

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

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na Preparação para Alta da
pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca –
Promoção do Autocuidado**

Joana Alexandra Ferreira do Espírito Santo

Lisboa

2018

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, featuring several thick, curved green lines that sweep upwards and to the right, mirroring the style of the ESEL logo.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na Preparação para Alta da
pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca –
Promoção do Autocuidado**


Joana Alexandra Ferreira do Espírito Santo

Orientador: Joaquim Paulo Cabral de Oliveira

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas graças a Deus, não sou o que era antes.”

(Martin Luther King Jr.)

Agradecimentos

A todas a pessoas a quem prestei cuidados, durante o decorrer dos estágios, por confiarem e acreditarem em mim, enquanto pessoa e profissional.

Às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação orientadoras em ambos locais de estágio, e restantes elementos das suas equipas, pelo enorme contributo para o meu processo de aprendizagem e por acreditarem e lutarem pela valorização da Enfermagem de Reabilitação.

Ao Professor Joaquim Paulo Cabral de Oliveira, por me ter acompanhado desde do início, incentivando e orientando todo o meu percurso, sempre com muito profissionalismo e por isso merecedor de todo o meu respeito.

Ao meu marido, filha, mãe, irmã e restante família, por me terem apoiado incondicionalmente e ajudado nos momentos mais difíceis. Pela compreensão demonstrada nos momentos de maior exaustão e nos momentos em que não lhes dediquei o tempo necessário.

Por fim, a ti meu pai.

O meu sincero obrigada!

LISTA DE SIGLAS

ACF – Articulação Coxofemoral

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

ATA – Artroplastia Total da Anca

AVD – Atividades de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DGS - Direção Geral da Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

MIF - Medida de Independência Funcional

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

RPA - Registo Português de Artroplastia

RFM – Reabilitação Funcional Motora

RFSM - Reeducação da Função Sensoriomotora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

WHO - World Health Organization

TDAE - Teoria de Défice de Autocuidado em Enfermagem

TSE - Teoria dos Sistemas de Enfermagem

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

RESUMO

A osteoartrose é reconhecida como uma doença comum e debilitante, pertencendo ao conjunto de doenças crônicas das populações atuais e com grande impacto social e económico. Sendo a articulação coxofemoral, uma das mais atingidas pela osteoartrose, a Artroplastia Total da Anca (ATA) surge como o tratamento cirúrgico com maior sucesso e com objetivo de promover a qualidade de vida das pessoas com esta afeção, através do alívio da dor e melhoria da função. No entanto, as alterações físicas e psíquicas decorrentes de um ato cirúrgico, e neste caso da ATA, originam um défice de autocuidado e conseqüentemente necessidades específicas à reintegração na comunidade. Desta forma, a Enfermagem de Reabilitação apresenta-se como elemento chave para cuidar e capacitar estas pessoas e maximizar as suas funcionalidades, com intuito de proporcionar a máxima independência e o desempenho seguro das atividades de autocuidado.

Tendo em conta este contexto, o problema geral encontrado foi: “Qual a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Preparação para a Alta da pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca e na Promoção do Autocuidado?”.

Para sustentar a intervenção de Enfermagem de Reabilitação foi escolhida a Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem, de Dorothea Orem, visto ser a teoria que melhor integra a promoção de autocuidado, mais especificamente a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, por determinar como é que os enfermeiros, as pessoas e ambos, dão resposta às necessidades de autocuidado identificadas.

O objetivo deste relatório é demonstrar, de forma reflexiva, como as atividades e experiências vivenciadas durante o estágio contribuíram para o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

Palavras Chave: ATA, Enfermagem de Reabilitação, Autocuidado, Preparação para Alta

ABSTRACT

Osteoarthritis is recognized as a common and debilitating disease, belonging to the set of chronic diseases of the current populations and with great social and economic impact. Since the hip joint is one of the most affected by osteoarthritis, Total Hip Arthroplasty emerges as the surgical treatment with greater success and aims to promote the quality of life of people with this affection, through pain relief and improvement of functionality. However, the physical and mental changes resulting from a surgical act, and in this case Total Hip Arthroplasty, result in a deficit of self-care and consequently specific needs for reintegration into the community. In this way, rehabilitation nursing is a key element to care for and empower these people to maximize their functionalities, in order to provide maximum independence and the safe performance of self-care activities.

Given this context, the general problem encountered was: "What is the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in the Preparation for Discharge of the person undergoing Total Hip Arthroplasty and in the Promotion of Self-Care?"

To support the Rehabilitation Nursing intervention, Dorothea Orem's Theory of Self-Care in Nursing was chosen, since it is the theory that best integrates the promotion of self-care, more specifically the Nursing Systems Theory, for determining how the nurses, people, and both respond to identified self-care needs.

The objective of this report is to demonstrate, in a reflexive way, how the activities and experiences during the training period contributed to the development and acquisition of common and specific competences of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing.

Keywords: Total Hip Arthroplasty, Rehabilitation Nursing, Self Care, Discharge Preparedness

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA.....	17
1.1. Enquadramento Conceptual	17
1.1.1 A pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca	17
1.1.2. A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	24
1.1.3. Utilização de Quadro Referencial em Enfermagem	29
2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	33
2.1. Descrição e Análise das Atividades Desenvolvidas em Função dos Objetivos	37
2.2. Análise e Reflexão sobre as Competências Desenvolvidas em Estágio	68
2.3. Avaliação Global do Trabalho Desenvolvido em Estágio.....	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
APÊNDICES.....	
Apêndice I – Projeto de Estágio.....	
Apêndice II – Ensinos à Pessoa e Família Submetidos a ATA.....	
Apêndice III – 1º Jornal de aprendizagem	
Apêndice IV – 2º Jornal de Aprendizagem	
Apêndice V – 3º Jornal de Aprendizagem	
Apêndice VI – 4º Jornal de Aprendizagem	
Apêndice VII – Folheto “Reabilitação pós-cirurgia do fémur” – UCC.....	
Apêndice VIII – Folheto “Reabilitação pós-cirurgia do fémur” – Serviço de Internamento	
Apêndice IX - Avaliação do Impacto no Autocuidado	
Apêndice X – Processo de Enfermagem na UCC	
Apêndice XI - Processo de Enfermagem no Serviço de Internamento	
ANEXOS	
Anexo I - Índice de Barthel.....	
Anexo II - Escala de Berg	
Anexo III - Medical Research Council – Escala de Dispneia	
Anexo IV - Medical Research Council – Escala Força Muscular	
Anexo V - Escala de Lower.....	

Anexo VI - Escala Modificada de Ashworth
Anexo VII - Categorias Funcionais da Marcha.....
Anexo VIII - Índice de Katz
Anexo IX - Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)
Anexo X – Protocolo de Enfermagem de Reabilitação: no doente submetido a Artroplastia Total da Anca.....

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio surge inserido num processo contínuo de aprendizagem desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrado no plano curricular do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. A sua execução pretende demonstrar as atividades realizadas e competências desenvolvidas ao longo dos estágios, através de uma abordagem descritiva e reflexiva, com a finalidade de comprovar a aquisição das competências, comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) como descrito pela Ordem dos Enfermeiros (OE), bem como atestar competências para o grau de Mestre, através dos Descritores de Dublin.

Este Relatório teve por base o Projeto de Estágio, subordinado ao tema *A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Preparação para a Alta da pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca – Promoção do Autocuidado*, que foi implementado ao longo dos dois contextos de estágio, o primeiro numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), na qual se insere uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e o segundo num Serviço de Internamento num Hospital Ortopédico, ambos no distrito de Lisboa.

A escolha da temática foi baseada em motivações pessoais e profissionais. Ao longo do meu percurso profissional a área da ortopedia sempre me despertou grande interesse. Atualmente desempenho funções num serviço de internamento médico-cirúrgico, onde contato com uma vasta área de especialidades médicas e cirúrgicas (entre quais neurologia, pneumologia, cardiologia, cirurgia vascular, neurocirurgia, urologia, cárdio-torácia) sendo a ortopedia uma das especialidades com maior número de utentes. A cirurgia ortopédica tem evoluído muito nos últimos anos e os procedimentos cirúrgicos são cada vez menos invasivos e conseqüentemente as limitações pós-operatórias são menores. No entanto, constato que na pessoa submetida a artroplastia total da anca, as limitações verificadas no pós-operatório, ainda são significativas, não só pela técnica cirúrgica em si, mas também pela população alvo (frequentemente idosos), surgindo assim diversas dúvidas quanto às

mobilizações permitidas, ao levantar e a adaptação no regresso a casa, sendo do meu interesse e ambição promover a autonomia e independência destas pessoas.

