



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Enfermagem de Reabilitação Centrada na Pessoa com Dependência nas Atividades de Vida Diária

Maria Miguel Godinho Ventura

Orientação: Maria José Bule

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



**POLITÉCNICO
SETÚBAL**

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Enfermagem de Reabilitação Centrada na Pessoa
com Dependência nas Atividades de Vida Diária**

Maria Miguel Godinho Ventura

Orientação: Maria José Bule

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

“A mente que se abre a uma nova ideia, já mais voltará ao seu tamanho original”

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer à Professora Maria José Bule, por todo o apoio demonstrado, pela excelente orientação e pela disponibilidade demonstrada ao longo desta etapa.

Ao Luís, por toda a paciência, apoio e auxílio, vendo sempre o lado positivo e acreditando sempre nas minhas competências, encorajando-me a seguir os meus sonhos.

Aos meus pais, Suzana e João, pela ajuda e incentivo demonstrado.

À minha tia Cisa, por toda a paciência e disponibilidade.

Às excelentes profissionais que me orientaram ao longo dos estágios, proporcionando um leque abrangente de conhecimento e experiências, fazendo assim com que o gosto pela Enfermagem de Reabilitação fosse crescendo ao longo de cada vivência.

RESUMO

O internamento hospitalar de pessoas com mais de 65 anos pode levar a alterações a nível funcional, devido à inatividade, às restrições pelo tratamento e ao contexto complexo e desconhecido. Cuidados de enfermagem de reabilitação podem diminuir a dependência nos autocuidados. O défice para o autocuidado é recorrente em idosos no internamento e no domicílio

Objetivo: Analisar o desenvolvimento de competências de enfermagem de reabilitação e de Mestre, com evidência dos resultados das intervenções especializadas na capacitação para o autocuidado das Pessoas acompanhadas nos estágios.

Metodologia: Revisão da literatura; estudos de caso múltiplos segundo a Teoria da Intervenção Terapêutica e as Teorias de Dorothea Orem, e reflexão crítica sobre as atividades e os resultados obtidos nos estágios (Neurologia, orto-traumatologia e cardiorrespiratório).

Resultados: Sete participantes com idade média 78 anos, acompanhados durante 4 dias melhoraram a capacidade para os autocuidados.

Conclusão: As competências definidas foram desenvolvidas, a recuperação nos autocuidados demonstra sensibilidade aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Palavas Chave: Enfermagem de Reabilitação; Autonomia, Atividades de Vida Diária.

ABSTRACT

Hospitalization of people over 65 can lead to functional changes, due to inactivity, treatment restrictions and the complex and unfamiliar context. Rehabilitation nursing care can reduce dependence on self-care. Self-care deficits are recurrent in the elderly, both in hospital and at home

Objective: To analyse the development of rehabilitation nursing and Master's competencies, with evidence of the results of specialized interventions in the training for self-care of the People accompanied in the internships.

Methodology: Literature review; multiple case studies according to the Therapeutic Intervention Theory and Dorothea Orem's Theories, and critical reflection on the activities and results obtained in the internships (Neurology, orthotraumatology and cardiorespiratory).

Results: Seven participants with an average age of 78, followed up for 4 days, improved their self-care skills.

Conclusion: The skills defined were developed, and recovery in self-care demonstrates sensitivity to rehabilitation nursing care.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Autonomy; Activities of Daily Living.

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I- Mini Mental State Examination.....	71
ANEXO II- Medical Research Council Muscle Scale	74
ANEXO III- Teste de Tinetti– Versão portuguesa	76
ANEXO IV- Barthel ADL Índice.....	79
ANEXO V- Índice de Lawton-Brody.....	82
ANEXO VI- Questionário de Dispneia (modified MRC Dyspnea Questionnaire).....	84
ANEXO VII- Plano de Cuidados.....	86
ANEXO VIII- Aprovação do Projeto Comissão de Ética	92
ANEXO IX- Certificado Participação III Jornadas de Reabilitação da ULS Matosinhos	96
ANEXO X- Certificado de participação nas 1º Jornadas de Enfermagem do Litoral Alentejano	99
ANEXO XI- Certificado de 1º classificado em póster nas 1º Jornadas de Enfermagem do Litoral Alentejano	101
ANEXO XII- Certificado de participação na formação “História e Cultura Cigana”	103

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I- Jogo Didático	105
APÊNDICE II- Luva de estimulação sensorial dos membros inferiores	107
APÊNDICE III- Estudo de Caso	109
APÊNDICE IV- Colheita de dados	145
APÊNDICE V- Consentimento Informado.....	147
APÊNDICE VI- Caso 1.....	150
APÊNDICE VII- Caso 2.....	158
APÊNDICE VIII- Caso 3.....	166
APÊNDICE IX- Caso 4.....	174
APÊNDICE X- Caso 5	182
APÊNDICE XI- Caso 6.....	190
APÊNDICE XII- Caso 7	198
APÊNDICE XIII- Checklist Câmara expansora	206
APÊNDICE XIV- Sessão de Educação para a Saúde “Capacitar Reabilitando- ASMA”	208
APÊNDICE XV- Sessão de Educação para a Saúde “Capacitar Reabilitando- DPOC”	214
APÊNDICE XVI- Questionário de avaliação- WORKSHOP ASMA	221
APÊNDICE XVII- Questionário de avaliação- WORKSHOP DPOC	223
APÊNDICE XVIII- Sessão de Educação para a Saúde “Tenho mais de 65 anos, chegou o Inverno, e agora?”	225
APÊNDICE XIX- Questionário de avaliação- “Tenho + de 65 anos, chegou o Inverno e agora?.....	231
APÊNDICE XX- Panfletos	233
APÊNDICE XXI- Póster “Enfermagem de Reabilitação no Peri-operatório de Doentes com Artroplastia do Joelho: Estudo de Caso”	238

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Diagrama PRISMA.....	16
Figura 2- Referencial Teórico de Dorothea Orem (Wills, 2016)	22

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização dos Participantes	32
Tabela 2- Caracterização da Força Muscular.....	33
Tabela 3- Caracterização do Equilíbrio.....	35
Tabela 4- Caracterização da Independência nas AVD's	36
Tabela 5- Tabela de Independência nas AIVD's.....	38

ABREVIATURAS, SIGLAS E SIMBOLOS

AIVD- Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVC- Acidentes Vascular Cerebral

AVD- Atividades de Vida Diária

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

Dto. - Direito

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER- Enfermagem de Reabilitação

Esq- Esquerdo

GUSS- Escala Gugging Swallowing

HD- Hospitalização domiciliaria

HPB- Hipertrofia Benigna da Próstata

IC- Insuficiência cardíaca

LCADL- Escala London Chest Activity of Daily Living

MIF- Medida de Independência Funcional

MMES- Mini Mental State Examination

MRC-ms- Medical Research Council - Muscle Scale

NIHSS- National Institute of Health Stroke Scale

PTA- Prótese Total da Anca

PTJ- Prótese Total do Joelho

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

1-	INTRODUÇÃO.....	3
2-	APRECIAÇÃO DO CONTEXTO	6
	2.1- UNIDADE DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL- AVC	7
	2.2- SERVIÇO DE ORTOPEDIA.....	8
	2.3- CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS- UCC	10
3-	ANÁLISE DE PRODUÇÃO DE DADOS	12
4-	A PESSOA COM DEPENDÊNCIA NAS AVD'S- SCOPING REVIEW	15
	4.1 - METODOLOGIA	15
	4.2- RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	17
5-	REFERENCIAL TEÓRICO DE DOROTHEA OREM	22
6-	PROJETO DE INTERVENÇÃO	25
	6.1- METODOLOGIA	26
	6.2- PARTICIPANTES.....	27
	6.3- ETAPAS DO PROJETO.....	27
	6.3.1- Avaliação diagnóstica	27
	6.3.2- Intervenção terapêutica	28
	6.3.4- Avaliação de resultados.....	29
	6.4- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	29
7-	RESULTADOS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM DEPENDÊNCIA NAS AVD'S	31
	7.1- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	31
	7.2- CARACTERIZAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.....	32
	7.3- CARACTERIZAÇÃO DO EQUÍLBRIO.....	35
	7.4- CARACTERIZAÇÃO DA INDEPENDÊNCIA NAS AVD's	36
	7.5- CARACTERIZAÇÃO DA INDEPENDÊNCIA NAS AIVD's	37

8- ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE: A PESSOA COM DOENÇA RESPIRATÓRIA	39
9- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	44
10- COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA	49
10.1- COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	49
10.2- COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO	54
10.3- COMPETÊNCIAS DE MESTRE	58
11- CONCLUSÃO	60
12- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62

1- INTRODUÇÃO

No âmbito da sétima edição do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização de Enfermagem de Reabilitação (ER) realizado na Escola Superior de Saúde de Portalegre, surge a realização deste Relatório de Estágio que tem como objetivo demonstrar capacidade crítica reflexiva das práticas, fundamentar as decisões com base na evidência científica, analisar e avaliar a elaboração e execução do Projeto de Intervenção e apresentar o relatório em provas públicas (Politécnico de Portalegre, 2023). Os estágios foram realizados em três locais distintos, com o objetivo de adquirir competências nas três áreas de atuação da Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente na área de cuidados cardiorrespiratórios, neurológicos e ortro traumatológicos.

A Enfermagem de Reabilitação tem um papel fundamental na promoção da saúde e na qualidade de vida dos utentes que necessitam de cuidados especializados. A abordagem centrada na pessoa, considerando as suas necessidades biopsicossociais, é uma das premissas fundamentais desta área de atuação, que visa a recuperação e reintegração do indivíduo na sociedade. A Enfermagem é reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros como uma profissão autónoma, que requer um crescente aumento de conhecimentos e práticas, fazendo com que potencie novos campos de atuação para os Enfermeiros Especialistas, elementos ativos da equipa multidisciplinar e multiprofissional (Ordem dos Enfermeiros, 2022).

Para a aquisição do grau de mestre numa área científica, devem ser demonstradas capacidades de integrar conhecimentos, fazer reflexões críticas e assumir responsabilidade pessoal e profissional.

Os estágios foram realizados em três instituições de saúde distintas, mas todas pertencentes à mesma área geográfica. O primeiro estágio decorreu numa Unidade de Acidente Vascular Cerebral, no período de 22 de maio de 2023, a 30 de junho de 2023 com a duração de seis semanas, onde foram desenvolvidos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na área de cuidados neurológicos. O estágio final foi dividido em dois locais distintos, cuidados ortro traumatológicos, prestados num serviço de Ortopedia no período de 11 de setembro de 2023, a 17 de novembro de 2023, com a duração de 10 semanas, onde foram adquiridas competências específicas na área de ortro traumatologia e, cuidados

cardiorrespiratórios, os quais foram prestados em Cuidados de Saúde Primários, em contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade, no período de 20 de novembro de 2023, a 26 de janeiro de 2024, com a duração de 6 semanas, onde foram adquiridas competências na área dos cuidados respiratórios.

Durante o estágio na Unidade de AVC, acompanhou-se o processo de reabilitação de utentes com afeção neurológica, proporcionando cuidados especializados e individualizados, de acordo com as necessidades de cada um. A abordagem interdisciplinar foi fundamental neste contexto, permitindo uma atuação integrada e multidisciplinar que potenciou a recuperação e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. No serviço de Ortopedia, houve oportunidade de acompanhar utentes com patologia músculo-esqueléticas, como fraturas, amputações e cirurgias programadas. A intervenção focou-se na promoção da mobilidade, no controlo da dor, e ganhos nos autocuidados, visando a recuperação funcional e a reintegração dos utentes no seu quotidiano. Os cuidados de saúde primários representam uma componente essencial na prestação de cuidados de saúde na comunidade, visando a prevenção e o acompanhamento de pessoas com doenças crónicas. Durante o estágio, houve oportunidade de participar em consultas de Enfermagem, realizar ensinamentos e sessões de educação para a saúde, promovendo estilos de vida saudáveis e prevenindo complicações. No decorrer dos estágios houve oportunidade de observar os cuidados prestados no Departamento de Atividades de Vida Diária, no Centro de Reabilitação de Alcoitão.

A escolha dos locais de estágio, bem como a sua organização foi pensada de modo a dar resposta ao tema proposto para o Relatório- Enfermagem de Reabilitação Centrada na Pessoa com Dependência nas Atividades de Vida. A pertinência do tema enquadra-se no contexto de existir um aumento do número de pessoas idosas (Pordata, 2022a) e consequentemente aumenta o nível de dependência (Pordata, 2022b). A hospitalização de utentes com mais de 65 anos pode resultar em alterações na sua capacidade funcional devido à falta de atividade, impactando negativamente na qualidade de vida.

Como objetivo geral do Projeto de Intervenção definiu-se capacitar para a realização das Atividades de Vida Diária em adultos e idosos, em meio hospitalar e no domicílio. Todo o Projeto de Intervenção foi elaborado tendo em consideração a teorizada relação terapêutica de Manuel Lopes e o referencial teórico de Dorothea Orem. Este referencial teórico faz alusão ao papel que o Enfermeiro desempenha no auxílio do outro aquando da realização das atividades de vida, visando a autonomia e a independência. Neste sentido, a assistência prestada pelo Enfermeiro deve ser focada nas necessidades individuais de cada utente, apoiando-o em todo o processo de reabilitação e adaptação às suas

limitações. A metodologia adotada baseou-se no estudo de casos múltiplos, uma abordagem que permite uma análise aprofundada e detalhada de cada situação clínica vivenciada, durante o estágio. Os estudos de caso permitem uma compreensão mais abrangente do processo de reabilitação, identificando os desafios, sucessos e aprendizagens que surgem no acompanhamento próximos dos utentes.

A prática de Enfermagem de Reabilitação exige do Enfermeiro competências técnicas, científicas e humanas, que permitam uma intervenção eficaz e de qualidade. A capacidade de estabelecer uma relação terapêutica com o paciente, a empatia, a comunicação eficaz e o trabalho em equipa são competências fundamentais para o Enfermeiro de Reabilitação, que deve ter sempre em mente o bem-estar e a segurança do paciente.

O relatório está dividido em dez capítulos, incluindo a Introdução, a apreciação do Contexto, a análise de produção de dados, scoping review, referencial teórico de Dorothea Orem, projeto de intervenção, resultados dos cuidados de enfermagem de reabilitação, cuidados respiratórios, competências de enfermagem e conclusão.

2- APRECIÇÃO DO CONTEXTO

O capítulo que se segue tem como objetivo caracterizar as instituições onde se realizaram os estágios e a apreciação do contexto onde estão inseridas. Os contextos são apresentados com a sequência cronológica dos estágios realizados.

Todos os estágios foram realizados em diferentes Unidades de Saúde. Neste sentido, considera-se a Unidade de AVC pertencente ao Hospital A, onde foram adquiridas as competências referentes aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao doente com afeção neurológica; o Hospital B, que comporta o Serviço de Ortopedia, onde foram adquiridas as competências referentes aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao doente, com afeção orto traumatológica e por fim, o Centro de Saúde C, na UCC onde foram adquiridas as competências referentes aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao doente, com afeção cardiorrespiratória.

O aumento das pessoas idosas em Portugal é uma realidade que se tem vindo a acentuar ao longo das últimas décadas, conforme podemos constatar nos dados que a seguir se apresentam. Em 2011 existiam em Portugal cerca de 2.010.064 pessoas idosas, evoluindo para 2.423.639 em 2021 (PORDATA, 2023b), fazendo assim com que o índice de envelhecimento de 125.9 presente em 2011 evoluísse para 178.4 em 2021 (PORDATA, 2023a). Em 2011 o índice de dependência dos idosos em Portugal era de 28.7 e em 2021 de 36.9 (PORDATA, 2023a). A área geográfica onde se realizaram os estágios, não é exceção ao panorama nacional.

A população abrangida pelo Hospital A, teve um aumento de 4% do número de idosos (de 19.8% em 2011, para 23,8% em 2022), o que demonstrou uma evolução no índice de envelhecimento de 41 idosos, por cada 100 jovens, em apenas 11 anos (137 idosos por cada 100 jovens, em 2011, para 178 idosos para cada 100 jovens, em 2022) (Pordata, 2022b).

No Hospital B, verificou-se a mesma tendência no índice de envelhecimento da população, registando-se um aumento de 148 em 2011, para 174 em 2022, o que demonstra um aumento da percentagem de 22.3%, de idosos em 2011 para 24.4% em 2022 (Pordata, 2022a).

No que concerne ao Centro de Saúde C, verificou-se uma estagnação no índice de envelhecimento, mantendo-se o valor de 244 em 2011 e 2022 e um ligeiro aumento da percentagem do número de idosos, de 28.2% em 2011, para 28.6% em 2022 (Pordata, 2022c).

O Hospital A, tem como missão prestar cuidados diferenciados garantindo padrões de qualidade e eficiência elevados. Rege-se por alguns valores, nomeadamente o respeito pela dignidade dos cidadãos, a promoção da qualidade, da ética e integridade. Este hospital visa dar resposta às necessidades da população (HESE, 2021).

O Hospital B, tem como missão a prestação de cuidados personalizados a todos os cidadãos, garantindo uma resposta adequada, de qualidade, onde não é descurado o rigor técnico-científico e o respeito pela dignidade humana. Visa também a promoção de valores de confiança entre os colaboradores e os utentes numa busca contínua de soluções que permitam reduzir a morbilidade e aumentar os ganhos em saúde. Segue diversos valores, sendo alguns deles o respeito pelo cidadão, excelência técnica, a ética e a integridade. O hospital tem como objetivo principal a promoção da saúde, a prevenção da doença e a prestação de cuidados diferenciados a todo o tipo de cidadãos (ULSNA, n.d.)

O Centro de Saúde C, nomeadamente a equipa de UCC, tem como principal missão promover ações de saúde, direcionadas para o indivíduo, famílias e grupos de comunidade, com maior vulnerabilidade no âmbito domiciliário e comunitário. Tem diversos valores por onde se rege, nomeadamente o respeito, a responsabilidade, a competência e a integridade e visa a satisfação dos utentes e dos profissionais (Polme, 2023).

2.1- UNIDADE DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL- AVC

A Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC) do Hospital A, tinha lotação de seis camas. Os utentes admitidos neste serviço, são maioritariamente provenientes do Serviço de Urgência, com défices neurológicos sugestivos de AVC. O principal diagnóstico de admissão é o AVC, no entanto também são admitidos utentes com Acidentes Isquémicos Transitórios ou doentes com sintomas neurológicos para esclarecimento do diagnóstico.

No serviço existem três Enfermeiros de Reabilitação, que exercem funções de Especialista sempre que necessário, ou seja, os Enfermeiros Especialistas encontram-se em prestação de cuidados gerais, no entanto, exercem intervenções diferenciadas e especializadas sempre que, algum utente necessita. Com esta forma de organização de serviço, verificou-se que é necessário existir uma boa gestão de tempo, espírito de partilha e de cooperação, a fim de se poderem prestar cuidados especializados.

Devido à Pandemia Covid-19, houve necessidade de realizar alterações no espaço físico do Hospital A, tendo a Unidade de AVC sido transferida, fazendo com que a enfermaria tivesse disponível apenas 6 camas, e uma sala multifunções que dá apoio à unidade, servindo de sala de reuniões, sala de passagem de turno, sala de registos e refeições. Para a realização de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, como o serviço não dispõe de uma sala apropriada, intervenções como as mobilizações são realizados no leito, zelando sempre pela privacidade dos utentes, através do correr das cortinas. Outro tipo de atividades, como o treino da motricidade fina, treino da sensibilidade, já são realizados com o utente na posição sentado, junto à cama.

O serviço dispõe de alguns materiais como uma bola de pilates, um bastão, dois tabuleiros de treino de motricidade fina (fechar e abrir botões, e outro de fechar e abrir cadeados e torneiras), um kit de avaliação dos pares cranianos, um dossier de estimulação sensorial, um espelho quadriculado e diversos auxiliares de marcha. Para melhorar os cuidados de Enfermagem de Reabilitação, realizou-se um jogo didático com o objetivo de estimular os utentes nos défices mais prevalentes, como a motricidade fina e a memória (apêndice I) e uma luva de estimulação da sensibilidade dos membros inferiores, composta por diversas texturas (apêndice II).

2.2- SERVIÇO DE ORTOPEDIA

O serviço de Ortopedia situa-se no Hospital B, tendo a capacidade para acolher dezanove utentes. O serviço recebe utentes para cirurgias programadas e para cirurgias por trauma. Nas cirurgias programadas estão incluídas artroplastia do joelho e anca, ou outro tipo de cirurgias de correção. Nas cirurgias por trauma, estão incluídos todos os utentes que necessitem de intervenção cirúrgica orto-

pédica de origem traumática, como é o caso das fraturas de colo do fémur, fraturas do olecrano, fraturas maleolares, entre outras. Os utentes que dão entrada no serviço de ortopedia são provenientes do Serviço de Urgência, do domicílio, ou em caso de necessidade, provenientes de outro Hospital (por falta de vagas).

No serviço existem dois enfermeiros de reabilitação, um a exercer funções de gestão e outro a exercer funções de ER no turno da manhã, nos dias de semana, sempre que o serviço assim o permite. Encontra-se em processo de implementação um Projeto Piloto de ER designado “Re(nf)abilita”, que tem como objetivo a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações, da autonomia e da maximização das capacidades Maria.

Para a realização dos cuidados de ER, o serviço dispõe de diversos materiais, como auxiliares de marcha, bastão, sacos de areia, fita elástica, artromotor e pinças para treino da motricidade fina. Não existe nenhuma sala direcionada para a prestação de cuidados de ER, sendo que os cuidados são prestados no quarto do utente, prezando a sua privacidade, através do correr da cortina.

Existe também um protocolo de serviço o qual define que, no primeiro dia pós-operatório, caso não existam contraindicações, como anemia aguda, os utentes realizam o primeiro levante e realizam o Raio-X de controlo. Neste dia, os utentes não integram as atividades de fisioterapia, sendo responsabilidade da equipa de ER atuar na avaliação do utente, através da força muscular, equilíbrio, marcha, dor e dependência na realização dos autocuidados. Nos restantes dias pós-operatório, os utentes integram no período da manhã as atividades com a equipa de fisioterapia e após essas sessões, tendo sempre em consideração a tolerância do utente, o ER implementa o plano de intervenção que definiu, a partir dos dados da avaliação.

Está protocolado, que sempre que o ER esteja presente no serviço, é ele quem realiza os primeiros levantes aos utentes e realiza os ensinamentos necessários. Está também protocolado que no caso de Prótese Total do Joelho (PTJ), os utentes iniciam o artromotor no primeiro dia pós-operatório, normalmente nos 50º, mas sempre tendo em conta a tolerância do utente, indo ao encontro do que se encontra descrito na literatura (Leitão et al., 2022).

2.3- CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS- UCC

O Estágio de Cuidados Cardiorrespiratórios foi realizado no Centro de Saúde C, nomeadamente numa equipa de UCC constituída por sete enfermeiros, sendo dois, Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), um Terapeuta Ocupacional, um Terapeuta da Fala, um Nutricionista, um Psicólogo, um Assistente Social, dois Assistentes Operacionais e um Fisioterapeuta.

Os utentes que dão entrada nesta equipa necessitam de cuidados diferenciados e continuados, como tratamento a lesões, gestão do regime terapêutico, reeducação funcional motora e respiratória, acompanhamento psicossocial e de nutrição. Esta unidade dispõe de vinte e cinco vagas.

Neste tipo de serviços, é necessário haver uma referenciação, sendo esta realizada como se fosse integrar uma Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença, Média e Longa Duração. Os utentes podem ser referenciados pela Equipa de Gestão de Altas, caso se encontrem em internamento hospitalar, podem ser referenciados por transferência de tipologia, por exemplo, transferência de uma Unidade de Longa Duração, para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e podem ser referenciados pela Unidade Funcional (Médico de Família, Enfermeiro de Família e Assistente Social).

Estes serviços multidisciplinares dispõem de um banco de materiais de apoio, que têm como objetivo ajudar a população emprestando materiais como camas articuladas, camas elétricas, colchão de pressão alternada, almofadas de gel, almofadas viscoelásticas, cadeiras de banho estáticas, cadeiras de banho móveis, cadeiras de rodas e outros tipos de meios auxiliares de marcha.

Integrado neste serviço, existe um programa de reabilitação respiratória que tem como objetivo acompanhar os utentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e Asma no despiste de sintomas, ensino e treino da técnica inalatória em articulação com as Unidades Funcionais, proporcionando uma melhor gestão da doença. Neste programa, estão incluídos todos os utentes que se encontrem inscritos no Centro de Saúde C, codificados com R-95 e R-96 (codificação para doentes com Asma e DPOC respetivamente). Não existe número máximo de participantes, sendo o único elemento de inclusão o de ter dezoito ou mais anos. Este projeto já se encontra na sua terceira fase de implementação, onde estão a ser realizadas consultas individualizadas para verificar a eficiência na realização

dos inaladores, fazendo-se as correções necessárias. A próxima fase passa pela realização de workshops, os quais já foram parte integrante do estágio.

Para a realização de intervenções de ER, o serviço dispõe de diversos materiais, como exemplares de inaladores, bastões, pesos e alteres. Como se trata de uma equipa multidisciplinar, os equipamentos são partilhados por todos, visando assim a melhoria dos cuidados e o bem-estar dos doentes.

3- ANÁLISE DE PRODUÇÃO DE DADOS

Neste capítulo, segue-se uma análise sobre a produção de cuidados dos serviços nos quais os estágios foram realizados. É da competência dos EEER a realização de todo o plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente o diagnóstico precoce, o planeamento individualizado e adequado, a execução das técnicas e a avaliação dos resultados obtidos. Na condição de mestranda, foi possível registar os cuidados prestados aos utentes, recorrendo à plataforma informática- S-Clínico, desenvolvida pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Apesar do estágio final ter sido realizado em duas unidades de saúde distintas, em ambos era utilizada a mesma plataforma digital, que tem como objetivo a uniformização dos registos para todos os profissionais de saúde. No entanto, verificou-se em todos eles uma limitação bastante acentuada, relativamente aos registos de Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente no levantamento de diagnósticos e intervenções, e por essa razão os supervisores optam por completar os registos das suas intervenções, acrescentando registo escritos nas notas gerais.

Apesar de existirem ER em ambos os locais de estágio, estes não são os responsáveis de turno, aquando da ausência do Enfermeiro Chefe, existem Enfermeiros de Cuidados Gerais com mais tempo de serviço, que ocupam o lugar de 2º elemento. No entanto, é o ER o próprio responsável pela gestão da prestação dos cuidados, bem como a gestão do tempo e de todos os cuidados que têm de ser prestados aos seus doentes, não lhes estando, por norma, atribuído um número de doentes, sendo feita uma gestão flexível, tendo em conta as necessidades dos utentes. É o próprio ER que elege os seus doentes, o que é benéfico para os cuidados de reabilitação, pois é ele quem melhor conhece as necessidades de todos e de cada um. Por norma, no contexto de estágio em cuidados hospitalares, o ER encontra-se escalado nos turnos da manhã, sendo que esta não é uma realidade em todos os turnos uma vez que, por necessidade do serviço, ao EEER são atribuídos um conjunto de utentes para prestação de cuidados gerais. Apesar de não ser uma condição padrão e de não ser frequente acontecer, esta reduz a disponibilidade de cuidados de reabilitação aos utentes hospitalizados. Verifica-se que no serviço de ortopedia, o enfermeiro responsável tinha o dever de realizar a classificação de doentes (Horas de cuidados de Enfermagem necessários/24 horas), baseado em níveis de dependência de cuidados de Enfermagem dos doentes.

Quanto aos cuidados de saúde primários, os ER por norma encontram-se destinados para a implementação do projeto de reabilitação, duas vezes por semana, quer no turno da manhã, quer no turno da tarde. Existe uma grande flexibilidade por parte do Enfermeiro Chefe aquando da realização dos horários de trabalho, uma vez que muitos dos utentes selecionados para o projeto, apenas tinham disponibilidade pós-laboral para poder comparecer nas sessões, assim sempre que solicitado, o Enfermeiro Chefe escalava os ER para o turno da tarde.

Durante todo o tempo de permanência nos locais de estágio foi possível observar que, no contexto hospitalar, o principal foco do ER prende-se com os défices no autocuidado, visando a autonomia dos utentes para um regresso ao domicílio de forma independente. Constatou-se também uma excelente articulação com a equipa de gestão de altas, ou seja, está protocolado no serviço que todos os utentes são referenciados para a Rede Nacional de Cuidados Continuados, fazendo assim com que, a equipa de gestão de altas articule de forma segura a alta dos utentes, para uma unidade ou para o domicílio com apoio dos cuidados de saúde primários ou em regime de hospitalização domiciliária.

Já no contexto de cuidados de saúde primários, como o projeto de reabilitação tem como foco os cuidados respiratórios, e como os utentes já se encontram nos seus domicílios, é função do ER a capacitação do utente e dos seus familiares para o regime terapêutico e gestão da doença crónica.

Tal como foi referido anteriormente, o estágio final decorreu em dois locais de estágio bastante distintos, no entanto, o primeiro estágio, foi também ele realizado em contexto hospitalar (neurologia), noutra unidade local de saúde distinta. Nos estágios em contexto hospitalar os instrumentos de avaliação usados foram a escala de Morse que avalia o risco de queda, o índice de Barthel que avalia de dependência para a realização das AVD's e a escala de Braden que avalia o risco de úlcera por pressão. Tanto no serviço de neurologia como no serviço de ortotraumatologia, é da responsabilidade do ER a avaliação da força muscular através da escala Medical Research Council Muscle Scale (MRCm), e do Índice de Tinetti, que avalia o equilíbrio estático e dinâmico. No estágio de Ortrotraumatologia a intervenção incidiu na avaliação da amplitude articular dos segmentos intervencionados.

No serviço de neurologia foi aplicada a escala National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) para avaliação dos défices neurológicos. Esta escala avalia diversos parâmetros e quanto mais alto o valor da escala, maiores são os défices neurológicos adquiridos. Neste mesmo serviço, utiliza-se a escala de Gugging Swallowing (GUSS), que tem como objetivo avaliar a disfagia com vista à adequação

da dieta e redução dos riscos de aspiração. A avaliação pela escala de Coma de Glasgow é realizada em todos os turnos. Sempre que necessário os EEER realizam a avaliação dos pares cranianos.

Relativamente aos cuidados cardiorrespiratórios, em contexto de cuidados de saúde primários, as escalas utilizadas foram a escala Borg , a qual avalia a dispneia e a escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) que tem como objetivo avaliar o nível de dependência dos utentes, na realização das Atividades de Vida Diária (Pitta et al., 2008).

Neste sentido, pode afirmar-se que todos os enfermeiros especialistas recorrem ao padrão documental de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, o que permite uma uniformização dos instrumentos de avaliação. Contudo, as avaliações dos resultados de ER podem ser limitadas pelas falhas apontadas no sistema informático, o que resulta num défice de informação, a qual é também ela uma causa para a falta de documentação, sobre esta temática. Isso pode gerar lacunas na avaliação do impacto dos cuidados especializados, dificultando o reconhecimento dos ganhos dele derivados. Sem intervenções específicas, sem indicadores contratualizados para medir o impacto dos cuidados prestados e com poucas oportunidades de demonstrar a importância da sua intervenção, os profissionais acabam por não ser distinguidos pelos ganhos em saúde, associados aos serviços por eles prestados.

Foi notória a valorização dos ER pelos colegas de equipa de Enfermagem, solicitando o seu apoio e os seus conhecimentos em muitas situações.

No decorrer do estágio de cuidados neurológicos, realizou-se um estudo de caso com o objetivo de acompanhar mais proximamente o utente em questão e aplicar todas as escalas e intervenções necessárias. O estudo de caso realizado cumpriu as etapas dos referenciais teóricos definidos no projeto de intervenção, foi um importante contributo para o desenvolvimento de competências e possibilitou monitorizar e verificar os resultados dos cuidados de ER centrados na prevenção de complicações e na recuperação da independência para os autocuidados (apêndice III).

4- A PESSOA COM DEPENDÊNCIA NAS AVD'S- SCOPING REVIEW

O internamento hospitalar de pessoas com mais de 65 anos, é um período que pode levar a alterações a nível funcional, devido à inatividade, sendo um ponto negativo para a qualidade de vida. Assim sendo, os cuidados de Enfermagem de Reabilitação são de extrema importância no decorrer do internamento, uma vez que visam a independência no autocuidado. Com o aumento da esperança média de vida, existem cada vez mais idosos, e a dependência é algo que poderá advir da idade avançada. Isto pode levar à incapacidade de realização das atividades de vida diária, permanecendo dependentes de outrem, para a concretização das mesmas. O capítulo que se segue, é composto por uma Scoping Review que, tem como objetivo identificar os benefícios dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, no autocuidado dos utentes com mais de 65 anos, que se encontrem hospitalizados, o que vai ao encontro dos objetivos propostos na realização do projeto de intervenção, que passa pela avaliação da capacidade que os utentes com mais de 65 anos têm para a realização das AVD's, quer em contexto hospitalar, quer domiciliário, e nesse sentido implementar planos de intervenção personalizados para que os utentes sejam o mais independentes possível nas suas AVD's.

4.1 - METODOLOGIA

Foi realizada uma questão de investigação “Quais os benefícios dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, em utentes com mais de 65 anos hospitalizados?”. Seguiu-se a metodologia PICO, sendo que a questão foi formulada segundo o acrónimo PIC: P= Utente com mais de 65 anos hospitalizada; I= Cuidados de Enfermagem de Reabilitação e C= Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Foi realizada uma pesquisa através da Plataforma EBSCOhost Research Databases nas bases de dados MEDLINE e CINAHL Plus, realizada entre os meses de março e abril de 2023. Para a realização da pesquisa, foram utilizados descritores MeSH (Medical Subject Headings): “self care”, “self-efficacy”,

“self management”, “hospitalization”, “hospitalized”, “inpatient”, “rehabilitation nursing”, “outcomes”, “benefits” e “effects”, nas bases de dados CINAHL, MEDLIN utilizando a estratégia de pesquisa (“self care”) OR (“self-efficacy”) OR (“self management”) (“hospitalization”) OR (“hospitalized”) OR (“hospitalized patients”) OR (“inpatient”) (“outcomes”) OR (“benefits”) OR (“effects”) (“self care”) OR (“self-efficacy”) OR (“self management”) AND (“hospitalization”) OR (“hospitalized”) OR (“hospitalized patients”) OR (“inpatient”) AND (“rehabilitation nursing”) AND (“outcomes”) OR (“benefits”) OR (“effects”) (“self care”) AND (“self-efficacy”) OR (“self management”). Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos em inglês, no espaço temporal entre 2019 e 2023, revistos por pares e publicados em revistas académicas. Após leitura dos títulos e resumos, foram incluídos oito artigos elegíveis para a revisão sistemática da literatura, tendo sido realizado através das recomendações PRISMA (Page et al., 2021) (figura 1).

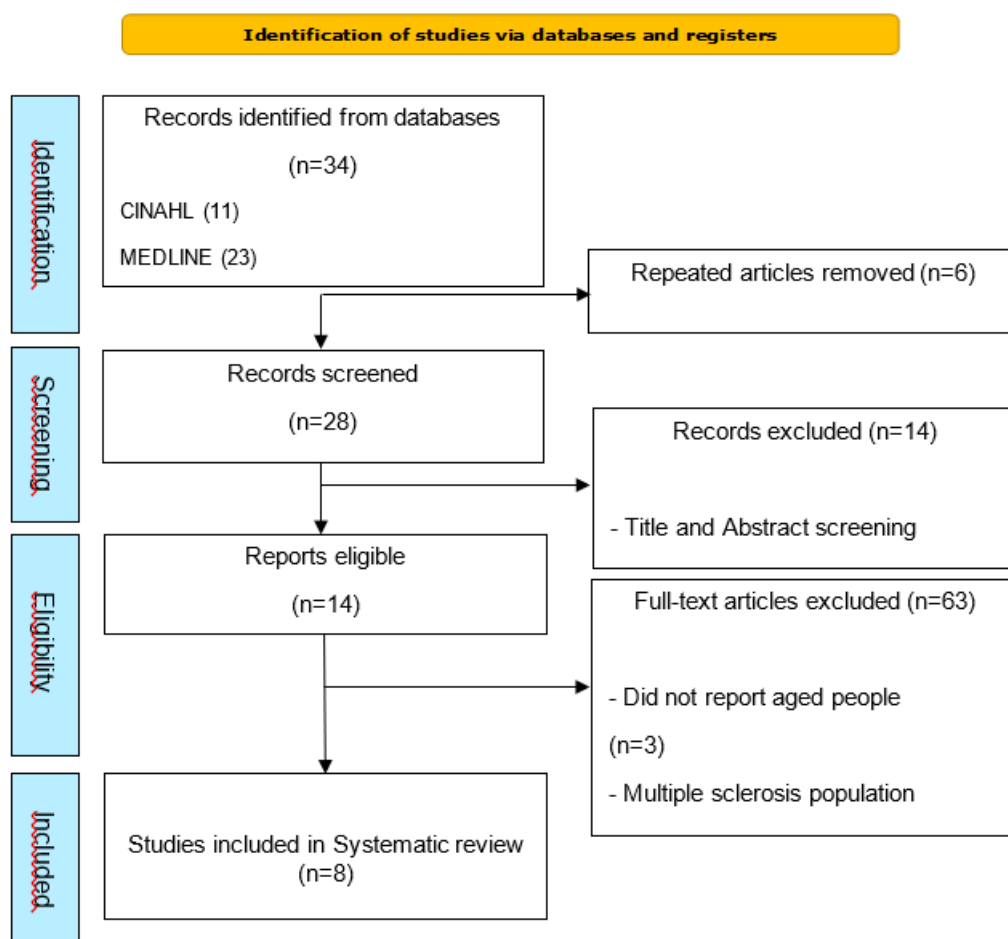


Figura 1- Diagrama PRISMA

Dos oito artigos selecionados, dois, são estudos qualitativos; outros dois, são estudos de coorte retrospectivo; um, é um estudo observacional com grupo de controlo e três, são revisões sistemáticas da literatura de coorte comparáveis e outros desenhos de estudos inferiores.

Após a seleção final dos artigos, foi realizada uma tabela resumo de modo a facilitar a extração dos dados dos mesmos. Todos os artigos selecionados, foram sujeitos a análise qualitativa através da *Critical Appraisal Tools of the Joanna Briggs Institute* (CAT-JBI), para avaliar a qualidade científica de cada artigo (nível de evidência), que foram admitidos após classificação igual ou superior a 70% nas CAT-JBI. Foi realizada a classificação do nível de evidência pela JBI (Joanna Briggs Institute, 2013).

4.2- RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos estudos foi realizado nos Estados Unidos da América, embora também tenham sido realizados estudos em relação à população europeia, o que evidencia a abrangência dos cuidados de reabilitação. Todos os estudos focam a intervenção em utentes idosos e alguns incluem também os seus prestadores de cuidados.

O artigo de (Chovanec & Howard, 2021) fala da importância do planeamento da alta hospitalar durante a pandemia Covid-19. Destaca-se a necessidade de garantir o acompanhamento via telefónica dos pacientes nos seus domicílios, após a alta hospitalar, visando facilitar o processo da alta e atender às necessidades dos pacientes. O objetivo é promover a saúde e os autocuidados, estabelecendo uma relação entre os profissionais de saúde com os utentes e seus familiares, destacando a importância do ambiente virtual para atender às dúvidas e necessidades dos utilizadores, reiterando que o acompanhamento não cessa com a saída física do utente do hospital, visando facilitar a transição e evitar desfechos negativos. Os resultados e conclusões obtidos neste estudo foram a aquisição de cuidados individualizados, a escuta ativa para uma boa comunicação terapêutica, bem como a preparação da transição de cuidados e a continuidade dos mesmos após a alta hospitalar.

De acordo com (A. M. Cogan et al., 2020), a capacidade funcional na alta hospitalar está relacionada com a taxa de recuperação e o tempo de internamento, avaliados através da Escala de Independência Funcional (MIF). Um período menor de reabilitação pode resultar em maior sobrecarga para os cuidadores, após a alta. Portanto, um maior tempo dedicado à reabilitação está associado a maiores ganhos de funcionalidade e a uma menor dependência na realização dos autocuidados. Em suma, este artigo aborda que os ganhos na capacidade funcional, nomeadamente no autocuidado e mobilidade, estão diretamente relacionados com o tempo de internamento.

No estudo realizado por (A. M. Cogan et al., 2022), foi analisado o impacto do comprometimento cognitivo na admissão sobre os ganhos semanais na capacidade funcional e nos autocuidados. Os resultados revelaram que, os utentes que apresentam maiores défices, beneficiam de terapias mais intensas, resultando em melhorias significativas na capacidade de realização dos autocuidados. Essas conclusões foram obtidas através da utilização da escala MIF. Em termos de resultados de reabilitação, este estudo demonstra a importância da intervenção personalizada, obtendo ganhos no autocuidado e mobilidade através do treino de AVD's, aumentando as capacidades físicas.

Conforme (Jepma et al., 2021) os pacientes com doença cardíaca têm maior probabilidade de serem readmitidos a nível hospitalar, por isso, os cuidados de Enfermagem de Reabilitação visam prevenir resultados adversos por meio de uma avaliação abrangente, continuada incluindo visitas domiciliárias (realizada por EEER na comunidade). Este programa pretende oferecer suporte no período pós-alta, mantendo a continuidade dos cuidados de reabilitação. Ou seja, os ganhos que este estudo oferece é que existe uma transição positiva dos cuidados hospitalares para os cuidados na comunidade, havendo um controlo de sintomas e ansiedade, uma vez que os utentes têm um apoio de maior proximidade, individualizado fazendo com que haja um aumento das capacidades físicas.

O estudo de (Li et al., 2021a) aborda a probabilidade de reinternamento hospitalar, após trinta a noventa dias da alta. Os resultados indicam que pacientes (com AVC, artroplastia e fratura do colo de fémur) com maior dependência funcional têm uma probabilidade maior de serem readmitidos, destacando a importância da intervenção precoce em reabilitação para melhorar a funcionalidade e reduzir as readmissões hospitalares. Ou seja, este estudo mostra os ganhos na funcionalidade através do treino de AVD.

