotência, desesperança, desvalorização, temor, apreensão... É uma dolorosa ferida no sentimento de onipotência e de imortalidade”

A negação constitui uma defesa contra a tomada de consciência do problema e da gravidade que encerra, é frequente ser encontrada nas fases iniciais das doenças agudas. O papel dos enfermeiros consiste em ver o utente como um todo, ser sensível às suas reações e mostrar as perspetivas reais que existem quanto à sua recuperação.

---

<sup>1</sup> Apontamentos da aula professor João Santos – Reabilitação III, 09-05-2011, ESEL

Deve-se respeitar o "tempo interno" do doente e não forçá-lo a aceitar toda a verdade de uma vez.

A família/cuidador pode viver também este sentimento de negação, frequentemente os familiares e amigos sentem-se frustrados e atemorizados e requererem a nossa intervenção. Da mesma forma que quando se sentem esclarecidos do processo e capacitados para intervir, podem ser um elemento promotor da adesão do utente á sua recuperação, favorecendo a aceitação que significa na opinião de Vechia uma

“permanente tentativa de buscar uma convivência razoável» com a doença. Não significa uma aceitação passiva nem uma submissão à doença, mas sim que a reação depressiva provocada pela doença pode ser elaborada e controlada pelo paciente”.

O planeamento da intervenção da equipa multidisciplinar foi decisiva para esclarecer e envolver toda a familia e através dela chegar mais próximo e de forma mais efetiva ao utente, simultaneamente cuidamos também dos familiares, diminuindo a sua ansiedade. Nesta equipa posso afirmar que o gestor de caso foi a EEER. Desde o inicio liderou a equipa no sentido de se planearem todas as intervenções em consonância com o projeto de reabilitação e toda a equipa lhe reconheceu competências para desempenhar esse papel. O enfermeiro especialista “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (art.º 7º OE, 2010).

Durante a prestação de cuidados era patente o sofrimento interior que o utente vivia, como pessoa humana que presta cuidados, não poderia ser indiferente a tanto mau estar, “a compaixão é inevitável na verdadeira prática do cuidar e que se dirige ao corpo-sujeito. Rejeitá-la equivale a rejeitar a própria função de cuidar” (HESBEEN, 2000, p.105). O mesmo autor fala da capacidade de inferência no processo de cuidar, que significa ir ao encontro do utente para agir na sua situação, mobilizando um vasto campo de conhecimentos científicos, retirados de teorias, modelos ou da observação, que permitam identificar ações para praticar a arte de cuidar. Este campo de atuação, na opinião do autor, é vasto e implica criar cuidados e inclui necessariamente a intuição para agir de forma subtil e adaptada a cada situação. A ação de oferecer ao utente a sua refeição preferida inscreve-se nesta capacidade de inferência, de “reinventar os cuidados...Cuidados que promovam a vida, cuidados desalienantes que restituam um sentido à vida, tanto dos que recebem como do que os prestam” (COLLIÈRE, 1989, p.

350). Quando planeei esta ação, provávelmente os meus olhos estariam a “criar” um olhar diferente, o olhar que mais tarde me conduziria a este momento de reflexão.

Quando se começou a operar uma mudança radical na postura do utente fase à sua recuperação, ficou patente que quando parecia ter-se atingido o limite da intervenção, eis que a proximidade e a persistência dos enfermeiros liderados pelo EEER consegue

”fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas. Porque os cuidados de enfermagem são assim, compostos de múltiplas acções que são sobretudo (...) uma imensidão de “pequenas coisas” que dão possibilidade de manifestar uma “grande atenção” ao beneficiário de cuidados e seus familiares” (Hesbeen, 2000, p. 47)

O regresso a casa foi planeado, consideramos nós (equipa), quase minuciosamente; era necessário evitar riscos para o utente e simultaneamente capacitar a família/cuidador para que todo corresse sem incidentes. Segundo Andrade e Gonçalves (2006) as orientações da terapia funcional são fundamentais para evitar ou minimizar deformidades articulares, fraturas secundárias e trombose venosa profunda. A reeducação funcional respiratória facilita a eliminação de secreções e reduz a incidência de infeções e outras complicações pulmonares. Os cuidados com a pele evitam o desenvolvimento de úlceras de pressão. Os cuidados com as vias urinárias e com o intestino evitam complicações graves. Todas estas medidas melhoram a qualidade de vida do paciente.

Realizamos sessões de treino com a família, ao nível das funções de alimentação, eliminação, motora, sexualidade e realização de treino de AVD's; atendendo às principais preocupações do utente e família que se direccionavam para as mobilizações, acessibilidade, remoção das barreiras arquitetónicas, readaptação da habitação e eliminação. O primeiro fim-de-semana no domicílio foi, segundo a nossa avaliação naquela data, um sucesso, hoje a avaliação difere um pouco.

Quando levei a situação de retorno ao seio da equipa, ficou perceptível que a continuidade de cuidados foi assegurada ao nível dos cuidados de manutenção (Collière, 1989), junto da família/cuidador, mas refletindo e analisando a evolução deste caso clinico que a continuidade dos cuidados de reabilitação não foi identificada como uma intervenção prioritária. O contacto com a EEER da comunidade teria otimizado a reinserção deste utente no seu contexto familiar. Durante a visita ao domicílio do utente tive a percepção da

importância desta continuidade de cuidados de reabilitação quando o Sr. referiu que pela segunda vez estava em obras, pois tinha adquirido uma cadeira de rodas elétrica, e quando ampliou as portas há três anos nunca pensou nesta cadeira. Tal observação fez-me repensar que se à época o regresso a casa tivesse sido planeado também, com a intervenção do EEER, os recursos teriam sido otimizados e provavelmente maximizadas potencialidades do utente.