Para além dos motivos pessoais, os dados epidemiológicos demonstram a pertinência da problemática pela sua incidência nas populações atuais. Assim, segundo a World Health Organization (WHO) (2015) os principais problemas de saúde das populações mais envelhecidas são as doenças crónicas, sendo as alterações musculoesqueléticas, das principais causas de morbilidade e incapacidade, dando origem a enormes gastos com a saúde e a perda da capacidade laboral. A WHO (2017) destaca entre estas alterações a artrite reumatoide, a osteoartrose, disfunções da coluna e traumatismos graves dos membros. A osteoartrose é uma das dez doenças mais incapacitantes, atingindo 9,6% dos homens e 18,0% das mulheres com mais de 60 anos, 80% dos quais apresentarão limitações no movimento, e 25% poderão não conseguir executar as suas principais atividades de vida diária.

A articulação coxofemoral (ACF), sendo uma das mais atingidas pela osteoartrose, surge assim como indicação para artroplastia total da anca (ATA), seja esta por osteoartrose primária ou secundária. De acordo com DGS (2013), são também indicação para a ATA a fratura do colo do fémur, a osteonecrose da cabeça femoral e a doença inflamatória da anca. Anualmente, cerca de um milhão de pessoas são submetidas a ATA a nível mundial, e em Portugal, segundo o Relatório Anual de 2013 do Registo Português de Artroplastia (RPA), foram registadas, durante ano de 2013, 9223 artroplastias sendo que 4440 correspondem a artroplastia primária da anca (Holzwarth & Cotogno, 2012; Registo Português de Artroplastias, 2014).

Para a Direção Geral de Saúde (DGS) (2013) a ATA é a cirurgia com “maior índice de sucesso entre todas as cirurgias de substituição articular, esta tem como objetivo promover a qualidade de vida através do alívio da dor e/ou melhoria da função em doentes com artropatia da anca.” .

Tendo em consideração os dados supracitados e a realidade constatada durante a minha prática e os estágios, considero que o estudo desta problemática foi relevante para poder desenvolver uma prática baseada na evidência, que integre a melhor investigação, perícia clínica e os valores da pessoa.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação pretendem a “*manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades*”. No que se refere a um planeamento de alta eficaz podemos considerar que a preparação para a alta é um processo dinâmico que deve ser iniciado o mais precocemente possível, de modo a reduzir eventuais riscos, sendo o enfermeiro a primeira linha de ajuda no desenvolvimento desta transição que decorre entre dois subprocessos: “*possibilitar enquanto dar oportunidade e facilitar enquanto ajudar*”. Desta forma a intervenção do enfermeiro de reabilitação tem como objetivo a promoção do autocuidado, ou seja, a promoção de melhores níveis de independência (Ordem dos Enfermeiros, 2001; Pereira, 2013).

Toda prática de cuidados de enfermagem deve ser suportada por um quadro de referência que a fundamente e oriente. Para este trabalho foi escolhida a Teoria de Défice de Autocuidado em Enfermagem (TDAE) de Dorothea Orem, uma vez que o seu conceito central, o Autocuidado, é “identificado como um recurso para a promoção da saúde e gestão bem-sucedida dos processos de saúde-doença”. Tendo por base esta a teoria, escolheu-se a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (TSE) para nortear a prática de cuidados a desenvolver durante a execução deste projeto de estágio (Petronilho, 2012).

Este relatório está estruturalmente dividido em duas partes distintas. A primeira parte constituída pela componente científica e formativa, na qual consta o enquadramento conceptual. A segunda parte corresponde à implementação do projeto, da qual faz parte: a descrição e análise das atividades desenvolvida em função dos objetivos estabelecidos no Projeto de Estágio; a análise e reflexão das competências desenvolvidas ao longo do processo de aprendizagem e seguida da avaliação global do trabalho desenvolvido. Conclui-se o relatório com a apresentação de considerações finais, onde é realizado um balanço do percurso efetuado e quais os objetivos para o futuro.

1. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

1.1. Enquadramento Conceptual

O Enquadramento Conceptual caracteriza-se pela definição de uma temática ou de um domínio de investigação, servindo como elemento norteador de um processo de investigação. A necessidade da sua realização pode ter surgido da observação, da literatura, de uma inquietação pessoal ou mesmo de um conceito (Fortin, 1999).

Segundo Fortin (1999) qualquer investigação deverá “*alimentar-se dos trabalhos anteriores e de teorias que justificarão a sua pertinência no quadro de conhecimentos atuais*”, é a fase de conceptualização que “*fornece à investigação as suas bases, a sua perspectiva e a sua força*”.

Assim, este capítulo está organizado da seguinte forma: uma abordagem à temática a pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca, de seguida qual a intervenção do EEER na promoção do autocuidado e preparação para alta e por fim a apresentação do quadro de referência de enfermagem e como foi utilizado na prática de cuidados.

1.1.1 A pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca

Pela primeira vez na história da humanidade espera-se que a maioria das pessoas possam viver para além dos 60 anos, isto deve-se à diminuição da mortalidade durante a infância e parto, bem como à diminuição das doenças infecciosas nos países subdesenvolvidos; já nos países desenvolvidos o aumento da esperança média de vida é resultado do declínio da mortalidade entre as pessoas mais velhas (World Health Organization, 2015).

É sabido que as pessoas mais velhas contribuem para a sociedade de múltiplas maneiras, no seio familiar, na comunidade local ou na sociedade de forma mais ampla, no entanto a sua saúde surge como o fator principal para se poder experimentar a

vida e as coisas que valorizam sem grandes limitações. Por norma estes anos adicionais são caracterizados por declínios nas capacidades físicas e mentais, e as suas implicações para as pessoas e sociedade poderão ser bastante negativas (World Health Organization, 2015).

Como já referido, as doenças crónicas são reconhecidas pela WHO (2017) como sendo um dos principais problemas de saúde da sociedade e como causas de morbilidade e incapacidade sendo que, dentro destas destacam-se as alterações músculo-esqueléticas, tais como a artrite reumatoide, a osteoartrose, disfunções da coluna e traumatismos graves dos membros.

A osteoartrose é reconhecida como uma doença comum e debilitante com grande impacto social e económico. É uma doença degenerativa da articulação, que envolve a cartilagem e grande parte dos tecidos circundantes, pode ainda provocar alterações da modelação do osso subarticular, entre as quais formação de osteófitos, laxidão ligamentar, enfraquecimento muscular e inflamação sinovial. Os principais sintomas da osteoartrose são a dor nas articulações, rigidez e limitação do movimento; a sua progressão é lenta podendo culminar na falência articular com dor e incapacidade (Litwic, Edwards, Dennison, & Cooper, 2013).

A artrite reumatoide, osteonecrose, displasia congénita da anca e fratura da anca podem resultar em osteoartrose da anca. Segundo Flugsrud, Nordsletten, Espehaug, Havelin, & Meyer (2002) em 70% das pessoas submetidas a artroplastia total da anca não se verifica patologia secundária, sendo a osteoartrose a única causa.

A osteoartrose sintomática geralmente afeta 10% a 15% da população em todo o mundo, sendo os joelhos, mãos e ancas os locais mais comuns da osteoartrose. Segundo a DGS (2013) a articulação coxofemoral é uma das mais atingidas provocando dor e disfunção da anca, tornando-se indicação para artroplastia total da anca (Associação Internacional para o Estudo da Dor, 2016).

A gestão da osteoartrose é dividida em tratamentos não farmacológicos, que deveriam ser a primeira linha de tratamento (engloba educação, perda de peso, exercício, apropriado, calçado, reabilitação) e tratamentos farmacológicos (inicialmente analgésicos simples, como paracetamol, posteriormente anti-inflamatórios não esteroides e por último opioides). Quando as estratégias, não-farmacológicas e farmacológicas, de gestão da doença não controlam a

sintomatologia a intervenção cirúrgica surge com opção a ser considerada (World Health Organization, 2013).

De uma forma geral as indicações para ATA são a dor intensa na ACF durante o movimento e quando em carga sobre o membro, limitação acentuada da mobilidade, independentemente da patologia associada, que leve ao comprometimento da função e da qualidade de vida da pessoa. A não consolidação de uma fratura, instabilidade ou deformação da anca, tumores ósseos e a falha de tratamentos conservadores ou procedimentos prévios de reconstrução articular, como a osteotomia, artroplastia de revestimento da superfície, hemiartroplastia do corpo femoral, são também indicações para a realização de artroplastia total da anca (Kisner & Colby, 2009).