Segundo (Gibson et al., 2018), é crucial abordar o assunto da incontinência urinária em sobreviventes de AVC, destacando a necessidade de incluir os pacientes em programas de micção sistemática. Isso possibilita que tenham a consciência das suas limitações, para que possam enfrentá-las, já que, a incontinência urinária pode causar problemas psicológicos, depressão e sobrecarga dos cuidadores. Os utentes que participam neste tipo de programas reconhecem a sua importância, pois ajuda a quebrar barreiras e superar os desafios resultantes da sua condição de saúde. Em termos de Enfermagem de Reabilitação, este programa mostra os ganhos do treino da musculatura pélvica para o controlo da incontinência urinária, visando a sua redução.

O estudo de (Li et al., 2020) analisa as transições de pacientes entre unidade de saúde de reabilitação. Foram excluídos os pacientes aos quais foram dadas altas para os domicílios. Os resultados mostram que os pacientes mais dependentes na admissão na primeira unidade de reabilitação, tendem a passar por mais unidades, necessitando de mais reinternamentos. Em suma, a aquisição precoce de funcionalidade pelos pacientes está relacionada com menos reinternamentos. Existem ganhos no autocuidado e na mobilidade através da continuidade de cuidados.

Por último, o estudo de (Turner et al., 2019) fala sobre as quedas vivenciadas por pacientes hospitalizados e destaca a importância da identificação do risco de queda e da sua prevenção. Os pacientes mencionam que se sentiram desencorajados a movimentar-se após a queda, já que eram aconselhados a fazer somente na presença de um profissional de saúde. Intervenções como a vigilância próxima e o uso de auxiliares de marcha foram implementadas devido ao principal motivo da queda ser a perda de equilíbrio, de acordo com os relatos dos pacientes. Tendo em conta as respostas dadas pelos utentes, em termos de ganhos em saúde, este estudo demonstra que há uma redução do número de quedas, garante uma comunicação e escuta ativa através das entrevistas e centra as intervenções nas necessidades dos utentes.

Relativamente à funcionalidade, observou-se que o artigo de A. M. Cogan et al. (2020) faz referência ao tempo que os utentes passam nas unidades de reabilitação, concluindo que quanto mais tempo se passa neste tipo de unidades, maiores são os ganhos na funcionalidade, ficando menos dependentes na realização dos autocuidados. Alguns artigos fazem referência que, a funcionalidade aumenta com a intensidade com que as intervenções de reabilitação são aplicadas, nomeadamente o artigo de A. M. Cogan et al. (2020), que nos diz que, quanto mais tempo passado numa unidade de reabilitação, ou seja, quanto mais intenso é a terapia de reabilitação, melhores serão os resultados obtidos em termos de funcionalidade. A intensidade das intervenções deve ser personalizada, tendo

em consideração a idade, patologia e sexo, como é referido em A. M. Cogan et al. (2022), A. M. Cogan et al. (2020) e Jepma et al. (2021). O estudo de Li et al. (2020) vem referir-nos a importância da intervenção precoce, uma vez que os utentes que se apresentam com níveis de dependência mais acentuados, ao nível do autocuidados e mobilidade, tiveram maior probabilidade de novo internamento hospitalar. Este estudo faz referência às transições entre unidades de reabilitação, ou seja, à continuidade de cuidados. Os utentes que se encontravam mais dependentes no primeiro internamento em unidades de reabilitação, vão ter mais transições entre unidades, pois têm mais dificuldade em atingir a sua independência e ter um regresso ao domicílio seguro. O artigo de Jepma et al. (2021) também faz referência à continuidade de cuidados através do fornecimento de apoio, durante o período pós-alta.

O controlo da ansiedade também faz parte dos benefícios dos cuidados de reabilitação, nomeadamente na gestão da doença, uma vez que, ajuda os utentes a conhecerem a sua sintomatologia, dotando-os de conhecimentos e estratégias que ajudam no controlo da ansiedade, como é relatado no artigo de Jepma et al. (2021), em utentes com patologia cardíaca e no artigo de Gibson et al. (2018), em utentes com incontinência urinária pós-AVC. Ainda sobre este último artigo, é importante frisar a importância que as respostas centradas nos doentes têm para a gestão da doença, ou seja, os utentes relatados no estudo de Gibson et al. (2018), são sobreviventes de AVC com sequelas a nível da musculatura pélvica, resultando em incontinência urinária. Este estudo relata que, cerca de 50% dos sobreviventes de AVC têm incontinência urinária e como consequência apresentam problemas psicológicos, depressão e consequentemente aumenta a sobrecarga do cuidador principal. Este estudo, foca planos de intervenção centrados no utente, individualizados, e teve como principais resultados o reconhecimento por parte dos utentes, a sua importância e o seu potencial para derrubar barreiras que ajudam a mitigar a doença. Por fim, o artigo de (Li et al., 2021a) faz referência ao risco de reinternamento hospitalar, concluindo que, cuidados de reabilitação devem ser introduzidos o mais precocemente possível, pois quanto mais dependentes eram os utentes a nível funcional à data da alta, maior era a probabilidade de reinternamento, a trinta ou noventa dias.

4.3- CONCLUSÃO DA REVISÃO

Com a elaboração desta scoping review é possível concluir que, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é de extrema importância, uma vez que diminui as complicações que advêm do internamento, como a diminuição da funcionalidade que leva ao aumento da incapacidade e diminuição da qualidade de vida. A pesquisa realizada apoia e demonstra a importância dos cuidados de reabilitação, oferecendo informações para melhorar as práticas clínicas, com o objetivo de minimizar os impactos da hospitalização em pacientes idosos e identifica critérios de avaliação para o Enfermeiro Especialista em reabilitação mensurarem a eficácia das suas intervenções. O EEER assume um papel primordial no planeamento de intervenções precoces que, irão prevenir o surgimento de complicações diretamente relacionadas com o internamento hospitalar, ou seja, melhoram a recuperação funcional e a capacidade do utente e seus familiares na gestão da doença, indo ao encontro ao que foi proposto no projeto de intervenção. Esta scoping review apoia a necessidade de planos de Enfermagem de Reabilitação individualizados e personalizados, para que haja ganhos na funcionalidade e autonomia dos utentes com mais de 65 anos. A scoping review elaborada foi submetida a revista da área de especialidade, indexada na base Scopus e aguarda parecer dos revisores para eventual publicação.

5- REFERENCIAL TEÓRICO DE DOROTHEA OREM

Foi em 1959 que Dorothea Orem iniciou o seu estudo relacionado com o autocuidado, tendo em 1991 apresentado a sua teoria do Défice de Autocuidado. Esta define autocuidado como *“uma ação deliberadamente realizada pelas pessoas para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes”* (Orem, 2001). Também pode ser definido como o *“desempenho ou prática de atividade que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar”* (Santos et al., 2017), de frisar que, o *“autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas desempenham deliberadamente por si próprias ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar”* (Santos et al., 2017).

D. Orem desenvolveu o seu projeto em três teorias, sendo elas a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Todas elas se complementam umas às outras, mas significam coisas distintas. Pode-se afirmar que a Teoria do Autocuidado é parte integrante da Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas é algo mais abrangente, incorporando as duas teorias supracitadas. A figura 2 ilustra a relação entre as teorias.

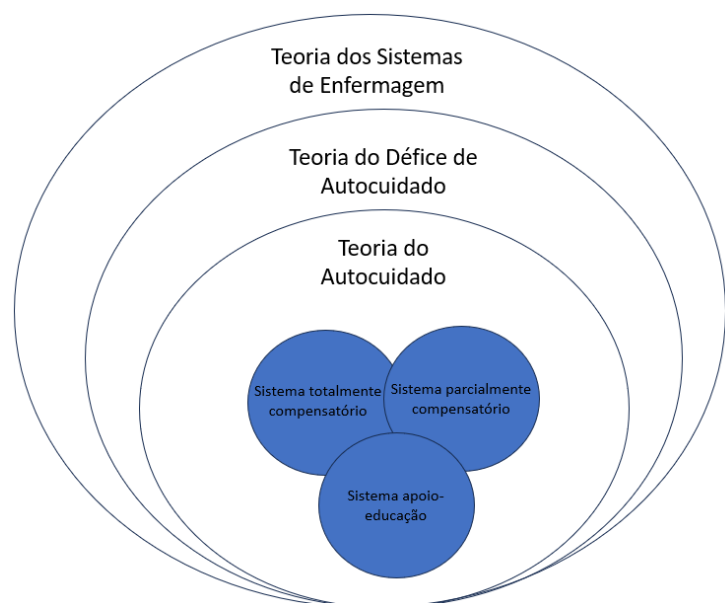


Figura 2- Referencial Teórico de Dorothea Orem (Wills, 2016)

A Teoria do Autocuidado explica-nos o porquê de as pessoas cuidarem de si próprias (Ribeiro, 2021). Esta teoria defende que, toda a pessoa tem a capacidade de tratar da sua saúde ao longo da vida, no entanto, tem de ser dotada de fatores básicos, como o domínio cognitivo (ter conhecimento sobre a condição de saúde), domínio físico (ter capacidade física para realizar as atividades de vida), domínio emocional (ter motivação e valores) e domínio comportamental (ter habilidade para realizar o autocuidado) (Petronilho & Machado, 2016).

Os autores defendem também três requisitos de autocuidado, como os requisitos universais (ex: manutenção da quantidade suficiente de ar, manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos, manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso, entre outras); requisitos de desenvolvimento, que são bastante importantes para a formação das características individuais de cada um. São eles que vão definir a pessoa como ela é, e estão divididos em dois objetivos: como fornecer condições e potenciar comportamentos não nocivos e fornecer experiências que diminuam os efeitos prejudiciais. Por fim, o último requisito defendido pelos autores é o que diz respeito ao autocuidado no desvio de saúde, que estão associados à doença e ao tratamento por si exigido. Podemos dar com exemplos o procurar assistência médica ou aprender a viver com os efeitos da condição de doença (Petronilho & Machado, 2016). Todos estes requisitos são vivenciados ao longo do ciclo vital, desde o nascimento, até à velhice.

A teoria do défice de autocuidado, explica a razão pela qual as pessoas devem ser ajudadas pela equipa de Enfermagem. Quando as necessidades da pessoa são superiores aquilo que esta é capaz de realizar, estamos perante um défice de autocuidado, e é aí que entra o papel primordial do ER. Orem propõem cinco áreas de atuação para a prática de Enfermagem, que incluem: estabelecer e manter um relacionamento enfermeiro-doente com o indivíduo, família e grupo, até que não seja mais necessária a assistência de Enfermagem; determinar estratégias de cuidados para ajudar os utentes; atender às necessidades e solicitações dos utentes em relação à presença e ausência do enfermeiro; prescrever, fornecer e regular assistência direta aos pacientes; e coordenar e integrar os cuidados de Enfermagem na rotina diária do utente; outra área de saúde ou serviços sociais e educacionais necessários (Petronilho & Machado, 2016). Nesta teoria os ER apoiam o doente, não o substituindo, atuam no sentido de aquisição de competências, mesmo que o seu nível de dependência seja muito elevado, o ER tenta sempre que o doente seja capaz de realizar algo (Hoeman, 2011). É da competência do ER, que com a sua formação avançada e diferenciada, integre de forma intencional um plano de cuidados

de reabilitação que promova o autocuidado, a reconstrução da autonomia e o bem-estar da pessoa (Ribeiro et al., 2021).

A teoria dos sistemas de Enfermagem baseia-se em três sistemas, nomeadamente o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação (Wills, 2016). O sistema totalmente compensatório aplica-se quando a pessoa é incapaz de concretizar ações de autocuidado e é substituída pelo profissional de saúde, familiar ou cuidador em todas as atividades de vida. Já no sistema parcialmente compensatório, existe uma harmonia entre o doente e o profissional de saúde, pois o profissional de saúde auxilia no autocuidado ou parte do autocuidado que o utente não é capaz de realizar. Neste tipo de sistema, é necessário existir uma relação terapêutica eficaz para que os cuidados sejam prestados de forma eficiente. Quando a pessoa tem competências para realizar o seu autocuidado, apenas com apoio e orientação, existe o sistema de apoio-educação, onde o EEER assume esse mesmo papel (Ribeiro et al., 2021).

O papel do EEER, indo ao encontro da teoria, assume o papel de agente terapêutico, pois presta cuidados especializados e individualizados, de modo a promover a independência no autocuidado. O ER tem um papel de extrema importância, na medida em que pode dotar a pessoa de estratégias, para que a mesma consiga realizar os seus autocuidados de forma independente. Compilando todas as teorias apresentadas, o ER concebe cuidados de forma a dar uma resposta mais adequada, combatendo todos os défices encontrados (Santos et al., 2017).

O estudo de Santos e seus colaboradores, teve como objetivo identificar as concepções de Enfermagem, pessoa, saúde e ambiente entre Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Cerca de 3,3% dos EEER participantes no estudo encontra-se a exercer funções na área geográfica onde se realizaram os estágios, o que demonstra a necessidade de formação de novos profissionais especializados na área (Santos et al., 2017). Após análise e interpretação deste estudo, conclui-se que a teoria de Dorothea Orem é que mais prevalece na área geográfica onde foram realizados os estágios, em todas as concepções estudadas. Em suma, não pode existir evolução na disciplina de Enfermagem no sentido social, se não existir clareza nas suas bases disciplinares (Martins et al., 2018).

6- PROJETO DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção tem como tema- Dependência nas Atividades de Vida Diária (AVD's), englobando os conceitos de Autocuidado, Autonomia e Independência. Os objetivos do projeto de intervenção inserem-se nas competências a serem desenvolvidas nos estágios e no ciclo de estudos, nomeadamente na aplicação do raciocínio clínico que suporta as práticas.

Podemos definir autocuidado como todas as atividades que uma pessoa é capaz de desenvolver com o objetivo de preservar a vida e o bem-estar pessoal (Queirós et al., 2014), desempenhando um papel de extrema importância numa situação de saúde-doença, uma vez que, perante as especificidades de cada doença, estão associados diferentes comportamentos aquando da realização do autocuidado (Petronilho, 2012).

Também os conceitos de autonomia e independência devem ser descritos neste projeto, uma vez que se relacionam e se influenciam mutuamente. Pereira citando Paschoal, in Cabrita, distingue os conceitos de autonomia e independência, definindo “autonomia como a capacidade de decisão, de comando; independência como a capacidade para realizar algo pelos seus próprios meios” (M. Pereira, 2012). Com o avançar da idade, a capacidade de desempenhar de forma independente as AVD vai diminuindo, quer por situação de doença crónica ou aguda, o que leva a uma maior dependência da pessoa idosa (Paiva et al., 2015). Neste sentido, a intervenção de ER é de extrema importância, pois capacita os utentes dando-lhes conhecimentos, estratégias que os ajudam e apoiam na realização das suas AVD de forma mais independente para que tenham uma alta para o domicílio em segurança, prevenindo o seu reinternamento (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Segundo Cogan et. al. (2022) existe uma associação entre o nível de cognição do utente na data da admissão, com os autocuidados, e com a taxa de aquisição de mobilidade durante o internamento. Este autor vem então concluir que os utentes que apresentam défice cognitivo grave, também obtiveram ganhos na mobilidade, verificáveis através da aplicação da escala MIF (A. Cogan et al., 2022). Também este mesmo autor Cogan et.al. (2020), verificou existir uma associação entre o tempo de

internamento com cuidados de reabilitação e os resultados funcionais adquiridos após cirurgia de fratura da anca, ou seja, quanto mais tempo de internamento com cuidados de reabilitação, melhores resultados funcionais serão adquiridos (A. Cogan et al., 2020). O estudo de Li et. al. (2021) procurou saber qual é a associação que existe entre o score funcional dos utentes com AVC ou fratura de colo do fémur ou artroplastia do joelho na fase pós aguda, com o maior risco de reinternamento hospitalar. Os autores concluíram que os pacientes que eram mais dependentes funcionalmente tiveram um risco maior de readmissão hospitalar em comparação com pacientes que eram mais independentes funcionalmente (Li et al., 2021b). Definiu-se como objetivo geral capacitar para a realização das AVD's adultos e idosos, em meio hospitalar e no domicílio.

Os objetivos específicos são:

- Avaliar a capacidade para realização das AVD em adultos e idosos, em internamento e no domicílio;
- Implementar um plano de ensino e treino para realização de AVD em adultos e idosos, em internamento e no domicílio;
- Caracterizar indicadores de resultados dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, à pessoa adulta/idosa em internamento e no domicílio.

6.1- METODOLOGIA

Face à natureza dos estágios considerou-se a metodologia de estudos de casos múltiplos realizados segundo as etapas do processo de Enfermagem de acordo com a teoria de intervenção terapêutica (inserir a referência). Esta, vem definir três elementos que se complementam: a natureza da relação que, compreende o processo de avaliação diagnóstica o qual engloba a colheita de dados através de entrevista e de observação; o processo de intervenção terapêutica de Enfermagem, que abarca todas as intervenções dirigidas ao doente / família e o processo de relação que, compreende a gestão de sentimentos e de informação (Lopes, 2006).

6.2- PARTICIPANTES

Foram incluídos no projeto de intervenção sete utentes que no período de 22 de maio de 2023 a 26 de janeiro de 2024 foram alvos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, nas unidades onde os estágios se realizaram e que, de forma livre e esclarecida, aceitaram integrar o plano de intervenção do EEER nas etapas de avaliação diagnóstica, intervenção terapêutica e avaliação de resultados.

Como critérios de inclusão definiu-se todos os utentes (idosos e adultos) que tenham dependência moderada na realização das AVD (i.e. Índice de Barthel entre 90 e 55 pontos), com os quais sejam realizadas no mínimo três sessões de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Os dados de caracterização dos participantes relevantes para os cuidados de ER, foram obtidos por entrevista e observação, onde foi aplicado um guião próprio (apêndice IV).

6.3- ETAPAS DO PROJETO

Indo ao encontro da teoria de Manuel Lopes, a primeira etapa do projeto de intervenção “avaliação diagnóstica” passou pela recolha de dados dos utentes, através da aplicação de entrevistas e da observação que nos permitem ter uma avaliação sociodemográfica dos participantes. Também, para a avaliação foram aplicados instrumentos validados para a população alvo.

6.3.1- Avaliação diagnóstica

A utilização de instrumentos de avaliação é crucial, pois ajudam a identificar com mais precisão as condições de saúde da pessoa, considerando o bem-estar da pessoa como resultado da sua capacidade de lidar de forma eficaz com transições que advêm da dependência para a autonomia, tanto no contexto terapêutico como no desenvolvimento ao longo da vida (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Todos os instrumentos de avaliação utilizados são traduzidos para português e validados para a população portuguesa.

O primeiro instrumento de avaliação utilizado neste projeto de estágio é o Mini Mental State Examination (MMSE) (anexo I), uma vez que, antes de iniciar qualquer intervenção junto dos utentes é necessário saber qual a sua função cognitiva, de modo que se possa adequar o plano de cuidados. O MMSE avalia as dimensões da cognição: a orientação, a retenção de informação, a atenção, cálculo, a evocação, a linguagem e a habilidade construtiva (Apóstolo, 2012).

A força muscular é uma condição necessária para realização das AVD. Considerou-se a Medical Research Council Muscle Scale (MRC-ms) (anexo II) e a sua aplicação foi feita com exame manual. Esta escala tem como principal objetivo avaliar a força muscular e compreende valores de 0 a 5, sendo 5, o valor máximo de força esperado para o músculo (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Também o índice de Tinetti (anexo III) (aprovada a versão português em 2002 por Petiz E. M.) foi aplicado na implementação deste projeto, e teve como objetivo avaliar a marcha, simetria, distância dos passos, equilíbrio estático e dinâmico (Apóstolo, 2012). O índice de Barthel, criado por Mahoney & Barthel (anexo IV) em 1965, permitiu avaliar o nível de independência dos utentes, para a realização das AVD's. Este índice foi validado para Portugal por (Araújo et al., 2007). A Escala Lawton-Brody Instrumental Activities of Daily Living Scale (anexo V) permite avaliar o nível de independência do idoso aquando da realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). A aplicação da modified MRC Dyspnea Questionnaire (anexo VI) permitiu avaliar a tolerância ao esforço. É constituída por cinco questões que avaliam o nível de atividade física, que origina dispneia (DGS, 2019).

6.3.2- Intervenção terapêutica

Após uma análise detalhada dos dados recolhidos, foi necessário um planeamento dos cuidados tendo em consideração os diagnósticos identificados. Tendo por base o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2015), foram selecionados os diagnósticos de Enfermagem prevalentes em contexto da pessoa com dependência nas AVD (anexo VII), sendo que a seleção dos mesmos pretendeu orientar os planos de intervenção, tendo em conta que cada plano é individualizado e ajustado às condições e potencial de cada participante.

Os focos apresentados estão todos relacionados com o tema do projeto- Dependência nas Atividades de Vida Diária (AVD's), dependência na realização das AVD, no entanto, existem outros focos que poderão comprometer a realização das AVD, como o caso do movimento muscular, défice sensorial, equilíbrio corporal, rigidez articular, dor e edema. Apesar de estes últimos dois focos não se encontrarem descritos no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, estão enunciados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPPE) (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Todos os cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados durante a implementação deste projeto, foram sempre realizados sob supervisão dos enfermeiros orientadores, visando uma correta e eficaz implementação dos mesmos; garantindo a segurança dos envolvidos.

6.3.4- Avaliação de resultados

Após a intervenção de EEER, procedeu-se à reavaliação dos utentes com os instrumentos e técnicas que constam na avaliação diagnóstica, o que tornou possível mensurar os resultados obtidos.

Estas mesmas escalas foram aplicadas em momentos distintos, na admissão, após a intervenção de Enfermagem de Reabilitação e no momento da alta. Todos estes dados foram comparados, a fim de possibilitarem uma verificação e para que os resultados fossem sensíveis das intervenções aplicadas.

6.4- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a participação neste projeto, foi necessário obter o consentimento informado, livre e esclarecido (apêndice V), de modo que os participantes tivessem conhecimento de todo o procedimento do estudo e que aceitariam receber cuidados de ER. Caso os utentes quisessem desistir da participação

no projeto, poderiam fazê-lo em qualquer momento da sua implementação. O anonimato dos participantes foi mantido desde o início até ao final da implementação deste projeto, sendo identificados com um número (ex: caso 1). Nenhum dado ou informação que pudesse comprometer o anonimato do mesmo, foi exposto.

O projeto foi aprovado pela Comissão de ética da ULSNA e do IPP (anexo VIII).

7- RESULTADOS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM DEPENDÊNCIA NAS AVD's

Através da análise dos resultados dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, é possível identificar estratégias para os utentes com limites funcionais, de modo a instruí-los de técnicas que os auxiliem a atingir o maior nível de independência possível. Assim, aprimorar e personalizar os cuidados prestados é garantir uma melhoria contínua na qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Os dados que a seguir se apresentam, foram analisados na perspetiva de avaliar a intervenção especializada de ER. Apresenta-se a caracterização dos participantes, seguida da progressão da força muscular, equilíbrio, independência nas AVD e nas AIVD.

7.1- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os participantes no projeto de intervenção foram selecionados no decorrer do estágio final. Foram eleitos sete participantes, sendo caracterizados por caso 1 até caso 7.

Dos sete participantes, cinco eram casados e dois eram viúvos. Dos participantes viúvos, apenas um utente residia sozinho com apoio do descendente. Todos os participantes residiam em meio urbano. No domicílio, quatro utentes tinham acessibilidades com escada e apenas um apresentava a acessibilidade solucionada, pois tinha o seu quarto com casa de banho (com chuveiro), no piso zero.

A média de idades é de 78 anos com um desvio padrão de 3,833, onde o participante mais novo tinha 71 anos e o mais velho 84 anos. Dos sete casos em estudo, quatro participantes eram do

sexo feminino e três do sexo masculino. Relativamente ao grau de escolaridade, seis participantes frequentaram até ao 1º ciclo e um participante até ao 9º ano. Todos os participantes eram reformados. Os cuidadores principais dos participantes eram “esposo/esposa” e “filho/filha”. O motivo de internamento mais frequente foi a cirurgia programada por doença (tabela 1).

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7
Idade	84 anos	79 anos	75 anos	71 anos	80 anos	80 anos	78 anos
Sexo	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino
Estado civil	Casado	Casado	Casado	Casado	Viúvo	Viúvo	Casado
Condições habitacionais	Sem barreiras arquitetónicas	Sem barreiras arquitetónicas	Sem barreiras arquitetónicas	Barreira arquitetónica-12+12 Escadas	Barreira arquitetónica-3+1 Escadas	Barreiras arquitetónicas-solucionada	Barreira arquitetónica-10 Escadas sem corrimão
Escolaridade	1º ciclo	1º ciclo	1º ciclo	1º ciclo	1º ciclo	1º ciclo	9º ano
Familiar responsável	Esposa, Filha	Esposo, Filho	Esposa	Esposo	Filho	Filha	Esposa
Motivo de internamento	Trauma	Gonartrose à direita	Coxartrose à esquerda	Gonartrose à direita	Gonartrose à direita	Gonartrose à direita	Gonartrose à esquerda

Tabela 1- Caracterização dos Participantes

O número de dias de internamento dos utentes foi bastante variado, entre os oito dias (Caso 4) e os treze dias (Caso 3). As sessões de Enfermagem de Reabilitação a que foram sujeitos, também foram variadas, havendo no mínimo três sessões e no máximo cinco sessões. Cinco utentes receberam três sessões (Casos 1, 3, 5, 6 e 7), um utente recebeu quatro sessões (Caso 4) e um utente recebeu cinco sessões (Caso 2). A média das sessões realizadas foi de 3,57 sessões, com um desvio padrão de 0,728. A duração das sessões de reabilitação foi de trinta a quarenta e cinco minutos.

7.2- CARACTERIZAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR

De modo a avaliar a força muscular dos utentes em estudo, foi aplicada a escala da MRC-ms. Esta escala avalia a força muscular ao nível de vinte movimentos realizados, quer pelo membro superior, como membro inferior. Como todos os utentes em estudo foram intervencionados ao membro inferior, na tabela abaixo apenas estão contemplados esses mesmos movimentos, nomeadamente flexão, extensão, adução e abdução da anca, flexão e extensão do joelho e flexão dorsal e plantar da tibiotársica (Tabela 2).

	Flexão/ extensão Anca		Adução/ Abdução Anca		Flexão Joelho		Extensão Joelho		Flexão plantar/ dorsal tibiotalársica	
	Av. Inici al	Av. Final	Av. Inicial	Av. Final	Av. Inicial	Av. Final	Av. Inicial	Av. Final	Av. Inicial	Av. Final
Caso 1	3	4	3	4	3	5	3	5	4	5
Caso 2	4	4	4	4	2	4	2	4	4	5
Caso 3	2	4	3	4	3	4	3	4	5	5
Caso 4	3	3	3	4	2	3	2	3	5	5
Caso 5	5	5	5	5	3	4	2	3	5	5
Caso 6	5	5	5	5	2	3	2	3	4	5
Caso 7	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5

Tabela 2- Caracterização da Força Muscular

Todas as avaliações iniciais foram realizadas no primeiro dia pós-operatório, ou seja, no primeiro dia de levante. Todos os utentes em estudo apresentavam diminuição da força muscular em pelo menos dois segmentos avaliados no membro inferior. Verificou-se que todos os utentes apresentavam diminuição da força muscular devido à presença de dor. É de salientar que a todos havia sido prescrito a toma de analgésicos.

No caso 1, o participante foi intervencionado após uma fratura do colo de fémur, realizou três sessões de cuidados de reabilitação. Existiu melhoria da força muscular em todos os segmentos, adquirindo no último dia de avaliação força 5 na flexão e extensão do joelho e flexão plantar e dorsal da tibiotalársica (apêndice VI).

O participante no caso 2 foi sujeito a artroplastia total do joelho e teve melhoria da força muscular na flexão e extensão do joelho e flexão plantar e dorsal da tibiotalársica. Nos restantes segmentos não houve alteração da força muscular desde a primeira até à última avaliação. Na última avaliação, o utente conseguiu realizar uma flexão do joelho de 95º com recurso ao artromotor. (apêndice VII).

O caso 3, participante com coxartrose à esquerda cirurgicamente tratado com artroplastia total de anca, obteve força 5 na flexão plantar e dorsal da tibiotalársica na primeira e última avaliação,

sendo a única força 5 registada no membro inferior. Houve melhoria da força nos restantes segmentos, sendo a melhoria mais significativa na flexão e extensão da anca (apêndice VIII).

À semelhança do caso 2, o caso 4, tratava de um participante com gonartrose à direita, com artroplastia total de joelho e, em conformidade com os casos anteriores não foi possível obter força 5 em todos os segmentos, no entanto existiu melhoria da força muscular na flexão e extensão do joelho adução e abdução da anca. Nos restantes segmentos não houve alteração da força muscular desde a primeira até à última avaliação. Este utente em estudo teve alguma dificuldade na realização do plano de reabilitação devido a labilidade emocional por ansiedade. O utente em estudo realizou 80º de flexão do joelho no artromotor (apêndice IX).

O participante 5 foi submetido a artroplastia total do joelho, manteve força 5 em quase todos os segmentos avaliados na primeira e última avaliação, excetuando a flexão e extensão do joelho, onde na avaliação inicial tinha força 3 e 2 respetivamente, melhorando para 4 e 3. Este utente conseguiu realizar flexão do joelho de 70º com recurso a artromotor (apêndice X).

O participante 6 também com intervenção cirúrgica de artroplastia total do joelho direito, teve evolução da força muscular da flexão e extensão do joelho e flexão plantar e dorsal da tibiotársica. Nos restantes segmentos avaliados, o utente apresentou força 5 na avaliação inicial e final. Com a utilização do artromotor foi possível atingir o grau de flexão do joelho de 70º (apêndice XI).

Por fim, o caso 7, participante submetido a intervenção cirúrgica de artroplastia total do joelho esquerdo, foi o que alcançou melhores resultados em todo o estudo, pois obteve força 5 na primeira avaliação e final em 6 segmentos avaliados. Os segmentos onde houve défice de força muscular foi na flexão e extensão do joelho, onde obteve força 4 em todas as avaliações realizadas. No artromotor foi possível atingir um total de 85º de flexão do joelho (apêndice XII).

Os dados da avaliação diagnóstica permitiram definir os seguintes diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação:

- Movimento corporal diminuído;
- Potencial para melhorar o movimento corporal;

- Risco de rigidez articular;
- Potencial para melhorar capacidade de usar técnica de adaptação para posicionar-se;
- Dor músculo-esquelética aguda.

7.3- CARACTERIZAÇÃO DO EQUILÍBRIO

A avaliação pela escala de Tinetti tem como objetivo avaliar duas vertentes distintas, o equilíbrio estático, ou seja, o equilíbrio que o utente tem enquanto se encontra sentado ou em pé imóvel, e a vertente do equilíbrio dinâmico, que avalia a marcha. Todos os participantes foram sujeitos à aplicação da escala, tendo a primeira avaliação sido realizada aquando do primeiro levante, ou seja, vinte e quatro horas pós-operatório, como protocolado (Tabela 3).

Todos os participantes tiveram melhoria do seu equilíbrio, quer estático quer dinâmico durante a aplicação do plano de Enfermagem de Reabilitação.

O item de avaliação do equilíbrio estático- “Apoio unipodal” foi avaliado apenas no participante 2. A dor e a contraindicação cirúrgica não permitiram realizar a avaliação nos outros casos.

	Equilíbrio estático		Equilíbrio dinâmico		Total Inicial	Total Final
	Av. Inicial	Av. Final	Av. Inicial	Av. Final		
Caso 1	6	13	8	10	14	23
Caso 2	4	16	3	11	7	27
Caso 3	9	14	9	9	18	23
Caso 4	7	14	8	10	15	24
Caso 5	6	12	3	11	9	23
Caso 6	9	12	3	10	12	22
Caso 7	11	15	6	11	17	26

Tabela 3- Caracterização do Equilíbrio

Os diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação validados pelos dados foram:

- Equilíbrio diminuído;
- Potencial para aumentar o equilíbrio.

7.4- CARACTERIZAÇÃO DA INDEPENDÊNCIA NAS AVD's

A todos os participantes foi aplicada o índice de Barthel, que tem como objetivo avaliar o nível de dependência relativamente à realização das Atividades de Vida Diária. Os valores de corte definem que uma pessoa é totalmente dependente nas AVD's se obtiver um valor inferior a 20 pontos, severamente dependente se o valor estiver apreendido entre os 20 e os 35 pontos, moderadamente dependente entre 40 e 55 pontos, ligeiramente dependente se o valor for entre 60 e 90 pontos e independente se o valor for entre 90 e 100 pontos (Sequeira, 2007).

Durante a aplicação do plano de reabilitação, os utentes foram acompanhados aquando da realização das suas atividades de vida. Como se tratava de utentes do foro cirúrgico do membro inferior houve alíneas às quais não existiu alteração, como a alimentação e o controlo intestinal. No controlo vesical existiram alterações devido ao facto de alguns utentes se encontrarem algaliados no pós-operatório, sem capacidade para gerir o dispositivo (Tabela 4).

	Avaliação	Higiene Pessoal	Evacuar	Urinar	Usar WC	Alimentar-se	Transferências	Mobilidade	Vestir	Escadas	Banho	Total	Diferença
Caso 1	1ª Av.	0	10	5	5	10	5	10	5	0	0	50	+25
	última Av.	5	10	5	10	10	10	15	5	0	5	75	
Caso 2	1ª Av.	0	5	0	0	10	5	5	5	5	0	25	+65
	última Av.	5	10	10	10	10	15	15	10	5	5	90	
Caso 3	1ª Av.	0	10	0	0	10	5	10	5	0	0	40	+55
	última Av.	5	10	10	10	10	15	15	10	5	5	95	
Caso 4	1ª Av.	5	10	10	5	10	5	10	5	0	5	65	+30
	última Av.	5	10	10	10	10	15	15	10	5	5	95	
Caso 5	1ª Av.	0	10	10	0	10	5	10	5	0	0	50	+35
	última Av.	5	10	10	10	10	15	10	5	5	5	85	
Caso 6	1ª Av.	0	10	10	5	10	5	10	5	0	0	55	+35
	última Av.	5	10	10	10	10	10	15	10	5	5	90	
Caso 7	1ª Av.	5	10	5	5	10	10	10	5	0	5	65	+30
	última Av.	5	10	10	10	10	15	15	10	5	5	95	

Tabela 4- Caracterização da Independência nas AVD's

No momento da primeira avaliação, apenas um utente era gravemente dependente, três moderadamente dependentes e dois levemente dependentes. Após a intervenção de reabilitação, numa última avaliação, três utentes atingiram o patamar de ligeiramente dependente e quatro independentes, sendo que o parâmetro onde havia maior dificuldade foi no subir e descer escadas, onde nenhum utente conseguiu ser totalmente independente na realização da atividade.

A análise dos dados de avaliação diagnóstica possibilitou a identificação dos seguintes diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação:

- Potencial para melhorar capacidade para o autocuidado: higiene;
- Potencial para melhorar capacidade para o autocuidado: vestuário;
- Potencial para melhorar capacidade para usar de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário;
- Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha.

7.5- CARACTERIZAÇÃO DA INDEPENDÊNCIA NAS AIVD's

Para a avaliação das Atividade Instrumentais de Vida Diária, foi aplicada a escala de Lawton-Brody que avalia o nível de dependência aquando da sua realização. Um utente independente tem de obter um valor de 8 pontos, moderadamente dependente com um valor compreendido entre 9 e 20 pontos e por fim, severamente dependente se obteve um total acima de 20 pontos.

Esta escala foi aplicada apenas na primeira avaliação, tendo em conta o relatado pelos utentes, pois, como se encontravam em internamento hospitalar não foi possível avaliar os ganhos, uma vez que esta escala avalia itens relacionados com as atividades que os utentes realizam nos seus domicílios (Tabela 5).

	Cuidar Casa	Lavar Roupa	Preparar comida	Compras	Usar telefone	Usar transportes	Usar dinheiro	Resp. medicamentos	Total
Caso 1	4	3	2	1	1	1	1	1	14
Caso 2	1	1	1	3	1	3	2	1	13
Caso 3	1	1	2	1	1	1	1	1	9
Caso 4	1	1	1	1	1	2	1	1	9
Caso 5	2	1	1	1	1	2	1	1	10
Caso 6	3	3	2	3	1	3	2	1	18
Caso 7	1	1	1	1	1	1	1	1	8

Tabela 5- Tabela de Independência nas AIVD's

Apenas um utente era independente na realização das AIVD's, o caso 7. Esse facto pode dever-se ao caso de ser o utente com mais escolaridade e daí haver uma relação com a independência na realização das AIVD's.

Talvez por uma questão cultural, alguns utentes não fossem mais independentes, uma vez que tarefas como cuidar da casa, lavar a roupa... referiam ser era a esposa que o fazia, mas quando questionados, caso a esposa não pudesse fazer? - Dois utentes referiram que conseguiam realizar as tarefas. Todos os utentes elegidos eram os próprios responsáveis pela sua terapêutica.

8- ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE: A PESSOA COM DOENÇA RESPIRATÓRIA

A equipa onde foi realizado o estágio de ER de Cuidados Respiratórios (contexto de ECCL) têm em curso um projeto de Cuidados Respiratórios designado “Capacitar Reabilitando” o qual visa “*melhorar a resposta assistencial aos utentes com patologia respiratória (DPOC/ASMA), minimizando a agudização da doença através da otimização da terapêutica inalatória e promoção de estratégias educacionais para a saúde*” (Caeiro et al., 2022). Este projeto já se encontra na terceira etapa, nomeadamente no acompanhamento em consulta individualizada dos utentes identificados com Asma e DPOC. Esta consulta, tem como objetivo avaliar a forma como os utentes realizavam a inaloterapia e verificar sintomatologia que não se encontre controlada, ensinar exercícios de controlo e de relaxamento em momentos de crise, e caso seja necessário, encaminhar os utentes para o médico de família.

A participação no projeto de melhoria contínua foi uma oportunidade para o desenvolvimento de novas competências e também para a prossecução do projeto, no contexto de cuidados cardiorrespiratórios. As atividades desenvolvidas foram de contacto telefónico: teleconsulta e agendamento, a participação/realização de consultas. Foi ainda benéfico o poder iniciar a quarta etapa do projeto, o que permitiu ver a sua implementação na génese.

As teleconsultas foram dedicadas aos seguintes focos: gestão de sintomas (dispneia e intolerância à atividade), gestão terapêutica (inaloterapia). As intervenções foram ensinar/instruir sobre exercícios respiratórios, controlo da respiração, relaxamento e gestão do esforço nas AVD.

Nesta fase do projeto verificaram-se dificuldades já identificadas pelos profissionais: dificuldade no estabelecimento do contacto telefónico com os utentes e a não comparência às consultas agendadas. Foi proposto à equipa, que no dia que antecede as consultas se realizasse nova chamada telefónica, para lembrar os utentes que tinham uma consulta agendada para o dia seguinte.

As consultas processaram-se em duas etapas: Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica. Para a avaliação são aplicadas checklist, tendo em conta o tipo de inalador que o utente realiza, quer

seja pó seco ou pressurizado. Ambas as listas estão conforme a norma interna do serviço, tendo como sustentação teórica o livro “Terapêutica Inalatória Princípios, Técnicas de Inalação e Dispositivos Inalatórios” (Cordeiro, 2014). Após a realização de algumas consultas, verificou-se uma carência, nomeadamente uma checklist para os utentes que realizam os seus inaladores em câmara expansora. Neste sentido, e numa tentativa de melhorar e contribuir de forma positiva para o projeto, realizou-se uma checklist (apêndice XIII) tendo por base sustentação teórica (Ribeiro, 2021).

Nestas mesmas consultas é aplicada a Escala de Atividade de Vida Diária (LCADL) que tem como objetivo avaliar o nível de dependência dos utentes em termos da realização das suas Atividades de Vida Diária (Pitta et al., 2008). Nos utentes com dependência, solicitou-se o apoio da equipa multidisciplinar, nomeadamente do Terapeuta Ocupacional para que, em articulação com a equipa de Enfermagem, fosse explicado e/ou disponibilizado materiais de apoio para auxiliar o utente, nas suas atividades de vida.

No decorrer destas consultas as intervenções realizadas foram ensinos para adesão ao regime terapêutico; ensino e treino de técnicas de controlo da respiração e relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática, tosse dirigida, entre outros, o que permitiu um aprofundamento das técnicas apreendidas e a oportunidade para desenvolver uma relação terapêutica com os utentes.

Procede-se a um breve relato de um acontecimento que releva a importância do projeto: num contacto telefónico verificou-se sintomatologia descompensada por parte de um utente que, referiu não conseguir deslocar-se até à instituição de saúde. Neste sentido, foi realizada uma visita domiciliária, de modo a perceber quais eram os sintomas e monitorização de sinais vitais. Nessa visita, verificou-se que o utente apresentava tosse seca não controlada. Foi solicitado que o mesmo demonstrasse a forma como realizava o seu inalador, verificando-se erro. Realizaram-se ensinos sobre a correta realização do inalador, no entanto, o utente não apresentava capacidade inspiratória, facto que foi transmitido à médica de família que prescreveu novo inalador, com recurso a câmara expansora. Durante a avaliação do utente, observou-se que o mesmo apresentava respiração costal superior e diminuição do tempo expiratório. Após o levantamento dos focos de intervenção, foram realizadas as seguintes intervenções de Enfermagem de Reabilitação: Ensino e Treino de dissociação dos tempos respiratórios, com boa colaboração do utente ao fim de cinco repetições; Ensino e Treino de tosse dirigida com recurso a mão no abdómen, que o utente desempenhou com sucesso; Mobilização de secreções através de um copo com água e uma palhinha (no final de três expirações prolongadas pela palhinha, verificou-

se a saída de secreções esbranquiçadas); e Treino de técnicas de relaxamento, uma vez que o utente referiu cansaço fácil ou ao subir escadas. Este utente, beneficiou de materiais de apoio, disponibilizados pelo banco de apoio que a instituição possui, nomeadamente uma esponja de cabo longo e uma cadeira de banho para que o mesmo não dispusesse de muita energia aquando dos cuidados de higiene. Também foi instruído a elevar a cabeceira da cama para controlo da dispneia.