Hoeman (2000, p.284) vem de encontro a esta constatação e refere que “na comunidade, a acessibilidade é um problema. É essencial conhecer o ambiente em que a cadeira de rodas vai ser usada - é preciso ter em linha de conta por exemplo, as medidas das ombreiras das portas e as dimensões do quarto, bem como as saídas e entradas, a colocação de rampas, o acesso ao edifício e os desnivelamentos na área de vida, os meios de transporte de e para as áreas de vida, a praticabilidade da transferência da cadeira de rodas para um veículo motor tradicional, a necessidade de carrinhas especiais ou modificadas e os serviços de emergência que podem ser chamados”.

Importa ainda refletir sobre as palavras do Sr. J.P., quando se refere à EEER da comunidade, “*a minha salvadora, que está cá sempre que preciso*”, o utente e família/cuidador tem uma relação de confiança com esta enfermeira, sendo que entrega-se com segurança ao seu cuidado (Oliveira e Lopes, 2010). Também Basto (2009, p.13) a propósito do cuidar de enfermagem refere que o “processo de cuidar não é linear, não segue só a um raciocínio lógico de resolução de problemas mas exige avaliação e intervenção praticamente simultâneas, que resultam da centração da atenção na vida quotidiana da pessoa/grupo, nas respostas às situações de saúde que estão a viver”. Ainda Watson (2002) aborda o cuidar como ideal moral que envolve valores, vontade um compromisso, conhecimentos e ações carinhosas, estando relacionado com respostas humanas e interações.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este reencontro foi promotor de várias ações, por um lado promoveu a reflexão sobre as práticas, impulsionando a discussão multidisciplinar deste caso e contribuindo assim para uma melhoria dos cuidados de enfermagem. Foi gerador de bem-estar para o utente e família/cuidador na medida em que concretizou parte do seu projeto de vida. Contribui para a visibilidade dos cuidados de enfermagem. Constitui por si só um exemplo da importância da continuidade de cuidados. Alertou para a importância/influência que as ações de enfermagem exercem no percurso de vida do utente, como referem Branco e Santos (2009, p.7)

“a sensibilidade para a interpretação das necessidades da pessoa permite-nos estabelecer uma efectiva relação de ajuda e de nos posicionar na situação singular do outro, e ao mesmo tempo sermos capazes de nos descentrar e intervir de modo inovador, criativo e adequado às necessidades do individuo. O intuito será assim a promoção do seu bem estar, mesmo que esse bem estar não passe pela cura ou pela reparação do seu corpo, mas sim por uma vida com sentido, onde o sentido se tinha perdido”.

Na prática diária dos cuidados é bom que todos os profissionais reconheçam as capacidades específicas de intervenção dos outros profissionais, dentro e fora dos seus contextos de trabalho, cientes que todos detêm saberes e competências fundamentais ao processo de recuperação da pessoa. Esta “postura” pode facilitar a articulação de cuidados e promover a continuidade de cuidados.

Este reencontro sucedeu numa fase deste percurso formativo, em que o cansaço ameaçava comprometer a motivação que sempre me orientou neste caminho. Parar para refletir e analisar esta situação confere dados, que embora sem comprovativo científico, baseiam-se na observação e análise da prática, comprovando a necessidade da promoção da continuidade de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação.

A articulação de cuidados entre o contexto hospitalar e comunitário, assume cada vez maior relevância na execução da função de enfermagem, que segundo Watson (2002, p.54) é “cuidar da totalidade da personalidade humana”. Esta reflexão espelha a necessidade de efetivar essa articulação de forma individualizada e de acordo com o projeto de vida da pessoa.

## BIBLIOGRAFIA

Andrade, F. M., & Pereira, L. C. (Setembro de 2005). A Relação Enfermeiro-Doente Idoso Sob um Olhar Bioético. *Sinais Vitais* , p. 14 a 17.

Andrade, M. J., & Sofia, G. (2006). *Lesão medular traumática - recuperação neurológica e funcional*. Obtido em 15 de Janeiro de 2012

Basto, M. L. (2º semestre de 2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina- proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem* , 13.

Collière, M. F. (1989). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Damaia: Printipo – Indústrias gráficas.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures, Loures: Lusociência.

O.E. (29 de Maio de 2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 29/05/2010 . Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Oliveira, C. S., & Lopes, M. J. (1º Semestre de 2010). Construir Laços de Confiança e Promover o Conforto. *Pensar Enfermagem* , 14.

Vechia, F. D. (s.d.). *As reações psicológicas á doença e ao adoecer*. Obtido em 20 de janeiro de 2012, de [www.ccs.ufsc.br/psiquiatria/981-08.html](http://www.ccs.ufsc.br/psiquiatria/981-08.html)

## **Apêndice VIII-Poster**

# UTENTES IDOSOS COM FRATURA DO FÉMUR

## ORTOPEDIA

### Critérios de Referência:

#### Pessoas:

- com dependência funcional;
- com critérios de fragilidade;
- com necessidade de cuidados de saúde, com relevância para a reabilitação e/ou promoção da autonomia e do bem estar.

(Missão para os cuidados de saúde primários)

**Continuidade de cuidados ... o caminho que potencia a qualidade de vida**

## ECCI - COMUNIDADE

### Intervenção:

- Estabilização do problema primário e prevenção de complicações secundárias;
- Restauração da função perdida (total ou parcialmente);
- Promoção da adaptação da pessoa ao seu ambiente;
- Adaptação do ambiente à pessoa;
- Promoção da adaptação familiar.

(Baião e Rodrigues, "Critérios de referência para Enfermagem de Reabilitação")