Encontram-se como contraindicações absolutas para a ATA, a infeção articular ativa, infeção sistémica ou sépsis, osteomielite crónica, perda significativa de massa óssea por ressecção de tumor, articulação neuropática da anca e paralisia grave dos músculos estabilizadores da articulação. Já como contraindicações relativas, sujeitas a avaliação, encontram-se as infeções localizadas (urinárias ou cutâneas), a insuficiente função muscular do médio glúteo, distúrbio neurológico progressivo, patologia óssea progressiva, pessoas com necessidade de cirurgia dentária (deve ser prévia) e pessoas jovens que pratiquem atividades com exigência física elevada, como exercícios de grande carga ou de alto impacto (Kisner & Colby, 2009).

Tendo por base a norma número 014/2013 da DGS sobre a Artroplastia da Anca, é determinante uma avaliação pré-operatória cuidada e sistematizada para identificação dos diagnósticos clínicos apropriados para a cirurgia, que auxilie o planeamento cirúrgico e minimize as complicações no peri e pós-operatório. A DGS identifica assim que as causas mais frequentes e que estão na origem da maioria das indicações para a ATA são a osteoartrose primária e secundária, osteonecrose da cabeça femoral, doença inflamatória da anca e fratura do colo do fémur (Direção Geral de Saúde, 2013).

Segundo Litwic *et al.*, (2013) existem outros tratamentos disponíveis para a gestão da osteoartrose, no entanto tendem a um menor benefício geral. A artroplastia tem demonstrado melhorar a dor, a incapacidade, a função, a atividade física e a qualidade de vida.

Esta intervenção cirúrgica tem como objetivo restaurar a função e a mobilidade da articulação coxofemoral e diminuir a dor. Tendo em conta o progressivo

envelhecimento da população, o número de pessoas submetidas a ATA deverá aumentar (Holzwarth & Cotogno, 2012).

A ATA, é uma intervenção cirúrgica que consiste na substituição da articulação coxofemoral e que pretende ganhos para a saúde, no entanto, prevê um período longo de reabilitação, de 4 a 6 de meses. Sendo os internamentos hospitalares cada vez mais curtos, entende-se que no momento da alta hospitalar, o nível de dependência das pessoas ainda seja elevado (M. M. Martins & Fernandes, 2009).

A ATA tem sido realizada com sucesso desde o início da década de 1960. Os sistemas de implante totais da anca são compostos por uma componente femoral modular e uma componente acetabular (Kisner & Colby, 2009).

Podemos encontrar diferentes tipos de ATA, subdivididas tendo em conta o método de fixação, sendo designadas de cimentadas, não-cimentadas ou híbridas. Na fixação cimentada é utilizado um cimento acrílico (metilmetacrilato) para a fixação do material protésico. Este tipo de fixação permite à pessoa um apoio de peso pós-operatório muito precoce e conseqüentemente um período de reabilitação mais curto. A fixação não-cimentada, também conhecida por biológica, é obtida pelo uso de uma prótese com revestimento poroso que permite a osteointegração nas superfícies em gotículas ou em malha do implante ou pela técnica de press-fit. Componentes femorais lisos são também utilizados na artroplastia não cimentada, alguns são revestidos por uma substância bioativa (hidroxiapatita), que promove o crescimento ósseo inicial. Neste tipo de fixação, é necessário haver descarga parcial ou total no pós-operatório imediato, conforme indicação médica. Em alternativa aos dois métodos de fixação anteriores, surge o procedimento híbrido que pressupõe um componente acetabular não-cimentado e um componente femoral cimentado. Durante as primeiras semanas de pós-operatório, o método de fixação pode influenciar a carga que a pessoa pode efetuar no membro intervencionado, e conseqüentemente a sua deambulação e atividades de vida diária. Na Revisão Scoping, realizada para a construção do Projeto de Estágio, foi identificado um estudo que concluiu que a carga de acordo com a tolerância comparativamente com a restrição total ou parcial de carga no membro operado (necessária nas artroplastias não cimentadas) aumenta a capacidade de mobilidade e participação em programas de reabilitação (Kisner & Colby, 2009; Siebens et al., 2012).

A artroplastia total da anca ainda pode ser dividida em outras duas categorias, a convencional e a minimamente invasiva. A caracterização pormenorizada poderá ser consultada no Projeto de Estágio (Apêndice I).

As complicações da ATA intra e pós-operatória são relativamente baixas. Assim temos como principais complicações intraoperatórias o mau posicionamento do material protésico, fraturas do fêmur e lesão nervosa. Como complicações pós-operatórias encontram-se as infeções, trombose venosa profunda e pneumonia, comuns a qualquer cirurgia, e como complicações decorrentes da ATA no período inicial da recuperação (até 2/3 meses) encontram-se os problemas de cicatrização da ferida cirúrgica, luxação da articulação protésica, deficiente cicatrização óssea e discrepância no comprimento dos membros inferiores. As complicações tardias incluem a luxação, afrouxamento mecânico do implante na interface osso-cimento ou osso-implante, desgaste do material protésico e mais raramente a calcificação heterotópica (Kisner & Colby, 2009).

Os objetivos da ATA são providenciar à pessoa uma articulação livre de dor, uma articulação estável para o apoio e deambulação e uma articulação que permita uma amplitude de movimentos e força adequadas para o desempenho das atividades funcionais.

Após a ATA dever-se-á ter em consideração dois grandes aspetos, a imobilização e a carga no membro inferior operado. A imobilização não é necessária, bem pelo contrário, porque a reabilitação pós-operatória dá enfoque à mobilização precoce. No entanto, dependendo do tipo de acesso cirúrgico e da estabilidade da articulação, é necessário que o membro operado permaneça numa posição de ligeira abdução e rotação neutra, quando a pessoa se encontra em decúbito dorsal (geralmente uma almofada ou cunha é suficiente para manter a posição). Quanto à carga, numa ATA cimentada, a pessoa (em regra) pode apoiar o peso tolerado no membro operado quase imediatamente após a cirurgia, em contraste numa ATA não cimentada ou híbrida, o peso no membro operado é limitado na fase inicial da reabilitação (até 3 meses). Existem diversos fatores que influenciam a duração e extensão das restrições da carga efetuada e a necessidade de auxiliares de marcha (para a marcha, transferências, subir ou descer escadas). Resumidamente a carga no pós-operatório imediato pode ser feita quase sem limitações e conforme a tolerância da pessoa nas ATA cimentadas, já nas não cimentadas e híbridas as recomendações

variam entre o apoio parcial pelo menos 6 semanas até o apoio conforme a tolerância da pessoa. No que diz respeito ao acesso cirúrgico existem mais restrições de apoio após método convencional do que após acesso minimamente invasivo. Por fim, existe evidente restrição de carga no membro intervencionado quando existe osteotomia trocantérica, enxertos ósseos e em casos de fragilidade óssea (Kisner & Colby, 2009).

Independente da patologia de origem que serve de indicação para a ATA é comum a pessoa ter dor, restrição no movimento da articulação e conseqüentemente restrições na satisfação das suas atividades de vida diária.

Para a melhor compreensão da temática escolhida, foi necessário esclarecer alguns conceitos frequentemente utilizados, sendo estes dependência e independência, autonomia, funcionalidade, atividades de vida diária e qualidade de vida. Resumidamente entende-se por independência a capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária, isto é, a capacidade de viver com independência na comunidade sem ajuda ou com pequena ajuda de outrem, por outro lado o conceito de dependência é definido como a situação que a pessoa se encontra e que por si só não consegue realizar as AVD, dependência dos indivíduos não resulta somente da sua incapacidade física, é um conceito multidimensional, que incorpora fatores físicos, mentais, cognitivos, sociais, económicos e ambientais. A independência e autonomia, embora sejam termos que definam situações complementares, não têm o mesmo significado. A autonomia está relacionada com a capacidade da pessoa para gerir a sua vida, ou seja, tomar decisões sobre si, enquanto a independência está relacionada com a capacidade de desempenho de AVD e autocuidado. A funcionalidade refere-se a um termo genérico “para as funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação e este “indica os aspetos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus fatores contextuais (ambientais e pessoais)”. Já a “incapacidade é um termo genérico para deficiências, limitações da atividade e restrições na participação”, sendo utilizado para abranger as perspetivas corporal, individual e social, o termo incapacidade indica os aspetos negativos da interação de uma pessoa com uma determinada condição de saúde e o seu ambiente físico e social. A qualidade de vida é normalmente o nível com que uma pessoa vive, sendo este nível determinado subjetivamente pelo próprio indivíduo, onde se enquadram cinco grandes categorias: vida normal; felicidade e satisfação; realização de objetivos pessoais; utilidade social e capacidade natural. Por

fim, e no contexto da reabilitação, entende-se por atividades de vida diária (AVD) pelo conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia, podendo ser subdivididas, em atividades básicas de vida diária e em atividade instrumentais de vida diária (Bolander & Leal, 1998; Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2011; Organização Mundial de Saúde, 2004; Sequeira, 2010).