Foi realizada uma nova visita domiciliária para o ensino de inaloterapia com câmara expansora, verificando-se uma melhoria dos sintomas, nomeadamente redução do cansaço fácil e menos tosse produtiva (segundo referiu o próprio utente e o cuidador).

Numa das visitas domiciliárias realizadas no contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), como se tratava também de um utente integrado no projeto de reabilitação respiratória, sempre que a equipa se deslocava até ao seu domicílio para realização de outros cuidados, realizaram-se intervenções respiratórias, nomeadamente o ensino do cuidador para a correta realização do inalador em câmara expansora, o ensino do utente na dissociação dos tempos respiratórios. Em todas as visitas, foi treinada a dissociação dos tempos respiratórios, numa tentativa de controlo da. Numa das visitas, verificou-se que o utente em causa apresentava acessos de tosse, tendo sido instruído como deveria efetuar a tosse, utilizando os músculos abdominais (incentivado a colocar a mão sobre o abdómen, para melhor compreender). Verificou-se também que, se tratava de um utente com necessidade de ventilação mecânica não invasiva, no período noturno. Foi realizado ensino ao cuidador, sobre os cuidados a ter.

A idade média dos utentes aos quais foi possível realizar e/ou assistir à consulta foi de 58 anos, e verificou-se que todos apresentavam défices na realização da terapêutica inalatória, principalmente nos passos de expiração lenta e profunda, antes da realização da inalação e na higiene oral, após a realização da inalação.

A quarta etapa do projeto prevê a realização de “Workshops” que têm como objetivo reunir os utentes escolhidos para o projeto, numa sessão conjunta para reforçar ensinamentos, treinar exercícios respiratórios e partilhar experiências pois, a aprendizagem entre pares é uma estratégia para o incremento da literacia em saúde, favorável à capacitação dos participantes, aumento da confiança e longevidade das aprendizagens (Almeida, 2023).

Desta forma, efetuaram-se contactos telefónicos para se proceder ao levantamento das disponibilidades dos mesmos, de modo a facilitar a troca de experiências, sendo que, havia a intenção de serem criados dois grupos diferentes, um de utentes com Asma e um grupo de utentes com DPOC.

Foram realizadas duas sessões, sendo que a primeira sessão (apêndice XIV) contou com três utentes, dos dez convocados (idade média de 74 anos) e a segunda (apêndice XV) com três utentes, dos quatro convocados (idade média de 72 anos). Primeiramente foi solicitado que os utentes explicassem a forma como realizam os seus inaladores, depois foi exemplificado pela equipa e por fim foi reproduzido um vídeo demonstrativo. Em todas as sessões houve uma partilha de informação sobre a doença e a explicitação da correta realização dos inaladores. Por último, foram ensinados e treinados exercícios de relaxamento, exercícios de reeducação diafragmática e ensino da tosse dirigida. Foram estes os exercícios escolhidos para facilitar a aprendizagem, os critérios de seleção foram discutidos em equipa: exequibilidade no domicílio e segurança do utente. No final das sessões aplicou-se um questionário para que pudessem ser avaliadas as competências adquiridas e identificar dificuldades para que no futuro, se possam realizar novas intervenções indo ao encontro dos défices identificados. Após a aplicação do questionário (apêndice XVI) no primeiro grupo, verificou-se uma taxa de sucesso de 61,9%. As questões onde existiu maior dificuldade foi “a ansiedade não prejudica a asma” e “não é necessário saber inspirar pelo nariz e expirar pela boca com os lábios semicerrados”, onde todos os utentes não responderam de forma correta à questão. Daí se conclui que, numa próxima sessão se deve fazer maior enfoque no treino da dissociação dos tempos respiratórios. Na segunda sessão, após a aplicação do questionário (apêndice XVII), verificou-se uma taxa de sucesso de 87,5%. As questões que demonstraram maiores dificuldades foram “não devemos comer primeiro o peixe e a carne” e “não é necessário deitar o ar fora antes de fazer o inalador”.

A equipa de reabilitação, todos os anos é convidada pela autarquia para realizar uma sessão na Academia Sénior, na disciplina de Saúde. A sessão coincidiu com o estágio e foi subordinada ao tema- “Tenho mais de 65 anos, chegou o inverno e agora?” (apêndice XVIII). A sessão teve como objetivo alertar para as doenças respiratórias que a chegada do inverno pode trazer, ensinar como as combater e dotar estratégias respiratórias para fortalecer a musculatura acessória. Nessa sessão estiveram presentes dezassete utentes, com uma idade média de 74,6 anos. A sessão decorreu com boa participação, tornando-se interativa e dinâmica. No final da sessão, tal como nas sessões do projeto, foi aplicado um questionário (apêndice XIX), de modo a perceber quais foram os conteúdos adquiridos e quais os focos principais de intervenção a serem abordados numa próxima sessão. Verificou-se uma taxa de concretização de 91,91%, sendo que a questão onde existiu maior dificuldade foi “não é importante

lavar as mãos”. O tema “Lavagem das mãos” ficou identificado como relevante para integrar as sessões futuras.

As experiências de aprendizagem neste contexto de estágio foram particularmente significativas, pois requereram não só o desenvolvimento de competências técnicas, como também o rigor da avaliação de Enfermagem, a adequação dos recursos disponíveis e a participação dos utentes e dos cuidadores, com vista à eficácia dos cuidados. Cuidar em contexto domiciliário e comunitário exige considerar a multiculturalidade, as crenças e os recursos individuais dos participantes para melhorar a adesão.

9- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os utentes em estudo seguiram as etapas da Teoria de Intervenção terapêutica (Lopes, 2006). Deste modo, realizou-se uma avaliação diagnóstica, através de entrevista e de observação; o processo de intervenção terapêutica de Enfermagem, que engloba todas as intervenções dirigidas ao doente e à família e o processo de relação que compreende a gestão de sentimentos e de informação (Lopes, 2006). Neste sentido, e indo ao encontro da literatura disponível, todos os planos de cuidados foram individualizados e estruturados para cada utente, tendo em conta as suas especificidades (Teixeira et al., 2021) (Marques-Vieira & Gonçalves, 2021).

Os internamentos hospitalares podem levar, muitas das vezes a um declínio da funcionalidade dos utentes, devido ao tempo prolongado de repouso no leito, o que provoca perda de massa muscular devido às restrições físicas a que ficam sujeitos (Calero-García et al., 2017). Os contextos de estágio, em particular a Ortopedia demonstrou a tendência atual de internamentos de curta duração e, o acesso aos cuidados de Enfermagem de reabilitação contribuíram para a recuperação funcional e a alta em condição de independência ou dependência ligeira para os autocuidados, nos doentes que participaram no projeto de intervenção.

Os utentes elegidos para a estudo foram submetidos a cirurgias ortopédicas, a maioria por doença osteo-articular, cinco tinham doença gonartrose, uma coxartrose e apenas um foi operado por motivos traumatológicos. As doenças reumáticas são uma realidade em Portugal, existindo cerca de 31,022 doentes registados na Reuma.pt (registo nacional dos doentes com doenças reumáticas) em dezembro de 2022, onde cerca de 8,091 doentes estão afetos à área geográfica relatada neste projeto (Sociedade Portuguesa de Reumatologia, 2022). De modo a melhorar a qualidade de vida dos utentes, as cirurgias de artroplastia total de joelho associadas a programas de reabilitação têm como objetivo alívio da dor, diminuição do edema, recuperação da amplitude articular e melhoria da mobilidade (Ioshitake et al., 2016).

As sessões tiveram uma duração entre trinta a e quarenta minutos tendo em consideração a tolerância dos utentes. Atividades como o treino de marcha, podem beneficiar de sessões de curta duração, várias vezes ao dia, ao invés do treino intensivo, uma vez por dia (Vieira & Caldas, 2016). Os utentes em estudo tiveram uma média de 3,57 sessões, sendo que o tempo de internamento foi de oito a treze dias. Estudos realizados em populações semelhantes revelam bons resultados após as intervenções de EEER, quando os utentes são sujeitos a sete sessões, num período de internamento de dezoito dias (Palma et al., 2021) e sujeitos a nove sessões, num período de internamento de três semanas, compreendendo três sessões por semana (Teixeira et al., 2021). Apesar do número de sessões a que os utentes referidos neste estudo, foram sujeitos, ser ligeiramente inferior comparativamente com a literatura, os resultados revelaram uma evolução favorável na recuperação da independência.

O projeto de intervenção teve por base três grandes conceitos, nomeadamente Autocuidados, Autonomia e Independência. Autocuidado pode ser definido com *“Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”* (International Council of Nurses, 2019). Para Orem, o conceito de Autonomia assume um papel central naquilo que é o propósito da Enfermagem *“promover ou restituir a capacidade de autocuidado das pessoas” e “adquirir competências para a autonomia e autodeterminação”* (Queirós et al., 2014). Independência pode ser definido como a capacidade que o utente tem para realizar as Atividades de Vida Diária sem qualquer auxílio (Paiva et al., 2015). Todos os participantes neste estudo obtiveram melhorias na sua independência, desde o momento da avaliação inicial, até ao momento da alta. Salienta-se que o caso 2 foi onde se verificou uma evolução mais acentuada, havendo uma diferença de 65 pontos no índice de Barthel desde o momento da admissão, até ao momento da alta e o caso 1 foi onde se verificou menos ganhos, havendo uma diferença de apenas 20 pontos no índice de Barthel. Quando os utentes são totalmente independentes nas atividades de vida diária antes da fratura, nem sempre é possível atingir esse patamar pós-fratura. No estudo de Amarrilla-Danoso et al, 2020, 92% dos participantes eram independentes antes da fratura, mas apenas 39,3% conseguiu voltar à sua normalidade (Amarilla-Donoso et al., 2020), o que não se verificou nos participantes deste projeto, pois 42,85% conseguiram voltar à sua normalidade. A atividade de vida onde se verificou maior dependência, foi subir e descer escadas, que corrobora o estudo de Faria et al, 2022. Este estudo diz-nos que 50% dos participantes, têm medo de subir e descer escadas, necessitando ajuda nessa mesma atividade de vida (Faria et al., 2022). O medo de cair é comum entre os idosos que já têm antecedentes desta ordem, podendo resultar na limitação das atividades de vida diária e instrumentais, alterações na marcha, isolamento social, depressão e mais propensão a futuras fraturas (Blanco-Reina et al., 2021), daí ser de extrema importância a aquisição do maior nível

de independência aquando do momento da alta hospitalar, de modo a prevenir o supracitado. O estudo de Che et al, 2023 dá destaque ao treino na atividade de vida subir e descer escadas, por ser uma AVD que requer maior capacidade física para a sua execução (Che et al., 2023). O índice de Barthel é determinante para avaliação da independência da pessoa submetida a artroplastia da anca (Gonçalves, 2014) e joelho (Leitão et al., 2022). É também um ótimo instrumento para ajudar a estimar o tempo de sobrevivência a curto e médio prazo dos utentes, com mais de 65 anos que se encontram hospitalizados, daí ser de extrema importância a avaliação do índice aquando da admissão, pois um baixo valor no índice de Barthel, significa maior mortalidade a noventa dias, um e dois anos, o que evidencia a necessidade de implementação de planos de cuidados individualizados, visando a independência dos utentes (Ryg et al., 2021). Um programa de reabilitação focado no objetivo de atingir o patamar de independência antes de uma fratura, melhora a função osteoarticular e consequentemente a capacidade para a realização das AVD's (Che et al., 2023). Pode dizer-se que foram obtidos ganhos a nível de independência na realização das atividades de vida diária nos utentes participantes deste projeto.

A Escala Lawton-Brody que tem como objetivo avaliar a independência aquando da realização das atividades instrumentais de vida diária, foi apenas aplicada no momento da admissão, pois como não era possível avaliar os ganhos, uma vez que esta escala avalia itens relacionados com as atividades que os utentes realizam nos seus domicílios. Como a realização das AIVD não exigem tanto esforço, a literatura diz-nos que existe um pequeno declínio na dependência para a realização das AIVD em utentes que eram independentes na realização das mesmas pré-fraturas, ou seja, a grande maioria dos utentes que eram independentes na realização das AIVD antes da fratura, continuam a sê-lo após a mesma (Amarilla-Donoso et al., 2020). Existe uma relação direta entre a capacidade cognitiva e a capacidade para a realização das AIVD. Um utente que possua uma capacidade cognitiva superior, terá maior facilidade na realização das AIVD (Chuang et al., 2022). Um utente frágil, vai ter maior dificuldade para a realização das AIVD, dependendo de outrem para a concretização das mesmas (Faria et al., 2022).

Os idosos experimentam várias mudanças no equilíbrio devido à redução da força muscular, alteração nos sentidos e mudanças cognitivas (Oliveira et al., 2023). Por meio de prática de exercício para fortalecer os músculos e da aplicação de técnica para melhorar o equilíbrio postural, consegue-se aumentar a autonomia da pessoa nas suas atividades de vida diária (Rocha et al., 2020). Desta forma, equilíbrio pode ser definido como a capacidade de manter o centro de gravidade dentro de uma base de sustentação de modo a proporcionar estabilidade corporal, durante situações estáticas e dinâmicas (Lopes et al., 2010). Neste sentido, antes de se iniciar qualquer intervenção de EEER, é necessário a avaliação do equilíbrio, que no projeto de intervenção foi realizada com recurso à escala de Tinetti,

que avalia tanto o equilíbrio estático como o dinâmico. Em todos os casos verificou-se alguns défices, sendo que a alínea onde se verificou maior défice, foi no equilíbrio estático- apoio unipodal, onde apenas o caso 2 conseguiu realizar, no entanto os restantes utentes não o realizavam por se encontrar contraindicado e por manifestarem dor. Morete-Pinto, 2021 confirma que a utilização de anti-inflamatórios não esteroides, opioides e anestésicos locais tratam a dor pós-operatória, facilitando a recuperação, aumentando a qualidade de vida, elevando a autoestima e reduzindo o tempo de internamento (Morete-Pinto & Sousa-Correa, 2021). Também a crioterapia é uma escolha de eleição para a redução da dor no pós-operatório (H. Pereira, 2020). Após o equilíbrio mantido, é possível iniciar o treino de marcha. Rodrigues et al. referem que o tempo prolongado de internamento associado à falta de atividade estão associados a um declínio funcional (Rodrigues et al., 2020).

Uma revisão sistemática da literatura, conclui que os programas de marcha diminuem o tempo de internamento entre um a três dias (S. S. Sousa et al., 2023). Todos os utentes em estudo, realizaram o primeiro levante aquando das vinte e quatro horas pós cirurgia. Apenas o caso 6 não conseguiu realizar marcha aquando do primeiro levante, devido a dor, défice de força e anemia aguda (pós-cirurgia). O treino de marcha iniciou-se após reposição dos valores de hemoglobina e controlo da dor.

A força muscular é algo de extrema importância para a realização das atividades de vida, assim a escala utilizada para avaliar esse mesmo aspeto foi a MRC-ms. Foram realizados exercícios de fortalecimento muscular a todos os utentes em estudo, quer com utilização de barra, barra com peso e faixa elástica. Foram realizados ensinamentos sobre exercícios isométricos e sobre a restrição de movimentos propícios a luxação do implante, para que os utentes pudessem ser autónomos na sua própria reabilitação. O EEER é provido de competências que capacitam a pessoa a maximizar a sua funcionalidade, tendo em conta as suas capacidades remanescentes, contribuindo para a minimização de sequelas (Dias et al., 2021), melhorar a independência funcional, capacitando o autocuidado e melhorando a qualidade de vida (Palma et al., 2021).

A maioria dos participantes (n=5) apresentavam gonartrose, tratada com artroplastia total do joelho. A perda gradual da cartilagem na articulação do joelho, é uma condição que geralmente resulta em dor crónica, restrição de movimentos, e em muitos casos, incapacidade funcional, afetando diretamente as atividades de vida e a independência dos utentes (Zucolotto et al., 2023). Três dos cinco participantes com gonartrose já utilizavam auxiliar de marcha (uma canadiana).

Para a realização da marcha é necessária uma flexão do joelho de 65º, para descer escadas entre 85-100º, para subir 75-83º, para sentar numa cadeira 93º e 115º para realizar a atividade de atar atacadores sentado (Júnior et al., 2005). Assim sendo, a utilização do artromotor foi idêntico nos casos de artroplastia do joelho, para que os utentes atingissem a amplitude articular necessária para a realização da atividade de vida. Por norma, a flexão do joelho realiza-se numa amplitude articular de 160º, tendo em conta o volume de massa muscular e o tamanho da coxa (Hamai et al., 2013). Como refere a literatura, o objetivo traçado para todos os utentes sujeitos a artroplastia total do joelho é que os mesmo consigam atingir um grau de flexão do joelho de 90º (Borges, 2015). Nos utentes em estudo, apenas foi possível alcançar uma flexão de 85º, em dois casos, 70º, em dois casos e 80º, em um caso.

Após análise detalhada dos casos em estudo, verifica-se que a intervenção do EEER assume um papel preponderante no treino motor e de atividade de vida (L. Sousa & Carvalho, 2016). O treino de atividade de vida permite aumentar a força muscular, amplitude de movimentos equilíbrio potenciando a independência dos utentes (Vigia et al., 2016), permite a reaquisição da autonomia, reinserção familiar e social e consequentemente melhoria da qualidade de vida (Leitão et al., 2022). Os programas de reabilitação contribuem para ausência de complicações no período pré e pós-operatório (Palma et al., 2021), desta forma, torna-se necessário que os serviços de internamento tenham nos seus rácios enfermeiros de reabilitação, que permitam combater tais complicações (Rodrigues Mendes et al., 2023).

A partir dos resultados apresentados após a implementação do projeto, é possível concluir que a independência nas AVD demonstram resultados sensíveis aos cuidados de ER e facilitam a transição hospital- domicílio.

10- COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Para se alcançar o título de Enfermeiro Especialista, é necessário todo um processo acadêmico. Desta forma, para seja possível terminar esta etapa, existem objetivos de aprendizagem que devem ser alcançados. Todos esses objetivos já se encontravam previamente definidos no plano de estudos, ou seja, é necessário saber avaliar a funcionalidade, implementar programas de treino motor, diagnosticar planejar e implementar intervenções de Enfermagem de reabilitação, capacitar a pessoa com limitações e produzir dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Todas as competências vão ao encontro das exigidas pela Ordem dos Enfermeiros, complementando-se mutuamente, neste sentido. A análise reflexiva da aquisição das mesmas encontra-se descritas nos parágrafos que se seguem.

Também o Relatório de Estágio tem os seus objetivos previamente definidos, ou seja, tem de evidenciar capacidade de reflexão crítica sobre as práticas, tem de fundamentar as escolhas com base na teorização e na evidência científica, tem de descrever e avaliar o desenho e a implementação de projeto de intervenção e este tem de ser apresentado em prova pública.

10.1- COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Foi a 6 de fevereiro de 2019, que no Diário da República, 2ª série nº26, no Regulamento nº140/2019 ficaram definidas quais as competências que diferem um Enfermeiro Especialista de um Enfermeiro de Cuidados Gerais. Este conjunto de competências, confere aos Enfermeiros Especialistas conhecimentos e habilidades diferenciadas (Diário da República, 2019).

As competências comuns do Enfermeiro Especialista, independentemente da área de especialização, estão divididas em quatro grandes domínios, nomeadamente domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão dos cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

- Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

As competências descritas neste domínio, dizem respeito à demonstração de uma prática do exercício profissional ético e seguro, demonstrando conhecimento ético e deontológico.

Durante toda a prática profissional, existe uma constante reflexão sobre como se deve cuidar o outro, respeitando a sua dignidade e os seus direitos, indo ao encontro daquilo que são os nossos valores enquanto pessoas, enquanto profissionais, de modo que se encontre um equilíbrio, uma harmonia que vise o respeito e a dignidade pessoal e profissional (Deodato, 2016).

No decorrer dos estágios, foi possível adquirir competências do domínio supracitado, através da prestação de cuidados individualizados, visando sempre o respeito pela integridade pessoal. A responsabilidade profissional esteve sempre presente, nomeadamente no planeamento atempado dos cuidados, na discussão dos mesmos com o Enfermeira Especialista, Enfermeiro Gestor e Especialista e com a Professora Orientadora. A discussão dos resultados de modo a validar a atualização dos planos de intervenção com vista à otimização dos resultados benéficos para os utentes, também demonstrou responsabilidade profissional.

O Projeto de Intervenção foi aprovado pela comissão de ética do IPP e da ULSNA (anexo VIII), garantindo o cumprimento de todas as considerações éticas e legais. Também aos utentes participantes no estudo lhes foi garantido o anonimato, através do preenchimento de consentimento livre e esclarecido, onde constava todas as informações referentes ao estudo, dando-lhes a possibilidade de desistir, caso quisessem, em qualquer altura do decorrer do mesmo.

- Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

Observou-se uma melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados através implementação do Protejo de Intervenção, pois este visou a autonomia e a independência dos utentes. Todos os planos de intervenção foram traçados de forma individualizada, validados pelos Enfermeiros Especialistas garantindo qualidade e segurança nos cuidados prestados. Foram aplicados instrumentos de avaliação adequados ao Projeto de Intervenção, que auxiliaram a mensurar os resultados. Com estes resultados, foi possível saber quais os focos onde se deve intervir, de modo que o regresso ao domicílio se realizasse em segurança, para que, nos seus domicílios, os utentes conseguissem ter uma maior autonomia da realização das AVD's.

Com o objetivo de melhoria da qualidade de cuidados na unidade de ortopedia, foi proposta a realização de dois folhetos informativos para utentes tratados com artroplastia da anca ou do joelho e seus familiares, contendo exercícios para realizar no domicílio, visando a continuidade de atividades de recuperação funcional (apêndice XX). O serviço de Ortopedia tem em implementação um projeto de melhoria continua dos cuidados, dedicado à literacia em saúde de utentes e familiares, tratados cirurgicamente. Os dados para a realização dos folhetos foram extraídos de protocolo de exercícios testado por peritos e publicado num manual de Enfermagem de Reabilitação. Foram transcritos apenas os exercícios ativos, pois são aqueles que o utente pode realizar de forma autónoma. Para que a interpretação dos exercícios se tornasse facilitadora para os utentes, fez-se acompanhar de ilustrações e legendas sem a utilização de terminologia específica. Os folhetos foram apresentados ao serviço, mas não houve a possibilidade de serem testados, ficando assim a proposta de teste dos mesmos na população alvo ocorrer posteriormente.

No decorrer do estágio final, foi possível participar nas “III Jornadas de Enfermagem de Reabilitação da ULS Matosinhos” (anexo IX), onde houve oportunidade de conhecer diversos projetos que se encontram a decorrer no norte do país. Foi bastante produtivo, uma vez que contribuiu para abrir horizontes e mostrar uma visão mais holística daquilo que é a intervenção do EEER.

Também no decorrer do estágio final, foi realizado em coautoria um poster que foi apresentado nas “I Jornadas de Reabilitação do Litoral Alentejano” (anexo X), onde foi exposto o tema “Enfermagem de Reabilitação no Peri-operatório de Doentes com Artroplastia do Joelho: Estudo de Caso” (apêndice XXI). Os resultados obtidos no âmbito do Projeto de Intervenção foram avaliados pela Comissão científica, divulgados e expostos para discussão entre pares. Após avaliação por parte do conselho científico das jornadas, o póster foi classificado com o primeiro lugar (anexo XI), enaltecendo o trabalho da equipa, dando assim mais alento para continuar o bom trabalho desenvolvido.

No estágio em Enfermagem de Reabilitação (neurologia), realizou-se um jogo lúdico com o objetivo de estimular a cognição dos utentes e ao mesmo tempo treinar a motricidade fina. O jogo consiste em colocar tampas (três cartões, com três tamanhos diferentes) consoante a sequência de cores que está descrita no cartão (apêndice I). O jogo também tem uma componente destinada ao treino da atenção e da memória feita a partir de uma atividade de correspondência de cores. Também no decorrer do primeiro estágio, realizou-se uma luva de estimulação sensorial, à semelhança do dossier de texturas, mas esta luva tem como objetivo estimular a sensibilidade dos membros inferiores (apêndice II). É uma luva que tem a opção de alterar a textura da sua palma. A aplicação do jogo didático e da luva de estimulação sensorial é benéfico para os utentes, pois são instrumentos que irão ajudar a melhorar a sua motricidade e sensibilidade e consequentemente irá ser útil para a realização dos seus autocuidados, garantindo assim uma melhoria continua dos cuidados.

No estágio final, área de cuidados cardiorrespiratórios, realizaram-se dois workshops visando a continuidade do projeto de reabilitação respiratória “Capacitar Reabilitando” (apêndice XIV) (apêndice XV). Ambas as sessões tiveram como objetivo capacitar a pessoa com conhecimentos/competências sobre a sua doença (DPOC ou Asma), verificar a técnica inalatória que tinha sido previamente aprendida na consulta do projeto e capacitar os utentes com exercícios respiratórios que são fulcrais no controlo da doença e na prevenção de agudizações.

Realizou-se uma sessão de educação para a saúde em parceria com a Autarquia, no âmbito da Academia Sénior. Essa sessão teve como tema “Tenho mais de 65 anos, chegou o Inverno e agora?” (apêndice XVIII) e visou a capacitação dos utentes inscritos na disciplina de Saúde, sobre as complicações e doenças mais comuns que surgem no Inverno e a apresentação de alguns exercícios respiratórios.

- Competências do domínio da gestão dos cuidados

O domínio de gestão dos cuidados passa pelo lugar que o Enfermeiro Especialista desempenha na equipa multidisciplinar. Este deve e tem de ser a ponte de ligação de toda a equipa, fazendo uma estreita articulação entre todos os membros, gerindo e priorizando os cuidados, visando sempre a qualidade dos mesmos (Diário da República, 2019). O Enfermeiro Especialista é dotado de conhecimentos diferenciados, que lhe permitem ter uma abordagem bastante individualizada do utente e da

família. Nos estágios foi possível observar e participar nas estratégias que favorecem a colaboração da equipa multidisciplinar, com vista aos objetivos de recuperação funcional. Foi bastante benéfico a colaboração nos projetos de reabilitação, pois veio trazer uma outra opinião, existindo a oportunidade de discussão dos cuidados, de modo a podermos providenciar aos utentes, uma melhoria constante dos mesmos. Foi possível observar que toda a equipa questionava e solicitava entreaajuda para a realização de determinadas técnicas, mostrando interesse e gosto pela partilha.

Durante esta aprendizagem, a definição das prioridades foi a grande chave para o sucesso, uma vez que o facto de o ER expor quais são os focos de atenção e os explicar a toda a equipa, fez com que os cuidados fluíssem. O ER acaba por ser o “maestro” de toda esta complexidade de cuidados que é a Enfermagem, visando sempre o melhor para o utente e a sua família. É também responsabilidade do ER orientar os restantes colegas para quais os dispositivos mais adequados para cada utente, ensinar as técnicas seguras de utilização e desta forma assegurar a continuidade dos cuidados.

No estágio na comunidade a presença e intervenção dos EEER foi bastante notória, pois o facto de já se encontrar implementado um projeto focado apenas nos cuidados respiratórios acaba por ser um meio facilitador para toda a equipa, uma vez que já se encontravam despertos para os cuidados diferenciados que os utentes respiratórios precisam, e sempre que necessário é solicitado o apoio do ER. Como se trata de doentes em contexto domiciliário, é bastante importante a gestão e o planeamento dos cuidados. A capacitação do utente e do familiar são um ponto fundamental dos cuidados de saúde primários, para que possam ser os mesmos a gerir os cuidados e a solicitar apoio sempre que necessário.

- Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Relativamente às competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, é de frisar que o Enfermeiro Especialista tem de ter a capacidade de autoconhecimento de assertividade, detendo consciência de si enquanto pessoa e enquanto enfermeiro e ser capaz de gerar respostas de adaptabilidade individual e organizacional (Diário da República, 2019).

Toda a componente teórica do Curso incrementa as aprendizagens profissionais e cria as condições essenciais para a realização dos estágios. Durante o período do estágio realizou-se uma Scoping Review que sustentou teoricamente a escolha do tema do projeto.

Todas as intervenções aplicadas pelo Enfermeiro Especialista têm e devem ser baseadas na evidência científica mais recente. Durante o decorrer do estágio final, participou-se numa formação em serviço sobre um novo site/aplicação designado DYNAMED. A aplicação é uma base de dados da EBSCO, organizada por áreas de especialidades médicas que atualiza as evidências científicas sobre múltiplas temáticas em saúde. A pesquisa por tema ou assunto é facilitada e multilingue.

Todo o percurso durante os estágios foi um momento de aprendizagem contínuo, pois existem conhecimentos que só ficam apreendidos/ consolidados em contexto real. No decorrer dos estágios foram adquiridas competências nas três áreas exigidas pela especialidade (neurologia, ortro-traumatologia e cardiorrespiratório), no entanto a prática de Enfermagem e prática de Enfermagem Especializada em Reabilitação encontra-se em constante atualização, logo nunca será possível obter todos os conhecimentos sobre a área, é possível sim, ter a consciencialização que se trata de uma área onde a pesquisa e a constante procura de informação recente não pode estagnar, pois temos o dever de oferecer os melhores e mais recentes cuidados aos utentes, visando a sua autonomia e o seu bem-estar.

10.2- COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação estão divididas em três grandes áreas, sendo elas:

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

Existem diversos focos onde o EEER deve centrar a sua intervenção, nomeadamente a “nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade” (Ordem dos

Enfermeiros, 2019) . No entanto, não é só a nível físico que o EEER detém a sua atuação, este também avalia aspetos psicossociais que muitas das vezes são influenciadores da incapacidade.

Relativamente aos cuidados da pessoa com necessidade especiais, pode-se falar de todas as pessoas a que o Enfermeiro Especialista presta cuidados, pois cada utente é único e tem a sua individualidade. Neste sentido, o EEER atua em todo o ciclo vital de pessoas que tenham incapacidades de realização das suas AVD's visando a qualidade de vida.

Os estágios foram realizados em três contextos distintos, nos quais foram desenvolvidos processos de cuidados a doentes, familiares e cuidadores nas fases aguda, subaguda, e crónica de doenças/lesões nos sistemas cardíaco, respiratório, músculo-esquelético e neurológico. O autocuidado foi prevalente em todos os contextos e os processos de assistir, treinar, ensinar ou mesmo substituir nos diferentes autocuidados foram determinantes, a todo o processo de desenvolvimento de competências. Durante os estágios, foi bastante claro a importância das intervenções de ER, pois a identificação rápida e eficaz do foco e a implementação precoce de intervenções de Enfermagem, fazem com que a recuperação e a reintegração dos utentes aconteça de uma forma mais fácil. O EEER deve procurar estratégias facilitadoras para que os utentes consigam alcançar o máximo da sua independência.

No decorrer dos estágios, houve oportunidade de intervir com múltiplos utentes com diagnósticos distintos, alargando assim as oportunidades de aprendizagem e de prática de cuidados em contexto de internamento e no domicílio. É da competência do EEER intervir no contexto hospitalar e domiciliário, e com a variedade de estágios em diferentes contextos, foi possível não só o desenvolvimento das competências nas áreas definidas, como também a apropriação das estratégias e das dificuldades que emergem pelos diferentes contextos e fases de cuidados.

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

Relativamente a esta competência específica de Enfermagem de Reabilitação, o Enfermeiro deve ser capaz de implementar programas de treino de Atividades de Vida, tendo em conta as limitações da pessoa, maximizando sempre a sua autonomia e a qualidade de vida. O conceito de autonomia não deve ser confundido com o conceito de independência, pois não são sinónimos. Alguém autónomo é

capaz de decidir em cada situação que a vida apresenta (Couto, 2012). Ser independente é ser capaz de realizar as atividades de vida diária, ou seja, ser capaz de viver na comunidade sem qualquer ajuda de outrem (World Health Organization, 2002).

O EEER tem competências para prescrever dispositivos de apoio, com os quais as pessoas recuperam a independência ou diminuem a dependência de outros. Durante o decorrer dos estágios, desenvolveu-se intervenções neste sentido, ensinando os utentes a utilizarem pegas de cabo grosso (para os utentes com hipoestesia), a utilizarem abotoadores (em utente com hemiparésia), a utilizarem calçadeiras (em utentes que devido a limitações articulares não conseguem calçar os sapatos), a utilizarem auxiliares de marcha, como andarilho e canadianas, a utilizarem corretamente os seus dispositivos inalatórios, a adquirirem estratégias compensatórias para a doença respiratória, como por exemplo as técnicas de relaxamento e a dissociação dos tempos respiratórios.

Muitas das vezes, os utentes que se encontram em internamento hospitalar, têm alta para o domicílio, e, o EEER deve dotar a pessoa de conhecimentos de prevenção de quedas, fornecendo informação sobre riscos ambientais. No caso dos cuidados de ER nos cuidados de saúde primários, a intervenção acaba por ser semelhante à que foi realizada em contexto hospitalar, mas permitem avaliar no domicílio se existem ou não dispositivos de apoio, se existe alguma barreira (arquitetónica ou não) que impeça a pessoa e família de realizar as suas atividades de vida de forma autónoma e solucioná-la. Os cuidados de saúde primários são bastante gratificantes, pois verificam no terreno, nos domicílios das pessoas os benefícios de intervenções diferenciadas e o quanto melhoram a qualidade de vida dos utentes e familiares.

No decorrer do estágio de cuidados respiratórios, houve oportunidade de assistir a uma formação designada “História e Cultura Cigana” (anexo XII). Esta formação foi muito enriquecedora, na medida em permitiu compreender melhor alguns aspetos deste grupo étnico e oportuna, pelo que, na área geográfica onde decorreu o estágio existe um bairro social, onde há um grande aglomerado populacional, desta minoria étnica. Este tipo de formações é de extrema importância, tanto para os enfermeiros de cuidados gerais, como para os Enfermeiros Especialistas, para que se possa compreender melhor as suas necessidades e delinear estratégias que facilitem os cuidados.

- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Para a realização das AVD's, é necessário ter competência cardiorrespiratória e motora, neste sentido, e tendo como objetivo o alcance da última competência específica de EEER, implementaram-se planos de treino motor e cardiorrespiratório visando sempre a maximização da autonomia e funcionalidade dos utentes. Todas as intervenções foram realizadas e planeadas tendo por base o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2015). Cada plano de cuidados foi realizado de forma individualizado e personalizado para cada utente. Os resultados do Projeto de Intervenção evidenciam melhorias na funcionalidade dos utentes acompanhados

Ao longo dos estágios, constatou-se que independentemente de dois utentes serem submetidos à mesma intervenção cirúrgica, no mesmo dia, no mesmo membro operado, a forma de recuperação nunca é igual, e apesar de alguns utentes ficarem emocionalmente mais deprimidos por observarem que “estão a ficar para trás” houve a oportunidade de trabalhar mais aprofundadamente as questões de ensinamentos e encorajamento. Já nos cuidados respiratórios em cuidados de saúde primários o foco principal é a literacia em saúde, tanto do utente, como da família. Muitas das vezes os utentes de foro respiratório necessitam de uma atenção especial, pois vivem a doença há largos anos e acaba por ser desafiante mudar ideias e ideologias práticas. Definir estratégias de comunicação para que os utentes compreendam a mensagem foi um grande desafio vivido. A intervenção de EEER nos cuidados de saúde primários em cuidados respiratórios ofereceu a oportunidade de verificar que, apesar de existirem utentes com idades semelhantes a mesma patologia, medicados com terapêutica idêntica na via de administração, os cuidados não podem, nem devem ser iguais. Deve-se sempre individualizar os cuidados. Ser EEER é muito mais do que trabalhar a parte física dos utentes, um EEER tem de ter a capacidade de observar o doente num todo, para que consiga encontrar o foco para poder intervir o mais precocemente possível.

A experiência de participação no Departamento de AVD no Centro de Reabilitação de Alcoitão é uma mais-valia para todo o Enfermeiro que ambicione ser EEER, não só por ser um centro de excelência de cuidados de reabilitação, mas por todas as experiências diversificadas que é possível obter. Os cuidados individualizados e planeados tendo em conta os objetivos do utente e da família, o envolvimento da família no processo de recuperação são a base para uma alta segura, e é um foco bastante relevante por parte dos EEER. A importância da promoção da autonomia e independência dos utentes é zelada ao máximo no Departamento de AVD. São os EEER os facilitadores da transição para a autonomia, pois promovem estratégias, realizam ensinamentos, predispoem materiais técnicos que só têm um

único objetivo, que os utentes após a alta, sejam capazes de integrar o seu domicílio sem terem de depender de outra pessoa.

10.3- COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Para a aquisição do grau de mestre, existem determinadas competências que devem ser adquiridas, competências essas que se encontram descritas em Diário da República, mais especificamente no Decreto-Lei nº63/2016 de 13 de setembro, capítulo III artigo 15 (Diário da República, 2016).

O curso preconiza objetivos que devem ser atingidos aquando do término do mesmo, para que seja adquirido o grau de mestre (Universidade de Évora, 2015), nomeadamente que o estudante demonstre competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de Enfermagem, numa área especializada. Através de todas as competências enumeradas nos subcapítulos anteriores, é possível afirmar que foram adquiridas competências de mestre que fazem referência à realização de análise diagnóstica planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde de Enfermagem.

Relativamente à investigação, é também objetivo que o estudante, inicie, contribua, desenvolva e dissemine investigação para promover a prática de Enfermagem baseada na evidência. Durante os estágios, foram desenvolvidas diversas pesquisas em bases de dados científicas como a CINAHL Complete, MEDLINE Complete entre outras. Através dessas pesquisas, foi realizado um artigo que aguarda aceitação para publicação com o título “Ganhos com Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para o Autocuidado do Idoso Internado- Scoping Review”. Foi também desenvolvido um póster apresentado nas “I Jornadas de Enfermagem de Reabilitação do Litoral Alentejano”, onde foi exposto o tema “Enfermagem de Reabilitação no Peri-operatório de Doentes com Artroplastia do Joelho: Estudo de Caso” (apêndice XXI) tendo sido classificado com o primeiro lugar. Através das competências supracitadas, foi possível desenvolver outras, como a realização de desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida, ou seja, todas as competências se complementam umas às outras.

Outra competência que é exigida para o grau de mestre é que o estudante tenha capacidade para integrar conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais. Esta competência foi adquirida e foi demonstrada pelo relato e análise das atividades desenvolvidas nos estágios. No decorrer dos estágios foi possível integrar de forma ativa os projetos que se encontravam em funcionamento. Como se encontra relatado no capítulo “Enfermagem de Reabilitação na Comunidade: A Pessoa com Doença Respiratória”, foi iniciado a quarta fase do projeto, a qual decorreu da melhor forma, uma vez que todas as propostas foram aceites e discutidas pela equipa. Sendo assim, foi adquirida também a competência que faz referência à participação de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

Após análise e reflexão de todas as práticas realizadas durante este percurso académico, podemos concluir que foram adquiridas as competências de mestre.

11- CONCLUSÃO

A decisão de integrar o Mestrado de Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Reabilitação foi motivada pela busca por uma prática de Enfermagem diferenciada, baseada em descobertas científicas recentes que oferecessem atendimento individualizado e excelência distinta. Interesse e curiosidade pessoal, bem como a área de atuação na reabilitação de pessoas idosas, motivaram a escolha desta especialização.

Após a realização do projeto e posteriormente do relatório de estágio, passando por todos os locais de estágio definidos, foi possível observar de forma clara que, os cuidados de Enfermagem são de extrema importância para os ganhos no autocuidado do utente com mais de 65 anos. A intervenção direta do Enfermeiro Especializado nesta área contribui significativamente para a melhoria da qualidade de vida e da autonomia dos utentes, permitindo que possam realizar as suas atividades diárias com mais independência e segurança.

Durante o estágio, foi possível constatar que os utentes sujeitos a cuidados de Enfermagem de Reabilitação, apresentaram melhorias significativas em diversas áreas, como mobilidade, equilíbrio, controlo de dor, autocuidados, adaptação a auxiliares de marcha, entre outras. Isso demonstra o impacto positivo dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na promoção da saúde e no bem-estar dos utentes, reforçando a importância deste tipo de intervenções para a população idosa. No entanto, mesmo diante dos benefícios evidentes dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, é importante ressaltar que ainda existe uma carência significativa de projetos e recursos destinados a esta área. É de extrema importância a intervenção destes profissionais de saúde, especialmente num cenário em que o envelhecimento populacional é uma realidade cada vez mais presente. Neste sentido, torna-se urgente que se vise a ampliação e o fortalecimento dos serviços de reabilitação para a população idosa.

Além disso, é fundamental destacar que ainda existe um longo caminho a ser percorrido para a visibilidade e o reconhecimento dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. É necessário existir mais evidência científica produzida em terreno nacional, evidência essa que, demonstre a importância dos cuidados, pois os resultados derivados da intervenção especializada são bastante benéficos para os

utentes. É necessário promover a valorização e o reconhecimento do papel do Enfermeiro de Reabilitação, destacando a sua importância no processo de reabilitação e na promoção da autonomia e independência dos utentes. Tendo em conta este cenário, é fundamental que sejam desenvolvidos mais projetos e pesquisas na área de Enfermagem de Reabilitação, com o intuito de ampliar o conhecimento técnico-científico e aprimorar as práticas de cuidados. A realização de estudos e a disseminação de informação sobre a eficácia dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação são essenciais para sensibilizar sobre a importância destes cuidados.

Através de todas as experiências vivenciadas nos estágios, no planeamento e implementação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, foi possível desenvolver competências nas três áreas de especialidade exigidas para a Enfermagem de Reabilitação, bem como a aquisição das competências de mestre assim exigidas.

Em suma, os cuidados de Enfermagem de Reabilitação são benéficos para os ganhos nos autocuidados dos utentes com mais de 65 anos, contribuindo para a promoção da saúde, autonomia e qualidade de vida, sendo uma mais-valia para a saúde pública.

12- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C. (2023). *Uma Viagem pela Literacia em Saúde Modelos Práticos de Intervenção* (Pontedivora).
- Amarilla-Donoso, F. J., López-Espuela, F., Roncero-Martín, R., Leal-Hernandez, O., Puerto-Parejo, L. M., Aliaga-Vera, I., Toribio-Felipe, R., & Lavado-García, J. M. (2020). Quality of life in elderly people after a hip fracture: A prospective study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01314-2>
- Apóstolo, J. (2012). *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)*. https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25, 59–66. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/84575.pdf>
- Blanco-Reina, E., Aguilar-Cano, L., García-Merino, M. R., Ocaña-Riola, R., Valdellós, J., Bellido-Estévez, I., & Ariza-Zafra, G. (2021). Assessing prevalence and factors related to frailty in community-dwelling older adults: A multinomial logistic analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 10(16). <https://doi.org/10.3390/jcm10163576>
- Borges, S. (2015). *Resultados da Implementação de um Programa de Reabilitação em Utentes submetidos a Artroplastia Total do Joelho*.
- Caeiro, A., Romão, F., & Guerreiro, S. (2022). *Projeto de melhora continua: Capacitar Reabilitando*.
- Calero-García, M. J., Ortega, A. R., Navarro, E., & Calero, M. D. (2017). Relationship between hospitalization and functional and cognitive impairment in hospitalized older adults patients. *Aging and Mental Health*, 21(11), 1164–1170. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1220917>

- Che, Y. J., Qian, Z., Chen, Q., Chang, R., Xie, X., & Hao, Y. F. (2023). Effects of rehabilitation therapy based on exercise prescription on motor function and complications after hip fracture surgery in elderly patients. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12891-023-06806-y>
- Chovanec, K., & Howard, N. R. (2021). Acute Care Management during a Pandemic. *Professional Case Management*, 26(1), 11–18. <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000467>
- Chuang, I. C., Liao, W. W., Wu, C. Y., Yeh, T. T., Chen, C. L., Lin, C. H., Huang, T. H., & Pei, Y. C. (2022). Baseline Global Cognitive Function Affects Cognitive and Functional Outcomes of Combined Physical and Cognitive Training Among Older Adults With Cognitive Decline. *American Journal of Occupational Therapy*, 76(2). <https://doi.org/10.5014/ajot.2022.042218>
- Cogan, A. M., Weaver, J. A., Davidson, L. F., Cole, K. R., & Mallinson, T. (2022). Association of Cognitive Impairment With Rate of Functional Gain Among Older Adults With Stroke. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(12), 1963.e1-1963.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.07.026>
- Cogan, A. M., Weaver, J. A., McHarg, M., Leland, N. E., Davidson, L., & Mallinson, T. (2020). Association of Length of Stay, Recovery Rate, and Therapy Time per Day with Functional Outcomes after Hip Fracture Surgery. *JAMA Network Open*, 3(1). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.19672>
- Cogan, A., Weaver, J., Davidson, L., Cole, K., & Mallinson, T. (2022). *Association of Cognitive Impairment With Rate of Functional Gain Among Older Adults With Stroke*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36058296/>
- Cogan, A., Weaver, J., McHarg, M., Leland, N., Davidson, L., & Mallinson, T. (2020). Association of Length of Stay, Recovery Rate, and Therapy Time per Day with Functional Outcomes after Hip Fracture Surgery. *JAMA Network Open*, 3(1). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.19672>
- Cordeiro, M. (2014). *Terapêutica Inalatória Princípios, Técnicas de Inalação e Dispositivos Inalatórios* (1ª). Lusodidacta.
- Couto, G. (2012). *Autonomia/Independência no Autocuidado. Sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9323/1/MER%20_GL%3b%3ria%201621_.pdf

Deodato, S. (2016). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 35–39).

DGS. (2019). *Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica no Adulto- Norma Clínica 005/2019*. www.dgs.pt

Diário da República. (2016). *Decreto-Lei nº63/2016*.

Diário da República. (2019). Regulamentos nº140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. In 2º série nº26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Dias, P., Ferreira, R. F., & Messias, P. (2021). The Person undergoing Total Hip Arthroplasty due to Coxarthrosis: Case Report. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitacao*, 4(2), 18–29. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.167>

Faria, A., Martins, M., Aguilera, J., Ribeiro, O., Silva, J., Fonseca, E., & Ferreira, L. (2022). Factors related to multidimensional fragility in elderly people. *Revista Baiana de Enfermagem*, 36. <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.46531>

Gibson, J. M. E., Thomas, L. H., Harrison, J. J., & Watkins, C. L. (2018). Stroke survivors' and carers' experiences of a systematic voiding programme to treat urinary incontinence after stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9–10), 2041–2051. <https://doi.org/10.1111/jocn.14346>

Gonçalves, L. (2014). *Determinantes da Capacidade Funcional em Indivíduos com Coxartrose submetidos a Artroplastia Total da Anca*.

Hamai, S., Dunbar, N. J., Moro-Oka, T. A., Miura, H., Iwamoto, Y., & Banks, S. A. (2013). Physiological sagittal plane patellar kinematics during dynamic deep knee flexion. *International Orthopaedics*, 37(8), 1477–1482. <https://doi.org/10.1007/s00264-013-1958-6>

HESE. (2021, August 2). *Objetivos, Missão, Valores, Visão*. <https://www.hevora.min-saude.pt/2021/08/02/missao-objetivos-valores-visao/>

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação- Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª edição). Lusodidacta.

International Council of Nurses. (2019). *Navegador CIPE*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>.

- Ioshitake, F. A. C. B., Mendes, D. E., Rossi, M. F., & Rodrigues, C. D. A. (2016). Reabilitação de pacientes submetidos à artroplastia total de joelho: revisão de literatura. *Revista Da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 18(1), 11–14. <https://doi.org/10.5327/Z1984-4840201623374>
- Jepma, P., Latour, C. H. M., ten Barge, I. H. J., Verweij, L., Peters, R. J. G., Scholte op Reimer, W. J. M., & Buurman, B. M. (2021). Experiences of frail older cardiac patients with a nurse-coordinated transitional care intervention - a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06719-3>
- Joanna Briggs Institute. (2013). *New JBI Levels of Evidence*. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
- Júnior, L., Castro, C., Gonçalves, M., Rodrigues, L., Cunha, F., & Lopes, F. (2005). Amplitude de Movimento Após Artroplastia Total do Joelho. *Acta Ortop Bras*, 13(5), 233–234. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S1413-78522005000500004>
- Leitão, J., Vigia, C., Mesquita, C., & Pestana, H. (2022). Muscle strengthening and increasing the articular amplitude of the person submitted to total knee arthroplasty: Case study. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitacao*, 5(1), 51–59. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.188>
- Li, C. Y., Haas, A., Pritchard, K. T., Karmarkar, A., Kuo, Y. F., Hreha, K., & Ottenbacher, K. J. (2021a). Functional Status Across Post-Acute Settings is Associated With 30-Day and 90-Day Hospital Re-admissions. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(12), 2447-2453.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.07.039>
- Li, C. Y., Haas, A., Pritchard, K. T., Karmarkar, A., Kuo, Y. F., Hreha, K., & Ottenbacher, K. J. (2021b). Functional Status Across Post-Acute Settings is Associated With 30-Day and 90-Day Hospital Re-admissions. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(12), 2447-2453.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.07.039>
- Li, C. Y., Karmarkar, A., Kuo, Y. F., Haas, A., & Ottenbacher, K. J. (2020). Impact of Self-Care and Mobility on One or More Post-Acute Care Transitions. *Journal of Aging and Health*, 32(10), 1325–1334. <https://doi.org/10.1177/0898264320925259>
- Lopes, M. (2006). *A Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica*. Formasau.
- Lopes, M., Passerini, C., & Travensolo, C. (2010). Eficácia de um protocolo fisioterapêutico para equilíbrio em idosos institucionalizados. *Semina: Ciências Biológicas e Da Saúde*, 31(2), 143–152.

- Luís, J., & Apóstolo, A. (2012). *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)*.
- Marques-Vieira, C., & Gonçalves, T. (2021). A tomada de decisão em enfermagem. In *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com doença aguda* (1st ed., pp. 51–60). Sabooks Editora.
- Martins, M., Ribeiro, O., & Silva, J. (2018). Orientações Conceituais dos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação em Hospitais Portugueses. *RPER*.
- Morete-Pinto, M. C., & Sousa-Correa, A. F. (2021). Strategies for the management of postoperative pain in total knee arthroplasty: integrative review. *Brazilian Journal Of Pain*, 4(3). <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210044>
- Oliveira, P. A., Martins, M. M., Mendes, M., Vandresen, L., Pereira Gomes, B., & Pimenta Lopes Ribeiro, O. M. (2023). Equilíbrio e Marcha de Pessoas Idosas: Avaliação com recurso a tecnologia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitacao*, 6(2). <https://doi.org/10.33194/rper.2023.338>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *REPE Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro alterado pelo Decreto-lei nº104/98 de 21 de Abril*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação- (n.º 392/2019) - Diário da República n.º 85/2019*. Diário da República. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Regulamento nº613/2022*.
- Ordem dos Enfermeiros. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
- Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6ª). Mosby. <https://archive.org/details/nursingconceptso00dort/page/n7/mode/2up>

- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. In *The BMJ* (Vol. 372). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Paiva, D., Apóstolo, J., Almeida, M., Gonçalves, L., Antunes, L., Andrade, A., Duarte, S., Abrunheiro, S., Pais, V., Pinto, J., Nunes, L., Tavares, J., Silva, A., & Gil, I. (2015). Enfermagem de Saúde do Idoso. *Elderly Health Care Nursing*, 20. https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=916&codigo=
- Palma, M., Teixeira, H., Pino, H., Vieira, J., & Bule, M. J. (2021). Rehabilitation program for the Person with Fracture of the Upper Femur End: Case Study. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitacao*, 4(2), 6–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.182>
- Pereira, H. (2020). *A Crioterapia na Artroplastia Total do Joelho*.
- Pereira, M. (2012). *A Promoção do Autocuidado na Pessoa em Processo de Transição*. https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=24298&codigo=221
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado- Conceito Central da Enfermagem 2012*. Formasau. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/32323/6/Autocuidado-Conceito%20Central%20da%20Enfermagem%202012.pdf>
- Petronilho, F., & Machado, M. (2016). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributo para a Construção do Cuidado de Reabilitação . In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 3–14). Lusodidacta.
- Pitta, F., Probst, V., Kovelis, D., Segretti, N., Leoni, A., Garrod, R., & Brunetto, A. (2008). Validação da versão em português da escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 14, 27–47. <https://www.revportcardiol.org/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pii=S0873215915302178>
- Politécnico de Portalegre. (2023). *Ficha de Unidade Curricular (UC)*. <http://pae.ipportalegre.pt>
- Polme, I. (2023). *Manual de Acolhimento para Profissionais de Saúde e Alunos em Estágio*.

- Pordata. (2022a). *O seu município em números*. <https://www.pordata.pt/municipios/quadro+resumo/elvas-822630>
- Pordata. (2022b). *O seu município em números*. <https://www.pordata.pt/municipios/quadro+resumo/evora-822636>
- Pordata. (2022c). *O seu município em números*. <https://www.pordata.pt/municipios/quadro+resumo/estremoz-822635>
- PORDATA. (2023a). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento*. <https://www.pordata.pt/db/portugal/ambiente+de+consulta/tabela>
- PORDATA. (2023b). *População residente segundo os Censos: total e por grandes grupos etários*. <https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+segundo+os+censos+total+e+por+grandes+grupos+etarios-512>
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. D. S., & Filho, A. J. de A. (2014). Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(3), 157–164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas* (1ª Edição). Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Ribeiro, O., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 48–57). Lidel.
- Rocha, I. D. J., Bravo, M. F. M., Sousa, L. M. M., Mesquita, A. C. N., & Pestana, H. C. F. C. (2020). Rehabilitation Nurse intervention in Postural Balance Gain in Person after Stroke: Case Study. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitacao*, 3, 5–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>
- Rodrigues, C., Mendonça, D., & Martins, M. M. (2020). Functional trajectories of older acute medical inpatients. *Enfermeria Clinica*, 30(4), 260–268. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.03.001>
- Rodrigues Mendes, M. E., Santos, L., Preto, L., & Azevedo, A. (2023). Functional Decline in Elderly during Hospitalization. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitacao*, 6(2). <https://doi.org/10.33194/rper.2023.347>

- Ryg, J., Engberg, H., Anru, P. L., Pedersen, S. G. H., Jorgensen, M. G., Vinding, K. L., Masud, T., & Andersen-Ranberg, K. (2021). Activities of daily living at hospital admission and estimated survival time of older patients. *Age and Ageing*, 50(4), 1200–1207. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa251>
- Santos, B., Ramos, A., & Fonseca, C. (2017). Da formação à prática: Importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem para a melhoria dos cuidados. *Jornal of Aging and Innovation*, 6.
- Sequeira. (2007). *Cuidar de Idosos dependentes*. Quarteto Editora.
- Sociedade Portuguesa de Reumatologia. (2022). *Relatório de Execução- Registo Nacional de Doentes Reumáticos*.
- Sousa, L., & Carvalho, M. (2016). Pessoa com Osteoartrose da Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia. In *Cuidados de Enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 405–420). Lusodidacta.
- Sousa, S. S., Valente, S., Lopes, M., Ribeiro, S., Abreu, N., & Alves, E. (2023). The impact of gait rehabilitation programs on length of hospital stay- Scoping Review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitacao*, 6(1). <https://doi.org/10.33194/rper.2023.313>
- Teixeira, H., Palma, M., Vieira, J. V., & Bule, M. J. (2021). The Person Undergoing Partial HIpo Prosthesis: Case Report. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitacao*, 4(1), 47–55. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.163>
- Turner, N., Jones, D., Dawson, P., & Tait, B. (2019). The Perceptions and Rehabilitation Experience of Older People after Falling in the Hospital. *Rehabilitation Nursing*, 44(3), 141–150. <https://doi.org/10.1097/rnj.000000000000107>
- ULSNA. (n.d.). *Missão, Atribuição e Legistação*. Retrieved December 14, 2023, from <https://www.ulsna.min-saude.pt/category/institucional/missao-atribuicoes-legislacao/>
- Universidade de Évora. (2015). *Apresentação do pedido corrigido- Novo ciclo de estudos (NCE/14/01772)* (p. 26). http://www.a3es.pt/si/iportal.php/process_form/print?processId=8617b3bf-d4eb-96c0...
- Vieira, C., & Caldas, A. (2016). A Relevância do Andar: Reabilitar a Pessoa com Andar Comprometido. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (pp. 547–557). Lusodidacta.

Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2016). Treino de Atividade de Vida. In *Cuidados de Enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 351–363).

Wills, E. (2016). *Bases Teóricas de Enfermagem* (4ª). Porto Alegre.

World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. <http://www.who.int/hpr/>

Zucolotto, T. E., Gerônimo, R. M. P., Da Silva, D. I., Cruz, D. da S., Silva, P. I. J., & Da Costa, L. C. S. (2023). Gonartrose: uma visão sobre os tratamentos não-cirúrgicos. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(6), 31854–31864. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n6-407>

ANEXO I- Mini Mental State Examination

Idade: ____ Data: ____/____/____

1. **Orientação** (1 ponto por cada resposta ~~correcta~~)

Em que ano estamos?...../.....

Em que mês estamos?...../.....

Em que dia do mês estamos?...../.....

Em que dia da semana estamos?..../.....

Em que estação do ano estamos?.../.....

Em que país estamos?...../.....

Em que distrito vive?...../.....

Em que terra vive?...../.....

Em que casa estamos?/.....

Em que andar estamos?/.....

Nota: ____

2. **Retenção** (contar um ponto por cada palavra ~~correctamente~~ repetida)

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

Pêra

Gato

Bola

Nota: ____

3. **Atenção e cálculo** (um ponto por cada resposta correta. Se der uma resposta incorreta mas depois continuar a subtrair..., consideram-se as seguintes como corretas. Para ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete assim até eu dizer para parar"

30__27__24__21__18__15__

Nota: ____

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

"Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi a pouco para decorar"

Pêra

Gato

Bola

Nota: ____

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

a. "Como se chama isto" Mostrar os objetos:

Relógio

Lápis

Nota: ____

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

Nota: ____

- c. "Quando eu lhe der esta folha, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", (ou "sobre a cama", se for o caso); dar a folha, segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita

Dobra ao meio

Coloca onde deve

Nota: ____

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

Fechou os olhos

Nota: ____

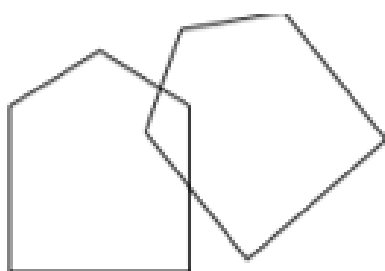
- e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Nota: ____

6. **Habilidade construtiva** (um ponto pela copia correta)

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

Desenho



Cópia

Total: ____

ANEXO II- Medical Research Council Muscle Scale

Medical Research Council Muscle Scale

0	Sem contração muscular palpável ou visível
1	Contração palpável ou visível, mas sem movimento do membro
2	Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular
3	Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência
4	Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade
5	Força normal

ANEXO III- Teste de Tinetti– Versão portuguesa

EQUILIBRIO ESTÁTICO CADEIRA:

1. EQUILÍBRIO SENTADO
 - 0 – Inclina – se ou desliza na cadeira
 - 1 – Inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira
 - 2 – Estável, seguro
2. LEVANTAR –SE
 - 0 – Incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio
 - 1 – Capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa
 - 2 – Capaz na 1ª tentativa sem usar os braços
3. EQUILÍBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)
 - 0 – Instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)
 - 1 – Estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se
 - 2 – Estável sem qualquer tipo de ajudas
4. EQUILÍBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS
 - 0 – Instável
 - 1 – Estável, mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio
 - 2 – Pés próximos e sem ajudas
5. PEQUENOS DESEQUILÍBRIOS NA MESMA POSIÇÃO (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)
 - 0 – Começa a cair
 - 1 – Vacilante, agarra-se, mas estabiliza
 - 2 – Estável
6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO
 - 0 – Instável
 - 1 – Estável
7. VOLTA DE 360° (2 vezes)
 - 0 – Instável (agarra – se, vacila)
 - 1 – Estável, mas dá passos descontínuos
 - 2 – Estável e passos contínuos
8. APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)
 - 0 – Não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto
 - 1 – Aguenta 5 segundos de forma estável
9. SENTAR-SE
 - 0 – Pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância
 - 1 – Usa os braços ou movimento não harmonioso
 - 2 – Seguro, movimento harmonioso

Pontuação: / 16

EQUILIBRIO DINÂMICO – MARCHA

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

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

Pontuação: / 12

Pontuação total: / 28

ANEXO IV- Barthel ADL Índice

Sexo _____ - Idade _____

Estado Civil _____

Habilitações Literárias _____

Atividades

Higiene pessoal

0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal

5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

Evacuar

0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)

10 = Contínente (não apresenta episódios de incontinência)

Urinar

0 = Incontinente ou algaliado

5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)

10 = Contínente (por mais de 7 dias)

Ir à casa de banho (uso de sanitário)

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho

10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)

Alimentar-se

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.

10 = Independente (a comida é providenciada)

Transferências (cadeira /cama)

0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se

5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se

10 = Pequena ajuda (verbal ou física)

15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas) _____

Mobilidade (deambulação)

0 = Imobilizado

5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.

10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)

Vestir-se

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda

10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

Escadas

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão

10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)

Banho

0 = Dependente

5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de imersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)

Total (0 - 100) _____

ANEXO V- Índice de Lawton-Brody

Índice de Lawton-Brody

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

ANEXO VI- Questionário de Dispneia (modified MRC Dyspnea Questionnaire)

Questionário de Dispneia (modified MRC Dyspnea Questionnaire)

Assinale com uma cruz (assim ☒), o quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.	
GRAU 0 Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso. <i>"Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso".</i>	☐
GRAU 1 Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. <i>"Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado".</i>	☐
GRAU 2 Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal. <i>"Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal".</i>	☐
GRAU 3 Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. <i>"Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passados alguns minutos".</i>	☐
GRAU 4 Demasiado cansado/a ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir. <i>"Estou sem fôlego para sair de casa".</i>	☐

ANEXO VII- Plano de Cuidados

FOCO	DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES
Pôr-se de pé	Pôr-se em pé comprometido.		- Advogar uso de dispositivo auxiliar para pôr-se de pé; - Avaliar pessoa a pôr-se em pé; - Incentivar a pôr-se de pé; - Informar sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé; - Orientar para pôr-se de pé e a utilizar dispositivo auxiliar; - Planejar o pôr-se de pé; - Providenciar dispositivos auxiliar para a pessoa pôr-se de pé; - Supervisionar a pessoa a pôr-se de pé.
	Dimensão: Conhecimento	- Potencial para melhorar o conhecimento sobre dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para pôr-se de pé. - Conhecimento sobre dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para pôr-se de pé, melhorado.	- Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para pôr-se de pé; - Ensinar sobre dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para pôr-se de pé;
	Dimensão: Aprendizagem de	- Potencial para melhorar a capacidade sobre técnica de adaptação e dispositivo auxiliar e para pôr-se de pé. - Capacidade para usar técnica de adaptação e dispositivo auxiliar para pôr-se de pé, melhorado	- Avaliar capacidade para usar dispositivos auxiliar e técnica de adaptação para pôr-se de pé; - Instruir sobre dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para pôr-se de pé; - Treinar uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para pôr-se de pé;
Andar	Dimensão: Conhecimento	- Potenciar para melhorar conhecimento e técnica sobre adaptação do domicílio para andar. - Conhecimento sobre adaptação e técnica do domicílio para andar melhorado.	- Avaliar conhecimento sobre adaptação e técnica do domicílio para andar; - Ensinar sobre adaptação e técnica do domicílio para andar.
	Dimensão:	- Potenciar para melhorar capacidade para andar. - Capacidade para andar melhorada.	- Avaliar capacidade para andar; - Instruir sobre técnica de adaptação para andar; - Treinar técnica de adaptação para andar.

Andar com Auxiliar de Marcha	Dimensão: Conhecimento	▪ Potencial para melhorar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha e adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha. ▪ Conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha e adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha melhorado.	- Avaliar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha e adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha; - Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha e sobre andar com auxiliar de marcha;
	Dimensão:	▪ Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha. ▪ Capacidade para andar com auxiliar de marcha melhorada	- Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha; - Instruir sobre andar com auxiliar de marcha; - Treinar a andar com auxiliar de marcha.
Autocuidado: Arranjar-se	Dimensão: Conhecimento	▪ Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio e dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se. ▪ Conhecimento sobre adaptação do domicílio dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se melhorado.	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio e dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se; - Ensinar sobre adaptação do domicílio e dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se;
	Dimensão: Aprendizagem de	▪ Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se. ▪ Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se, melhorado.	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se; - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se; - Treinar o uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se.

Au- tocui- dado: Higiene	Dimensão: Conhecimento	▪ Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio e dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene ▪ Conhecimento sobre adaptação do domicílio e dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene melhorado.	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio e dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene; - Ensinar sobre adaptação do domicílio e dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene;
	Dimensão: Aprendizagem	▪ Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene. ▪ Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene, melhorada.	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene; - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene; - Treinar uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.
Au- tocui- dado: Vestuário	Dimensão: Conhecimento	▪ Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário. ▪ Conhecimento sobre dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário, melhorado.	- Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário; - Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; - Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário; - Ensinar sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; - Providenciar material educativo;
	Dimensão: Aprendizagem de capacidade	▪ Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação e dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário. ▪ Capacidade para usar técnica de adaptação e dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário, melhorada.	- Avaliar capacidade para usar dispositivo e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; - Treinar uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário;
Posicio- nar-se	Dimensão: Conhecimento	▪ Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação e dispositivo auxiliar para posicionar-se. ▪ Conhecimento sobre técnica de adaptação e dispositivo auxiliar para posicionar-se, melhorado.	- Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para posicionar-se; - Ensinar sobre dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para posicionar-se;

	Dimensão: Aprendizagem de capacidade	▪ Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação e dispositivo auxiliar para posicionar-se. ▪ Capacidade para usar técnica de adaptação e dispositivo auxiliar para posicionar-se, melhorada.	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para posicionar-se; - Instruir sobre dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para posicionar-se; - Treinar uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para posicionar-se;
Transferir-se	Dimensão: Conhecimento	▪ Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio, técnica de adaptação e dispositivo auxiliar para transferir-se. ▪ Conhecimento sobre adaptação do domicílio, técnica de adaptação e dispositivo auxiliar para transferir-se, melhorado.	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio, técnica de adaptação e dispositivo auxiliar para transferir-se; - Ensinar sobre adaptação do domicílio, dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para transferir-se.
	Dimensão: Aprendizagem de capacidade	▪ Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação e dispositivo auxiliar para transferir-se. ▪ Capacidade para usar técnica de adaptação e dispositivo auxiliar para transferir-se, melhorada.	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para transferir-se; - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para transferir-se; - Treinar no uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para transferir-se.
Autocuidado: Uso do Sanitário	Dimensão: Conhecimento	▪ Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio, uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário; ▪ Conhecimento sobre adaptação do domicílio, dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário.	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio, dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário; - Ensinar sobre adaptação do domicílio, dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: uso do sanitário.

	Dimensão: Aprendizagem de capacidades	▪ Potencial para melhorar capacidade para usar de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário; ▪ Conhecimento para melhorar capacidade para usar de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário;	- Avaliar capacidade de usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário; - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário; - Treinar o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário.
--	---------------------------------------	---	--

ANEXO VIII- Aprovação do Projeto Comissão de Ética

Ao CA
2024.02.07.

04/3.



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALTO ALENTEJO

INFORMAÇÃO

N.07/2024, de 26 de janeiro

De: Comissão de Ética

Para: Sr. Presidente do CA- Dr. Joaquim Araújo

C/C:

Assunto: Projeto de Intervenção: "Enfermagem de Reabilitação Centrada na Pessoa com Dependência nas Atividades da Vida Diária".

Ata 06/2024
DOC. 54

Parecer ____/____/____

Despacho/Deliberação ____/____/____

ULSAALE, EPE Conselho de Administração	
Joaquim Araújo, Presidente	____
Vera Escoto, Diretora Clínica Hospitalar	____
Ana Beios, Diretora Clínica CSP	____
Jorge Marques, Enfermeiro Diretor	____
Raul Cordão, Vice-Presidente	____
Ana Armida Silva, Vogal Executivo	____

DELIBERAÇÃO
TOMADO CONHECIMENTO e delibera este CA, concordar e APROVAR o proposto na presente Informação, autorizando-se o projeto de intervenção: "Enfermagem de Reabilitação Centrada na Pessoa com Dependência nas Atividades da Vida Diária". À Requerente Enf.ª Andreia Cristina Pinto Baptista, com conhecimento à Comissão de Ética.
2024.02.07.

A mestranda, Maria Miguel Godinho Ventura, a frequentar o mestrado de Enfermagem em Associação-especialização de Reabilitação- A pessoa em Situação Crítica, solicitou autorização à ULSAALE, E.P.E. para realização do Projeto de Intervenção em serviço: "Enfermagem de Reabilitação Centrada na Pessoa com Dependência nas Atividades da Vida Diária."

Cumpra apreciar:

I- Enquadramento/ Fundamentação e Pertinência do Estudo

O estudo insere-se no âmbito do mestrado, tendo a temática sido considerada importante pela equipa onde a requerente se encontra a estagiar.

II- Objetivos

Como objetivo maior, avaliar a capacidade para realização das AVD em adultos e idosos em internamento e no domicílio;

MOD.02.ULSAALE.01

ULSAALE EPE
SISTEMA DE REGISTO DE ATIVIDADES

ENTRADA Nº: 202308242

01/02/24
Sandra Oliveira
(Inclui)

CES

36

Página 1 de 2



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALTO ALENTEJO

INFORMAÇÃO

N.07/2024, de 26 de janeiro

- Implementar um plano de ensino e treino para realização de AVD e caracterizar indicadores de resultados dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa em internamento e no domicílio.

III- Instrumento de colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua litude

O mestrando propõe-se efetuar a avaliação diagnóstica que passa pela recolha de dados dos utentes, aplicando entrevistas e efetuando uma observação que permita fazer uma avaliação sociodemográfica dos participantes.

É efetuado um planeamento de cuidados de acordo com o diagnóstico realizado.

Os resultados serão avaliados após intervenção dos enfermeiros especialistas em reabilitação, procedendo-se a uma reavaliação dos utentes com as mesmas escalas aplicadas no início do processo de enfermagem.

Não são tratados dados sensíveis, pelo que não tem aqui aplicabilidade os fundamentos de legitimidade e litude, tal como se encontram explanados no RGPD.

O projeto de intervenção é desenvolvido pela requerente que, no exercício das suas funções, pretende contribuir para uma maior capacitação da equipa de enfermagem relativamente às intervenções em cuidados de reabilitação.

IV- Conclusões e propostas

Compulsada a justificação e enquadramento do projeto de intervenção, concluímos pela importância do mesmo.

A metodologia proposta não viola questões ético legais, não sendo tratados dados sensíveis na conceção que o RGPD lhe atribui.

Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente projeto e por considerar a importância na sua realização, delibera dar parecer favorável à realização do projeto de intervenção:

"Enfermagem de Reabilitação Centrada na Pessoa com Dependência nas Atividades da Vida Diária"

A decisão que recair sobre esta informação deverá ser notificada:

- À requerente, Sr.ª Dr.ª Andreia Cristina Pinto Baptista;

- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

P'la Comissão de Ética

Maria Luiza
Lopes

Digitally signed by
Maria Luiza Lopes
Date: 2024.01.31
17:35:08 Z

Junta: Requerimento e anexos.

MOD.02.ULSALE.01

Página 2 de 2



PARECER

Nº. Pedido 29/ Data 23/10/2023

Ref. SC/2023/12251

COMISSÃO DE ÉTICA

A Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre, vem deste modo informar que deliberou emitir *Parecer Positivo* relativamente às questões éticas envolvidas no estudo *Enfermagem de Reabilitação Centrada na Pessoa com Dependência nas Atividades de Vida Diária*, no âmbito do Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da responsabilidade da investigadora Maria Miguel Godinho Ventura, sob a orientação do Sra. Professora Doutora Maria José Bule.

A Presidente da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre

Assinado por: ANA PAULA CALADO BAPTISTA
ENES DE OLIVEIRA
Num. de Identificação: 07308138
Data: 2023.11.20 16:48:52+00'00"

Ana Paula Enes de Oliveira

16-11-2023

ANEXO IX- Certificado Participação III Jornadas de Reabilitação da ULS Matosinhos



CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

CERTIFICA-SE QUE MARIA MIGUEL GODINHO VENTURA, NATURAL DE PORTUGAL, ,
NASCIDO A 1996-11-11, NACIONALIDADE PORTUGUESA, GÉNERO FEMININO,
PORTADOR(a) DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO Nº 15169931 3ZX2, FREQUENTOU
NO(S) DIA(S):

12-10-2023, e 13-10-2023

A AÇÃO DE FORMAÇÃO, COM A DURAÇÃO TOTAL DE 18.5 HORAS, DESIGNADA DE

"III Jornadas de Enfermagem de Reabilitação da ULS Matosinhos - Inovação e Desenvolvimento da Enfermagem de Reabilitação"

Matosinhos, 13 de outubro de 2023

O Responsável pela Entidade Formadora Certificada

Doutor Jorge Oliveira

Certificado nº 1650/23 De acordo com o modelo publicado na Portaria nº 474/2010

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE

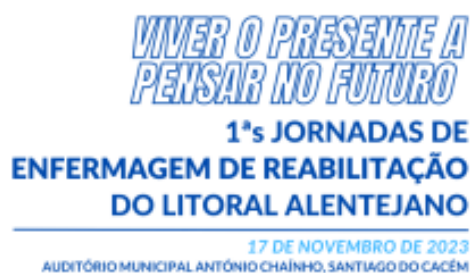
Rua Dr. Eduardo Torres - 4464-513 Senhora de Hora
Geral. 229 391 000
ca@ulsm.min-saude.pt | www.ulsm.min-saude.pt

Contribuinte nº 505 981 390



ESTRUTURA CURRICULAR	
12 outubro 08h30 Abertura do secretariado 09h00 Mesa 1 - O que há de novo no tratamento do doente com AVC Moderador Margarida Amaral Albergar no doente com AVC na ULSM e a importância da prevenção primária e secundária Vítor Tedim Cruz Diretor do serviço de neurologia da ULSM e presidente da SP/AVC A importância da especialização dos enfermeiros no cuidado ao doente com AVC Inês Carvalho O desafio de abordar o doente com afasia e a importância da equipa multiprofissional Paula Valente O papel do enfermeiro de reabilitação no processo de gestão da saúde e doença após um AVC no ambiente hospitalar Sandra Martins O papel do enfermeiro de reabilitação no processo de gestão da saúde e doença após um AVC no ambiente comunitário Catarina Socio 10h30 Coffee Break 11h00 Simpósium 1 - TRUDEL/MEDICAL 11h00 Mesa 2 Enfermagem de reabilitação: cuidados à pessoa em situação crítica Moderador Rita Carvalho Síndrome pós-intensamento em cuidados intensivos - o papel da enfermagem de reabilitação Cláudia Vale Importância do breno muscular respiratório na ventilação do doente crítico Luis Enríquez Estimulação muscular em doentes críticos Ana Bartolomeu 13h00 Almoço 14h00 Mesa 3 - Abordagem da equipa multidisciplinar nas doenças neurodegenerativas Moderador Rita Carvalho Abordagem multidisciplinar contínua à pessoa com Esclerose Múltipla: a perspectiva da consulta externa da ULSM Filipa Correia e Teresa Torres Vieiras de um diagnóstico precoce Teresa Silva Estimulação Cerebral Profunda (DBS) na pessoa com Parkinson - o Papel do Enfermeiro de Reabilitação Patrícia Araújo 15h00 Sessão de abertura Secção Regional do Norte da Ordem dos Enfermeiros João Paulo Carvalho Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros Luis Gaspar Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação Benício Rocha Enfermeiro Diretor da Unidade Local de Saúde do Matosinhos Renato Barros Representante da Câmara Municipal de Matosinhos Ângela Mfranco Coordenador do Grupo de Enfermeiros de Reabilitação da ULS Matosinhos Silvestre Romeiro 15h30 Coffee Break 16h00 Simpósium 2 - TEPREL O que é a reabilitação respiratória e seus benefícios em contexto domiciliário? Qual a monitorização e acompanhamento ao doente num plano de reabilitação respiratória? Quais os equipamentos que podem ajudar na recuperação, como realizar a prescrição e encaminhamento? 17h00 Mesa 4 - O EER em Ortopedia e Traumatologia Moderador Paula Costa Ortopedia e Traumatologia: a prevenção de fraturas de fragilidade Andréia Marques Inovação tecnológica e participação contribuinte para a Ortopedia Cris Fernandes Satisfação dos clientes de ortopedia face aos cuidados prestados pelo EER Cláudia Magalhães 18h30 Fim 1º dia	13 outubro 09h00 Comunicação livre Moderador a designar 10h00 Mesa 5 - Abordagem do doente respiratório Moderador Helder Cunha Atualização no tratamento da asma e DPOC Paula Simão A Sexualidade no doente respiratório crónico Andreia Silva Reabilitação respiratória, porquê e quando? Mariana Santos 10h45 Coffee Break 11h15 Simpósium 3 - NESTLÉ 12h15 Conferência - Qual a importância do EER nas equipas? - A perspectiva da gestão Moderador Mariana Pereira Gestão da saúde e segurança nas EER Nuno Araújo Percursos de Atividade dos Enfermeiros de Reabilitação numa Equipa de Cuidados Continuados Rute Pinto 13h00 Almoço 14h00 Mesa 6 - Reabilitação no pré e pós-operatório Moderador a designar Pré-habilitação e reabilitação no doente submetido a cirurgia abdominal maior Pedro Soares Moreira Do projeto à implementação de uma consulta de enfermagem de reabilitação no pré-operatório na pessoa submetida a cirurgia bariátrica Alcinda Ferreira Eficácia de uma intervenção pré-operatória baseada em exercícios respiratórios em pessoas a aguardar cirurgia eletiva com continuidade no pós-operatório Soraia Rodrigues 15h00 Simpósium 4 - NUTRICIA 16h00 Coffee Break 16h30 Mesa 7 - O EER na dilatação do pavimento pélvico Moderador Frederico Carmo Reis Incontinência urinária e dilatação do esfíncter: que impacto para a pessoa? Catarina Cochul Intervenção do enfermeiro de reabilitação no doente submetido a prostatectomia radical Ana Pereira Projeto de reabilitação do pavimento pélvico na mulher Mariana Guedes 17h30 Entrega de prémios e encerramento

ANEXO X- Certificado de participação nas 1ª Jornadas de Enfermagem do Litoral Alentejano



DECLARAÇÃO

Certifica-se que **Maria Miguel Godinho Ventura**, com o número fiscal 223738050, participou no evento científico:

1ªs Jornadas de Enfermagem do Litoral Alentejano

que decorreu a **17 de novembro de 2023**, no Auditório Municipal António Chainho, em Santiago do Cacém, com a duração de **09 horas e 30 minutos**.

Santiago do Cacém, 18 de novembro de 2023

Pela Comissão Organizadora

Mário da Paz Ciríaco

ANEXO XI- Certificado de 1º classificado em póster nas 1ª Jornadas de Enfermagem do Litoral Alentejano



DECLARAÇÃO

Certifica-se que o trabalho científico intitulado

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO PERI-OPERATÓRIO DE DOENTES COM ARTROPLASTIA DO JOELHO: ESTUDO DE CASO

, de autoria de **Ana Abrantes, Maria Ventura, Marta Rodrigues, Maria
José Abrantes Bule, Rui Cambóias,**

foi apresentado, na forma de póster, nas

1ªs Jornadas de Enfermagem do Litoral Alentejano

que decorreram a **17 de novembro de 2023**, no Auditório Municipal
António Chainho, em Santiago do Cacém,
tendo sido atribuído prémio como **1º classificado**, na classificação
atribuída pela Comissão Científica do evento.

Santiago do Cacém, 18 de novembro de 2023

Pela Comissão Organizadora

Mário da Paz Ciríaco

ANEXO XII- Certificado de participação na formação “História e Cultura Cigana”

Certificado

Certifica-se que Maria Miguel Godinho Ventura,
participou no Workshop "História e Cultura Cigana" com a duração de 3 horas, organizado pela Câmara Municipal e Rede Social de Estremoz, dinamizado pela Associação Letras Nómadas e Programa Romed que decorreu nas instalações da UCC do Centro de Saúde de Estremoz, no dia 30 de novembro de 2023 em Estremoz.

A Vice Presidente da Câmara Municipal de Estremoz

Sónia Cristina Russo Caldeira
Sónia Cristina Russo Caldeira



APÊNDICE I- Jogo Didático

Jogo Didático



APÊNDICE II- Luva de estimulação sensorial dos membros inferiores

Luva de estimulação sensorial dos membros inferiores



APÊNDICE III- Estudo de Caso

Estudo de Caso: Estágio Neurologia- Unidade de AVC



7º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular: Estágio I
1º ano- 2º Semestre
Docente Orientador: Maria José Bule

ESTUDO DE CASO: ESTÁGIO NEUROLOGIA- UNIDADE DE AVC

Mestranda:

Maria Ventura Nº 17511

**JUNHO
2023**

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

7º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular: Estágio I
1º Ano- 2º Semestre
Docente Orientador: Maria José Bule

ESTUDO DE CASO: ESTÁGIO NEUROLOGIA- UNIDADE DE AVC

Autores:
Maria Ventura Nº 17511

Junho
2023

Abreviaturas

ACM-	Artéria Cerebral Média
AVC-	Acidente Vascular Cerebral
AVD's-	Atividades de Vida Diária
ER-	Enfermeiro de Reabilitação
EEER-	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
GUSS-	Gugging Swallowing Screen
MI's-	Membros Inferiores
MRC-	Medical Research Council
MS's-	Membros Superiores
NHSS-	National Institutes Of Health Stroke Scale
RM-	Ressonância Magnética
TAC-	Tomografia <i>axial</i> Computorizada
UPP's-	Úlceras por Pressão

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
1- RECOLHA DE DADOS	7
2- AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM	9
2.1- AVALIAÇÃO DE SINAIS VITAIS	9
2.2- AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA.....	9
2.3- ESTADO MENTAL	10
2.3.1- Estado de Consciência.....	10
2.3.2- Estado de Orientação	11
2.3.3- Atenção	11
2.3.4- Memória.....	12
2.3.5- Linguagem	12
2.3.6- Negligencia Unilateral (Neglet)	12
2.3.7- Campos Visuais	12
2.4- AVALIAÇÃO DOS PARES CRANIANOS	12
2.5- AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.....	13
2.6- AVALIAÇÃO DO TÓNUS	14
2.7- AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO MOTORA	15
2.8- AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE	15
2.9- EQUILÍBRIO E MARCHA.....	16
2.10- AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO	18
2.11- AVALIAÇÃO DA INTEGRIDADE CUTÂNEA	19
2.12- ESCALA DE BARTHEL.....	20
2.13- NIHSS.....	22
3- PLANO DE CUIDADOS	26
Bibliografia.....	33

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Avaliação de Sinais Vitais	9
Tabela 2- Avaliação da Função Respiratória.....	10
Tabela 3- Avaliação da Escala de Coma de Glasgow	11
Tabela 4- Avaliação dos Pares Cranianos	13
Tabela 5- Avaliação da Escala de Força MRC (Ordem dos Enfermeiros, 2016)	14
Tabela 6- Avaliação da Escala Nottingham Sensory Assessment.....	15
Tabela 7- Índice de Tinetti- Equilíbrio (Apóstolo, 2012).....	17
Tabela 8- Índice de Tinetti- Marcha (Apóstolo, 2012).....	18
Tabela 9- Escala de GUSS (Ordem dos Enfermeiros, 2016)	19
Tabela 10- Escala de Braden (DGS, 2011).....	20
Tabela 11- Escala de Barthel (Apóstolo, 2012).....	22
Tabela 12- Escala de NHISS (DGS, 2017)	25
Tabela 13- Diagnóstico de Enfermagem: Movimento Muscular Diminuído [no hemisfério esquerdo].....	27
Tabela 14- Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal [em pé].....	27
Tabela 15- Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé.....	27
Tabela 16- Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para andar	28
Tabela 17- Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para autocuidado: arranjar-se	28
Tabela 18- Diagnóstico de Enfermagem: Deglutição comprometida	29
Tabela 19- Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para o autocuidado: Comer e Beber	29
Tabela 20- Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para o autocuidado: Higiene	30
Tabela 21- Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para o autocuidado: Vestuário	30
Tabela 22- Diagnóstico de Enfermagem: Défice Sensorial [hemisfério esquerdo]	31
Tabela 23- Diagnóstico de Enfermagem: Expetorar, eficaz.....	31

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral [AVC] é caracterizado por uma interrupção do fluxo sanguíneo e por ser classificado como isquémico (trombótico, embólico ou lacunar) e hemorrágico (intracerebral, parenquimatoso, subaracnóide) (Menoita et al., 2012).