Quando os níveis de dependência aumentam e a capacidade de autocuidado fica comprometida, acarretam consigo consequências para a pessoa, família e consequentemente para a sociedade.

A situação de internamento hospitalar é interpretada como um período de grandes restrições, consequência das alterações da integridade corporal, da restrição de movimento, do isolamento e da diminuição do bem-estar. Geralmente o tratamento cirúrgico impõe à pessoa um elevado grau de inatividade numa fase inicial, resultando num aumento da perda funcional e diminuição da capacidade para a pessoa regressar ao seu nível de atividade anterior, aumentando o risco de aquisição de problemas físicos adicionais. Cabete (2005) reforça esta ideia quando defende que a pessoa internada tem alta com condições funcionais e psicológicas inferiores aquando do seu internamento, sendo este facto indicador de má qualidade de vida, traduzindo-se num aumento de recursos sociais e de cuidados de saúde, podendo resultar numa maior morbilidade e mortalidade (Gomes, 2014).

Segundo Gomes (2014) a perda da capacidade funcional da pessoa com ATA para a realização de algumas atividades pode traduzir-se em perda na participação ativa no meio sociofamiliar, mas essencialmente na qualidade de vida. A independência da pessoa e a sua capacidade de autocuidado estão diretamente relacionadas com a sua capacidade de ajustar a marcha às várias exigências diárias em múltiplos ambientes, como caminhar em diferentes velocidades e superfícies. No pós-operatório de uma ATA verificam-se alterações da marcha, diminuição da velocidade, comprimento do passo, bem como alterações nas fases de apoio, que resultam num declínio funcional (Guedes et al., 2011).

Num estudo sobre o impacto da (in) capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado no doente após um evento crítico, os autores concluem que existem quatro fatores determinantes na perda da autonomia e geradores de dependência, sendo estes: a perda de força muscular de grandes grupos musculares;

perda do equilíbrio; perda da capacidade de movimentos articulares finos e perda da capacidade de coordenação dos movimentos. Concluem, ainda, que o autocuidado relacionado com atividade física, andar ou transferir-se, assume um papel preponderante na autonomia da pessoa (Petronilho, Machado, Miguel, & Magalhães, 2010).

A ATA pode resultar em imobilidade da pessoa no pós-operatório, bem como a diminuição da sua capacidade funcional, e é destas alterações que surgem as necessidades de aprendizagem, nomeadamente as aprendizagens das funções do membro inferior intervencionado e a aquisição da capacidade em se autocuidar, com autonomia e segurança satisfatória. A incapacidade pode resultar num grande impacto para a saúde e qualidade de vida da pessoa, mas dela resultam, também, custos diretos e indiretos para a pessoa, família, sistema de saúde e para a sociedade (Gomes, 2014).

Reabilitar é readaptar a pessoa em todas dimensões. O enfermeiro de reabilitação é um parceiro valioso na integração da pessoa no seu meio após a alta. A importância de uma preparação para alta eficaz, precoce e personalizada, que responda às necessidades de autocuidado da pessoa e família, podem traduzir-se em níveis de independência necessários para a qualidade de vida e para a segurança no regresso a casa.

O enfermeiro de reabilitação surge como parceiro do cuidar, e o seu foco de intervenção é centrado na pessoa, valorizando todas as suas dimensões, preocupações e necessidades.

1.1.2. A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A intervenção do EEER

“visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades (...), melhorar as funções residuais, manter ou recuperar independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) (...), para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na

comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida” (OE, 2010,p.1).

Tendo por base as competências específicas do EEER, entende-se que é da sua competência cuidar das pessoas ao longo do seu ciclo de vida, capacitá-las e maximizar o seu potencial de funcionalidade.

O processo de reabilitação da pessoa submetida a ATA, envolve duas dimensões major: a intervenção educacional no período pré-operatório e a intervenção educacional no período pós-operatório (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

A avaliação da pessoa deve ser realizada previamente a qualquer plano de intervenção. Para cada área ou função a avaliar, seja ela a qualidade de vida, as atividades básicas e instrumentais de vida diária, o equilíbrio, o desempenho físico e marcha, a amplitude articular, a força muscular e a dor, existem diferentes instrumentos de avaliação (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

As expectativas da pessoa no período pré-operatório, podem influenciar os resultados no pós-operatório. A educação no período pré-operatório consiste no fornecimento de informação sobre os exercícios e estratégias de alívio da dor, permitindo reduzir a ansiedade da pessoa no período que antecede a cirurgia, bem como prepará-la para os próximos procedimentos (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

Da Revisão Scoping emergiu a importância da educação pré-operatória, sendo considerada em três artigos como uma estratégia eficaz no processo de reabilitação da pessoa submetida a ATA.

Neste período existem vários aspetos a abordar com a pessoa como: explicar o que é a ATA; realizar a verificação pré-operatória (verificar se a pessoa tem próteses dentárias amovíveis, presença de verniz nas unhas, higiene corporal com antisséptico se protocolado, avaliação de sinais vitais, pré-medicação); planear o internamento, como a permanência inicial em unidade de cuidados pós anestésicos, esclarecer o período previsível de recuperação e reabilitação, orientações de progresso, instruções para alta (recuperação no domicílio e exercícios de reabilitação, a nutrição, necessidade de ajuda técnicas, entre outros) (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

No período pré-operatório deve ser feita a avaliação funcional da pessoa, através de escalas como Medida de Independência Funcional (MIF) e Índice de Barthel, e determinar o seu potencial de reabilitação, é importante esclarecer a pessoa e família sobre em que consiste o programa de reabilitação e a sua importância. A realização de consulta de enfermagem pré-operatória tem como objetivo avaliar a

funcionalidade da pessoa, bem como diminuir a ansiedade, melhorar a experiência de internamento e aumentar a autonomia e independência, por isso considera-se que esta seja uma mais valia em todo o processo peri ATA (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

Um programa de reabilitação pré-operatório inclui reeducação funcional respiratória (RFR) e reeducação funcional motora (RFM). De uma forma geral a RFR consiste na consciencialização da respiração, em exercícios abdomino-diafragmáticos, exercícios de reeducação costal e ensino da tosse, de acordo com patologia cardio-respiratória da pessoa. A RFM engloba exercícios isométricos, como a contração isométrica dos músculos abdominais, glúteos e quadricípites, e exercícios isotónicos. Estes últimos englobam a flexão e extensão da articulação coxofemoral, associada à extensão e flexão do joelho (quando abordagem cirúrgica anterior deve-se evitar a rotação externa e a hiperextensão da coxofemoral; na abordagem posterior deve-se evitar a rotação interna, flexão da coxofemoral acima dos 90°, adução da coxofemoral para além da linha média, porque são movimentos potencialmente luxantes), a dorsiflexão e flexão plantar da tibiotársica. São recomendadas mobilizações passivas e ativas resistidas da articulação coxofemoral do lado afetado, pedaleira, bicicleta e hidroterapia. É importante incluir nos ensinamentos pré-operatórios as técnicas de rolamento na cama, posicionamentos, transferências para cama/cadeira/cama e WC (banheira, chuveiro), melhor técnica de levantar (adaptado ao ambiente domiciliário do cliente), entrar e sair do carro, como apanhar objetos do chão, treino de marcha com andarilho e canadianas, subir e descer escadas, técnica de calçar, utilização de alteador de sanita, posturas sexuais e prevenção de acidentes (alertar para o perigo da utilização de vestuário comprido, disposição dos móveis da casa, pavimentos molhados e tapetes no chão) (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

O plano de intervenção pré-operatório tem como objetivo melhorar o desempenho nas atividades básicas de vida diária e consequentemente a diminuição do tempo de internamento. As intervenções do EEER para além de aumentarem a funcionalidade da pessoa, pretendem reduzir o risco de complicações pós-cirúrgicas, como infeção respiratória e a luxação da articulação intervencionada.

No período pós-operatório, o EEER estabelece um programa de reabilitação que vise prevenir a luxação e subluxação da articulação coxofemoral, que aumente a

funcionalidade da pessoa e a sua capacidade de autocuidado no desempenho das AVD.

O programa de reabilitação deve incluir as mesmas intervenções referidas anteriormente no programa de reabilitação pré-operatório, sendo prioritário no pós-operatório o treino de marcha, o levantar e treino de AVD. Dados extraídos da Revisão Scoping demonstram que os autores defendem que as mobilizações no leito, transferências, treino de marcha e exercícios e treino de AVD são as intervenções de reabilitação mais frequentemente indicadas no pós-operatório da ATA.

Existem assim, diversos protocolos de atuação na reabilitação pós ATA. Segundo Oliveira (2013), o dia pré-operatório inclui: avaliação das características individuais e clínicas, instruções e cuidados a ter com a ATA, ensino de transferências e do uso de auxiliares de marcha, início do programa de exercícios de reabilitação; os restantes, desde o primeiro da cirurgia até ao momento da alta, realiza-se avaliação do estado geral e cardiorrespiratório, de seguida, a mobilização articular conforme tolerância, ensino de posições antiálgicas (relaxamento) e de exercícios de mobilização ativa do membro operado; sendo esperado no primeiro dia: ensino e treino de posicionamentos e comportamentos permitidos, o levantar e o ensino do uso de auxiliares de marcha (segundo indicação médica), ensino e treino da marcha, de transferências e o sentar e levantar da cama, cadeirão ou sanita; no segundo dia: mantém o treino do dia anterior e inicia treino de subir e descer escadas; no terceiro dia e restantes: supervisão e ajuda parcial no levantar, treino de marcha, transferências, subir e descer escadas e ensino/treino da transferência para banheira ou poliban, apanhar objetos do chão, transferência para o carro, vestir e despir, posturas sexuais e prevenção de acidentes.

A intervenção do EEER passa por ensinar, instruir e treinar a pessoa e família submetida a ATA as diversas recomendações e exercícios que proporcionaram o aumento da sua funcionalidade e capacidade de autocuidado, e que não colocam em risco a articulação intervencionada. Encontram-se em apêndice os ensinamentos mais indicados à pessoa submetida a ATA e sua família (Apêndice II).

Numa perspetiva de preparação para alta e segundo Martins e Fernandes (2009) o enfermeiro para garantir a continuidade dos cuidados e o bem-estar dos utentes deverá identificar, o mais precocemente possível, as necessidades de

cuidados e desenvolver um planeamento de alta eficaz com a participação do utente/família e restantes profissionais de saúde.

O processo de dependência destas pessoas surge inicialmente devido à doença crónica e posteriormente com a intervenção cirúrgica. A intervenção de enfermagem tem uma importante ponderação junto da pessoa e família submetida a artroplastia total da anca, é através da avaliação das necessidades, planeamento dos cuidados e desenvolvimento dos mesmo em parceria com a pessoa e família, que se atingem os resultados esperados e se otimiza a capacidade funcional da pessoa (M. M. Martins & Fernandes, 2009).

Segundo os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem relativamente à readaptação funcional:

"o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde. São elementos importantes (...) a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem; o planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade; o máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade; a optimização das capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito; o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional." (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 17).

Os cuidados de enfermagem de reabilitação pretendem a *"manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades"*. A intervenção do enfermeiro de reabilitação tem como objetivo a promoção do autocuidado, ou seja, de melhores níveis de independência. Como já referido, um planeamento de alta eficaz é um processo dinâmico e que deve ser iniciado o mais precocemente possível, de modo a reduzir eventuais riscos, sendo o enfermeiro a primeira linha de ajuda no desenvolvimento desta transição que decorre entre dois subprocessos: *"possibilitar enquanto dar oportunidade e facilitar enquanto ajudar"* (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2001, p. 5; Pereira, 2013, p. 218).

A importância do planeamento da alta foi reforçada pela DGS (2004), referindo que *"um bom planeamento das altas hospitalares é fundamental não somente para reduzir o tempo de internamento e o número de readmissões, mas também para*

assegurar o sucesso da reintegração dos doentes e suas famílias na comunidade” (DGS, 2004, p. 2).

1.1.3. Utilização de Quadro Referencial em Enfermagem

Toda a prática de cuidados de enfermagem deve ser alicerçada numa filosofia de cuidados, ou seja, num quadro de referência que a fundamente e oriente. Assim, o modelo teórico que melhor se enquadra e justifica a pertinência da temática escolhida é a Teoria de Défice de Autocuidado na Enfermagem (TDAE) de Dorothea Orem, uma vez que o seu conceito central, o Autocuidado, é “identificado como um recurso para a promoção da saúde e gestão bem-sucedida dos processos de saúde-doença” (Petronilho, 2012, p. 13).

Para Orem (2001) o Autocuidado é “o uso deliberado de meios válidos para controlar ou regular fatores internos e externos que afetam a atividade suave do próprio processo funcional e de desenvolvimento de uma pessoa ou que contribuem para o bem-estar pessoal de uma pessoa” (Orem, 2001, p. 43).

Da TDAE surgiram três teorias que se encontram interrelacionadas, a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Tendo por base esta a teoria, escolheu-se a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (TSE) para nortear a prática de cuidados a desenvolver durante a execução deste projeto de estágio.

Segundo Orem (2001) a Teoria dos Sistemas de Enfermagem “estabelece a estrutura e o conteúdo da prática de Enfermagem”. É nesta Teoria que é determinado como é que os enfermeiros, os doentes ou ambos, dão resposta as necessidades de autocuidado do doente, numa relação entre as necessidades de autocuidado e capacidades de desempenho das atividades de autocuidado. Os cuidados de enfermagem são mediados pela existência de um défice de autocuidado, tendo por base o que a pessoa consegue realizar (ação de autocuidado) e o que necessita de ser realizado para manter o funcionamento desejado (necessidade de autocuidado) (Orem, 2001, p. 147; Petronilho, 2012).

Segundo Petronilho (2012), com objetivo de dar resposta aos requisitos de autocuidado dos indivíduos, Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem, que são:

- O Sistema Totalmente compensatório, utilizado quando os indivíduos não conseguem envolver-se nas ações de autocuidado, tornando-os socialmente dependentes de outros para a sua sobrevivência e bem-estar, e que envolvem indivíduos incapazes de envolver-se em qualquer forma de ação deliberada (ex.: em coma); indivíduos conscientes, mas incapazes de desempenhar funções que impliquem a deambulação ou outros movimentos de manipulação (ex.: tetraplégicos); indivíduos com incapacidade para atender às suas necessidades e tomar decisões sobre o autocuidado ou outras funções, mas que não apresentam limitações físicas e que com supervisão ou orientação realizam algumas tarefas de autocuidado (pessoas com alterações cognitivas).

- O Sistema Parcialmente Compensatório, utilizado quando em situações que o enfermeiro, individuo ou outros, realizam tarefas de autocuidado relacionadas com a deambulação ou manipulação. Os cuidados são prestados pelo enfermeiro, que tenta compensar as limitações da pessoa, realizando por si as tarefas de autocuidados que o mesmo não consegue executar. O papel principal tanto pode ser do enfermeiro como da pessoa, e este varia consoante as limitações que advêm da condição de saúde do doente ou de prescrições médicas; consoante o conhecimento científico e técnico e das habilidades bem como da motivação/força de vontade da pessoa para executar ou aprender atividades específicas.

- O Sistema de Apoio – Educação, utilizado quando existe capacidade de autocuidado, no entanto é necessário apoio, orientação e instrução do enfermeiro para o execução e desenvolvimento da atividade de autocuidado. A pessoa é capaz de realizar ou pode e deve aprender as tarefas necessárias com terapêuticas de autocuidado orientadas, necessitando de assistência. O enfermeiro deve utilizar como estratégias o apoio, orientação, ambiente facilitador de desenvolvimento e aprendizagem.

Tendo em conta as Competências Específicas do EEER, definidas pela OE, o EEER “implementa programas de (...) reeducação funcional motora” e “ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos

(internamento/domicílio/comunidade)” e que vai de encontro ao que foi referido anteriormente (OE, 2010, p. 3).

A sua utilização permitiu orientar a intervenção na prestação de cuidados respeitando os sistemas em que a pessoa se insere, uma vez que determina como é que os enfermeiros, a pessoa ou ambos, dão resposta as necessidades de autocuidado da pessoa, numa relação entre as necessidades de autocuidado e capacidades de desempenho das atividades de autocuidado.

Através da avaliação inicial da pessoa pretendeu-se realizar o planeamento de cuidados tendo em consideração qual o sistema em que a pessoa se encontra nesse momento, podendo ser ele um Sistema Totalmente Compensatório, Sistema Parcialmente Compensatório ou Sistema de Apoio-Educação.