Tem-se verificado uma melhoria das taxas de mortalidade associadas ao AVC, no entanto, continua a ser a principal causa de morte e incapacidade em Portugal (Fonseca, 2021). Estudos dizem-nos que as projeções são de um aumento de 35% dos casos de AVC entre 2017 e 2030 (Norving et al., 2018). Neste sentido, o trabalho de Enfermagem de Reabilitação [ER] tem um papel bastante importante na reabilitação neurológica, uma vez que deve ser iniciada o mais precocemente de modo a prevenir complicações associadas ao AVC e de modo que obtenham maior funcionalidade e independência possível para que regressem ao domicílio em segurança. O ER tem um papel primordial na identificação dos défices, para que possa traçar um diagnóstico, um planeamento e intervenções que visem a melhoria e a autonomia dos utentes.

Este estudo de caso tem por base o modelo conceptual de Nancy Roper, pois identifica que as atividades de vida podem sofrer alterações durante todo o ciclo vital. Coloca a pessoa como o centro de cuidados e em constante interação com o meio ambiente. Esta mesma teórica identifica 12 atividades de vida: manutenção de um ambiente seguro, comunicação, respiração, comer e beber, eliminar, cuidados de higiene e vestuário, controlar a temperatura do corpo, mobilidade, trabalho e lazer, "expressão da sexualidade", dormir/sono e morrer (Tomey & Alligood, 2002).

O presente estudo de caso decorreu no âmbito da Unidade Curricular "Estágio 1" que decorreu na UAVC do Hospital Central do Alentejo.

O caso desenvolvido neste trabalho remete-nos para uma pessoa de 78 anos com diagnóstico de Trombo-ramo silvico esquerdo+ AVC isquémico ACM direita.

O trabalho apresenta-se estruturado pela identificação da utente e apresentação do caso. Estão descritos os antecedentes pessoais, motivo de internamento e história de doença atual. A utente estudada será descrita com a letra A de modo a salvaguardar a confidencialidade de dados e anonimato. Segue-se a avaliação de enfermagem sustentada em instrumentos de avaliação; O plano de cuidados segundo a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIFE®), na versão Beta 2. Por fim, será exposto a título conclusivo uma breve reflexão sobre o trabalho desenvolvido e limitações.

1- RECOLHA DE DADOS

1.1- IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA

Nome: A

Idade: 78 anos

Raça: Caucasiana

Género: Feminino

Estado Civil: Casado

Profissão: Doméstica

Familiar responsável: Esposo

Condições de habitação: Utente e familiar responsável referiu haver uma pequena escada à entrada da sala e para o quintal

1.2- HISTORIAL CLÍNICO

C2 Alonso tipo 2 a 30/06/2022 após queda por hipotensão, utilizando colar cervical até ao momento. Consulta de neurologia a 07/04/2023 refere "assintomática, tem cumprido colar cervical de forma rigorosa. TAC mantém ausência de fusão da base de ondotoide. Plano: reavaliar em consulta a 17/07/2023", HTA, DLP, Osteoporose, Hipoacusia, osteoartrose joelho e anca, ESSV e ventricular frequentes no Holter 24h, colon irritável, doença fibroquística mamária. Nega hábitos tabágicos ou alcoólicos, mas foi fumadora passiva muitos anos. Desconhece-se alergias alimentares e/ou medicamentosas.

1.3- MOTIVO DE INTERNAMENTO

Recorreu ao SU no dia 02/06/2023 por disartria, hemiparesia à direita, discurso confuso.

Diagnóstico: Trombo ACM esquerda- AVC território distal ACM esquerda sem critérios para trombectomia.

1.4- HISTÓRIA ATUAL

Estudo de Caso: Estágio Neurologia- Unidade de AVC

Após realização de TAC crânio no dia 02/06/2023, a utente teve crise convulsiva, verificando-se à entrada da UAVC, nesse mesmo dia, um agravamento do estado neurológico. Apresentava Glasgow 8, Anisocória, Hemiparésia direita com força 4 e hemiparesia esquerda com força 2. Foi entubada nasogástricamente. Não apresentava abertura espontânea dos olhos, não emitia discurso, apresentava pupilas mióticas, sem nistagmo. Solicitado TAC crânio urgente, realizado no dia 03/06/2023 onde se verificou "hipodensidade parenquimatosa de novo com distribuição cortico-subcortical fronto parietal direita". Diagnóstico: AVC isquémico ACM direita.

Repetido novo TAC crânio a 06/06/2023, onde se verificou "aumento da área ísquio fronto opercular esq. Aspetos sobreponíveis a área lesionada isquémica direita, com presença de novo de enfarte esquerda da coroa radial direita, com discreta moldagem do ventrículo lateral direita".

Diagnóstico final: Trombo ramo silvico esquerdo+ AVC isquémico ACM direita

1.5- EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

De modo que se obtenha um diagnóstico fidedigno é necessária a realização de ECD. Na utente em estudo, devido a toda a situação clínica de agravamento do estado neurológico, houve necessidade da realização de exames mais precisos. Nas imagens que se seguem é possível observar a TAC e a RM mais recentes. Na TAC, figura 1, podemos observar zonas mais escuras no hemisfério direito, evidenciando a isquemia, já na RM, figura 2, é evidente as zonas de isquemia demonstradas pelas zonas mais claras presentes no hemisfério esquerdo.



Figura 1- TAC

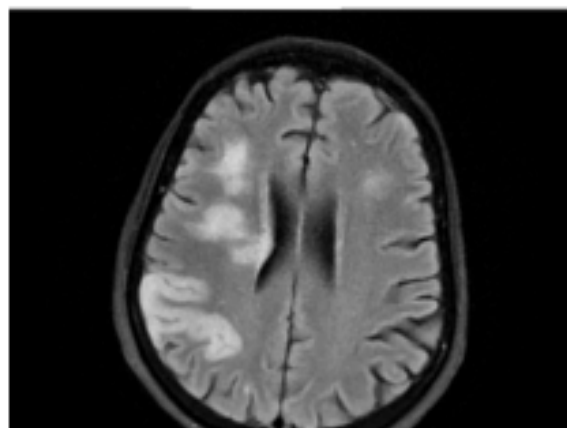


Figura 2- RM

2- AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

O ER tem de apresentar um papel dinâmico, contínuo e educativo, de modo a dotar a pessoa com conhecimento para que adquira a maior independência possível (Diogo, 2000). Para que tal aconteça, é necessário conhecer a pessoa alvo de intervenção de cuidados de reabilitação, tal como todo o seu meio familiar. Para que se consiga realizar um plano individualizado e apropriado para a pessoa, é necessária a recolha de dados, para se a escolha dos diagnósticos e intervenções esteja sustentada. Também é de extrema importância sabermos quais são as expectativas da pessoa e dos seus familiares, e irmos ao seu encontro, sempre que seja possível.

O programa de reabilitação da utente A teve início no dia 8 de junho de 2023.

2.1- AVALIAÇÃO DE SINAIS VITAIS

DATA	08/06/2023		09/10/2023		10/06/2023	
	Antes	Final	Antes	Final	Antes	Final
Tensão Arterial (mmHg)	130/56	122/52	113/58	112/56	113/53	112/48
Frequência Cardíaca (bpm)	76	71	75	72	68	54
Saturações de Oxigénio (%)	98	98	98	99	99	99
Temperatura Timpânica (°C)	37.1	36.5	36.1	36.1	36.1	36.5
Dor (0-10)	0	0	0	0	0	0

Tabela 1- Avaliação de Sinais Vitais

2.2- AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

Data	08/06/2023	09/06/2023	10/06/2023	
Oxigenioterapia	Ar ambiente	Ar ambiente	Ar ambiente	
Tipo de respiração	Toracoabdominal	Toracoabdominal	Toracoabdominal	

Estudo de Caso: Estágio Neurologia- Unidade de AVC

Simetria torácica	Mantida	Mantida	Mantida	
Ritmo	Rítmica	Rítmica	Rítmica	
Amplitude	Baixa	Baixa	Baixa	
Oximetrias periféricas de oxigênio	98%	99%	99%	
Tosse	Presente	Presente	Ausente	
Secreções	Presente	Presente	Presente	

Tabela 2- Avaliação da Função Respiratória

2.3- ESTADO MENTAL

A avaliação do estado mental passa pela avaliação de diversos parâmetros, como o estado de consciência, a orientação, a atenção, memória, linguagem, negligência unilateral (Menoita et al., 2012).

2.3.1- Estado de Consciência

A avaliação da Escala de Coma de Glasgow é de extrema importância para uma correta avaliação do estado de consciente dos utentes. Esta escala é aplicada em cada turno, de modo a verificar o mais precocemente possível alterações neurológicas que possam ocorrer. Na UAVC os utentes encontram-se em fase aguda do AVC e pode existir alterações do nível de consciência, principalmente nas primeiras 72h.

Variável		Data: 05/06/2023	Data: 08/06/2023	Data: 09/06/2023	Data: 10/06/2023
Abertura dos olhos	Espontânea (4)	3	4	4	4
	À chamada (3)				
	À dor (2)				
	Nenhuma (1)				
Resposta verbal	Orientada (5)	5	5	4	5
	Confusa (4)				
	Palavras inapropriadas (3)				

Estudo de Caso: Estágio Neurologia- Unidade de AVC

	Palavras incompreensíveis (2)				
	Nenhuma (1)				
Resposta Motora	Obedece a ordens (5)	5	5	5	5
	Localiza a dor (4)				
	Movimento de flexão (3)				
	Flexão anormal (2)				
	Extensão anormal (1)				
	Nenhuma (0)				
Total:		14	15	14	15

Tabela 3- Avaliação da Escala de Coma de Glasgow

2.3.2- Estado de Orientação

O estado de orientação é avaliado em duas vertentes, a vertente autopsíquica (relacionado com a pessoa em si) e a vertente alopsíquica (relacionado com a orientação no tempo e espaço) (Menoita et al., 2012).

A utente encontra-se orientada na pessoa (orientação autopsíquica mantida), tempo e espaço. Apresenta períodos de confusão no período noturno (orientação alopsíquica comprometida no período noturno).

2.3.3- Atenção

A atenção é a capacidade de manter o foco na realização de uma atividade. Avalia a vigilância (capacidade de focar a atenção em estímulos externos), tenacidade (capacidade de prestar atenção a uma tarefa específica) e a concentração (capacidade de atenção voluntária na atividade mental, como pensamentos) (Menoita et al., 2012).

Verificou-se um défice de atenção nos primeiros dias de internamento, necessitando de ser estimulada, no entanto, no momento da alta, já não se verificaram alterações da atenção (verificado através da aplicação da escala NHISS).

Estudo de Caso: Estágio Neurologia- Unidade de AVC

2.3.4- Memória

A memória divide-se em 4 dimensões, sensorial (informação recebida através dos órgãos dos sentidos), imediata (responsável pelo registo de informação ouvidas nos últimos 15 a 20 minutos), recente (memória a curto prazo) e remota (retenção de informação permanente) (Menoita et al., 2012).

Após avaliação, não se verificaram alterações da memória (confirmado através da aplicação da escala NHISS).

2.3.5- Linguagem

A linguagem também é avaliada através de diversos parâmetros, nomeadamente o discurso espontâneo, que nos permite detetar disartrias, a compreensão, nomeação, repetição, leitura, linguagem elaborada e escrita (Menoita et al., 2012).

Na utente A, verificou-se uma ligeira disartria no início do internamento, que não se verificou no momento da alta. Utente articula as palavras sem qualquer dificuldade.

2.3.6- Negligencia Unilateral (Neglet)

A negligencia unilateral é a incapacidade de reconhecer o hemicorpo afetado pelo AVC. A sua incidência é sete vezes superior em AVC's que afetam o hemisfério direito em comparação com o hemisfério esquerdo. (Silva & Martins, 2000)

Não se verificou presença de Neglet (aplicada escala NHISS).

2.3.7- Campos Visuais

Avaliados campos visuais, verificando-se no dia 05/06/2023 uma hemianopsia temporal esquerda, que evoluiu para uma quadrantanopsia superior temporal esquerda no momento da alta.

2.4- AVALIAÇÃO DOS PARES CRANIANOS

A avaliação dos pares cranianos é uma técnica que nos permite avaliar e detetar presença de alterações neurológicas. Existem 12 pares cranianos que se encontram conectados ao encéfalo, sendo na sua maioria compostos por fibras sensitivas e motoras.

Estudo de Caso: Estágio Neurologia- Unidade de AVC

A utente em estudo, apresentou alterações no I par craniano, o olfativo, uma vez que apenas detetou o odor a canela. Apresentou também alterações no V par craniano, pois apresenta hipostesia da face à esquerda. Verificou-se também alterações no VII par craniano, pois apresenta ligeiro apagamento do sulco nasogeniano, apresenta parésia facial periférica. No IX par craniano, também se verificaram alterações, uma vez que não reconheceu o sabor de salgado e doce.

Nº	Nervo	Avaliação 08/06/2023
I	Olfativo	Utente apenas identificou odor de canela.
II	Óptico	Utente conseguiu identificar números até ao J2.
III IV VI	Óculo Motor Patético Motor Ocular Externo	Não se verificaram alterações.
V	Trigémeo	Existe uma hipostesia na face à esquerda
VII	Facial	Utente apresenta ligeira apagamento do sulco nasogeniano.
VIII	Vestibulo-Coclear	Vestibular- sem alterações Coclear- Não conseguiu ouvir, no entanto a utente apresenta como antecedentes pessoais hipoacusia.
IX	Glossofaríngeo	Verificaram-se alterações no paladar. Utente não conseguiu distinguir doce de salgado
X	Vago	Sem alterações
XI	Espinhal	Sem alterações
XII	Grande Hipoglosso	Sem alterações

Tabela 4- Avaliação dos Pares Cranianos

2.5- AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR

A avaliação da força muscular foi realizada através da aplicação da escala MRC, que classifica a força de 0 a 5, sendo 0 sem contração muscular nem movimento e 5 como a força normal esperada para aquele músculo. Verificou-se um aumento da força muscular, predominantemente nos MI's. Foi aplicado também o Teste de Mingazzini durante a aplicação da Escala NHISS, tendo-se verificado uma melhoria tanto nos MI's como nos MS's (verificado na aplicação da escala NHISS)

Hemicorpo Esquerdo	Avaliação da Força	
Data da avaliação	05/06/2023	10/06/2023
Membro Superior		
Dedos - Flexão	4	4
Dedos - Extensão	4	4
Punho – Flexão palmar	4	5
Punho – Dorsi-flexão	4	5
Punho – Desvio radial	4	5
Punho – Desvio cubital	4	5
Cotovelo – Flexão	4	5
Escápulo-umeral – Flexão	4	5
Escápulo-umeral – Abdução	4	5
Membro Inferior		
Tíbio-társica – Flexão dorsal	4	5
Joelho – Extensão	4	5
Joelho- Flexão	4	5
Coxofemoral – Flexão	4	5
Coxofemoral – Extensão	4	5
Coxofemoral – Abdução	4	5
Coxofemoral – Adução	4	5

Tabela 5- Avaliação da Escala de Força MRC (Ordem dos Enfermeiros, 2016)

Interpretação dos resultados na Escala de força muscular da Medical Research Council Scale	
5	Força normal
4	Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular e vence a gravidade
3	Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence a resistência
2	Movimento sem vencer a gravidade ao longo de quase totalidade da amplitude articular
1	Contração palpável ou visível, mas sem movimento do membro
0	Sem contração muscular palpável ou visível

2.6- AVALIAÇÃO DO TÔNUS

O tônus pode ser definido como um reflexo proprioceptivo, que se destina a que mantenhamos a postura corporal e a contração muscular, avaliando-se através da palpação (Menoita et al., 2012).

A utente em estudo não apresenta alterações no tônus muscular, pois apresenta resistência percebida ao movimento passivo dos segmentos.

2.7- AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO MOTORA

Na prova dedo-nariz: No início do internamento apresentava dismetria à esquerda, no entanto não foi valorizável, pois era proporcional à força muscular. Reavaliado no dia 10/06/2023, verificando-se uma dismetria à esquerda que a utente consegue compensar (toca com o dedo na boca e sobe para o nariz). A execução foi de olhos abertos e repetido posteriormente de olhos fechados.

2.8- AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE

No dia 08/06/2023, após a avaliação, verificou-se não haver qualquer tipo de sensibilidade no antebraço esquerdo.

Na avaliação realizada no dia 10/06/2023, a utente já referiu sentir os estímulos aplicados. Esta técnica foi realizada com a utente com os olhos fechados. No entanto, quando questionada se existia diferença de sensibilidade entre os hemicorpos, a mesma respondeu sentir "com mais força" no hemicorpo direito em comparação com o esquerdo. Neste sentido, podemos afirmar que a utente apresenta uma Hipostesia à esquerda.

08/06/2023	Sensibilidade	Avaliação
Superficial	Tátil	Globalmente diminuída. Ausente na porção anterior do antebraço esquerdo.
	Térmica	Globalmente diminuída. Ausente na porção anterior do antebraço esquerdo.
	Dolorosa	Globalmente diminuída. Ausente na porção anterior do antebraço esquerdo.
Profunda	Pressão	Globalmente diminuída. Ausente na porção anterior do antebraço esquerdo.
	Vibratória	Globalmente diminuída. Ausente na porção anterior do antebraço esquerdo.
	Postura	Preservada

10/06/2023	Sensibilidade	Avaliação
Superficial	Tátil	Preservada
	Térmica	Preservada
	Dolorosa	Preservada
Profuna	Pressão	Preservada
	Vibratória	Preservada
	Postura	Preservada

Tabela 6- Avaliação da Escala Nottingham Sensory Assessment

2.9- EQUILÍBRIO E MARCHA

O equilíbrio corporal é definido como o alinhamento dos segmentos articulares (dentro dos seus limites articulares) de modo que o centro de gravidade esteja assegurado e mantido (Mendes, 2012). É de extrema importância que o equilíbrio sentado e em ortostatismo, estático e dinâmico estejam mantidos para que se possa realizar uma marcha segura e eficaz.

A marcha é definida com uma locomoção bípede de movimentos cíclicos. É caracterizada por dois contatos iniciais consecutivos realizados pelo mesmo membro inferior. Sendo dividido em duas fases distintas (apoio e balanço) (Filho et al., 2010).

A utente em estudo apresentou uma melhoria tanto do equilíbrio como da marcha durante o tempo de internamento. Foram realizadas técnicas de treino de equilíbrio sentado e em ortostatismo, bem como realizado treino de marcha, inicialmente com apoio uni lateral, e no fim com supervisão próxima. Também foi realizado treino de subir e descer escadas com apoio bilateral, uma vez que a utente apresenta pequenas escadas no seu domicílio.

Índice de Tinetti - Avaliação do equilíbrio		
Data	08/06/2023	10/06/2023
1. Equilíbrio sentado: Inclina-se ou desliza na cadeira (0) Inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira (1) Estável, seguro (2)	1	2
2. Levantar: Incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio (0) Capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa (1) Capaz na 1ª tentativa sem usar os braços (2)	1	2
3. Equilíbrio imediato Instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se) (0) Estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se (1) Estável sem qualquer tipo de ajudas (2)	2	2
4. Equilíbrio em pé com os pés paralelos: Instável (0) Estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio (1) Pés próximos e sem ajudas (2)	2	2
5. Pequenos desequilíbrios na mesma posição (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno) Começa a cair (0)	2	2

Estudo de Caso: Estágio Neurologia- Unidade de AVC

Vacilante, agarra-se, mas estabiliza (1) Estável (2)		
6. Olhos fechados (mesma posição do item 5): Instável (0) Estável (1)	1	1
7. Girar 360°: Instável (agarra – se, vacila) (0) Estável, mas dá passos descontínuos (1) Estável e passos contínuos (2)	0	1
8. Apoio Unipodal (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável): Não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objecto (0) Aguenta 5 segundos de forma estável (1)	1	1
9. Sentar: Pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância (0) Usa os braços ou movimento não harmonioso (1) Seguro, movimento harmonioso (2)	1	1
SubTotal (16)	11	14

Tabela 7- Índice de Tinetti- Equilíbrio (Apóstolo, 2012)

Índice de Tinetti - Avaliação da marcha		
Data	08/06/2023	10/06/2023
10. Início da marcha: Hesitação ou várias tentativas para iniciar (0) Sem hesitação (1)	1	1
11. Comprimento e altura dos passos: a) Pé Direito - não ultrapassa o pé esquerdo (0) - ultrapassa o pé esquerdo (1) - não sai completamente do chão (0) - sai completamente do chão (1) b) Pé Esquerdo - não ultrapassa o pé direito (0) - ultrapassa o pé direito (1) - não sai completamente do chão (0) - sai completamente do chão (1)	a) 1 1 b) 1 1 1	a) 1 1 b) 1 1 1
12. Simetria dos passos: Comprimento do passo aparentemente assimétrico (0) Comprimento do passo aparentemente simétrico (1)	1	1
13. Continuidade dos passos: Pára ou dá passos descontínuos (0) Passos contínuos (1)	1	1
14. Percurso de 3m (previamente marcado) Desvia-se da linha marcada (0) Desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha (1) Sem desvios e sem ajudas (2)	1	2
15. Estabilidade do Tronco Nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha (0) Sem oscilação, mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha (1) Sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha (2)	1	1
16. Base de sustentação durante a marcha: Calcanhares muito afastados (0)	0	1

Estudo de Caso: Estágio Neurologia- Unidade de AVC

Calcanhares próximos, quase se tocam (1)		
SubTotal (12)	9	11

Tabela 8- Índice de Tinetti- Marcha (Apóstolo, 2012)

2.10- AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

Devido ao seu estado de sonolência no dia da admissão na UAVC, a utente foi entubada nasogástricamente de modo que se mantivesse a administração de nutrientes e de terapêutica. No dia 5/06/2023, após avaliação da utente através da escala GUSS, foi mantida a sonda nasogástrica, uma vez que se mantinha bastante sonolenta. No dia 08/06/2023, a utente já se encontrava mais desperta e reativa, realizando-se novamente a avaliação com a escala GUSS, tendo-se verificado que a utente conseguia deglutir consistência pastosa e água gelificada. Foi então retirada sonda nasogástrica e introduzida alimentação pastosa com água gelificada. No dia 10/06/2023, tornou-se a realizar nova avaliação com a escala GUSS, verificando-se que a utente conseguia deglutir consistência semissólido, líquidos sem espessante a pequenos volumes e sólidos. Ficou então alterada a dieta para mole com água sem espessante em pequenos volumes.

Escala de Gugging Swallowing Screen (GUSS)						
Investigação Preliminar	Data: 05/06/2023		Data:08/06/2023		Data:10/06/2023	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Vigília (o utente deve estar alerta nos últimos 15 minutos)	1	⇒ 0	⇒ 1	0	⇒ 1	0
Tosse (voluntária) e/ou pigarreio (o utente deve tossir ou pigarrear 2 vezes voluntariamente)	1	⇒ 0	⇒ 1	0	⇒ 1	0
Deglutição da saliva:						
Deglutição eficaz	1	⇒ 0	⇒ 1	0	⇒ 1	0
Baba controlada	⇒ 1	0	⇒ 1	0	⇒ 1	0
Alteração da qualidade vocal	⇒ 0	1	0	⇒ 1	0	⇒ 1
Total:	1		5		5	
Interpretação dos resultados: 1-4: realizar investigação instrumental 5: Continuar avaliação (parte2)	Seguir para a parte 2					

Escala de Gugging Swallowing Screen (GUSS)									
Teste de Deglutição	Data: 05/06/2023			Data:08/06/2023			Data:10/06/2023		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Seguir a seguinte ordem:	SEMI-SÓLIDO *	LÍQUIDO **	SÓLIDO ***	SEMI-SÓLIDO *	LÍQUIDO **	SÓLIDO ***	SEMI-SÓLIDO *	LÍQUIDO **	SÓLIDO ***

Estudo de Caso: Estágio Neurologia- Unidade de AVC

DEGLUTIÇÃO • Deglutição impossível • Deglutição demorada (> 2 seg.) (Sólidos > 10 seg.) • Deglutição com sucesso	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 ⇒ 1 2	0 ⇒ 1 2	0 1 2	0 1 ⇒ 2	0 1 ⇒ 2	0 ⇒ 1 2
TOSSE (Involuntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após) • Sim • Não	0 1	0 1	0 1	0 ⇒ 1	0 ⇒ 1	0 1	0 ⇒ 1	0 ⇒ 1	0 ⇒ 1
SIALORREIA • Sim • Não	0 1	0 1	0 1	0 ⇒ 1	0 ⇒ 1	0 1	0 ⇒ 1	0 ⇒ 1	0 ⇒ 1
ALTERAÇÃO DA VOZ (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer "O") • Sim • Não	0 1	0 1	0 1	0 ⇒ 1	0 ⇒ 1	0 1	0 ⇒ 1	0 ⇒ 1	0 ⇒ 1
TOTAL:	0	0	0	4	3	0	5	5	4
Interpretação dos resultados:	1-4 = investigação instrumental 5 = Continuar para líquido	1-4 = investigação instrumental 5 = Continuar para sólido	1-4 = investigação instrumental 5 = Normal	1-4 = investigação instrumental 5 = Continuar para líquido	1-4 = investigação instrumental 5 = Continuar para sólido	1-4 = investigação instrumental 5 = Normal	1-4 = investigação instrumental 5 = Continuar para líquido	1-4 = investigação instrumental 5 = Continuar para sólido	1-4 = investigação instrumental 5 = Normal
TOTAL (Secção 1 + 2): 1+0= 1 (20)				TOTAL (Secção 1 + 2): 5+7= 12 (20)			TOTAL (Secção 1 + 2): 5+14= 19 (20)		
Administar 1/2 colher de água com-escessante Se não se observarem sintomas administrar 3 a 5 colheres. Reavaliar no final da última colher.									
3, 5, 10, 20 ml de água – se não se observarem sintomas continuar com 50 ml. Interromper e reavaliar se se observar um dos critérios.									
Bolo seco									

Tabela 9- Escala de GUSS (Ordem dos Enfermeiros, 2016)

2.11- AVALIAÇÃO DA INTEGRIDADE CUTÂNEA

Os utentes vítimas de AVC's apresentam, tal como já foi referido, alterações da sensibilidade, hipostesias, o que aumenta significativamente o risco de desenvolver úlceras por pressão [UPP]. A avaliação da escala de Braden indica-nos o risco de desenvolver UPP. Na utente em estudo, como apresentava mobilidade pouco reduzida e a hipostesia que apresentava era reduzida, não existiu risco de desenvolver UPP.

Escala de Braden		05/06/2023	08/06/2023	10/06/2023
Perceção sensorial	Completamente limitado (1)	2	3	3
	Muito limitado (2)			
	Ligeiramente limitado (3)			

Estudo de Caso: Estágio Neurologia- Unidade de AVC

	Nenhuma limitação (4)			
Humidade	Pele constantemente húmida (1)	3	3	4
	Pele húmida (2)			
	Pele ocasionalmente húmida (3)			
	Pele raramente húmida (4)			
Atividade	Acamado (1)	1	3	3
	Sentado (2)			
	Marcha ocasional (3)			
	Marcha frequente (4)			
Mobilidade	Completamente imobilizado (1)	2	3	3
	Muito limitado (2)			
	Ligeiramente limitado (3)			
	Nenhuma limitação (4)			
Nutrição	Muito pobre (1)	2	2	3
	Provavelmente inadequada (2)			
	Adequada (3)			
	Excelente (4)			
Fricção e força de deslizamento	Problema (1)	1	2	2
	Problema potencial (2)			
	Nenhum problema (3)			
Total:		11	16	18

Tabela 10- Escala de Braden (DGS, 2011)

Score	Risco
19 a 23	Sem risco
15 a 18	Baixo risco
13 a 14	Moderado
10 a 12	Alto risco
≤ 9	Muito alto risco

2.12- ESCALA DE BARTHEL

A Escala de Barthel avalia o nível de independência do utente na realização as AVD's. Apresenta diversas pontuações para cada atividade, estando descritas ao longo da tabela.

A primeira avaliação foi realizada num período onde a utente se encontrava bastante sonolenta e ainda não tinha indicação para levantar, daí existir uma discrepância tão elevada entre a primeira e a segunda avaliação.

Estudo de Caso: Estágio Neurologia- Unidade de AVC

Atividade de Vida	Data	05/06/2023	10/06/2023
Higiene pessoal - Necessita de ajuda com o cuidado pessoal (0) - Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (10)		10	10
Evacuar - Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) (0) - Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) (5) - Contínente (não apresenta episódio de incontinência) (10)		10	10
Urinar - Incontinente ou algaliado (0) - Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) (5) - Contínente (por mais de 7 dias) (10)		10	10
Ir à casa de banho (uso do sanitário) - Dependente (0) - Necessita de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho (5) - Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda) (10)		0	10
Alimentar-se - Incapaz (0) - Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc (5) - Independente (a comida é providenciada) (10)		0	10
Transferências (cadeira/cama) - Incapaz (não tem equilíbrio ao sentar-se) (0) - Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se (5) - Pequena ajuda (verbal ou física) (10) - Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas) (15)		0	10
Mobilidade (deambulação) - Imobilizado (0) - Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc (5) - Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) (10) - Independente (mas pode usar qualquer auxiliar de marcha) (15)		0	10
Vestir-se - Dependente (0) - Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda (5) - Independente (incluindo botões, fechos e atacadores) (10)		5	10
Escadas - Independente (0) - Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha ou supervisão) (5) - Independente (subir/descer escadas, com apoio de corrimão ou dispositivos ex: canadiana ou bengala) (10)		0	5

Estudo de Caso: Estágio Neurologia- Unidade de AVC

Banho	0	5
- Dependente (0)		
- Independente (lava-se no chuveiro/ banho de imersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda) (5)		
Total:	35	90

Tabela 11- Escala de Barthel (Apóstolo, 2012)

2.13- NIHSS

A NIHSS é uma escala de avaliação para doentes com AVC. Determina o tratamento apropriado e prever o resultado para o doente. Avalia diversas áreas, fazendo assim uma avaliação completa do utente.

Instruções	Definição da Escala	05/06/2023	08/06/2023	10/06/2023
1a- Nível de Consciência (NDC): o examinador deve escolher uma resposta, mesmo que a avaliação completa seja prejudicada por obstáculos como pensos ou tubo orotraqueal, barreiras de linguagem ou traumatismo. Um 3 é dado apenas se o doente não faz nenhum movimento em resposta à estimulação dolorosa (para além de respostas reflexas)	0= Acordado; responde corretamente. 1= Sonolento; mas acorda com um pequeno estímulo, obedece, responde ou reage. 2= Estuporoso; acorda com estímulo forte, requer estimulação repetida ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3= Comatoso; apenas respostas reflexas motoras ou automáticas, ou sem qualquer resposta.	1	0	0
1b.NDC Questões: O paciente é questionado sobre o mês e idade. A resposta deve ser correta- não se valorizam respostas aproximadas. Pacientes com afasia ou estupor que não compreendam as perguntas têm 2. Pacientes incapazes de falar por tubo ou traumatismo orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreira de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão 1. É importante considerar apenas a resposta inicial e que o examinador não "ajude" o doente com dicas verbais ou não verbais.	0= Resposta a ambas as questões corretamente. 1= Realiza uma tarefa corretamente. 2= Não responde nenhuma tarefa corretamente.	0	1	1
1c. NDC Ordens: O doente é solicitado a abrir e fechar os olhos e depois abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não puderem ser utilizadas. Devemos valorizar uma tentativa inequívoca, ainda que não completa, devido à fraqueza muscular. Se o doente não responde à ordem, a tarefa deve ser demonstrada usando gestos e o resultado registado. Aos doentes com traumatismo, amputação ou outro impedimento	0= Realiza ambas as tarefas corretamente. 1= Realiza uma tarefa corretamente 2= Não realiza nenhuma tarefa corretamente.	0	0	0

Estudo de Caso: Estágio Neurologia- Unidade de AVC

físico, devem ser dadas ordens simples, adequadas. Pontue só a primeira tentativa.				
2. Melhor Olhar Conjugado: Testes apenas os movimentos oculares horizontais. Os movimentos oculares voluntários ou reflexos (oculocefálico) são pontuados, mas a prova calótica não é avaliada. Se o doente tem uma paresia de nervo isolada (II, IV ou VI), pontue 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os doentes com trauma ocular, pensos, cegueira pré-existente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visuais devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo examinador. Estabelece contacto visual e mover-se perto do paciente de um lado para o outro pode esclarecer a presença de paralisia do olhar conjugado.	0= Normal. 1= Paresia parcial do olhar conjugado. Esta pontuação é dada quando o olhar é anormal num ou em ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar conjugado. 2= Desvio forçado ou paresia total do olhar conjugado não ultrapassados pela manobra oculocefálica.	1	0	0
3- Campos Visuais: os campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilização contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O doente pode ser encorajado, mas basta identificar olhando para o lado dos dedos que mexem para ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Pontue 1 apenas se houver uma assimetria clara, incluindo quadrantopsia. Se o paciente é cego por qualquer causa, pontue 3. A estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver extinção, o doente recebe 1 e os resultados são usados para responder à questão 11.	0= Sem défices campimétricos. 1= Hemianopsia parcial. 2= Hemianopsia completa. 3= Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical)	2	1	1
4- Paresia facial: pergunte ou use gestos para encorajar o doente a mostrar os dentes ou levantar as sobrancelhas e fechar os olhos com força. Pontue a simetria de esgar facial em resposta ao estímulo doloroso nos pacientes pouco responsivos ou que não compreendam. Na presença de traumatismo/pensos na face, tubo endotraqueal, adesivos ou outra barreira física que possa esconder a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.	0= Movimentos normais e simétricos. 1= Paresia facial central minor (apagamento do sulco nasolabial, assimetria do sorriso) 2= Paresia facial central evidente (paresia facial inferior total ou quase total) 3= Paresia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superiores e inferiores da face)	1	1	1
5- Força muscular dos membros superiores: o braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços (palmas das mãos para baixo) a 90° (se sentado), 45° (posição de supina). Pontua-se a queda do braço quando esta ocorre antes dos 10 segundos. O doente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação	0= sem queda, mantém o braço a 90° (ou 45°), por um período de 10 segundos 1= queda parcial antes de completar o período de 10 segundos, não chegando a tocar na cama ou noutro suporte. 2= Algum esforço contra a gravidade, o braço acaba por cair na cama ou noutro	5 a - 1 5 b- 0	5 a - 1 5 b- 0	5 a - 0 5 b- 0

Estudo de Caso: Estágio Neurologia- Unidade de AVC

dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando no braço não parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose do ombro, é que o item pode ser considerado como não testado (NT), e deve ser escrita uma justificação fundamentada da escolha.	suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata. 3= Nenhum esforço contra a gravidade, o braço cai logo, pousado, o membro faz algum movimento 4= nenhum movimento NT= amputação ou anquilose 5a. membro superior esquerdo 5b- membro superior direito			
6- Força muscular dos membros inferiores: a perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30° (sempre na posição de supina). Pontua-se a queda da perna quando esta ocorre antes dos 5 segundos. O doente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando na perna não parética. Apenas no caso de amputação ou anquilose da anca, é que o item pode ser considerado como não testado (NT), e deve ser escrita uma justificação fundamentada da escolha.	0= sem queda, mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos 1= queda parcial antes de completar o período de 5 segundos, não chegando a tocar na cama ou noutro suporte. 2= Algum esforço contra a gravidade, o braço acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 5 segundos, mas não de forma imediata. 3= Nenhum esforço contra a gravidade, a perna cai logo, pousado, o membro faz algum movimento 4= nenhum movimento NT= amputação ou anquilose 5a. membro inferior esquerdo 5b- membro inferior direito	6 a - 1 6 b- 0	6 a - 1 6 b- 0	6 a - 0 6 b- 0
7- Ataxia dos membros: este item procura evidência de lesão cerebelosa unilateral. Teste com os olhos abertos. No caso de défice de campo visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes dedo-nariz e calcanhar-jelho são testados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, apenas, se for desproporcional à fraqueza muscular. A ataxia é considerada ausente no doente com perturbação da compreensão ou plégico. Apenas no caso de amputação ou anquilose o item pode ser considerado como não testável (NT), e deve ser escrita uma explicação fundamentando esta escolha. No caso de cegueira, peça para tocar com o dedo no nariz a partir da posição de braço estendido.	0= ausente 1= presente em 1 membro 2= presente em 2 membros NT= amputação ou anquilose	0	0	0
8- Sensibilidade: Avalie a sensibilidade ou esgar facial à picada de alfinete ou a resposta de retirada ao estímulo doloroso em paciente obnubilado ou afásico. Só a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é pontuada. Teste tantas as partes do corpo- membros superiores (exceto mão), inferiores (exceto pés), tronco e face- quantas as necessárias para avaliar com precisão uma perda hemissensitiva. Pontue com 2 só se puder ser claramente demonstrada. Deste modo, uma perda grave ou total da sensibilidade dos doentes estuporosos ou afásicos irão ser pontuados possivelmente com 1 ou 0. O doente com AVC do tronco cerebral com perda de sensibilidade bilateral é pontuado com 2. Se o	0= normal, sem perda de sensibilidade 1= perda de sensibilidade leve a moderada, o doente sente menos a picada, ou há uma perda de sensibilidade dolorosa à picada, mas o paciente sente quando é tocado. 2= perda de sensibilidade grave ou total, o paciente não sente que é tocado na face, membro superior e inferior.	1	1	1

Estudo de Caso: Estágio Neurologia- Unidade de AVC

doente não responde e está quadriplégico, pontue 2. Pacientes em coma (item 1a=3) são pontuados arbitrariamente com 2 neste item.				
9- Melhor linguagem: durante a pontuação dos itens precedentes obterá muita informação acerca da capacidade de compreensão. Peça-se ao doente para descrever o que está a acontecer na imagem em anexo, para nomear objetos num cartão de nomeação de frases em anexo. A compreensão é julgada a partir destas respostas, assim como as referentes às ordens dadas no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interferir com os testes, peça ao doente para identificar objetos colocados na mão, repetir frases e produzir discurso ponto o doente entubado deve escrever as respostas. O doente em coma (1a=3) será pontuado arbitrariamente com 3. O examinador deve escolher a pontuação no doente com estupor ou pouco colaborar antes, mas a pontuação de 3 está reservada a doentes em mutismo e que não cumpram nenhuma ordem simples	0= sem afasia, normal. 1= Afasia leve a moderada, perda óbvia de alguma fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressas ou formas de expressão. Contudo, o discurso e/ou compreensão reduzidos dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador consegue identificar figuras ou itens da lista de nomeação a partir de resposta do paciente. 2= afasia grave, toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas, necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do examinador ponto a quantidade de informação que pode ser trocada é limitada, o examinador assume a maior parte da comunicação, o examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente. 3= Mutismo, afasia global, sem discurso ou compreensão verbal minimamente úteis	0	0	0
10- Disartria: se se pensa que o doente consegue, obtém-se uma amostra do seu discurso pedindo-lhe para ler ou repetir as palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser pontuada. Este item é considerado não testável (NT) apenas se o doente estiver em tubado ou tiver outras barreiras físicas que impeçam o discurso ponto não diga ao paciente a razão pela qual está a ser testado	0= normal 1= disartria leve a moderada, doente com voz arrastada pelo menos em algumas palavras e, na pior das hipóteses, pode ser entendido com alguma dificuldade 2= disartria grave, a voz do doente é tão arrastada, na ausência de disfasia, ou em desproporção com a disfasia, que chega a ser ininteligível. Presença de mutismo ou anartria. NT= entubado ou outra barreira física, explique	1	1	0
11- extinção e desatenção (antigo neglect): há informação suficiente para identificação de neglect tem sido obtida durante os testes anteriores. Se o doente tem perda visual grave, que impede o teste de estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, o score é normal. Se o doente tem afasia, mas parece identificar ambos os lados, é pontuado como normal. A presença de neglect visual espacial ou anosagnosia contribuem também para a evidência de anormalidade. Como a normalidade só é pontuada se presente o item nunca é considerado não testável.	0= nenhuma anormalidade 1= desatenção visual, tátil, auditiva, espacial o pessoal, ou extinção a estimulação simultânea numa das modalidades sensoriais 2= hemidesatenção ou limitações profundas para mais de uma modalidade, não reconhece a própria mão e orienta-se apenas para um lado do espaço	1	0	0
TOTAL		10	7	5

Tabela 12- Escala de NHISS (DGS, 2017)

3- PLANO DE CUIDADOS

Para a realização do plano de cuidados foram consultados o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015) e a CIPE® versão Beta 2 (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Diagnóstico de Enfermagem: Movimento Muscular Diminuído [no hemicorpo esquerdo]		
Data	Intervenção	Avaliação
05/06/2023	- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido no membro superior esquerdo, 2 series de 10 repetições em sentido distal para proximal (flexão e extensão dos dedos, abdução e adução dos dedos, oponencia, desvio cubital e radial, flexão e extensão do punho, pronação e supinação do antebraço, flexão e extensão do cotovelo, rotação externa e interna do ombro, abdução e adução do ombro, flexão e extensão do ombro); - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido no membro inferior esquerdo, 2 series de 10 repetições em sentido distal para proximal (flexão e extensão dos dedos, inversão e aversão do pé, flexão e extensão da tibiotársica, flexão e extensão do joelho, abdução e adução da anca, rotação interna e externa da anca, flexão e extensão da anca); - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido no membro superior esquerdo, 2 series de 10 repetições em sentido distal para proximal (flexão e extensão dos dedos, abdução e adução dos dedos, oponencia, desvio cubital e radial, flexão e extensão do punho, pronação e supinação do antebraço, flexão e extensão do cotovelo, rotação externa e interna do ombro, abdução e adução do ombro, flexão e extensão do ombro); - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido no membro inferior esquerdo 2 series de 10 repetições em sentido	<u>05/06/2023</u>- Utente pouco colaborante. Alternava períodos de sonolência com períodos em que se encontrava desperta. Apresentava movimento muscular mantido, com diminuição da força, grau 4/5 em todo o hemicorpo esquerdo <u>08/06/2023</u>- Utente mais colaborante. Iniciados exercício muscular e articular ativos-resistidos no membro inferior. Apresenta força 5/5 no membro inferior esquerdo e 4/5 no membro superior esquerdo. <u>09/06/2023</u>- Iniciado exercício muscular e articular ativos-resistidos no membro superior. Apresenta força 5/5 no membro superior esquerdo, excetuando a mão, apresentando força 4/5. Membro inferior sem alterações comparativamente com a avaliação anterior, manteve-se o exercício muscular e articular ativos-resistido. <u>10/06/2023</u>- Força muscular mantida em todo o hemicorpo esquerdo, excetuando mão.