No que diz respeito à pessoa submetida a ATA espera-se, numa fase inicial, que esta se enquadre num Sistema Totalmente Compensatório, pela sua incapacidade de desempenhar ações que impliquem deambulação ou outros movimentos de manipulação. A evidência demonstra que o levante e a deambulação precoce devem ser instituídos o mais precocemente possível para prevenir complicações associadas à imobilidade. Desta forma, é esperado que a pessoa dentro das primeiras 24 a 48 horas, se hemodinamicamente estável, realize levante e treino de marcha, transitando desta forma para um Sistema Parcialmente Compensatório, em que inicialmente o enfermeiro terá um papel principal na realização das tarefas de autocuidado, no entanto através do treino, ensinamentos e da motivação da pessoa, possa ser a pessoa a assumir a centralidade desse papel na execução das tarefas de autocuidado.

Por fim e tendo em vista o regresso à comunidade, pretende-se que a pessoa submetida ATA possua as capacidades necessária para o autocuidado, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução do enfermeiro para execução e desenvolvimento da atividade de autocuidado, integrando-se assim no Sistema de Apoio-Educação. No entanto, sempre que não se conseguir atingir este nível de independência, é necessário que o enfermeiro garanta a continuidade de cuidados entre o hospital e a comunidade, através da referenciação da pessoa para a Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCI), execução da nota de alta ou transferência e se aplicável realização de Follow-Up.

2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Face a tudo que foi referido anteriormente, bem como pelo que é preconizado pela OE como intervenção do EEER, este projeto centrou-se, por um lado, na questão do cuidar da pessoa submetida a ATA e sua família, e por outro, na aquisição das competências do EEER a desenvolver no percurso de formativo.

Tendo como ponto de partida a temática abordada, foram estabelecidos objetivos gerais e específicos, sustentados nas competências comuns do EE e as competências específicas do EEER. Para tal foi previamente elaborado um planeamento das atividades que foram sendo concretizadas no decorrer dos estágios, mediante a mobilização dos recursos necessários. O planeamento e cronograma das atividades encontram-se no Apêndice I deste Relatório.

Segundo Abreu (2007) a formação clínica constitui um contexto onde é possível integrar diversas lógicas e desenvolver competências nos domínios como a prestação e gestão de cuidados, a prática profissional, ética e legal e o do desenvolvimento profissional.

Assim, para aquisição e consolidação das competências comuns do EE e específicas EEER, contribuiu o plano de estudos deste curso de Mestrado, que mostrou ser de extrema importância para o desenvolvimento de um corpo teórico e de uma capacidade reflexiva sobre a prática de cuidados, bem como as dezoito semanas estágio previstas no Estágio com Relatório. Ainda segundo Abreu (2007, p.13) a formação em contexto clínico permite “o desenvolvimento de competências clínicas (gerais e especializadas), integração da teoria e prática, criação de disposições para a investigação, socialização profissional e formação da identidade profissional, através da sucessão de experiências socioclínicas e identificação de “modelos” profissionais.”.

O estágio, ou aprendizagem clínica, é colocado por diversos autores no epicentro da formação em enfermagem. Segundo Koh (2002a,2002b), citado por Abreu (2007, p.13), o propósito da aprendizagem clínica é fornecer aos estudantes uma oportunidade para crescer e desenvolver-se com pessoa e profissional de saúde.

Para implementação do meu Projeto de Estágio foram escolhidos dois locais de estágio; a seleção dos mesmos foi realizada tendo por base as boas referências dos locais no que diz respeito à intervenção do EEER, pela possibilidade de desenvolver as competências comuns do EE e específicas do EEER, bem como pela possibilidade de interagir com pessoas e famílias submetidas a ATA, tema por mim escolhido na construção do Projeto de Estágio.

O meu primeiro estágio decorreu numa UCC de um Centro de Saúde do Concelho de Sintra. Este Centro de Saúde serve uma população de 72 432 habitantes, maioritariamente mulheres em idade fértil, crianças e idosos, caracteriza-se por ser predominantemente de classe social média-baixa e raça caucasiana. A equipa de Enfermagem de Reabilitação faz parte da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), e funciona com a metodologia de trabalho Enfermeiro Gestor de Caso e tem capacidade para 60 utentes. A população alvo são na sua maioria idosos, com patologias do foro respiratório, neurológico (Acidente Vascular Cerebral), síndromes demenciais e fraturas do colo do fémur. Esta ECCI é constituída por seis enfermeiros, três dos quais EEER, uma fisioterapeuta, uma técnica de serviços sociais e uma psicóloga, o corpo médico pertence às unidades do Centro de Saúde. O EEER é autónomo no planeamento dos cuidados. Estes são prestados durante o período da manhã e abrangem as diversas áreas de intervenção, sensoriomotoras, respiratórias, de eliminação, alimentação, cognitivas, bem como os ensinamentos aos utentes e cuidadores.

Como grande parte da intervenção é realizada em contexto domiciliário é necessário a existência de um processo para cada utente que seja móvel e acessível, desta forma existe um processo (em papel) constituído por uma folha de identificação (impressa do sistema SINUS); documentos com informação proveniente da RNCCI; folha de Avaliação de Reabilitação e Folhas de Registo.

Assim os registos, no sistema informático (Sclínico e na plataforma da Rede, GestCare) e em papel, são realizados no período da tarde, bem como a articulação com os restantes elementos da equipa e recursos comunitários.

O meu segundo local de estágio foi num dos Serviços de Internamento de um Hospital situado no Concelho de Cascais, especializado na área da ortopedia e traumatologia. Este Hospital tem como missão contribuir de forma eficiente para a promoção da saúde da população, comprometendo-se a prestar um conjunto

diversificado de cuidados que se caracteriza pelo elevado nível de qualidade, facilidade no acesso e pela resposta em tempo útil, disponibiliza ainda profissionais de saúde que se centram na obtenção de ganhos em saúde e na satisfação dos utentes (tendo em conta valores como a humanização, a qualidade e a formação).

O serviço de internamento era composto por 4 salas (enfermarias), mais uma de isolamento com duas camas, possuindo na sua totalidade capacidade para 20 utentes, e uma sala de enfermagem. O serviço possuía como áreas comuns as duas casas de banho (totalmente adaptadas, uma com cama banheira); um refeitório para uso dos utentes e uma varanda de acesso ao exterior. Existia ainda, um jardim interior, que os utentes podiam usufruir na companhia dos familiares, dentro do horário de visita. Durante o meu estágio os serviços de internamentos foram mudados para novas instalações, num edifício construído de raiz para servir as necessidades dos utentes que recorrem a este Hospital. Desta forma os internamentos passaram a ter quartos de duas tipologias, quartos duplos ou individuais, e dois quartos de isolamento. A lotação do internamento aumentou de 20 para 30 utentes, mas aquando do estágio não se encontravam todas as vagas disponíveis por necessidade de aumentar a equipa de enfermagem. Nas novas instalações cada quarto era composto por uma casa de banho (totalmente equipada e adaptada), existia também um refeitório para os utentes e uma sala de espera para os familiares, tendo-se perdido o acesso ao jardim interior. Quanto às salas de enfermagem, passaram a ser duas, uma para registos e preparação de terapêutica, com balcão de receção do internamento (de fácil contacto com os utentes e famílias) e outra reservada para as passagens de ocorrências.

Os utentes internados podem ter duas proveniências, da consulta externa, sendo utentes com internamentos/cirurgias programados/as ou transferidos de um Hospital do Concelho de Lisboa (com quem asseguram o serviço de traumatologia ortopédica dos concelhos de Lisboa e Oeiras), sendo estes utentes do foro da traumatologia ortopédica (seja ela com indicação cirúrgica ou conservadora). Assim sendo existe uma grande variabilidade patologias nos utentes internados, sendo das mais comuns, a artroplastia total da anca, artroplastia total do joelho, artroplastia total do ombro, cirurgia à coluna e dentro da traumatologia as fraturas dos membros inferiores ou superiores com redução e colocação de material de osteossíntese; bem como fraturas dos componentes da bacia para tratamento conservador.

A equipa de enfermagem é constituída por 13 enfermeiros, 5 dos quais enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (incluindo a enfermeira chefe do serviço) e os horários da equipa são organizados por turnos (manhã, tarde e noite), num total de 35 horas semanais. No turno da manhã encontram-se escalados 3 ou 4 enfermeiros, no turno da tarde 2 ou 3 e no turno da noite 1 ou 2 enfermeiros, no entanto maioritariamente o número de enfermeiros por turno encontra-se no mínimo estabelecido.

No que diz respeito à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, existem tardes (de 2ª a 6ª feira) atribuídas em horário, pela enfermeira chefe de serviço, pelos elementos especialistas em reabilitação, designadas de “tardes de reabilitação”, onde o elemento escalado avalia os utentes e implementa planos de reabilitação, não fazendo os cuidados de generalista (surge como elemento fora de escala). No entanto pela escassez de recursos humanos, e neste caso de enfermeiros, não têm sido programadas mais do que uma tarde por mês dedicada à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Desta forma, os elementos especialistas em reabilitação e que se encontram na prestação direta de cuidados, sempre que possível integram a sua intervenção especializada/diferenciada mesmo quando se encontram na prestação de cuidados generalistas.

Foi-me proposto realizar um dia de observação nas consultas de enfermagem e outro turno no bloco operatório, ideia que aceitei de imediato, a fim de conhecer todos os percursos do utente, para além do internamento. No entanto, as referidas consultas não são realizadas por um EEER, sendo consultas de enfermagem pré-operatórias, considero que esta consulta deveria ser realizada por um EEER, tendo em conta as competências específicas, ele é o profissional mais capacitado para dar resposta aos objetivos desta consulta, tanto numa perspetiva de ensino, instrução e treino ao utente que irá ser submetido a cirurgia, bem como numa perspetiva de antecipação das necessidades futuras e a sua readaptação ao contexto domiciliário (que deve ser trabalhado o mais precocemente possível), como explico no meu terceiro Jornal de Aprendizagem (Apêndice V).

Os registos são realizados em processo físico (uma pasta para cada utente) e não numa plataforma informática, sendo este partilhado por todos os elementos da

equipa multidisciplinar, Enfermeiros, Médicos, Assistente Social e Fisioterapeutas. Os registos de enfermagem são compostos por uma Folha de Colheita de Dados; Escalas (Índice Barthel, Escala de Morse); Plano de Cuidados de Enfermagem; Folhas de Registo de Enfermagem e Folha de Registo de Enfermagem de Reabilitação.

No próximo subcapítulo procederei à descrição e análise das atividades desenvolvidas no decorrer do Estágio com Relatório, delineadas para atingir os objetivos planeados no Projeto de Estágio com o fim de adquirir as competências comuns do EE e específicas do EEER.

2.1. Descrição e Análise das Atividades Desenvolvidas em Função dos Objetivos

Com a descrição e análise das atividades desenvolvidas espera-se demonstrar o alcance dos objetivos específicos definidos no Projeto de Estágio.

O primeiro objetivo específico - “Integrar a Equipa Multidisciplinar”, foi desenvolvido nos dois locais de estágio, na UCC e no Serviço de Internamento. Considero que em ambos os locais de estágio o objetivo foi claramente atingido. Para o meu primeiro local de estágio, na UCC, aquando da escolha dos locais de estágio, havia realizado uma visita e uma entrevista informal com a enfermeira coordenadora da ECCI, onde me foi explicado a dinâmica e organização da ECCI, nomeadamente da Equipa de Reabilitação. Assim quando me apresentei na UCC para iniciar o estágio já possuía conhecimentos sobre o funcionamento daquela unidade, mais especificamente do trabalho realizado pela Equipa de Reabilitação; essas informações foram novamente reforçadas pela enfermeira que me orientou (EEER), tendo sido realizada uma visita guiada a fim de conhecer todas as unidades que integram o Centro de Saúde, nomeadamente a UCC em questão e apresentação dos profissionais que as incorporam. A visita realizada, as reuniões e os momentos de partilha com EEER orientadora e restante equipa multidisciplinar foram experiências cruciais para conhecer e compreender a dinâmica organizacional da UCC e das diversas valências.

Para além do que foi referido, contribuíram também para minha integração na UCC, a consulta de documentos para conhecer os objetivos, procedimentos e rotinas de organização, mais especificamente da equipa de reabilitação; observação da

dinâmica e organização do trabalho da equipa de reabilitação e articulação com as restantes equipas; mobilização dos conhecimentos prévios (científicos, técnicos e humanos) para planear e implementar cuidados especializados, dentro da equipa multidisciplinar. A explicação do funcionamento da UCC encontra-se definida com mais pormenor no meu primeiro Jornal de Aprendizagem (Apêndice III). As atividades desenvolvidas para dar resposta ao primeiro objetivo foram pertinentes pois permitiram a minha integração na equipa multidisciplinar de uma forma célere e bem conseguida, mas não menos importante foi a disponibilidade demonstrada pela equipa, mais especificamente da EEER orientadora de me transmitir um sentimento de pertença, bem como da minha importância dentro da equipa. As atividades desenvolvidas contribuíram também para me sentir capaz de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação aos utentes; o sentimento de inclusão na equipa e a mobilização pertinente dos conhecimentos científicos, técnicos e humanos, contribuíram para que a enfermeira orientadora sentisse confiança na minha intervenção, o que facilitou o meu processo de integração. Ao entrar em casa dos utentes, senti-me como um elemento da equipa e não como um elemento estranho, sendo bem recebida pelos utentes e famílias, o que me permitiu intervir sem receios, lado a lado com a EEER Orientadora na implementação de planos de reabilitação; tendo sido possível realizar Reeducação Funcional Respiratória (RFR) (Consciencialização e Dissociação dos tempos Respiratórios, Técnicas de limpeza da via aérea, Reeducação de Costal Seletiva e Global); Reeducação Funcional Motora (RFM) (Mobilizações e posicionamentos da pessoa no leito, Mobilizações articulares; Exercícios Isométricos; Exercícios Ativos e Ativos Resistidos; Técnica de levantar, sentar e subir/descer escadas) e Reabilitação Neurológica (mobilizações das articulações; promoção de posicionamentos anti-espásticos; exercícios terapêuticos, como rolamentos, ponte e auto-mobilizações). Todas as técnicas executadas aos utentes foram acompanhadas de ensinamentos ao utente e ao cuidador, que na sua maioria permanecem a observar a nossa intervenção, considero que isto foi possível pelo sentimento de pertença à equipa, bem como pela aceitação que senti por parte dos utentes.

No segundo local de estágio, Serviço de Internamento de Ortopedia, foi também realizada uma visita e entrevista informal, cerca de 2 semanas antes do início do estágio. Esta visita foi realizada pela Sra. Enfermeira Chefe do Serviço, também

EEER, onde me foi esclarecida a orgânica do serviço, o tipo de utentes que recebem, as principais cirurgias a que são submetidos e qual a intervenção do EEER. Quando iniciei este estágio a Sra. Enfermeira Chefe do Serviço, apresentou-me à EEER orientadora, e esta por sua vez realizou uma visita guiada ao serviço, a fim de conhecer todo o espaço e os elementos da equipa multidisciplinar (que me foram sendo apresentados ao longo do estágio).

No que diz respeito à minha integração no serviço de internamento e na equipa multidisciplinar esta decorreu sem qualquer obstáculo, tendo sido bem-recebida por todos os elementos; foram-me explicadas as rotinas do serviço, apresentado o espaço, pude consultar as pastas com os documentos do serviço (acesso a protocolos, folhetos, folhas de registo, processos do utente), sendo sempre auxiliada pela EEER orientadora, e restante equipa multidisciplinar, quando me deparei com alguma dúvida, como demonstrado no meu Terceiro Jornal de Aprendizagem (Apêndice V).

Importante referir que desde o início, tanto a EEER orientadora como os restantes elementos da equipa multidisciplinar, me consideravam como um elemento da equipa, como se já fosse EEER. No entanto, contei sempre com a orientação da EEER orientadora sempre que intervim com os utentes. Era frequentemente solicitada a minha colaboração, e opinião sobre diversos casos, e eu sentia confiança para tal, bem como para sugerir intervenções de EEER. Por exemplo, era frequente os colegas, e até mesmo os elementos da equipa médica, solicitarem para eu realizar os primeiros levantes aos utentes, efetuar treino de marcha com auxiliar de marcha, realizar Reeducação Funcional Respiratória (RFR) consoante a patologia do utente, entre outras intervenções; esta experiência tornou-se enriquecedora e construtiva, uma vez que foram supervisionadas e orientadas pela EEER orientadora e posteriormente analisadas conjuntamente. Desde logo me senti integrada nesta equipa e com a confiança necessária para desenvolver as competências necessária para ser uma EEER.

De acordo com estipulado pela Equipa Pedagógica do Curso, entende-se que a integração na equipa compreende que o enfermeiro assuma o papel de perito em Enfermagem de Reabilitação quando planeia e presta cuidados de maior de complexidade nesta aérea, permitindo a continuidade dos cuidados. Como relatado anteriormente considero que já me foi possível prestar cuidados de maior

complexidade na área da reabilitação, tanto a área do planeamento bem como a da prestação. Ainda segundo os critérios da Equipa Pedagógica do Curso para avaliação da prática clínica, considero que a minha integração na equipa foi bem alcançada, porque consegui desenvolver a minha capacidade de articulação com os restantes profissionais, para garantir um bom planeamento de cuidados bem como a sua continuidade. Apesar dos serviços da comunidade serem vastos, considero conhecer os serviços da comunidade que permitem a continuidade dos cuidados, principalmente na área da Reabilitação, percebendo qual o percurso do utente na RNCCI.