Estudo de Caso: Estágio Neurologia- Unidade de AVC

	distal para proximal (flexão e extensão dos dedos, inversão e aversão do pé, flexão e extensão da tibiotársica, flexão e extensão do joelho, abdução e adução da anca, rotação interna e externa da anca, flexão e extensão da anca); - Monitorizar força a través da escala MRC;	
--	---	--

Tabela 13- Diagnóstico de Enfermagem: Movimento Muscular Diminuído [no hemisfério esquerdo]

Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal [em pé]		
Data	Intervenção	Avaliação
08/06/2023	- Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal (avaliação através da aplicação da escala de Tinetti); - Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal; - Treinar técnica de equilíbrio corporal (andar com pé ante pé e treinar o giro).	08/06/2023- Capacidade de usar técnica de equilíbrio corporal comprometido 09/06/2023- Capacidade de usar técnica de equilíbrio corporal, melhorado, 10/06/2023- Capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal, melhorado

Tabela 14- Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal [em pé]

Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé.		
Data	Intervenção	Avaliação
08/06/2023	- Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para pôr-se de pé; - Instruir sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé; - Treinar técnica de adaptação para pôr-se de pé.	05/06/2023- Capacidade para pôr-se de pé, comprometido. 09/06/2023- Capacidade para pôr-se de pé, melhorado. Utente consegue adquirir posição ortostática. 10/06/2023- Capacidade para pôr-se de pé, melhorado. Utente consegue adquirir posição ortostática.

Tabela 15- Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé.

Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para andar		
--	--	--

Estudo de Caso: Estágio Neurologia- Unidade de AVC

Data	Intervenção	Avaliação
08/06/2023	- Avaliar capacidade para andar (avaliação através da escala de Tinetti) ; - Instruir sobre técnica de adaptação para andar (instruir sobre andar com postura correta, olhando em frente de modo a não perder o equilíbrio corporal; instruir sobre elevar os joelhos quando avança o pé de trás para a frente; instruir sobre levantar o pé do chão aquando da mudança de apoio de pé na passada; instruir sobre subir e descer degraus); - Treinar técnica de adaptação para andar.	08/06/2023- Potencial para melhorar capacidade para andar, 09/06/2023- Capacidade para andar, melhora. Utente anda com apoio de terceiros. 10/06/2023- Capacidade para andar, melhora. Utente anda sem qualquer auxiliar de marcha nem ajuda de terceiros, apenas com supervisão próxima.

Tabela 16- Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para andar

Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para autocuidado: arranjar-se		
Data	Intervenção	Avaliação
05/06/2023	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se; - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se; - Treinar e ensinar técnica para uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se.	05/06/2023- Potencial para melhorar capacidade para autocuidado: arranjar-se, adquirido 10/06/2023- Autocuidado arranjar-se, adquirido. Utente consegue pentear o cabelo, lavar os dentes de forma independente.

Tabela 17- Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para autocuidado: arranjar-se

Diagnóstico de Enfermagem: Deglutição comprometida		
Data	Intervenção	Avaliação

Estudo de Caso: Estágio Neurologia- Unidade de AVC

05/06/2023	- Avaliar capacidade de deglutição; - Monitorizar deglutição (avaliação através da Escala GUSS); - Executar técnica de deglutição; - Gerir dieta; - Planear dieta; - Posicionar pessoa; - Supervisionar a deglutição.	05/06/2023- Deglutição, comprometida (utente entubada nasogástricamente e sem critério para introdução alimentar avaliado através da Escala GUSS); 08/06/2023- Deglutição, melhorada (retirada sonda nasogástrica e introduzida dieta pastosa e água gelificada); 10/06/2023- Deglutição não comprometida (alterada dieta para dieta mole e água sem espessante a pequenos volumes).
------------	---	---

Tabela 18- Diagnóstico de Enfermagem: Deglutição comprometida

Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para o autocuidado; Comer e Beber		
Data	Intervenção	Avaliação
08/06/2023	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: comer e beber - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: comer e beber; - Treinar o uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: comer e beber.	08/06/2023- Capacidade para autocuidado: comer e beber comprometido. A utente teve de ser alimentada por terceiros uma vez que tinha sido retirada SNG, e a utente ainda não estava segura. 09/06/2023- Capacidade para autocuidado comer e beber, melhorada. A utente alimentou-se de forma independente. 10/06/2023- Capacidade para autocuidado comer e beber, melhorada. A utente alimentou-se de forma independente.

Tabela 19- Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para o autocuidado; Comer e Beber

Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para o autocuidado: Higiene

Estudo de Caso: Estágio Neurologia- Unidade de AVC

Data	Intervenção	Avaliação
08/06/2023	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene; - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene; - Treinar o uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.	08/06/2023- Capacidade para melhorar autocuidado Higiene: comprometido. Utente necessita de ajuda para realizar higiene da parte inferior do corpo. 09/06/2023- Capacidade para melhorar autocuidado: Higiene adquirido. Utente conseguiu realizar higiene de forma independente. 10/06/2023- Capacidade para melhorar autocuidado: Higiene adquirido. Utente conseguiu realizar higiene de forma independente.

Tabela 20- Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para o autocuidado: Higiene

Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para o autocuidado: Vestuário		
Data	Intervenção	Avaliação
08/06/2023	- Avaliar capacidade para usar dispositivo para autocuidado: vestuário; - Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário; - Instruir sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; - Treinar uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário; - Treinar uso de técnica de adaptação para autocuidado: vestuário.	08/06/2023- Capacidade para melhorar autocuidado: Vestuário comprometido. Utente necessitou de ajuda para fechar os botões da camisa e vestir parte inferior do corpo. 09/06/2023- Capacidade para melhorar autocuidado: Vestuário, melhorada. Utente apenas necessitou de ajuda em calçar os sapatos. 10/06/2023- Capacidade para melhorar autocuidado: Vestuário, melhorada. Utente apenas necessitou de ajuda em calçar os sapatos.

Tabela 21- Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para o autocuidado: Vestuário

Diagnóstico de Enfermagem: Déficit Sensorial [hemisfério esquerdo]		
Data	Intervenção	Avaliação
05/06/2023	- Executar estimulação sensitiva (fornecido livro de texturas e incentivada); - Estimular percepção sensorial (incentivar a utente a observar o estímulo aplicado); - Incentivar a execução de exercício muscular e articular (a nível dos dedos da mão esquerda); - Avaliar sensibilidade (através da aplicação da escala Nottingham Sensory Assessment)	05/06/2023- Déficit sensorial, apresenta hipostesia tátil, térmica, dolorosa, de pressão, vibratória, postural. 08/06/2023- Déficit sensorial, apresenta hipostesia tátil, térmica, dolorosa, de pressão, vibratória, postural. 10/06/2023- Déficit sensorial, apresenta melhoria da sensibilidade tátil, térmica, dolorosa, de pressão, vibratória, postural em todo o hemisfério esquerdo.

Tabela 22- Diagnóstico de Enfermagem: Déficit Sensorial [hemisfério esquerdo]

Diagnóstico de Enfermagem: Expetorar, eficaz		
Data	Intervenção	Avaliação
05/06/2023	- Assistir a tosse; - Avaliar reflexo de tosse; - Estimular reflexo de tosse; - Executar cinesioterapia respiratória (abertura costal global com recurso a bastão e dissociação dos tempos respiratórios); - Executar técnica de posicionamento (sentar utente com ângulo de 90° da anca) - Incentivar a tossir; - Incentivar a expetorar; - Vigiar expetoração;	05/06/2023- Reflexo de tosse presente, mas ineficaz, necessitando de incentivo 08/06/2023- Reflexo de tosse presente e eficaz, utente expetora com eficácia. 09/06/2023- Reflexo de tosse presente e eficaz, utente expetora com eficácia. 10/06/2023- Reflexo de tosse presente e eficaz, utente expetora com eficácia.

Tabela 23- Diagnóstico de Enfermagem: Expetorar, eficaz

CONCLUSÃO

O EEER apresenta um papel fulcral no doente com AVC, principalmente na fase aguda e inicial do mesmo. Atua de modo a prevenir complicações de maximizando todas as competências.

Com a realização deste plano de cuidados, foi-me permitido ter uma visão mais ampla de todas as intervenções realizadas pelo ER. Permitiu-me também estar desperta para todas as necessidades que um doente com AVC necessita, bem como todos os focos de ER que podem ser aplicados neste tipo de doentes. Também foi importante pois permitiu-me aprofundar o meu conhecimento sobre a aplicação de escalas e verificar a evolução dos valores das mesmas após a intervenção do ER. Os ganhos mais sensíveis que foram verificados com a elaboração deste plano de cuidados, foi sem dúvida o ganho de autonomia da utente aquando da realização das AVD's.

Desde modo, é importante que todos os planos de cuidados sejam individualizados e personalizados, para que os resultados obtidos vão de encontro aos resultados esperados.

BIBLIOGRAFIA

- Apóstolo, J. (2012). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments).
- DGS. (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)- Orientação da Direção-Geral da Saúde no017/2011. www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb3.pdf.
- DGS. (2017). Via Verde do Acidentes Vascular Cerebral no Adulto- Norma no015/2017 da Direção-Geral da Saúde.
- Diogo, M. (2000, January). O Papel da Enfermeira na Reabilitação do Idoso. 75–81.
- Filho, M., Reis, R., & Kawamura, C. (2010). Avaliação do Padrão de Movimento dos Joelhos e Tornozelos Durante a Maturação da Marcha Normal. *Acta Ortop Bras*, 23–25.
- Fonseca, L. (2021). O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal.
- Mendes, P. (2012). Modelação Numérica do Índice de Tinetti e de Berg.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Norving, B., Barrick, J., Davalos, A., Dichgans, M., Cordonnier, C., Guekht, A., Kutluk, K., Mikulik, R., Wardlaw, J., Richard, E., Nabavi, D., Molina, C., Bath, P. M., Stibrant Sunnerhagen, K., Rudd, A., Drummond, A., Planas, A., & Caso, V. (2018). Action Plan for Stroke in Europe 2018–2030. *European Stroke Journal*, 3(4), 309–336. <https://doi.org/10.1177/2396987318808719>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). CIPE Versão 2.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.
- Ordem dos Enfermeiros. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Silva, C., & Martins, J. (2000). Negligência unilateral: implicações no processo de reabilitação. *Rev. Fisioter. Unov. São Paulo*, 7, 16–24. <https://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/78952/83433>
- Tomey, A., & Alligood, M. (2002). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) (5a edição). Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.

APÊNDICE IV- Colheita de dados

Codificação do Utente:

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Profissão:

Familiar responsável:

Condições de habitação:

Antecedentes Pessoais:

Motivo de Internamento:

Terapêutica:

Tratamento Cirúrgico/ Tratamento não cirúrgico:

APÊNDICE V- Consentimento Informado

**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ATOS/INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA
NORMA Nº 015/2013 DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE**

Diagnóstico e/ou descrição da situação clínica:

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Enfermagem de Reabilitação, a decorrer na Escola Superior de Saúde – Instituto Superior de Portalegre, foi solicitada a realização de um Projeto de Intervenção Profissional, a ser desenvolvido ao longo do estágio curricular final, que se irá realizar no Hospital de Santa Luzia, Elvas, mais especificamente no serviço de Ortopedia e no Centro de Saúde de Estremoz, no período de 11 de setembro de 2023 a 26 de janeiro de 2024. A responsabilidade académica encontra-se a cargo da Professora Maria José Abrantes Bule e a orientação clínica é proporcionada pelas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de reabilitação Ana Abrantes e Florbela Romão, respetivamente.

O projeto de Intervenção tem como título “Enfermagem de reabilitação centrada na Pessoa com dependência nas atividades de vida”

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivos:

Este projeto tem como objetivo geral capacitar para a realização das AVD's em adultos e idosos em meio hospitalar e no domicílio. Os objetivos específicos são: Avaliar a capacidade para realização das AVD em adultos e idosos em internamento e no domicílio; implementar um plano de ensino e treino para realização de AVD em adultos e idosos em internamento e no domicílio e caracterizar indicadores de resultados dos cuidados de enfermagem de reabilitação, à pessoa adulta/idosa em internamento e no domicílio. O método usado é o estudo de caso segundo as etapas do processo de enfermagem e as teorias do Autocuidado de Dorothea Orem.

As intervenções são realizadas com supervisão e incluem a recolha de dados de avaliação, o planeamento de cuidados, a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação e a avaliação dos resultados.

Benefícios:

Disponibilizar cuidados de enfermagem de reabilitação de forma estruturada no sentido de manter/ recuperar a independência nos autocuidados.

Riscos graves e riscos frequentes:

Não são previsíveis riscos. São asseguradas todas as normas de segurança vigentes em ambos os locais de estágio.

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados têm evidência científica demonstrada.

Riscos de não tratamento:

Sem riscos previsíveis.

Nome legível do profissional de saúde: _____

Data ____/____/____ Assinatura e número de cédula profissional: _____

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondei a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados nesta Unidade de Saúde, mantendo a assistência necessária à situação de saúde que apresenta.

O pedido de assinatura deste documento resulta do disposto na Norma n.º 015/2013 do DQS de 03/10/2013, da Direção-Geral da Saúde.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Hospital Santa Luzia de Elvas ____/____/____

Nome: _____

Assinatura: _____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU POR INCAPACIDADE

NOME: _____

DOC. IDENTIFICAÇÃO Nº _____ VALIDADE ____/____/____

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

APÊNDICE VI- Caso 1

Caso 1

Idade: 84 anos

Sexo: Masculino

Estado Civil: Casado

Escolaridade: 2º ciclo

Antecedentes Pessoais: HBP, Diabetes Mellitus não insulino dependentes, Hipertensão e Síndrome Vertiginosa

Dependência antes do internamento: Independente (segundo o utente)

Diagnóstico: #proximal fémur dto

Tratamento Cirúrgico: Encavilhamento com affixus

- **Avaliação Inicial**

A avaliação inicial foi realizada com 3 dias de internamento. Através da aplicação dos instrumentos de avaliação foi possível levantar diagnósticos de Enfermagem que têm como objetivo o ganho de autonomia do utente. O mesmo demonstrou especial interesse pois queria “regressar para casa”. O programa de reabilitação ocorreu durante 3 dias de internamento, tendo sido suspenso por transferência do utente para uma Unidade de Convalescença.

- **Imagem radiográfica**



Encavilhamento à dto

- **Mini Mental State Examination (MMSE)**

1. Orientação- 10/10
2. Retenção- 3/3
3. Atenção e Cálculo- 5/5
4. Evocação- 2/3
5. Linguagem- 7/8
6. Habilidade Construtiva- 0/1

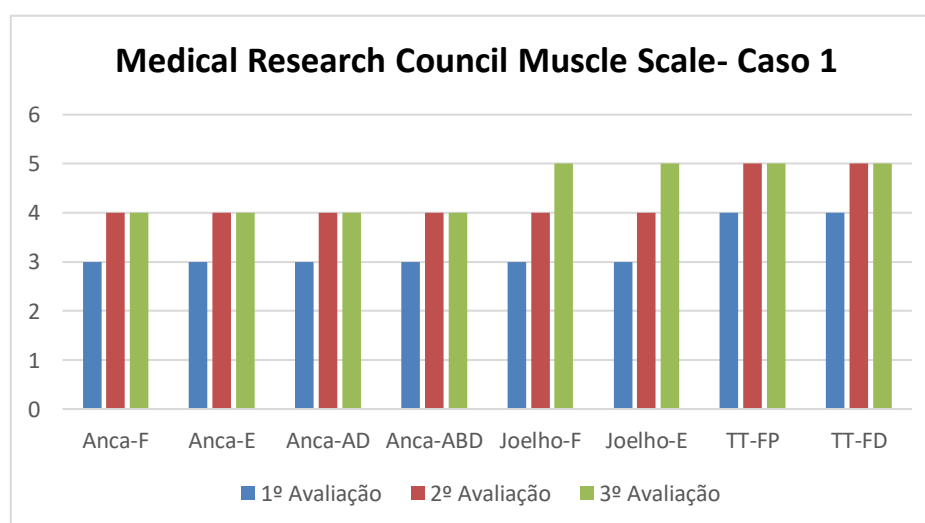
Pontuação obtida foi 27/30 pontos, concluiu-se inexistência de alterações cognitivas significativas.

- **Força muscular**

1º Avaliação do utente (2º dia pós-operatório) - Primeiro levante do utente. Apresentava força 3 nos movimentos da anca e joelho, sendo que apresentava força 4 nos movimentos da tibiotársica

2º Avaliação do utente (10º dia pós-operatório) - Melhoria da força muscular dos movimentos da anca e joelho, obtendo força 4.

3º Avaliação do utente (11º dia pós-operatório) - Força 4 nos movimentos da anca, aumentado para força 5 os movimentos do joelho. Não existiram alterações da força na tibiotársica.



MRCms Caso 1

- **Equilíbrio**

À semelhança da escala da força muscular, o utente também foi avaliado em três momentos no Teste de Tinetti.

No 1º dia de avaliação, o utente apresentava um score total de 14, apresentando défice no equilíbrio estático, nomeadamente no levantar-se, onde o utente era capaz de se levantar, porém utilizava os braços para ajudar, um défice no equilíbrio imediato, onde o utente tinha um equilíbrio estável, porém utilizava um auxiliar de marcha para se suportar, um défice no equilíbrio em pé com os pés paralelos, onde o utente começava a cair, um défice no fechar os olhos na mesma posição, pois o utente apresentava um equilíbrio instável, um défice na volta 360º, pois o utente não era capaz de a realizar, um défice no apoio unipodal, o mesmo não era capaz de o realizar por contraindicação médica e um défice no sentar-se. Também no equilíbrio dinâmico verificaram-se alguns défices, nomeadamente na simetria dos passos, no percurso de 3 metros, onde o utente se desviava ligeiramente.

No 10º dia pós-operatório, o utente apresentou um score de 18, já conseguindo ter um equilíbrio estável com os olhos fechados, quando sujeito a desequilíbrios na mesma posição e já faz a volta de 360º com passos descontínuos. Relativamente ao equilíbrio dinâmico, já eleva totalmente o pé esquerdo do solo.

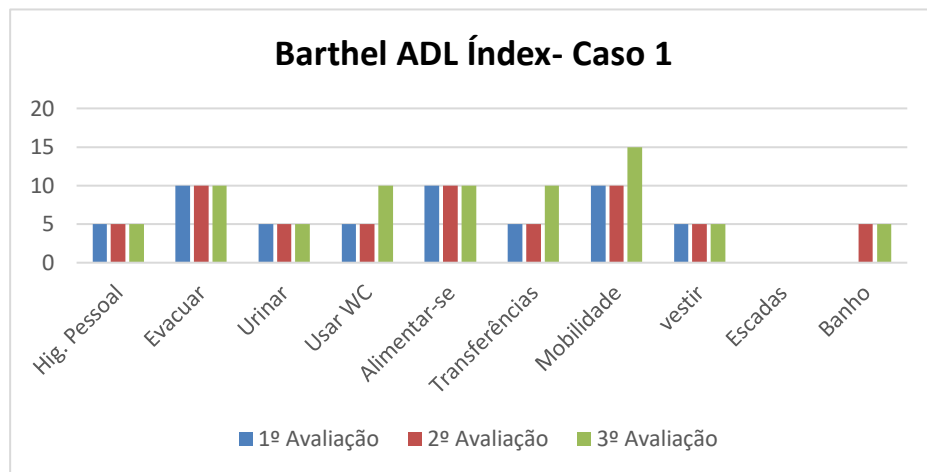
No 11º dia pós-operatório, última avaliação, o mesmo obteve um score de 23, havendo melhorias no equilíbrio imediato, com os pés paralelos, nos pequenos desequilíbrios na mesma posição, no sentar-se e na estabilidade do tronco.

- **Nível de Independência**

Relativamente ao índice de Barthel, verificou-se que o utente numa primeira avaliação apresentava um score relativamente baixo, pois encontrava-se impossibilitado de realizar algumas das AVD's, algumas por dor no membro, outras por incapacidade motora e outras também por receio. Numa primeira avaliação o utente, este apresentou um score de 55, havendo necessidade de ajuda nas Higiene, no uso do WC, no urinar, na transferência, na mobilidade, no vestir-se, no uso das escadas.

Após passar por um programa de reabilitação, na última avaliação do utente verificou-se um aumento do score do índice de Barthel, no entanto o utente não tinha atingido o máximo de independência. Este ainda apresentava dificuldades na transferência, no vestir-se, pois não era capaz de vestir

a parte inferior do corpo, e no subir e descer escadas, que não era capaz, obtendo assim um score de 75, que nos indica que o utente ainda tem algum nível de dependência.



Barthel ADL Índice- Caso 1

- **Índice de Lawton-Brody**

O índice de Lawton- Brody avalia a capacidade do idoso de realizar as suas AIVD's. Esta escala foi aplicada apenas na avaliação inicial tendo em conta os relatos dos participantes, uma vez que os mesmos se encontravam em ambiente hospitalar e não foi possível avaliar o contexto domiciliar e as alterações que a intervenção cirúrgica causou.

O utente em específico era do sexo masculino, havendo algumas atividades relatadas pela escala que era realizada pela esposa, apenas por uma questão cultural, pois o mesmo referiu que não o fazia porque não havia necessidade de o fazer, mas caso houvesse este era capaz de as realizar.

Neste sentido o utente apresentou um score de 14, verificando-se assim moderadamente dependente na realização das AIVD.

- **Questionário de Dispneia (modified MRC Dyspnea Questionnaire)**

À semelhança do Índice de Lawton-Brody, o Questionário de Dispneia foi apenas aplicado na avaliação inicial, pois o utente em caso referiu não apresentar nenhum problema de falta de ar exceto

em caso de exercício intenso. Como este é o nível 0 de dispneia, e não se verificaram alterações durante o internamento não houve necessidade de realização.

- **Plano de Cuidados**

Diagnóstico	Intervenção	Avaliação
Movimento Muscular Diminuído [Membro Inferior Direito]	- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido no membro inferior direito, 2 series de 5 repetições em sentido distal para proximal (flexão e extensão da anca com flexão e extensão do joelho); (3º dia pós-operatório) - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido nos membros superiores com recurso a barra com peso, 2 series de 10 repetições (flexão e extensão da articulação úmero-ulnar); (3º dia pós-operatório) - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido nos membros superiores com recurso a barra com faixa elástica, 2 series de 10 repetições (flexão e extensão da articulação úmero-ulnar); (11º dia pós-operatório) - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido nos membros inferiores, 2 series de 10 repetições (flexão e extensão da anca com flexão e extensão do joelho); (26/09) - Monitorizar força a través da escala MRC;	Utente colaborante. Evolução do movimento muscular de força 3 para 4 nos movimentos da anca, 3 para 5 no joelho e 4 para 5 na tibiotársica.

Equilíbrio Corporal Comprometido	- Avaliar equilíbrio corporal através do Índice de Tinetti; - Realizar exercícios de coordenação de movimentos;	Utente apresenta valor de 14 no Índice de Tinetti. Utente consegue fazer marcha com andarilho com supervisão da cama para a casa de banho. (3º dia pós-operatório) Utente apresenta valor de 23 no Índice de Tinetti. Independente na marcha com andarilho a 3 pontos. (11º dia pós-operatório)
Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha.	- Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha; - Instruir sobre andar com auxiliar de marcha; - Treinar a andar com auxiliar de marcha de 3 pontos com andarilho.	
Dor Músculo-esquelética	- Aplicação de crioterapia; - Administração de terapêutica analgésica (1, 2 e 3º dia pós-operatório)	Redução da sensação de dor. Redução do edema
Potencial para melhorar capacidade de usar técnica de adaptação para posicionar-se	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se; (1º dia pós-operatório) - Instruir sobre técnica de adaptação para posicionar-se; (1º dia pós-operatório) - Treinar técnica de adaptação para posicionar-se; (1º dia pós-operatório)	Utente adquiriu conhecimento sobre técnica de adaptação posicionar-se (movimentos que podem suscitar luxação da prótese).
Potencial para melhorar capacidade para o autocuidado: Higiene	- Avaliar capacidade para realizar para autocuidado: higiene; - Instruir sobre autocuidado: higiene; - Treinar autocuidado: higiene;	Utente manteve valor de 5 na escala de Barthel na alínea do banho em todas as intervenções.
Potencial para melhorar capacidade para o autocuidado: Vestuário	- Avaliar capacidade para usar dispositivo e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; - Treinar uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário;	Utente manteve valor de 5 na escala de Barthel na alínea do banho em todas as intervenções.

Potencial para melhorar capacidade para usar de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário	- Avaliar capacidade de usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário; - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário; - Treinar o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário.	Utente apresenta valor de 5 na escala de Barthel na alínea uso do WC. ((1º dia pós-operatório) Valor de 10 na escala de Barthel na alínea uso do WC (11º dia pós-operatório)
---	--	--

Plano de Cuidados- Caso 1

APÊNDICE VII- Caso 2

Caso 2

Idade: 79 anos

Sexo: Feminino

Estado Civil: Casada

Escolaridade: 1º ciclo

Condições de habitação: Habitação sem escadas, casa de banho com chuveiro

Antecedentes Pessoais relevantes: Insuficiência circulatória, PTA dto, IC

Dependência antes do internamento: Independente (segundo a utente)

Diagnóstico: Gonartrose à dto

Tratamento Cirúrgico: PTJ à dto

- **Avaliação Inicial**

A avaliação inicial foi realizada no 3º dia de internamento (1º dia de pós-operatório). Através da aplicação dos instrumentos de avaliação foi possível definir o plano de intervenção com o objetivo de aumentar a independência funcional com o objetivo de retorno ao domicílio com apoio familiar. O programa de reabilitação ocorreu durante 6 dias de internamento, tendo sido suspenso por alta para o domicílio com apoio da HD.

- **Imagem radiográfica**



PTJ à dto

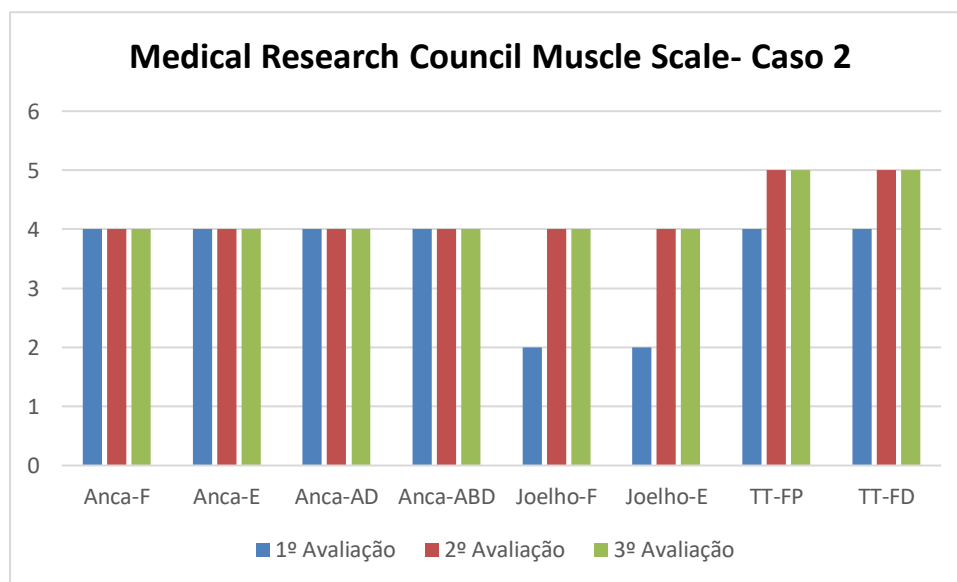
- **MMSE**

1. Orientação- 9/10
2. Retenção- 3/3
3. Atenção e Cálculo- 4/5
4. Evocação- 2/3
5. Linguagem- 7/8
6. Habilidade Construtiva- 0/1

Pontuação obtida foi 25/30 pontos, concluiu-se inexistência de alterações cognitivas significativas.

- **Força muscular**

Foram realizadas três avaliações manuais (Medical Research Council- Muscle Scale – MRC-ms). Apenas se encontra registado a avaliação ao membro intervencionado (Gráfico 3), uma vez que como a utente não apresentou alterações a nível dos membros superiores e membro inferior não intervencionado (força 5 em todos os movimentos).



MRCms Caso 2

Enquadrada com a condição pós-cirúrgica da utente verificou-se a diminuição da força no membro intervencionado.

1ª Avaliação da utente (1º dia pós-operatório, 1º levante) - Apresentava força 4 nos movimentos da anca e tibiotársica, e força 2 nos movimentos do joelho.

2º Avaliação da utente (3º dia pós-operatório) - Melhoria da força muscular dos movimentos do joelho, obtendo força 4, melhoria dos movimentos da tibiotársica, obtendo força 5 e manteve força 4 nos movimentos da anca.

3º Avaliação da utente (9º dia pós-operatório) – Não houve alteração no nível de força comparativamente com a avaliação anterior.

- **Equilíbrio**

O equilíbrio foi também avaliado em três momentos, pelo Teste de Tinetti.

No 1º dia de avaliação, a utente apresentava um score total de 7, apresentando alterações no equilíbrio estático, nomeadamente no levantar-se, onde a utente não era capaz de se levantar, apenas com ajuda de 3ª pessoa, um défice no equilíbrio imediato, onde a utente tinha um equilíbrio estável, porém utilizava um auxiliar de marcha para se suportar, um défice no equilíbrio em pé com os pés paralelos, onde a utente se encontrava instável, um défice nos pequenos desequilíbrios na mesma posição, onde a utente começava a cair, um défice no fechar os olhos na mesma posição, pois a utente apresentava um equilíbrio instável, um défice na volta 360º, pois a utente não era capaz de a realizar, um défice no apoio unipodal, a mesmo não era capaz de o realizar por contraindicação médica e um défice no sentar-se, utilizando os braços. Também no equilíbrio dinâmico verificaram-se alguns défices, nomeadamente no início da marcha, onde a utente hesitava, na largura dos passos, onde o pé direito não ultrapassava o pé esquerdo, na altura dos passos, onde o pé direito não perdia o contacto com o solo, na simetria e continuidade dos passos, no percurso de 3 metros, onde a utente se desviava da linha de marcha, na estabilidade do tronco, existindo flexão do joelho e na base de sustentação.

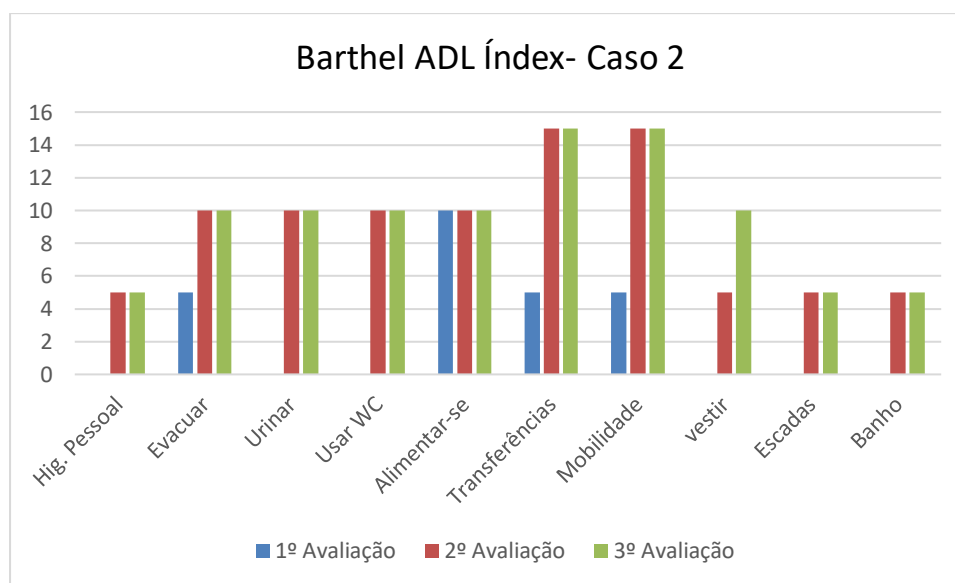
No 3º dia pós-operatório, a utente apresentou um score de 25, tendo melhorado todos os défices apontados na primeira avaliação, nomeadamente a nível do equilíbrio estático já ser capaz de se levantar utilizando os braços, já obter um equilíbrio imediato estável, já conseguir obter equilíbrio em pé com os pés paralelos, já compensar pequenos desequilíbrios na mesma posição, já obter um equilíbrio estável com os olhos fechados, já conseguir realizar a volta de 360º, já conseguir realizar apoio unipodal e já se conseguir sentar com movimentos seguros. Relativamente ao equilíbrio dinâmico, existiu melhoria em todos os défices apontados, exceto na alínea da estabilidade do tronco, mantendo ligeira flexão do joelho.

No 9º dia pós-operatório, última avaliação, a mesma obteve um score de 27, havendo melhorias no levantar-se e na estabilidade do tronco.

- **Nível de Independência**

O nível de independência foi avaliado pelo índice de Barthel, verificou-se que a utente numa primeira avaliação apresentava um score muito baixo, pois encontrava-se com dor, tendo sido medicada com terapêutica analgésica o que a impossibilitava de realizar algumas das AVD's. Numa primeira avaliação a utente apresentou um score de 25, havendo necessidade de ajuda na higiene pessoal, no controlo intestinal (havendo episódio de incontinência acidental), no controlo vesical (encontrando-se algaliada), uso do WC, na transferência, na mobilidade, no vestir-se, no uso das escadas e no banho. Neste primeiro dia de avaliação a utente apresentava dependência elevada na realização das AVD's.

Na última avaliação (9º dia), a utente apresentou um aumento bastante significativo do score do índice de Barthel, para 95, no entanto a utente não tinha atingido o máximo de independência. Esta ainda apresentava dificuldades no subir e descer escadas, necessitando de ajuda.



Barthel ADL Índice Caso 2

- **Índice de Lawton-Brody**

O índice de Lawton- Brody avalia a capacidade do idoso de realizar as suas AIVD's. Esta escala foi aplicada apenas na avaliação inicial tendo em conta os relatos dos participantes, uma vez que os

mesmos se encontravam em ambiente hospitalar e não foi possível avaliar o contexto domiciliar e as alterações que a intervenção cirúrgica causou.

A utente em específico era do sexo feminino, residia sozinha com apoio familiar. Desde modo era independente na realização da maioria das AIVD. Segundo a utente, necessitava ajuda no ir às compras, que fazia acompanhada por um familiar, no uso de transporte, necessitando de acompanhamento e no uso de dinheiro.

Neste sentido a utente apresentou um score de 13, verificando-se assim moderadamente dependente na realização das AIVD.

- **Questionário de Dispneia (modified MRC Dyspnea Questionnaire)**

À semelhança do Índice de Lawton-Brody, o Questionário de Dispneia foi apenas aplicado na avaliação inicial, pois a utente referiu não apresentar nenhum problema de falta de ar exceto em caso de exercício intenso. Como este é o nível 0 de dispneia, e não se verificaram alterações durante o internamento não houve necessidade de realização.

- **Plano de Cuidados**

Diagnóstico	Intervenção	Avaliação
Movimento Muscular Diminuído [Membro Inferior Direito]	- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido no membro inferior dto com recurso a faixa elástica ,2 series de 10 repetições (flexão dorsal e dorsal); (8º dia pós-operatório) - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido no membro inferior direito recurso a peso, 2 series de 10 repetições (flexão e extensão da anca e flexão e extensão do joelho); (9º dia pós-operatório) - Monitorizar força a través da escala MRC;	Evolução do movimento muscular de força 4 para 5 nos movimentos da tibi-otársica, 2 para 4 no joelho e manteve força 4 nos movimentos da anca. Força muscular 5 nos restantes segmentos

Risco de Rigi- dez Articular	- Executar técnica de flexão (50º) e extensão (0º) do joelho com recurso a artromotor; (1º dia pós-operatório) - Executar técnica de flexão (60º) e extensão (0º) do joelho com recurso a artromotor; (2º dia pós-operatório) - Executar técnica de flexão (70º) e extensão (0º) do joelho com recurso a artromotor; (3º dia pós-operatório) - Executar técnica de flexão (75º) e extensão (0º) do joelho com recurso a artromotor; (7º dia pós-operatório) - Executar técnica de flexão (85º) e extensão (0º) do joelho com recurso a artromotor; (8º dia pós-operatório) - Executar técnica de flexão (95º) e extensão (0º) do joelho com recurso a artromotor; (9º dia pós-operatório) - Em repouso manter joelho direito em extensão	Evolução favorável do grau de flexão do joelho, de 50º para 95º em 9 dias pós-operatório. Manteve grau de extensão de 0º
Equilíbrio Corporal Comprometido	- Avaliar equilíbrio corporal através do Índice de Tinetti; - Realizar exercícios de coordenação de movimentos;	Utente apresenta valor de 7 no Índice de Tinetti. Utente consegue fazer marcha com andarilho com supervisão da cama para a cadeira. (1º dia pós-operatório)
Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha.	- Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha; - Instruir sobre andar com auxiliar de marcha; - Treinar a andar com auxiliar de marcha de 3 pontos com andarilho; - Treinar técnica de subir e descer escadas (2 e 3º dia pós-operatório).	Utente realizou marcha com andarilho por 40m com supervisão (3º dia pós-operatório) Utente apresenta valor de 23 no Índice de Tinetti. Independente na marcha com andarilho a 3 pontos. (9º dia pós-operatório)
Dor musculoesquelética	- Executar técnica de massagem terapêutica em equimose extensa; (7º e 8º dia pós-operatório)	Regressão da equimose

	- Aplicação de crioterapia; - Administração de terapêutica analgésica (1, 2 e 3º dia pós-operatório).	Redução da sensação de dor. Redução do edema
Potencial para melhorar capacidade de usar técnica de adaptação para posicionar-se	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se; (1º dia pós-operatório) - Instruir sobre técnica de adaptação para posicionar-se; (1º dia pós-operatório) - Treinar técnica de adaptação para posicionar-se; (1º dia pós-operatório) - Em repouso posicionar membro operado com extensão de 0º.	Utente adquiriu conhecimento sobre técnica de adaptação posicionar-se.
Potencial para melhorar capacidade para o autocuidado: Higiene	- Avaliar capacidade para realizar autocuidado: higiene; - Instruir sobre autocuidado: higiene; - Treinar autocuidado: higiene;	Utente evoluiu de um score de 0 no 1º dia pós-operatório para 5 no 9º dia pós-operatório (independente) na escala de Barthel.
Potencial para melhorar capacidade para o autocuidado: Vestuário	- Avaliar capacidade para usar dispositivo e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; - Treinar uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário;	Utente evoluiu de um score de 0 no 1º dia pós-operatório para 10 no 9º dia pós-operatório (independente) na escala de Barthel.
Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário	- Avaliar capacidade de usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário; - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário; - Treinar o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário.	Utente evoluiu de um score de 0 no 1º dia pós-operatório para 5 no 9º dia pós-operatório (independente) na escala de Barthel.

Plano de Cuidados- Caso 2

APÊNDICE VIII- Caso 3

Caso 3

Idade: 75 anos

Sexo: Masculino

Estado Civil: Casado

Escolaridade: 1º ciclo

Condições de habitação: Habitação sem escadas, casa de banho com chuveiro e pequeno degrau

Antecedentes Pessoais relevantes: HTA, Hiperuricémia

Dependência antes do internamento: Independente (utiliza 1 canadiana)

Diagnóstico: Coxartrose à esq

Tratamento Cirúrgico: PTA à esq

- **Avaliação Inicial**

A avaliação inicial foi realizada no 3º dia de internamento (1º dia de pós-operatório). Através da aplicação dos instrumentos de avaliação foi possível definir o plano de intervenção com o objetivo de aumentar a independência funcional, com o objetivo de retorno ao domicílio com apoio familiar da esposa. O programa de reabilitação ocorreu durante 5 dias de internamento, tendo sido suspenso por alta para o domicílio com apoio do Cuidados de Saúde Primários.

- **Imagem radiográfica**



PTA à esq

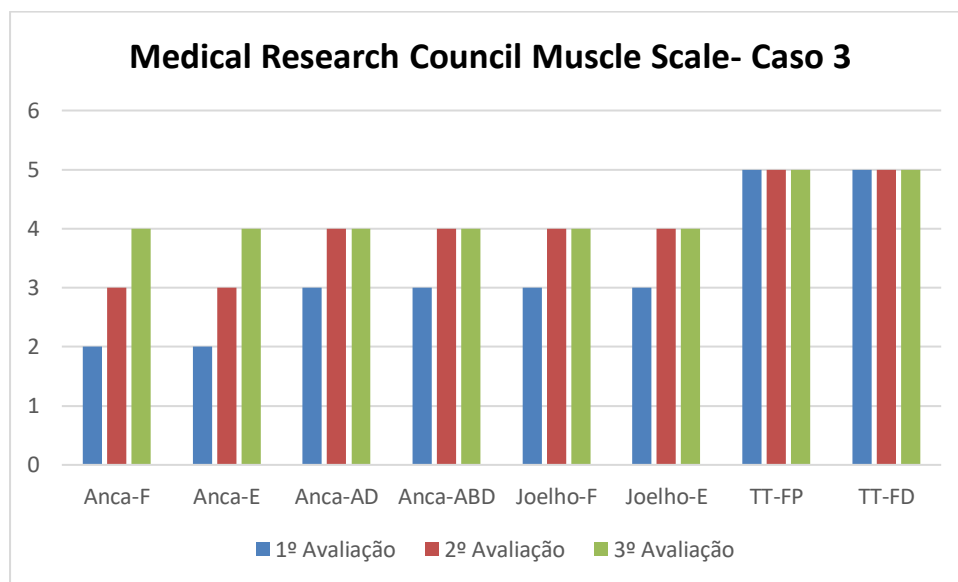
- **MMSE**

1. Orientação- 10/10
2. Retenção- 3/3
3. Atenção e Cálculo- 5/5
4. Evocação- 0/3
5. Linguagem- 8/8
6. Habilidade Construtiva- 1/1

Pontuação obtida foi 27/30 pontos, concluiu-se inexistência de alterações cognitivas.

- **Força muscular**

Foram realizadas três avaliações manuais (Medical Research Council- Muscle Scale – MRC-ms) (Gráfico 5). Enquadrada com a condição pós-cirúrgica do utente verificou-se a diminuição da força no membro intervencionado nos movimentos da anca e do joelho na primeira avaliação. Numa avaliação intermédia, observou-se ganhos de força muscular ao nível dos segmentos nomeados. Na última avaliação apenas se verificou ganhos a nível da força dos movimentos de flexão e extensão da anca.



MRCms Caso 3

- **Equilíbrio**

O equilíbrio foi também avaliado em três momentos, pelo Teste de Tinetti.

No 1º dia de avaliação, o utente apresentava um score total de 18, apresentando alteações no equilíbrio estático, nomeadamente no levantar-se, onde o utente era capaz de se levantar, mas utilizava a ajuda dos braços, um défice no equilíbrio imediato, onde o utente tinha um equilíbrio estável, porém utilizava um auxiliar de marcha para se suportar, um défice no equilíbrio em pé com os pés paralelos, onde o utente se encontrava estável, porém com a base de sustentação alargada, um défice nos pequenos desequilíbrios na mesma posição, onde o utente vacilava, mas conseguia estabilizar, um défice na volta 360º, onde o utente a realizava mas com passos descontínuos, um défice no apoio unipodal, o mesmo não era capaz de o realizar por contraindicação médica e um défice no sentar-se, utilizando os braços. Também no equilíbrio dinâmico verificaram-se alguns défices, porém menos acentuados nomeadamente no percurso de 3 metros, onde o utente se desviava ligeiramente da linha de marcha, na estabilidade do tronco, existindo flexão da coluna e na base de sustentação.

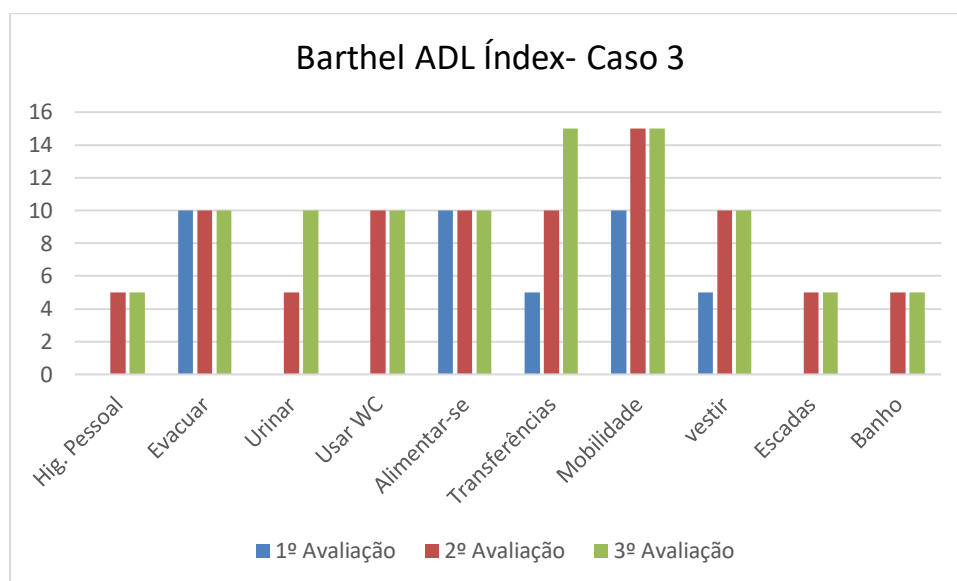
No 3º dia pós-operatório, o utente apresentou um score de 22, tendo melhorado alguns dos défices apontados na primeira avaliação, somente a nível do equilíbrio estático. Já era capaz de manter o equilíbrio com os pés paralelos sem ajudas, de se manter estável quando sujeito a pequenos desequilíbrios, já realizava a volta de 360º de forma estável e já era capaz de se sentar de forma segura.

No 8º dia pós-operatório, última avaliação, obteve um score de 23, havendo melhorias a nível do equilíbrio imediato, apresentando-se estável sem qualquer tipo de ajuda.

- **Nível de Independência**

O nível de independência foi avaliado pelo índice de Barthel, verificou-se que o utente numa primeira avaliação apresentava um score de 45, equivalente a dependência moderada. O utente nessa primeira avaliação necessitava de ajuda na higiene pessoal, no controlo vesical (encontrando-se algaliado), no uso do WC, nas transferências (necessitando de grande ajuda), na mobilidade (andando com ajuda de 3ª pessoa), no vestir-se, no uso de escadas e no banho.

Após a aplicação de um programa de reabilitação, na última avaliação o utente apresentou um aumento bastante significativo do score do índice de Barthel, para 95, no entanto o utente não tinha atingido o máximo de independência. Esta ainda apresentava dificuldades no subir e descer escadas, necessitando de ajuda.



Barthel Index ADL Caso 3

- **Índice de Lawton-Brody**

O utente em específico era do sexo masculino, residia com a esposa que apresentava alguns problemas de saúde, neste sentido era o utente que realizava a maioria das AIVD, excetuando a preparação dos alimentos, que o mesmo referiu ser capaz de fazer uma refeição se lhe explicarem, no entanto era a esposa que tratava da preparação das refeições.

Assim o utente apresentou um score de 9, verificando-se assim moderadamente dependente na realização das AIVD.

- **Questionário de Dispneia (modified MRC Dyspnea Questionnaire)**

À semelhança do Índice de Lawton-Brody, o Questionário de Dispneia foi apenas aplicado na avaliação inicial, pois o utente referiu não apresentar nenhum problema de falta de ar exceto em caso de exercício intenso. Como este é o nível 0 de dispneia, e não se verificaram alterações durante o internamento não houve necessidade de realização.

- **Plano de Cuidados**

Diagnóstico	Intervenção	Avaliação
Movimento Muscular Diminuído [Membro Inferior Esquerdo]	- Executar técnica de exercício muscular e articular passivo no membro inferior esquerdo, 2 séries de 5 repetições em sentido distal para proximal (flexão e extensão da anca com flexão e extensão do joelho); (1º e 3º dia pós-operatório) - Executar técnica de exercício muscular e articular passivo no membro inferior esquerdo, 2 séries de 10 repetições (adução e abdução do MIE); (1º dia pós-operatório) - Executar técnica de exercícios isométricos com rolo na região popliteia, 2 séries de 5 repetições; (1º dia pós-operatório) - Executar técnica de exercício muscular e articular ativos-resistidos no membro inferior esquerdo, 2 séries de 5 repetições em sentido distal para proximal (flexão e extensão da anca com flexão e extensão do joelho); (3º dia pós-operatório) - Executar técnica de exercício muscular ativo de flexão e extensão da tibiotársica, 2 séries de 10 repetições (3º dia pós-operatório) - Executar técnica de exercício muscular e articular ativos no membro inferior esquerdo, 2 séries de 10 repetições (adução e abdução do MIE); (3º dia pós-operatório) - Monitorizar força a través da escala MRC; (em todas as intervenções)	Evolução do movimento muscular de força 2 para 4 nos movimentos de flexão e extensão da anca, 3 para 4 na adução e abdução da anca e flexão e extensão do joelho. Força muscular 5 nos restantes segmentos
Equilíbrio Corporal Comprometido	- Avaliar equilíbrio corporal através do Índice de Tinetti; - Realizar exercícios de coordenação de movimentos;	Utente apresenta valor de 18 no Índice de Tinetti. Utente consegue fazer marcha com

Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha.	- Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha; - Instruir sobre andar com auxiliar de marcha; - Treinar o andar com auxiliar de marcha de 3 pontos com andarilho; - Treino de marcha em 30 metros com apoio de andarilho (1º dia pós-operatório) - Treino de marcha em 60 metros com apoio de andarilho (3º dia pós-operatório) - Treino de marcha a 80 metros com apoio de canadianas a 2 pontos (8º dia pós-operatório)	andarilho com supervisão da cama para a casa de banho. (1º dia pós-operatório) Utente apresenta valor de 23 no Índice de Tinetti. Independente na marcha com canadianas a 2 pontos. (8º dia pós-operatório)
Dor musculoesquelética	- Aplicação de crioterapia (todas os dias pós-operatório) - Administração de terapêutica analgésica (1, 2 e 3º dia pós-operatório)	Redução da sensação de dor. Redução do edema
Potencial para melhorar capacidade de usar técnica de adaptação para posicionar-se	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se; (1º dia pós-operatório) - Instruir sobre técnica de adaptação para posicionar-se; (1º dia pós-operatório) - Treinar técnica de adaptação para posicionar-se;	Utente adquiriu conhecimento sobre técnica de adaptação posicionar-se.
Potencial para melhorar capacidade para o autocuidado: Higiene	- Avaliar capacidade para realizar autocuidado: higiene; - Instruir sobre autocuidado: higiene; - Treinar autocuidado: higiene;	Utente evoluiu de dependência 0 para independente na higiene pessoal. Utente evoluiu de dependente no banho para independente no momento da alta.

Potencial para melhorar capacidade para o autocuidado: Vestuário	- Avaliar capacidade para usar dispositivo e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; - Treinar uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário;	Utente evoluiu de ajuda parcial no vestuário para independente no momento da alta.
Potencial para melhorar capacidade para usar de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário	- Avaliar capacidade de usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário; - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário; - Treinar o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário.	Utente evoluiu de dependente para independente no uso do WC no momento da alta

Plano de Cuidados- Caso 3

APÊNDICE IX- Caso 4

Caso 4

Idade: 71 anos

Sexo: Feminino

Estado Civil: Casada

Escolaridade: 1º ciclo

Condições de habitação: Habitação com 12 escadas à entrada com corrimão, 12 escadas para um terraço onde trata da roupa, casa de banho com chuveiro

Antecedentes Pessoais relevantes: Artroplastia do ombro dto em 2018, Depressão, PTJ à esq em 2019.

Dependência antes do internamento: Independente (segundo a utente)

Diagnóstico: Gonartrose à dto

Tratamento Cirúrgico: PTJ à dto

- **Avaliação Inicial**

A avaliação inicial foi realizada no 3º dia de internamento (1º dia de pós-operatório). Através da aplicação dos instrumentos de avaliação foi possível definir o plano de intervenção com o objetivo de aumentar a independência funcional com o objetivo de retorno ao domicílio com apoio familiar. O programa de reabilitação ocorreu durante 9 dias de internamento, tendo sido suspenso por alta para o domicílio com apoio da HD. Durante o contacto manteve expressões de medo e de angústia denotando ansiedade.

- **Imagem radiográfica**



PTJ à dto

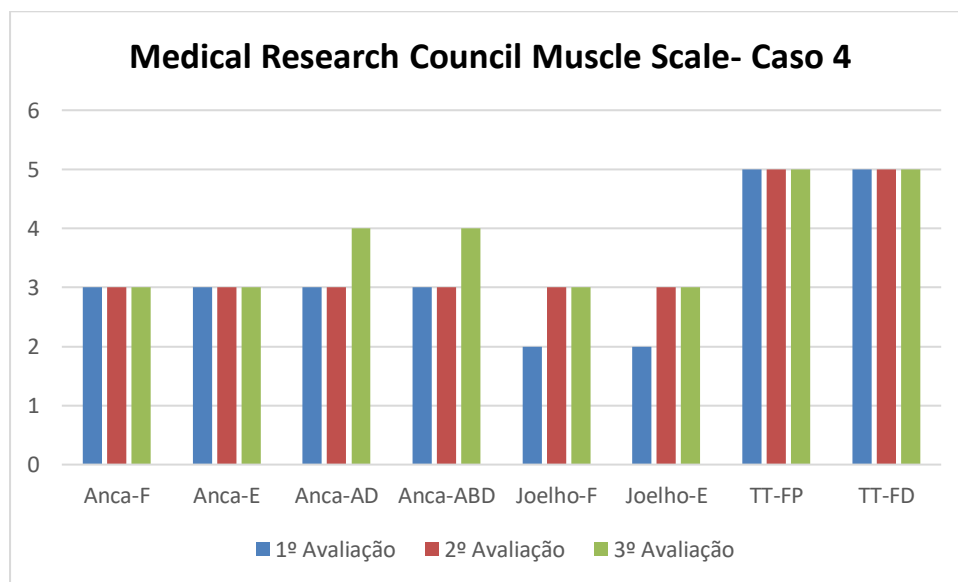
- **MMSE**

1. Orientação- 9/10
2. Retenção- 3/3
3. Atenção e Cálculo- 5/5
4. Evocação- 1/3
5. Linguagem- 8/8
6. Habilidade Construtiva- 0/1

Pontuação obtida foi 26/30 pontos, concluiu-se inexistência de alterações cognitivas significativas.

- **Força muscular**

O membro inferior direito foi avaliado relativamente à força muscular no pós-operatório. A dor, a recente ferida operatória e o edema limitam a participação da utente na avaliação o que justifica os valores encontrados. Na avaliação intermédia ao 4º dia verifica-se a recuperação da força nos movimentos do joelho, que se manteve até ao final. A avaliação final revelou aumento da força nos movimentos da anca.



MRCms Caso 4

- **Equilíbrio**

O equilíbrio foi também avaliado em três momentos, pelo Teste de Tinetti.

No 1º dia de avaliação, a utente apresentava um score total de 15, apresentando alterações no equilíbrio estático, nomeadamente no equilíbrio sentado, aumentando a distancia das nádegas com o encosto, no levantar-se (utilizava os braços), um défice no equilíbrio imediato, onde a utente se encontrava instável, um défice com os pés paralelos, onde a utente se encontrava estável porém com a base de sustentação alargada, um défice nos pequenos desequilíbrios na mesma posição, onde a utente vacilava, um défice na volta 360º, pois a utente realizava a volta com passos descontínuos, um défice no apoio unipodal, a mesmo não era capaz de o realizar por contraindicação médica e um défice no sentar-se, utilizando os braços. Também no equilíbrio dinâmico verificaram-se alguns défices, nomeadamente na altura do passo, onde o pé direito não perdia completamente o contacto com o solo, no percurso de 3 metros, onde a utente se desviava ligeiramente da linha de marcha, na estabilidade do tronco, existindo flexão do joelho e na base de sustentação.

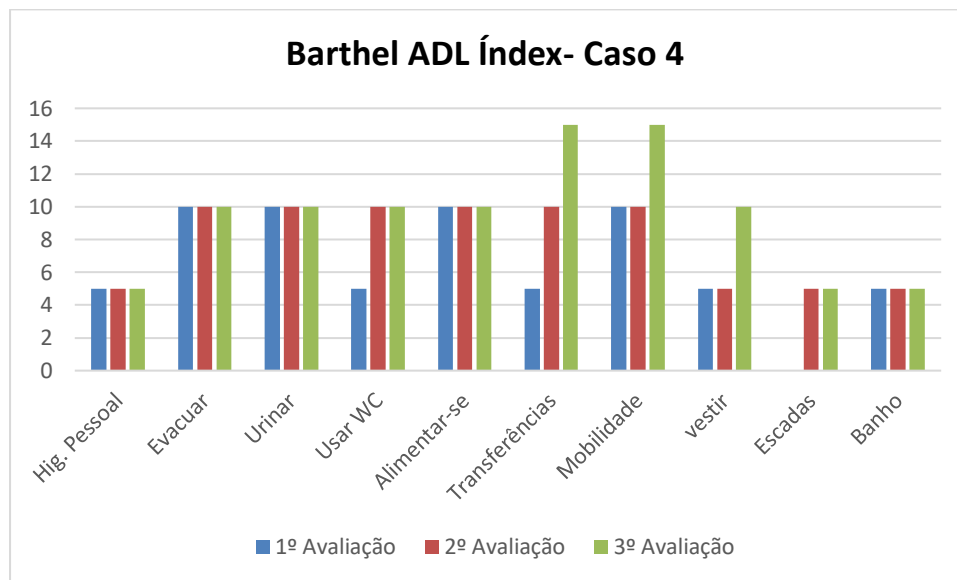
No 4º dia pós-operatório, a utente apresentou um score de 17, tendo melhorado apenas um défice quer no equilíbrio estático (no equilíbrio imediato, conseguindo a estabilidade sem qualquer tipo de ajuda) quer no equilíbrio dinâmico (conseguiu manter os calcanhares próximos na base de sustentação durante a marcha).

No 7º dia pós-operatório, última avaliação, a mesma obteve um score de 24, havendo melhorias no equilíbrio sentado, encontrando-se estável, no levantar-se, sendo capaz à primeira tentativa sem utilizar os braços, no equilíbrio imediato, encontrando-se estável, no equilíbrio com os pés paralelos apresentando os pés próximos sem ajuda, na volta dos 360º, sendo capaz de a realizar de forma estável e no sentar-se, sendo capaz de o fazer de forma segura. Quanto ao equilíbrio dinâmico, apresentou melhorias apenas na altura do passo, sendo que o pé direito já se elevava completamente do solo.

- **Nível de Independência**

O nível de independência foi avaliado pelo índice de Barthel, verificou-se que a utente numa primeira avaliação apresentava um score equivalente a levemente dependente, 65 pontos. A utente apresentou dependência a nível do uso do WC, necessitando de ajuda, nas transferências, necessitando de grande ajuda, na mobilidade, conseguindo andar, mas com ajuda. Incapaz de vestir a parte inferior do corpo e usar as escadas.

Na última avaliação a utente apresentou um aumento do score do índice de Barthel, para 95, no entanto a utente não tinha atingido o máximo de independência, ainda apresentava dificuldades no subir e descer escadas, necessitando de ajuda.



Barthel ADL Índice Caso 4

- **Índice de Lawton-Brody**

Segundo a utente, necessitava apenas de ajuda para o uso de transporte, uma vez que não era detentora de carta de condução e não era capaz de utilizar transportes públicos.

Apresentou um score de 9, verificando-se assim moderadamente dependente na realização das AIVD.

- **Questionário de Dispneia (modified MRC Dyspnea Questionnaire)**

À semelhança do Índice de Lawton-Brody, o Questionário de Dispneia foi apenas aplicado na avaliação inicial, pois a utente referiu não apresentar nenhum problema de falta de ar exceto em caso de exercício intenso.

• **Plano de Cuidados**

Diagnóstico	Intervenção	Avaliação
Movimento Muscular Diminuído [Membro Inferior Direito]	- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo no membro inferior dto com recurso a andarilho ,2 series de 10 repetições (flexão do joelho); (1º dia pós-operatório) - Executar técnica de exercício isométricos de fortalecimento dos músculos extensores do joelho, 2 series de 10 repetições (empurrar colchão com a região popliteia); (4º dia pós-operatório) - Monitorizar força a través da escala MRC; (em todas as intervenções)	Evolução do movimento muscular de força 3 para 4 nos movimentos de adução e abdução da anca e de 2 para 3 nos movimentos do joelho.
Risco de Rigidez Articular	- Executar técnica de flexão (50º) e extensão (0º) do joelho com recurso a artromotor; (1º dia pós-operatório) - Executar técnica de flexão (60º) e extensão (0º) do joelho com recurso a artromotor; (2º dia pós-operatório) - Executar técnica de flexão (70º) e extensão (0º) do joelho com recurso a artromotor; (4º dia pós-operatório) - Executar técnica de flexão (80º) e extensão (0º) do joelho com recurso a artromotor; (7º dia pós-operatório)	Evolução favorável do grau de flexão do joelho, de 50º para 80º em 7 dias pós-operatório. Manteve grau de extensão de 0º.
Equilíbrio Corporal Comprometido	- Avaliar equilíbrio corporal através do Índice de Tinetti; - Realizar exercícios de coordenação de movimentos;	Utente apresenta valor de 15 no Índice de Tinetti. Utente consegue fazer marcha com andarilho com supervisão da cama para o WC, no entanto com cansaço (1º dia pós-operatório)
Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha.	- Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha; - Instruir sobre andar com auxiliar de marcha; - Treinar o andar com auxiliar de marcha de 3 pontos com andarilho (1º, 2º e 4º dia pós-operatório)	Utente realizou marcha com andarilho

	- Treinar técnica de subir e descer escadas (2 e 4º dia pós-operatório) - Treinar o andar com auxiliar de marcha 2 canadianas a 2 pontos (7º dia pós-operatório)	por 60m com supervisão (2º dia pós-operatório) Utente apresenta valor de 24 no Índice de Tinetti. Independente na marcha com canadianas a 2 pontos. (7º dia pós-operatório)
Potencial para melhorar estratégias de controlo de ansiedade	- Executar técnica de controlo de ansiedade (dissociação dos tempos respiratórios, respiração diafragmática) - Administração de terapêutica ansiolítica (2º dia pós-operatório) - Disponibilizar tempo para expressar inseguranças e ansiedade; - Proporcionar partilha entre pares; - Incentivar pessoa a comunicar;	Melhoria do estado de ansiedade
Dor músculo-esquelética	- Aplicação de crioterapia (todas os dias pós-operatório) - Administração de terapêutica analgésica (1, 2 e 3º dia pós-operatório)	Redução da sensação de dor. Redução do edema
Potencial para melhorar capacidade de usar técnica de adaptação para posicionar-se	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se; (1º dia pós-operatório) - Instruir sobre técnica de adaptação para posicionar-se; (1º dia pós-operatório) - Treinar técnica de adaptação para posicionar-se; - Em repouso posicionar membro operado com extensão de 0º.	Utente adquiriu conhecimento sobre técnica de adaptação posicionar-se.
Potencial para melhorar capacidade para o autocuidado: Higiene	- Avaliar capacidade para realizar para autocuidado: higiene; - Instruir sobre autocuidado: higiene; - Treinar autocuidado: higiene;	Utente manteve independência na higiene pessoal e no banho
Potencial para melhorar capacidade para	- Avaliar capacidade para usar dispositivo e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário;	Utente evoluiu de um score de 5 no 1º dia pós-operatório para

o autocuidado: Vestuário	- Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; - Treinar uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário;	10 no 7º dia pós-operatório (independente) na escala de Barthel.
Potencial para melhorar capacidade para usar de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário	- Avaliar capacidade de usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário; - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário; - Treinar o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário.	Utente evoluiu de um score de 5 no 1º dia pós-operatório para 10 no 7º dia pós-operatório (independente) na escala de Barthel.

Plano de Cuidados- Caso 4

APÊNDICE X- Caso 5

Caso 5

Idade: 80 anos

Sexo: Feminino

Estado Civil: Viúva

Escolaridade: 1º ciclo

Condições de habitação: Habitação com 3 escadas à entrada, sem corrimão, 1 escada o exterior, casa de banho com chuveiro

Antecedentes Pessoais relevantes: PTJ à esq em 2019, Artrite

Dependência antes do internamento: Independente (deambulava com 1 canadiana)

Diagnóstico: Gonartrose à dto

Tratamento Cirúrgico: PTJ à dto

- **Avaliação Inicial**

A avaliação inicial foi realizada no 3º dia de internamento (1º dia de pós-operatório). O programa de reabilitação ocorreu durante 3 dias de internamento, tendo sido suspenso por alta para o domicílio com apoio da HD.

- **Imagem radiográfica**



PTJ à dto

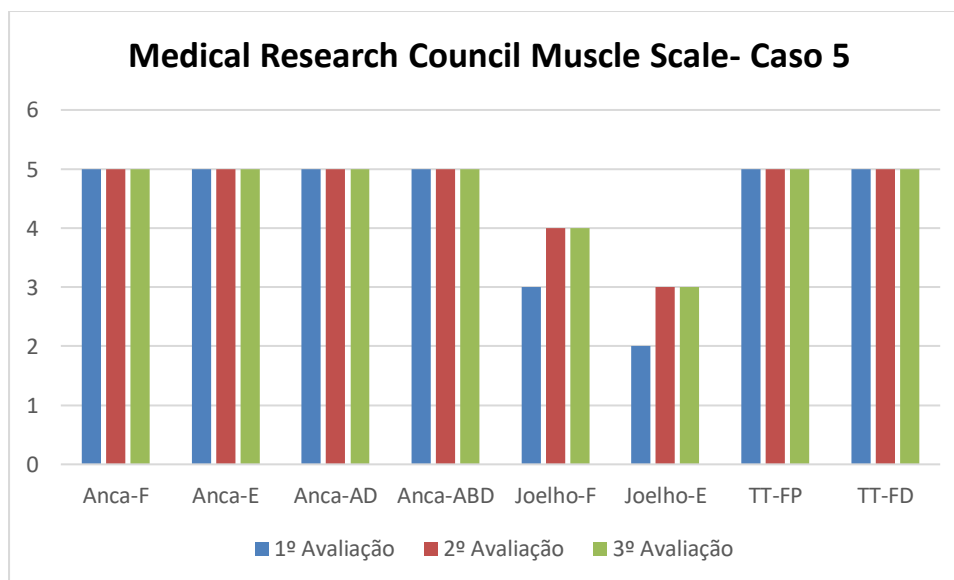
- **MMSE**

1. Orientação- 10/10
2. Retenção- 3/3
3. Atenção e Cálculo- 4/5
4. Evocação- 2/3
5. Linguagem- 8/8
6. Habilidade Construtiva- 0/1

Pontuação obtida foi 27/30 pontos, concluiu-se inexistência de alterações cognitivas significativas.

- **Força muscular**

Foram realizadas três avaliações manuais (Medical Research Council- Muscle Scale – MRC-ms) (Gráfico 9). A avaliação dos movimentos que a utente consegue realizar estão limitados devido à dor, à ferida operatória e ao edema, desta forma, pode justificar os valores iniciais. Numa avaliação intermédia 2º dia, observou-se melhoria da força tanto da extensão como flexão do joelho. Na avaliação final não existiram alterações relativamente à avaliação intermédia.



MRCms Caso 5

- **Equilíbrio**

O equilíbrio foi também avaliado em três momentos, pelo Teste de Tinetti.

No 1º dia de avaliação, a utente apresentava um score total de 9, apresentando alterações no equilíbrio estático, nomeadamente no equilíbrio sentado, aumentando a distancia das nádegas com o encosto, no levantar-se, onde a utente não era capaz de se levantar, um défice no equilíbrio imediato, onde a utente se encontrava instável, um défice com os pés paralelos, onde a utente se encontrava estável porém com a base de sustentação alargada, um défice nos pequenos desequilíbrios na mesma posição, onde a utente vacilava, um défice na volta 360º, pois a utente realizava a volta com passos descontínuos, um défice no apoio unipodal, a mesmo não era capaz de o realizar por contraindicação médica e um défice no sentar-se, utilizando os braços. Também no equilíbrio dinâmico verificaram-se alguns défices, nomeadamente no início da marcha, existindo múltiplas tentativas para iniciar, na largura do passo, onde o pé direito não ultrapassava o pé esquerdo, na altura do passo, onde o pé direito não perdia completamente o contacto com o solo, na simetria dos passos, apresentando um comprimento assimétrico, no percurso de 3 metros, onde a utente se desviava da linha de marcha, na estabilidade do tronco, existindo flexão do joelho e na base de sustentação.

No 2º dia pós-operatório, a utente apresentou um score de 23, tendo melhorado em todos os défices apontados no 1º dia pós-operatório, excetuando o apoio unipodal. Relativamente ao equilíbrio imediato, a utente adquiriu estabilidade, no levantar-se já o realizava utilizando os braços, no equilíbrio imediato já apresentava estabilidade, porém com base de sustentação alargada, quando sujeita a pequeno desequilíbrio, já conseguia estabilizar, porém, vacilante e já foi capaz de se levantar de forma segura. Relativamente ao equilíbrio dinâmico, já iniciou marcha sem hesitações, o pé direito já ultrapassava o esquerdo e já perdia completamente o contacto como o solo, os passos já eram simétricos, contínuos, apenas se desviava ligeiramente da marcha a 3 metros, já apresentava estabilidade do tronco e já tinha base de sustentação durante a marcha.

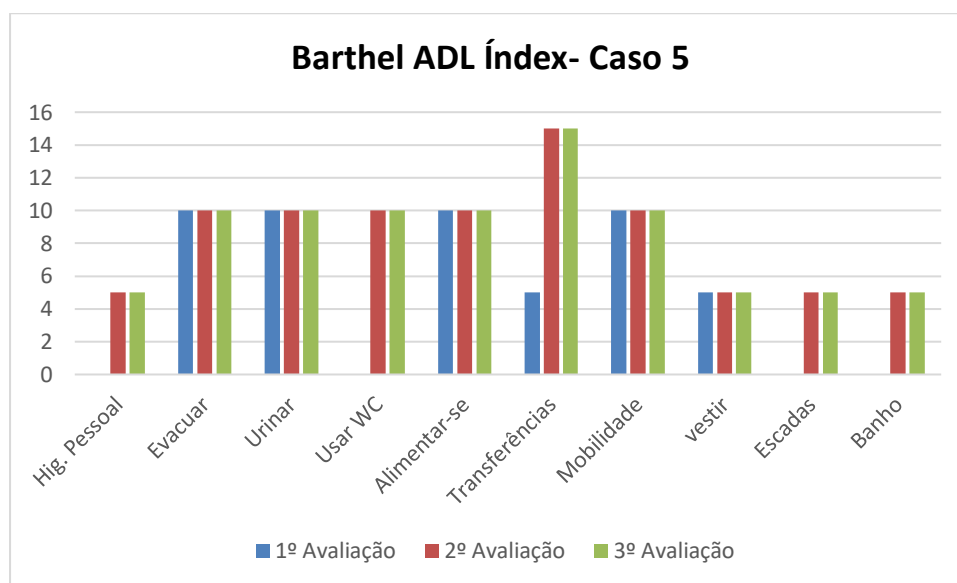
No 3º dia pós-operatório, última avaliação, a mesma obteve um score de 23, não havendo melhorias em ambos os equilíbrios.

- **Nível de Independência**

O nível de independência foi avaliado pelo índice de Barthel, verificou-se que a utente numa primeira avaliação apresentava um score equivalente a moderadamente dependente, 50 pontos. A utente apresentou dependência a nível da higiene pessoal, do uso do WC, necessitando de ajuda, nas

transferências, necessitando de grande ajuda, na mobilidade, conseguindo andar, mas com ajuda, no vestir-se não sendo capaz de vestir parte inferior do corpo, no uso de escadas, sendo incapaz de as utilizar e no banho.

Após a aplicação de um programa de reabilitação, na última avaliação a utente apresentou um aumento do score do índice de Barthel, para 85, necessitando ainda auxílio na mobilidade, pois necessitava de ajuda verbal, ajuda para vestir a parte inferior do corpo e necessitava de ajuda para subir e descer escadas. Este valor foi o mais baixo tendo em conta os outros utentes em estudo. Esse facto poderá estar associado ao facto de apenas terem sido realizadas 3 sessões de reabilitação sem espaçamento temporal, ou seja, a utente em estudo foi alvo de intervenção nos seus três primeiros dias de internamento, onde a dor é um fator predominante para a realização das AVD.



Barthel ADL Índice Caso 5

- **Índice de Lawton-Brody**

O índice de Lawton- Brody avalia a capacidade do idoso de realizar as suas AIVD's. Esta escala foi aplicada apenas na avaliação inicial tendo em conta os relatos dos participantes, uma vez que os mesmos se encontravam em ambiente hospitalar e não foi possível avaliar o contexto domiciliar e as alterações que a intervenção cirúrgica causou.

A utente em específico era do sexo feminino, residia sozinha com apoio do filho. Era a própria que era responsável por muitas das atividades. Segundo a utente, necessitava apenas de ajuda para o uso de transporte, uma vez que não era detentora de carta de condução e não era capaz de utilizar transportes públicos e necessitava de ajuda a cuidar na casa em trabalhos mais pesados.

Neste sentido a utente apresentou um score de 10, verificando-se assim moderadamente dependente na realização das AIVD

- **Questionário de Dispneia (modified MRC Dyspnea Questionnaire)**

À semelhança do Índice de Lawton-Brody, o Questionário de Dispneia foi apenas aplicado na avaliação inicial, pois a utente referiu não apresentar nenhum problema de falta de ar exceto em caso de exercício intenso. Como este é o nível 0 de dispneia, e não se verificaram alterações durante o internamento não houve necessidade de realização.

- **Plano de Cuidados**

Diagnóstico	Intervenção	Avaliação
Movimento Muscular Diminuído [Membro Inferior Direito]	- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo no membro inferior dto com recurso a andarilho ,2 series de 10 repetições (flexão do joelho); (1º dia pós-operatório) - Executar técnica de exercício muscular ativos-resistidos no membro inferior direito, 2 séries de 10 repetições (extensão do joelho); (2º dia pós-operatório) - Executar técnica de exercício muscular passivos no membro inferior direito, 2 séries de 10 repetições (flexão do joelho); (2º dia pós-operatório) - Executar técnica de exercício isométricos de fortalecimento dos músculos extensores do joelho, 2 series de 10 repetições (empurrar colchão com a região popliteia); (3º dia pós-operatório) - Executar técnica de exercício muscular ativos- resistidos no membro inferior direito, 2 séries de 10 repetições (flexão do joelho); (3º dia pós-operatório) - Monitorizar força a través da escala MRC;	Evolução do movimento muscular de força 3 para 4 nos movimentos de flexão do joelho e de 2 para 3 na extensão do joelho. Restantes segmentos sem alterações.

Risco de Rigidez Articular	- Executar técnica de flexão (50º) e extensão (0º) do joelho com recurso a artromotor; (1º dia pós-operatório) - Executar técnica de flexão (60º) e extensão (0º) do joelho com recurso a artromotor; (2º dia pós-operatório) - Executar técnica de flexão (70º) e extensão (0º) do joelho com recurso a artromotor; (3º dia pós-operatório)	Evolução favorável do grau de flexão do joelho dto, de 50º para 70º em 3 dias pós-operatório Manteve 0º de extensão do joelho dto.
Equilíbrio Corporal Comprometido	- Avaliar equilíbrio corporal através do Índice de Tinetti; (em todas as intervenções) - Realizar exercícios de coordenação de movimentos; (em todas as intervenções)	Utente apresenta valor de 9 no Índice de Tinetti. Utente consegue fazer marcha com andarilho com supervisão da cama para o WC (1º dia pós-operatório)
Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha.	- Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha; (em todas as intervenções) - Instruir sobre andar com auxiliar de marcha; (em todas as intervenções) - Treinar o andar com auxiliar de marcha de 3 pontos com andarilho (1º, 2º e 3º dia pós-operatório) - Treinar técnica de subir e descer escadas (2 e 3º dia pós-operatório)	Utente realizou marcha com andarilho por 30m com supervisão (2º dia pós-operatório) Utente apresenta valor de 23. Treino de marcha por 60 metros com andarilho e supervisão (3º dia pós-operatório)

Dor músculo-esquelética	- Aplicação de crioterapia; - Administração de terapêutica analgésica endovenosa (1º dia pós-operatório); - Administração de terapêutica analgésica per-os (1, 2 e 3º dia pós-operatório)	Redução da sensação de dor. Redução do edema
Potencial para melhorar capacidade de usar técnica de adaptação para posicionar-se	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se; (1º dia pós-operatório) - Instruir sobre técnica de adaptação para posicionar-se; (1º dia pós-operatório) - Treinar técnica de adaptação para posicionar-se; - Em repouso posicionar membro operado com extensão de 0º.	Utente adquiriu conhecimento sobre técnica de adaptação posicionar-se.
Potencial para melhorar capacidade para o autocuidado: Higiene	- Avaliar capacidade para realizar para autocuidado: higiene; - Instruir sobre autocuidado: higiene; - Treinar autocuidado: higiene;	Utente evoluiu de dependente na higiene pessoal para independente tal como no banho.
Potencial para melhorar capacidade para o autocuidado: Vestuário	- Avaliar capacidade para usar dispositivo e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; - Treinar uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário;	Utente manteve score 5 no vestuário, necessitando de ajuda para vestir parte inferior do corpo.
Potencial para melhorar capacidade para usar de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário	- Avaliar capacidade de usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário; - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário; - Treinar o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário.	Utente evoluiu de dependente no uso do WC para independente na escala de Barthel.

Plano de Cuidados- Caso 5

APÊNDICE XI- Caso 6

Caso 6

Idade: 80 anos

Sexo: Feminino

Estado Civil: Viúva

Escolaridade: 1º ciclo

Condições de habitação: Casa com 1º andar. Quarto no rés-do-chão, casa de banho no mesmo piso, com banheira, com barras de apoio e tapete antiderrapante.

Antecedentes Pessoais relevantes: PTA esq, Síndrome vertiginoso, Depressão, DMtipo2

Dependência antes do internamento: Independente (deambulava com 1 canadiana)

Diagnóstico: Gonartrose à dto

Tratamento Cirúrgico: PTJ à dto

- **Avaliação Inicial**

A avaliação inicial foi realizada no 3º dia de internamento (1º dia de pós-operatório). Neste mesmo dia verificou-se intolerância ao esforço, no contexto de anemia aguda necessitando de realização de exames complementares de diagnóstico. O programa de reabilitação ocorreu durante 3 dias de internamento, tendo sido suspenso por alta para o domicílio com apoio da HD.

- **Imagem radiográfica**



PTJ à dto

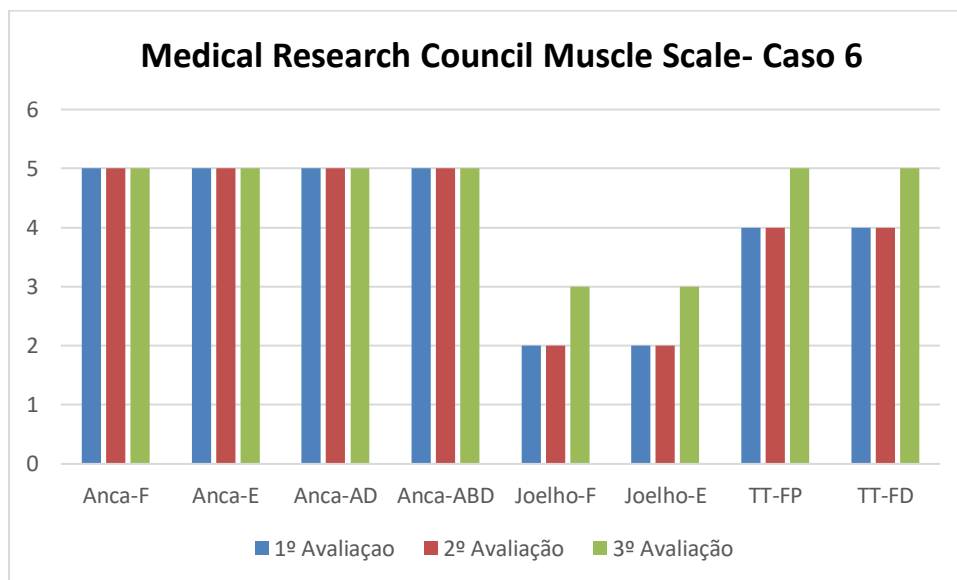
- **MMSE**

1. Orientação- 10/10
2. Retenção- 3/3
3. Atenção e Cálculo- 4/5
4. Evocação- 2/3
5. Linguagem- 8/8
6. Habilidade Construtiva- 1/1

Pontuação obtida foi 29/30 pontos, concluiu-se inexistência de alterações cognitivas significativas.

- **Força muscular**

Foram realizadas três avaliações manuais (Medical Research Council- Muscle Scale – MRC-ms). Numa primeira avaliação, verifica-se limitação de movimento do joelho e da tibiotársica, devido à dor e edema propícios da cirurgia. Não se verificaram alterações na avaliação intermédia, porém observou-se melhoria da força em ambos os segmentos que foram nomeados.



MRCms Caso 6

- **Equilíbrio**

O equilíbrio foi também avaliado em três momentos, pelo Teste de Tinetti.

No 1º dia de avaliação, a utente apresentava um score total de 10, apresentando alterações no equilíbrio estático, nomeadamente no equilíbrio sentado, aumentando a distancia das nádegas com o encosto, no levantar-se, utilizava os braços, um défice no equilíbrio imediato, onde a utente se encontrava estável, porém usava um auxiliar de marcha para se suportar, um défice com os pés paralelos, onde a utente se encontrava estável porém com a base de sustentação alargada, um défice quando sujeita a pequenos desequilíbrios na mesma posição, vacilando um défice na volta 360º, pois a utente realizava a volta de forma instável, um défice no apoio unipodal, a mesmo não era capaz de o realizar por contraindicação médica e um défice no sentar-se, utilizando os braços. Também no equilíbrio dinâmico verificaram-se alguns défices, nomeadamente no início da marcha, existindo múltiplas tentativas para iniciar, na largura do passo, onde o pé direito não ultrapassava o pé esquerdo, na altura do passo, onde o pé direito não perdia completamente o contacto com o solo, na simetria dos passos, apresentando um comprimento assimétrico, na continuidade dos passos, dando passos descontínuos, no percurso de 3 metros, onde a utente se desviava da linha de marcha, na estabilidade do tronco, existindo flexão do joelho e na base de sustentação.

No 2º dia pós-operatório, a utente apresentou um score de 11, tendo melhorado apenas no equilíbrio sentado, sendo este estável e seguro.

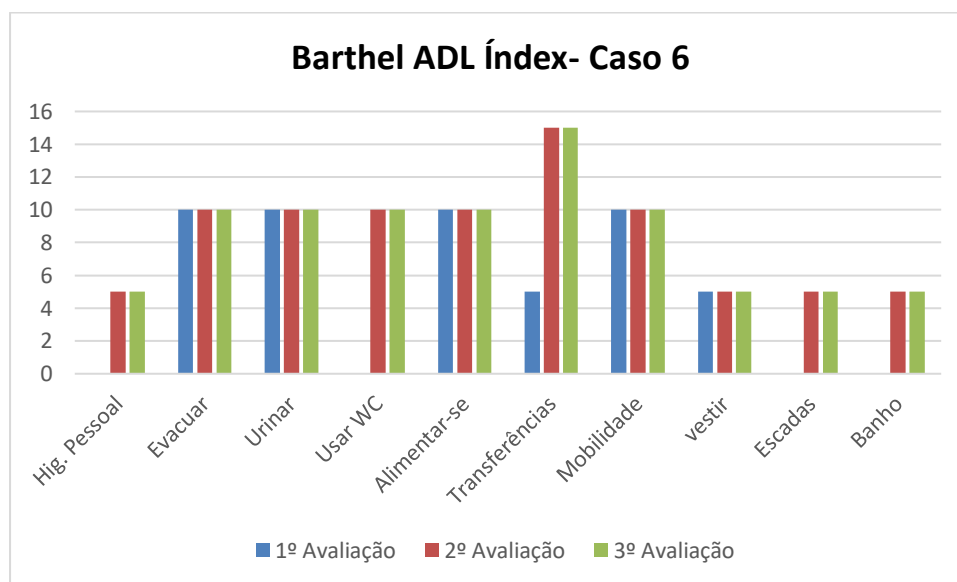
No 3º dia pós-operatório, última avaliação, a mesma obteve um score de 22, havendo melhorias no equilíbrio estático no equilíbrio com os pés paralelos, conseguindo ter os pés próximos e sem ajudas, quando sujeita a pequenos desequilíbrios na mesma posição já estabilizava, na volta dos 360º já a realizava de forma estável, porém com passos descontínuos e no sentar-se já o realizava de forma segura. Quanto ao equilíbrio dinâmico, verificaram-se melhorias no início da marcha, que era sem hesitações, na largura dos passos, onde o pé direito já ultrapassava o esquerdo, na altura dos passos, onde o pé direito já perdia o contacto com o solo, na simetria dos passos, sendo aparentemente simétricos, na continuidade dos passos, sendo contínuos, no percurso de 3 metros, onde a utente se desviava ligeiramente da linha e na base de sustentação.

- **Nível de Independência**

O nível de independência foi avaliado pelo índice de Barthel, verificou-se que a utente numa primeira avaliação apresentava um score equivalente a moderadamente dependente, 55 pontos. A

utente apresentou dependência a nível da higiene pessoal, do uso do WC, necessitando de ajuda, nas transferências, necessitando de grande ajuda, no uso do WC, nas transferências, necessitando de grande ajuda, na mobilidade necessitando de ajuda de 3ª pessoa, no vestir-se não sendo capaz de vestir parte inferior do corpo, no uso de escadas, sendo incapaz de as utilizar e no banho.

Na última avaliação a utente apresentou um aumento do score do índice de Barthel, para 90, necessitando ainda auxílio na mobilidade, pois necessitava de ajuda verbal, necessitava de ajuda para vestir a parte inferior do corpo e necessitava de ajuda para subir e descer escadas. No decorrer da implementação deste plano de reabilitação, existiram diversos contratempos, como alteração dos valores de hemoglobina, havendo necessidade de reposição dos mesmos, o que atrasou o processo de recuperação.



Barthel ADL Índice Caso 6

- **Índice de Lawton-Brody**

A utente em específico era do sexo feminino, residia com a filha, genro e duas netas. Muitas das atividades eram realizadas pelos familiares, nomeadamente no cuidar da casa, onde a utente apenas realizava as atividades leves, no lavar da roupa, que a utente não realizava, no preparar da comida, que só o fazia caso lhe dessem a fazer, no ir às compras, onde a utente só ia acompanhada, no uso de transporte, necessitando de acompanhante, no uso de dinheiro, mexendo apenas com pequenas quantidades do mesmo. Era a própria que era responsável pela sua medicação.

Apresentou um score de 18, verificando-se assim moderadamente dependente na realização das AIVD

- **Questionário de Dispneia (modified MRC Dyspnea Questionnaire)**

Á semelhança do Índice de Lawton-Brody, o Questionário de Dispneia foi apenas aplicado na avaliação inicial, pois a utente referiu apresentar falta de ar exceto quando anda apressada ou se desloca sob um piso ligeiramente inclinado.

- **Plano de Cuidados**

Diagnóstico	Intervenção	Avaliação
Movimento Muscular Diminuído [Membro Inferior Direito]	- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo no membro inferior dto com recurso a andarilho ,2 series de 10 repetições (flexão do joelho); (1º dia pós-operatório) - Executar técnica de exercício isométricos de fortalecimento dos músculos extensores do joelho, 2 series de 10 repetições (empurrar colchão com a região popliteia); (2º dia pós-operatório) - Executar técnica de exercício muscular ativos no membro inferior direito, 2 séries de 10 repetições (extensão do joelho); (3º dia pós-operatório) - Monitorizar força a través da escala MRC;	Evolução do movimento muscular de força 2 para 3 nos movimentos de flexão e extensão do joelho e de 3 para 4 nos movimentos da tibiotársica Restantes segmentos sem alterações.

Risco de Rigidiz Articular	- Executar técnica de flexão (50º) e extensão (0º) do joelho com recurso a artromotor; (1º dia pós-operatório) - Executar técnica de flexão (60º) e extensão (0º) do joelho com recurso a artromotor; (2º dia pós-operatório) - Executar técnica de flexão (70º) e extensão (0º) do joelho com recurso a artromotor; (3º dia pós-operatório)	Evolução favorável do grau de flexão do joelho dto, de 50º para 70º em 3 dias pós-operatório Manteve extensão do joelho dto a 0º
Equilíbrio Corporal Comprometido	- Avaliar equilíbrio corporal através do Índice de Tinetti; - Realizar exercícios de coordenação de movimentos;	Utente apresenta valor de 10 no Índice de Tinetti. Utente consegue fazer marcha com andarilho com supervisão da cama para o WC (1º dia pós-operatório)
Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha.	- Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha; - Instruir sobre andar com auxiliar de marcha; - Treinar o andar com auxiliar de marcha de 3 pontos com andarilho (1º, 3º dia pós-operatório) - Treinar técnica de subir e descer escadas (3º dia pós-operatório)	Utente não conseguiu realizar marcha (2º dia pós-operatório) Utente apresenta valor de 22. Treino de marcha por 30 metros com andarilho e supervisão (3º dia pós-operatório)
Dor músculo-esquelética	- Aplicação de crioterapia (todas os dias pós-operatório) - Administração de terapêutica analgésica endovenosa (1º dia pós-operatório) - Administração de terapêutica analgésica per-os (1, 2 e 3º dia pós-operatório)	Redução da sensação de dor. Redução do edema
Potencial para melhorar capacidade de usar técnica de adaptação para posicionar-se	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se; (1º dia pós-operatório) - Instruir sobre técnica de adaptação para posicionar-se; (1º dia pós-operatório)	Utente adquiriu conhecimento sobre técnica de adaptação posicionar-se.

	-Treinar técnica de adaptação para posicionar-se; - Em repouso posicionar membro operado com extensão de 0º.	
Potencial para melhorar capacidade para o autocuidado: Higiene	- Avaliar capacidade para realizar para autocuidado: higiene; - Instruir sobre autocuidado: higiene; - Treinar autocuidado: higiene;	Utente evoluiu de dependente na higiene pessoal para independente tal como no banho.
Potencial para melhorar capacidade para o autocuidado: Vestuário	- Avaliar capacidade para usar dispositivo e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; - Treinar uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário;	Utente manteve score 5 no vestuário, necessitando de ajuda para vestir parte inferior do corpo.
Potencial para melhorar capacidade para usar de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário	- Avaliar capacidade de usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário; - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário; - Treinar o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário.	Utente evoluiu de dependente no uso do WC para independente na escala de Barthel.

Plano de Cuidados- Caso 6

APÊNDICE XII- Caso 7

Caso 7

Idade: 78 anos

Sexo: Masculino

Estado Civil: Casado

Escolaridade: 3º ciclo

Condições de habitação: Casa com 1º andar, 10 escadas sem corrimão.

Antecedentes Pessoais relevantes: HTA, DLP

Dependência antes do internamento: Independente

Diagnóstico: Gonartrose à esq

Tratamento Cirúrgico: PTJ à esq

- **Avaliação Inicial**

A avaliação inicial foi realizada no 3º dia de internamento (1º dia de pós-operatório). O programa de reabilitação ocorreu durante 3 dias de internamento, tendo sido suspenso por alta para o domicílio com apoio da HD.

- **Imagem radiográfica**



PTJ à dto

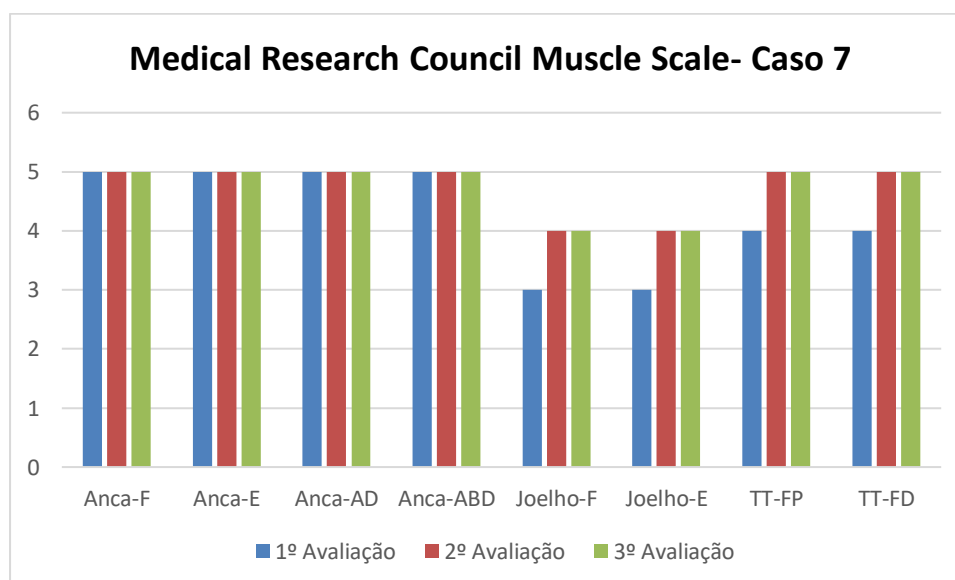
- **MMSE**

1. Orientação- 10/10
2. Retenção- 3/3
3. Atenção e Cálculo- 3/5
4. Evocação- 1/3
5. Linguagem- 7/8
6. Habilidade Construtiva- 0/1

Pontuação obtida foi 24/30 pontos, concluiu-se inexistência de alterações cognitivas significativas.

- **Força muscular**

Foram realizadas três avaliações manuais (Medical Research Council- Muscle Scale – MRC-ms). Devido à dor pós-operatória e ao edema causado pela cirurgia, na primeira avaliação verificou-se alteração da força muscular do joelho e da tibiotársica. Numa avaliação intermédia observaram-se alguns ganhos relativamente à força dos segmentos enunciados, sendo que na última avaliação não houve alterações.



MRCms Caso 7

- **Equilíbrio**

O equilíbrio foi também avaliado em três momentos, pelo Teste de Tinetti.

No 1º dia de avaliação, o utente apresentava um score total de 17, apresentando alterações no equilíbrio estático, nomeadamente no levantar-se, utilizava os braços, um défice no equilíbrio imediato, onde o utente se encontrava estável, porém utilizava um auxiliar de marcha para se suportar, um défice na volta dos 360º, realizando-a com passos descontínuos, um défice no apoio unipodal, a mesmo não era capaz de o realizar por contraindicação médica e um défice no sentar-se, utilizando os braços. Também no equilíbrio dinâmico verificaram-se alguns défices, nomeadamente no início da marcha, existindo múltiplas tentativas para iniciar, na simetria dos passos, apresentando um comprimento assimétrico, na continuidade dos passos, dando passos descontínuos, no percurso de 3 metros, onde o utente se desviava ligeiramente da linha de marcha, na estabilidade do tronco, existindo flexão da coluna e na base de sustentação.

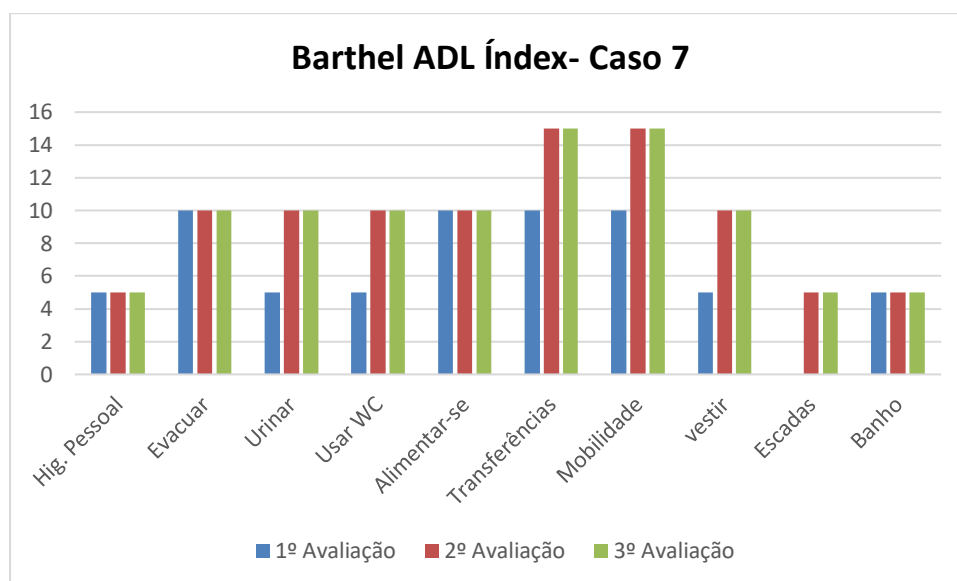
No 2º dia pós-operatório, o mesmo obteve um score de 26, havendo melhorias no equilíbrio estático no levantar-se, sendo capaz à primeira tentativa sem usar os braços, no equilíbrio imediato, encontrando-se estável, na volta dos 360º já a realizava de forma estável com passos contínuos e no sentar-se já o realizava de forma segura. Quanto ao equilíbrio dinâmico, verificaram-se melhorias no início da marcha, que era sem hesitações, na simetria dos passos, sendo aparentemente simétricos, na continuidade dos passos, sendo contínuos, na estabilidade do tronco e na base de sustentação.

No 3º dia pós-operatório, última avaliação, não se verificaram alterações tendo em conta a última avaliação.

- **Nível de Independência**

O nível de independência foi avaliado pelo índice de Barthel, verificou-se que o utente numa primeira avaliação apresentava um score equivalente a moderadamente dependente, 65 pontos. O utente apresentou dependência a nível do controlo vesical, apresentando incontinências nas últimas 24h da avaliação, no uso do WC, necessitando de ajuda, nas transferências, necessitando de grande ajuda, no uso do WC, nas transferências, necessitando de pequena ajuda, na mobilidade necessitando de ajuda de 3ª pessoa, no vestir-se não sendo capaz de vestir parte inferior do corpo e no uso de escadas, sendo incapaz de as utilizar.

Na última avaliação o utente apresentou um aumento do score do índice de Barthel, para 95, necessitando ainda auxílio no subir e descer escadas.



Barthel ADL Índice Caso 7

- **Índice de Lawton-Brody**

O utente em específico era do sexo masculino, residia com a esposa que apresentava algumas limitações físicas, neste sentido era o próprio utente que realizava todas as atividades de forma independente.

Neste sentido o utente apresentou um score de 8, verificando-se assim independente na realização das AIVD

- **Questionário de Dispneia (modified MRC Dyspnea Questionnaire)**

À semelhança do Índice de Lawton-Brody, o Questionário de Dispneia foi apenas aplicado na avaliação inicial, pois o utente referiu não apresentar nenhum problema de falta de ar exceto em caso de exercício intenso.

• **Plano de Cuidados**

Diagnóstico	Intervenção	Avaliação
Movimento Muscular Diminuído [Membro Inferior Esquerdo]	- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo no membro inferior esq com recurso a andarilho ,2 series de 10 repetições (flexão do joelho); (1º dia pós-operatório) - Executar técnica de exercício isométricos de fortalecimento dos músculos extensores do joelho, 2 series de 10 repetições (empurrar colchão com a região popliteia); (2º dia pós-operatório) - Executar técnica de exercício isométricos de fortalecimento dos músculos extensores do joelho, 2 series de 10 repetições (dorsiflexão do pé homolateral); (2º dia pós-operatório) - Executar técnica de exercício muscular ativos-resistidos no membro inferior direito, 2 séries de 10 repetições (extensão e flexão do joelho); (3º dia pós-operatório) - Monitorizar força a través da escala MRC;	Evolução do movimento muscular de força 3 para 4 nos movimentos de flexão e extensão do joelho e de 4 para 5 nos movimentos da tibiotársica Restantes segmentos sem alterações.
Risco de Rigidez Articular	- Executar técnica de flexão (60º) e extensão (0º) do joelho com recurso a artromotor; (1º dia pós-operatório) - Executar técnica de flexão (75º) e extensão (0º) do joelho com recurso a artromotor; (2º dia pós-operatório) - Executar técnica de flexão (85º) e extensão (0º) do joelho com recurso a artromotor; (3º dia pós-operatório)	Evolução favorável do grau de flexão do joelho, de 60º para 85º em 3 dias pós-operatório Manteve grau 0 de extensão do joelho esq
Equilíbrio Corporal Comprometido	- Avaliar equilíbrio corporal através do Índice de Tinetti; - Realizar exercícios de coordenação de movimentos;	Utente apresenta valor de 17 no Índice de Tinetti. Utente consegue fazer marcha com andarilho com supervisão da
Potencial para melhorar capacidade para	- Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha;	

andar com auxiliar de marcha.	- Instruir sobre andar com auxiliar de marcha; - Treinar o andar com auxiliar de marcha de 3 pontos com andarilho por 30 metros (1º dia pós-operatório) - Treinar o andar com auxiliar de marcha de 3 pontos com andarilho por 60 metros (2º dia pós-operatório) - Treinar técnica de subir e descer escadas (3º dia pós-operatório)	cama para o WC (1º dia pós-operatório) Utente não conseguiu realizar marcha (2º dia pós-operatório) Utente apresenta valor de 26. Treino de marcha por 60 metros com andarilho e supervisão (3º dia pós-operatório)
Dor músculo-esquelética	- Aplicação de crioterapia; - Massagem terapêutica com anti-inflamatório (3º dia pós-operatório) - Administração de terapêutica analgésica per-os (1, 2 e 3º dia pós-operatório)	Redução da sensação de dor. Redução do edema
Potencial para melhorar capacidade de usar técnica de adaptação para posicionar-se	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se; (1º dia pós-operatório) - Instruir sobre técnica de adaptação para posicionar-se; (1º dia pós-operatório) - Treinar técnica de adaptação para posicionar-se; - Em repouso posicionar membro operado com extensão de 0º	Utente adquiriu conhecimento sobre técnica de adaptação posicionar-se.
Potencial para melhorar capacidade para o autocuidado: Higiene	- Avaliar capacidade para realizar para autocuidado: higiene; - Instruir sobre autocuidado: higiene; - Treinar autocuidado: higiene;	Utente manteve-se independente na higiene pessoal e banho durante toda a intervenção.
Potencial para melhorar capacidade para o autocuidado: Vestuário	- Avaliar capacidade para usar dispositivo e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário; - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário;	Utente evoluiu de um score 5 no vestuário, para 10 no dia da última avaliação.

	- Treinar uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário;	
Potencial para melhorar capacidade para usar de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário	- Avaliar capacidade de usar dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário; - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário; - Treinar o uso de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário.	Utente evoluiu de ajuda parcial no uso do WC para independente na escala de Barthel.

Plano de Cuidados- Caso 7

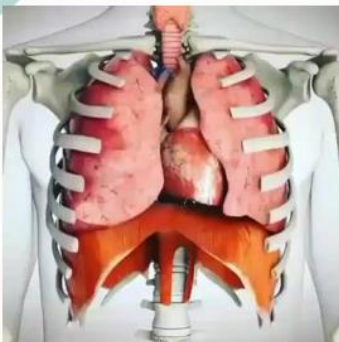
APÊNDICE XIII- Checklist Câmara expansora

ID:	Nome:
	Gênero:
	Idade:
	Diagnóstico Clínico:
	Unidade Funcional:

CHECKLIST 4 - TÉCNICA DE INALAÇÃO COM CAMARA EXPANSORA

Atividade	Cumpre (1 ponto)	Não Cumpre (0 ponto)
1 - Utente está em pé, sentado ou semi-sentado (favorece expansão torácica)		
2 - Aquecer a embalagem à temperatura corporal (5 segundos)		
3 - Retirar a tampa e agitar a embalagem na posição vertical		
4 - Adapta o inalador na posição correta (posição vertical) na camara expansora		
5 - Efetua uma expiração lenta e afastada do bucal do dispositivo		
6 - Inclina ligeiramente a cabeça		
7 - Câmara expansora: - Com bucal: coloca o bucal na boca entre os dentes, fechando os lábios - Com máscara: adapta a máscara à face e inclui narinas e boca		
8 - Ativa o inalador		
9 - Conta 5-10 ciclos respiratórios (duração aproximada, no adulto, de 30s, ou cinco inspirações na criança)		
10 - Antes de repetir uma nova inalação, aguarda 30s		
11 - Após cada administração limpar com pano o bucal de modo a remover os resíduos		
12 - Lavar com detergente suave e água morna a câmara expansora 1x por semana		
TOTAL		

APÊNDICE XIV- Sessão de Educação para a Saúde “Capacitar Reabilitando- ASMA”



NO ENTANTO EXISTEM DOENÇAS QUE NOS DIFICULTAM A RESPIRAÇÃO

ASMA- DOENÇA CARACTERIZADA PELA INFLAMAÇÃO DAS VIAS AÉREAS, CARACTERIZADA POR

- PIEIRA (APITO)**
- DISPNEIA (FALTA DE AR)**
- OPRESSÃO TORÁCICA (APERTO)**
- TOSSE**







PROJETO

“CAPACITAR REABILITANDO”

WORKSHOP- ASMA

ENFª MARIA VENTURA
MESTRANDA EM ENFERMAGEM – ENF. DE REABILITAÇÃO

VAMOS CONHECER UM POUCO A ANATOMIA DOS NOSSOS PULMÕES







**PARA ONDE DEVE
IR O AR?**

**ESTRATÉGIAS PARA
EVITAR A CRISE ASMÁTICA**

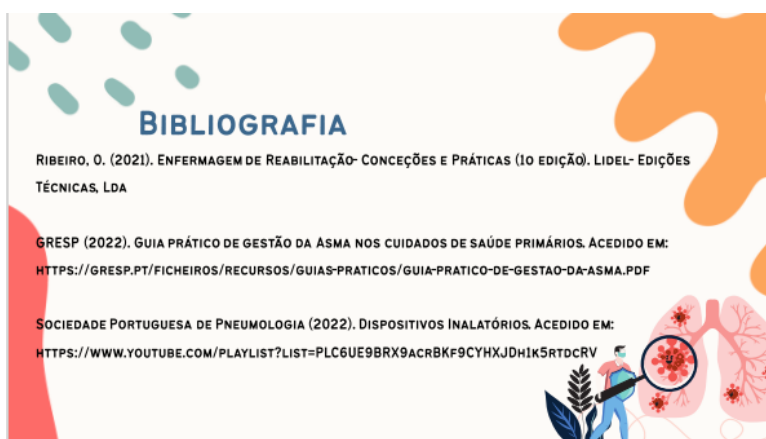
VAMOS A ISTO?



**MELHORAR A
EXPANSÃO TORÁCICA**

COMO TOSSIR





APÊNDICE XV- Sessão de Educação para a Saúde “Capacitar Reabilitando- DPOC”



DPOC

TAL COMO O NOME INDICA, A DPOC É UMA DOENÇA QUE DIMINUIU O DIÂMETRO DOS BRONQUIOS, E QUE DIFICULTA A RESPIRAÇÃO.

FATORES DE RISCO DA DPOC

- Fumo do Tabaco
- Poluição Ambiental
- Poluição Ocupacional
- Poluição Doméstica



“ALGUMAS PESSOAS NECESSITAM SER TRATADAS COM OXIGÊNIO”



ALIMENTAÇÃO

- Dividir as refeições
- Comer devagar
- Comer 1º a carne e o peixe
- Evitar alimentos que causem flatulência (feijão, couve, repolho)
- Ingerir frutas, vegetais, fibras... (para evitar obstipação)
- Beber líquidos no intervalo das refeições









APÊNDICE XVI- Questionário de avaliação- WORKSHOP ASMA

Questionário de avaliação da sessão- ASMA WORKSHOP

Idade: _____

Faça um círculo na opção correta

A pieira (apito/gatinho) é uma das características da asma	V	F
A ansiedade não prejudica a asma	V	F
As posições de relaxamento ajudam a controlar os sintomas	V	F
Não é necessário saber inspirar pelo nariz e expirar pela boca com os lábios semicerrados	V	F
Os inaladores podem ser feitos com a pessoa deitada	V	F
Não é necessário deitar o ar fora antes de fazer o inalador	V	F
É sempre necessário enxaguar a boca e deitar fora a água após as inalações	V	F

APÊNDICE XVII- Questionário de avaliação- WORKSHOP DPOC

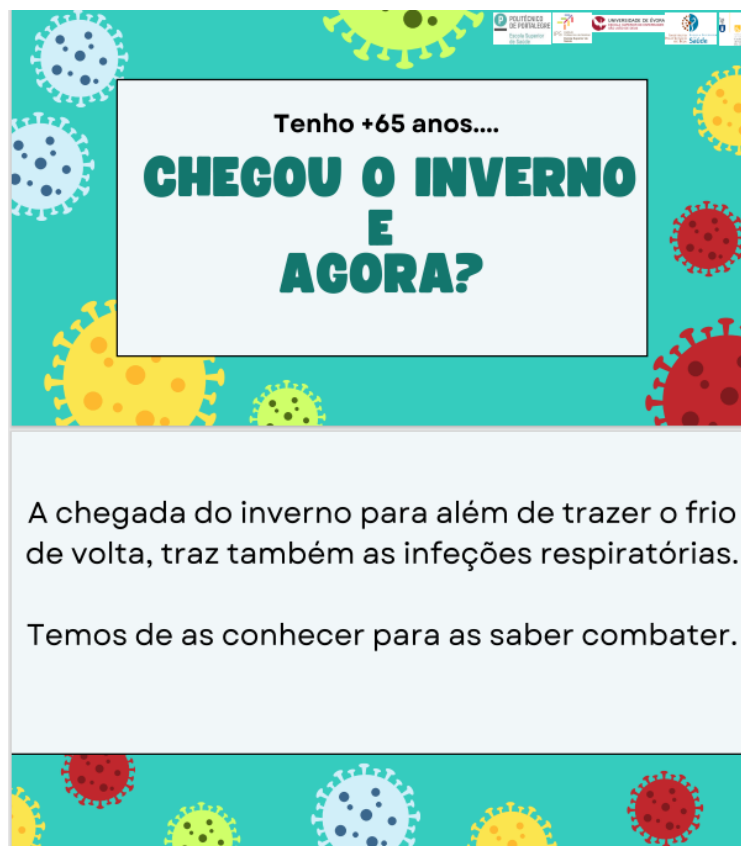
Questionário de avaliação da sessão- DPOC WORKSHOP

Idade: _____

Faça um círculo na opção correta

A DPOC é uma doença que obstrói as vias respiratórias	V	F
O tabaco e a poluição são fatores de risco	V	F
Quando estamos cansados, podemos dividir as refeições e comer mais devagar	V	F
Não devemos comer primeiro o peixe e a carne	V	F
Não é necessário saber inspirar pelo nariz e expirar pela boca com os lábios semicerrados	V	F
As posições de relaxamento ajudam a controlar os sintomas	V	F
Não é necessário deitar o ar fora antes de fazer o inalador	V	F
É sempre necessário enxaguar a boca e deitar fora a água após as inalações	V	F

APÊNDICE XVIII-Sessão de Educação para a Saúde “Tenho mais de 65 anos, chegou o Inverno, e agora?”



Tenho +65 anos....
**CHEGOU O INVERNO
E
AGORA?**

A chegada do inverno para além de trazer o frio de volta, traz também as infeções respiratórias.

Temos de as conhecer para as saber combater.



GRIPE

A gripe é provocada por um vírus. Os antibióticos não são indicados!

Uma sugestão de recursos para deixar aos participantes ou para incluir alguns tópicos:
<https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/gripe/fo-que-e-a-gripe>

GRIPE

Sintomas:

- Mal-estar e cansaço
- Febre alta
- Dores musculares e articulares
- Dores de cabeça
- Dores de garganta
- Tosse
- Congestão nasal

GRIFE

Como prevenir:

- Vacinação

Como não contaminar:

- Tossir e espirrar para o braço
- Lavar as mãos com frequência
- Arejar espaços fechados



BRONQUITE

A bronquite é uma inflamação dos brônquios.

Os brônquios são as estruturas que encaminham o oxigênio para os alvéolos, onde ocorrem as trocas gasosas



BRONQUITE

Sintomas:

- Tosse (primeiro seca e em pequena quantidade, depois com expectoração e mais frequente)
- Falta de ar
- Dor de garganta
- Dor de cabeça
- Dores musculares



BRONQUITE

Como prevenir:

- Vacinação
- Não fumar
- Evitar lugares com fumo
- Lavar as mão com frequência
- Beber água



FARINGITE

A faringite é uma inflamação da garganta, podendo estar associada a gripe ou constipações.



FARINGITE

Sintomas:

- Dor de garganta
- Dor ao engolir
- Febre
- Inflamação dos ganglios do pescoço



FARINGITE

Como prevenir:

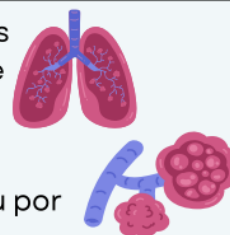
- Tossir para um lenço
- Lavar as mãos com frequencia
- Não partilhar alimentos, copos e talheres
- Beber água



PNEUMONIA

A Pneumonia é quando os alvéolos ficam inflamados, preenchidos de liquido, e não realizam as trocas gasosas

Poderá ser provocada por vírus ou por bactérias



PNEUMONIA

Sintomas:

- Febre
- Tosse com expectoração (amarela, verde ou cor de ferrugem)
- Dificuldade respiratória



PNEUMONIA

Como prevenir:

- Vacinação
- Alimentação equilibrada
- Lavar as mãos
- Evite ambientes muito frios e muito húmidos
- Beber água



PULMÃO FORTE= PULMÃO SAUDÁVEL

No entanto, existem alguns exercícios que vão ajudar os nossos pulmões a ficarem mais fortes, prevenindo assim que apareçam complicações



PULMÃO FORTE= PULMÃO SAUDÁVEL

- Aprender a controlar a respiração
- Aprender a relaxar
- Aprender a tossir





APÊNDICE XIX- Questionário de avaliação- “Tenho + de 65 anos, chegou o Inverno e agora?

Questionário de avaliação da sessão- CHEGOU O INVERNO, E AGORA?

Idade: _____

Faça um círculo na opção correta

A gripe é curada com antibióticos	V	F
A vacinação não é importante	V	F
A bronquite é uma inflamação dos brônquios	V	F
A faringite faz inflamação dos gânglios do pescoço	V	F
A pneumonia faz febre, tosse com expectoração e dificuldade respiratória	V	F
Não é importante a lavagem das mãos	V	F
Saber inspirar pelo nariz e expirar pela boca com os lábios semicerrados ajuda o meu pulmão	V	F
As posições de relaxamento não servem para nada	V	F

APÊNDICE XX- Panfletos

Exercícios para realizar em casa

Deitado, pode afastar e juntar a perna operada. Faça 3 series de 10 repetições.



Já em pé, com as mãos nas costas de uma cadeira, levante a perna operada até o joelho ficar ao nível da anca. Faça 3 series de 10 repetições.



Como se deve sentar

Sente-se numa cadeira alta de modo que o joelho e a anca fiquem ao mesmo nível.

Numa cadeira sem braços:

- 1 - Sente-se de lado, apoiando uma mão nas costas da cadeira e outra no assento.
- 2- Estique perna operada para a frente e sente-se cuidadosamente.
- 3- Gire o corpo para a frente.



Numa cadeira com braços:

- 1-Coloque-se de costas para a cadeira.
- 2 - Quando sentir a cadeira nas suas pernas, apoie-se nos braços, estique a perna operada e sente-se cuidadosamente.



COLOQUEI UMA PRÓTESE DA ANCA, E AGORA?

Serviço de Ortopedia- HSLE
ULSNA

Maria Ventura
Aluna do 7º Mestrado em Enfermagem
em Associação
Enfermagem de Reabilitação
Outubro 2023

BIBLIOGRAFIA:
Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de Reabilitação-
Concepções e Práticas (1ª edição). Lidel- Edições
Técnicas, Lda.

CHMA- Centro Hospitalar Médio Ave (2018). Prótese
Total da Anca- Guia para a Alta.

Após a cirurgia

Existem alguns movimentos que **NÃO** poderá realizar.

Se a sua sanita for muito baixa, compre um alteador de sanita. Quando se senta os joelhos e a anca devem estar ao mesmo nível.



O que não pode fazer

-Dobrar demasiado a perna operada ou inclinar demasiado o tronco

-Não se sente no sofá. Escolha cadeiras mais altas



O que não pode fazer

- Cruzar a perna operada por cima da perna não operada.



Como caminhar

- 1º Coloca as canadianas/andarilho
- 2º Avança a perna operada
- 3º Avança a perna não operada



Exercícios para realizar em casa

Deitado, pode dobrar e esticar o peito do pé da perna operada. Faça 3 séries de 10 repetições.



Deitado, pode esticar completamente a perna não operada, e fazer força contra o colchão com a parte de trás do joelho. Faça 3 séries de 10 repetições.



Sempre que quiser deitar-se de lado, deve colocar uma almofada no meio das pernas, e não deve deitar-se em cima da perna operada



EXERCÍCIOS

Deitado, dobre o joelho operado até onde conseguir, levante a perna não operada e aguarde 10 segundos. Repita 3 vezes.



Bibliografia:

Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas* (1ª edição). Lidel- Edições Técnicas, Lda.

Temponi, E.; Paganini, V. (2015). *Manual de orientações de exercícios intra-hospitalares e domiciliares após artroplastia total do Joelho*

EXERCÍCIOS

Sentado, pode dobrar e esticar o joelho. Faça 3 series de 10 repetições.



Fui colocar uma prótese do joelho, e agora?

Tudo o que precisa de saber encontra-se neste panfleto



Serviço de Ortopedia- HSLE
ULSNA

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



Maria Ventura
Aluna do 7º Mestrado em Enfermagem
em Associação
Enfermagem de Reabilitação
Outubro 2023

ARTROPLASTIA DO JOELHO- SINAIS DE ALERTA

Peça ajuda a um profissional de saúde se:

- Aumentar o inchaço
- Aumentar a dor
- A cicatriz ficar vermelha e quente

APÓS A CIRURGIA

Tem de manter a perna esticada e **NÃO** deve colocar almofadas debaixo do joelho.

Quando estiver sentado, tenha a perna esticada.

É natural que tenha dor no joelho, que tenha a sensação da perna pesada e que tenha dificuldade em dobrar o joelho.

COMO CAMINHAR?

- 1º Avança as canadianas/andarilho
- 2º Avança a perna operada
- 3º Avança a perna não operada



TIVE ALTA PARA A MINHA CASA, O QUE POSSO FAZER?

A continuidade dos cuidados e dos movimentos é muito importante para que consiga voltar a fazer a sua vida normalmente.

Assim, existem alguns exercícios que poderá fazer na sua casa, sozinho ou com ajuda, para recuperar a mobilidade do joelho operado.

EXERCÍCIO

Deitado, pode movimentar o tornozelo, esticando e dobrando o peito do pé. Faça 3 series de 10 repetições.



EXERCÍCIOS

Deitado, estique totalmente a perna não operada e faça força com a parte detrás do joelho, como se estivesse a empurrar a cama. Faça 3 series de 10 repetições.



Deitado, dobre a perna operada. Faça 3 series de 10 repetições.



APÊNDICE XXI- Póster “Enfermagem de Reabilitação no Peri-operatório de Doentes com Artroplastia do Joelho: Estudo de Caso”

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO PERI-OPERATÓRIO DE DOENTES COM ARTROPLASTIA DO JOELHO: ESTUDO DE CASO

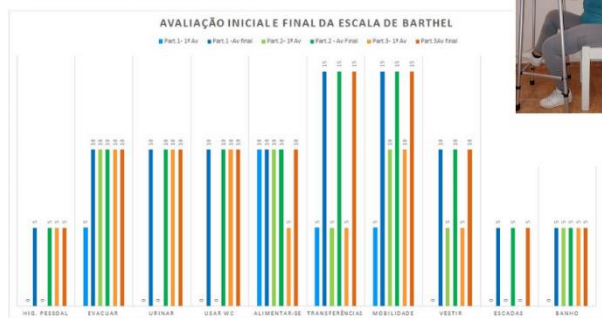
Abrantes, Ana Margarida¹; Ventura, Maria²; Cambóias, Rui³; Rodrigues, Marta Cristina⁴; Bule, M^a José⁵.

¹ Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação na ULSNA, EPE (Serviço de Ortopedia - HSLE); ² Enfermeira na Sta Casa da Misericórdia de Arronches, mestranda em Enfermagem de Reabilitação do Mestrado em Associação 2022/2024; ³ Enfermeiro Gestor, Especialista em Enfermagem de Reabilitação na ULSNA, EPE (Serviço de Ortopedia - HSLE); ⁴ Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Medicina ala Direita do Hospital de Santa Luzia - ULSNA, EPE; ⁵ Professora adjunta MS, Sociologia, Professor RN, Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Universidade de Évora

INTRODUÇÃO

A Artroplastia Total do Joelho (ATJ) é um procedimento indissociável do conceito de autocuidado. São intervenções de autocuidado que capacitam pessoas e famílias para lidarem com situações potencialmente incapacitantes, recuperarem ou manterem a funcionalidade (WHO, 2022). O autocuidado é ainda um conceito central em enfermagem de reabilitação não só enquanto competência mas, particularmente como alicerce teórico dos cuidados (Petronilho et al., 2021). Planos de intervenção estruturados que incluem sessões de ensino e treino, controlo da dor, mobilização no 1º dia pós cirurgia e planeamento da alta são eficazes na recuperação da funcionalidade, na antecipação da alta, sem aumento de complicações (Gwynne-Jones et al., 2017).

RESULTADOS



DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nas primeiras horas a reabilitação é fulcral de forma a prevenir eventos trombóticos, reduzir a dor, edema e rigidez articular e recuperar a amplitude de movimentos e a força do membro (Ioshitake et al., 2016) (Oliveira et al., 2013).

Através da interpretação dos dados, foi possível observar que a dor foi um indicador bastante influenciador da recuperação dos utentes, confrontando assim o estudo de Ioshitake et al., 2016, uma vez que condiciona a sua mobilidade.

Foram notórios os ganhos nas AVD's dos utentes, principalmente na mobilidade, não esquecendo que para que tal aconteça, também existiu uma evolução positiva em todos os utentes, tanto a nível da escala de Tinetti como na escala de Lower.

Bibliografia:

Gwynne-Jones, D. P., Martin, G., & Crane, C. (2017). Enhanced Recovery After Surgery for Hip and Knee Replacements. *Orthopaedic Nursing*, 36(3), 203-210. https://journals.lww.com/orthopaedicnursing/fulltext/2017/05000/enhanced_recovery_after_surgery_for_hip_and_knee.aspx
Ioshitake F., Mendes D., Rossi M., Rodrigues C. Reabilitação de pacientes submetidos à artroplastia total de joelho: revisão de literatura. *Rev Fac Cenc Med Sorocaba*. 2016; 18(1): 11-14.
Marques-Vieira, C., & Gonçalves, T. S. M. (2021). A tomada de decisão em enfermagem. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. L. Balinho (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com doença aguda* (1 ed., pp. 51-60). Saboos Editora.
Oliveira T., Carvalho R., Cândido E., Lima P., Santana L. Avaliação da efetividade da cirurgia de artroplastia total do joelho. *Cippus*. Novembro 2013; 1(2):170-184.
Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. In Olga Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de reabilitação: conceitos e práticas* (1 ed., pp. 67-75). Lidel - Edições técnicas Lda.
Ribeiro, O., Moura, M. L., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In Olga Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de reabilitação: conceitos e práticas* (1 ed., pp. 48-57). Lidel - Edições técnicas Lda.
WHO. (2022). WHO guideline on self-care interventions for health and wellbeing, 2022 revision (WHO). WHO.

MÉTODOS

- **Objetivo do estudo:** Identificar resultados dos cuidados de ER na recuperação da independência da pessoa após prótese do joelho.
- **Estudo de caso Descritivo** - Metodologia do Processo de Enfermagem. Teoria do autocuidado.
- **3 participantes** (P1 - 79A, P2 - 75A, P3 - 59A)

Avaliação Inicial - 24 horas pós operatório



Avaliação Final - 7º dia Pós Operatório



CONCLUSÃO

Cuidados de enfermagem de reabilitação com início no pós-operatório, que incluam ensino e treino de AVD's e cuidados de reabilitação motora permitiram recuperar a independência ao 7º dia. A limitação decorre do número de casos estudados