O que foi referido vai de encontro ao que Macedo (2012) defendeu relativamente aos pressupostos para uma integração seja bem conseguida, tal como a existência de colaboração de todos os elementos da equipa, “sem que com isso seja diminuída a responsabilidade do elemento em processo de integração, uma vez que todos os profissionais têm de assumir os resultados e as responsabilidades inerentes às suas práticas, sendo cada elemento uma peça fundamental para a construção do trabalho de equipa e, conseqüentemente, para a qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes” (Macedo, 2012, p. 29).

Foi definido como segundo objetivo específico – “Aprofundar conhecimentos na área da especialidade de enfermagem de reabilitação no contexto da pessoa submetida a artroplastia total da anca”. Pata tal senti a necessidade de consultar bibliografia pertinente, como livros, artigos de revista científicos, trabalhos académicos e apontamentos disponibilizados pelos docentes durante o período curricular. Para dar resposta a uma prática clínica especializada baseada em padrões de conhecimento sólidos e válidos é necessário haver um grande investimento na busca do conhecimento, pois apesar dos conteúdos lecionados durante as unidades curriculares e a consulta da bibliografia pertinente, é no confronto com os utentes e suas especificidades que se integra a teoria na prática. Este contacto serve de estímulo para o desenvolvimento do auto-conhecimento e da assertividade, como defende Benner (1982); a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática clínica é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que pode ser capturado pela teoria em si só, no entanto, esta orienta e capacita-nos para fazer as perguntas certas.

Cada local de estágio ofereceu-me realidades distintas e estimulantes para a procura de um conhecimento mais aprofundado, para além do que tinha sido definido inicialmente no Projeto de Estágio. Para tal foi importante o apoio das EEER orientadoras, bem como a restante equipa, na aquisição novos conhecimentos e na consolidação dos já existentes, sendo aproveitadas por mim todas as oportunidades de aprendizagem.

Assim no meu primeiro local de estágio questioneei a EEER orientadora como poderia colaborar com equipa no que diz respeito a formações ou elaboração de documentos pertinentes e foi-me proposto participar com ela numa formação (já previamente elaborada) a cuidadores formais e informais sobre úlceras de pressão, posicionamentos e transferências; estas duas formações foram estruturadas em duas partes, uma parte teórica e de apresentação dos conteúdos e outra parte prática de exemplificação, com esclarecimento de dúvidas e sugestões. Apesar de esta atividade não estar programada foi importante para a minha integração na equipa, bem como para o desenvolvimento/consolidação de conhecimentos na área da prestação de cuidados a utentes com úlceras de pressão, na área dos posicionamentos e transferências, e para perceber quais as principais dificuldades que os cuidadores formais e informais sentem quando cuidam dos seus familiares/utentes dependentes. Com o decorrer do estágio, propus à EEER orientadora realizar um folheto para posterior entrega aos utentes, intitulado de “Reabilitação Pós Cirurgia ao Fémur: Indicações e Exercícios”; para tal houve necessidade de rever e pesquisar mais bibliografia que suportasse os conteúdos escolhidos. O folheto surgiu pela necessidade de complemento aos ensinamentos e treino que era realizado aos utentes no domicílio, porque percebi que apesar de os utentes aderirem aos planos de reabilitação planeados e implementados, não realizavam com muita frequência os exercícios e indicações que lhes indicávamos para realizar durante a semana, entre as nossas visitas domiciliárias. Esta ideia foi muito bem-recebida pela EEER orientadora, que concordou que poderia ser uma mais valia para os utentes. Escolhi realizar um folheto não tão restritivo, como o tema do meu Projeto de Estágio, para poder alcançar o maior número de pessoas e situações clínicas possíveis, que se encontra em Apêndice VII. A aplicação do folheto não foi possível ainda durante o estágio, porque para que o folheto pudesse ser distribuído teria que passar pela avaliação da direção. Apesar de não ter aplicado o folheto e ter avaliado a pertinência

da sua aplicabilidade, acredito que possa ter contribuído (quando o mesmo for distribuído pelas EEER da UCC aos utentes) para a continuidade das intervenções que se realiza com os utentes em questão.

Assim como no primeiro local de estágio, no Serviço de Internamento Ortopédico senti a necessidade de manter a minha pesquisa, como conferir e partilhar os meus conhecimentos com a EEER orientadora e restante equipa. Sendo já este o segundo estágio, os meus conhecimentos de Enfermagem de Reabilitação (ER) já se encontravam mais consolidados, conseguindo demonstrar uma atitude mais segura e autónoma no planeamento e estabelecimento de programas de ER.

Da mesma forma, que no primeiro local de estágio, questioneei a minha EEER orientadora sobre as necessidades de formação ou de documentos auxiliares, como o serviço se encontrava em reestruturação para abertura do novo serviço, como já referi anteriormente, não havia disponibilidade da equipa para assistir a formações, pois o tempo era utilizado para organização do novo serviço. No que diz respeito a folhetos informativos, o serviço em causa já possuiu uma grande variedade, como por exemplo guias informativos sobre Cirurgia à Coluna, Prótese do Joelho e Prótese da Anca, que incluía informação sobre a intervenção cirúrgica, processo de internamento, preparação para a cirurgia, pós-operatório e alta. No entanto propus à EEER orientadora reorganizar o folheto previamente já realizado por mim, sobre a “Reabilitação Pós Cirurgia ao Fémur: Indicações e Exercícios”, uma vez que nenhum dos documentos, já existentes, indicava exercícios para os utentes realizarem em domicílio, numa perspetiva de continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação e de preparação para a alta. A minha ideia foi novamente bem-recebida pela EEER orientadora e restante equipa, que se comprometeu em levar o folheto à direção de enfermagem para poder ser utilizado como documento de preparação para alta (Apêndice VIII).

Ainda neste contexto foi-me possível contactar com diversos utentes com patologias distintas, pelo que foi necessário investir na pesquisa de conhecimentos na área da cirurgia à coluna e perceber quais os cuidados de enfermagem de reabilitação necessários para planear e implementar programas de reabilitação que visassem a melhoria das limitações da atividade e incapacidades resultantes da intervenção/patologia clínica.

Macedo (2012) suporta o que anteriormente foi referido quando afirma que a profissão de enfermagem implica uma constante atualização de saberes (saber, saber-fazer, saber-ser, saber-estar), onde a reflexão apoiada pela prática clínica se desenvolve, aperfeiçoando o conhecimento e a práxis. Assim e embebida no espírito de atingir o nível de perito, como descreve Benner (1982), manteve a consciência que necessitava de mais oportunidades de aprendizagem e treino para obter mais conhecimentos e consolidar os já existentes, acreditando na premissa que o conhecimento nunca se esgota.

Como terceiro objetivo específico definiu-se - “Compreender as intervenções do EEER, à pessoa portadora de incapacidade, nomeadamente no cuidado à pessoa submetida a ATA”. Para tal foram definidas diversas atividades que considero terem sido cruciais para alcançar este objetivo, entre as quais a consulta dos regulamentos das competências comuns do EE e específicas do EEER da OE. Estes documentos serviram de base para a minha intervenção durante os estágios e por isso fiz-me sempre acompanhar dos mesmos.

A definição e o conhecimento das competências de uma profissão permitem a clarificação do conteúdo funcional dessa mesma profissão, não obstante na enfermagem é fundamental refletir sobre o próprio trabalho, monitorizar a qualidade dos serviços prestados, detetar potenciais problemas, especificar os níveis exigíveis em cada uma das fases formativas e de responsabilidade no exercício da profissão, ser um marco de referência dos sistemas de avaliação e de titulação, ser um gestor de competência, ter maior mobilidade e flexibilidade intraprofissional, facilitar a definição de objetivos formativos para as organizações de ensino, orientar a formação contínua e estruturar as carreiras profissionais nas organizações, de acordo com o nível de competência. Segundo a OE (2010) o perfil de competências comuns e especializadas visa promover um enquadramento regulador para a certificação de competências, bem como dar a conhecer aos cidadãos quais os padrões de cuidados que podem usufruir por parte destes profissionais de saúde (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

Assim, tendo em conta o que foi referido anteriormente, o conhecimento de quais as competências do EEER torna-se imperativo para a compreensão da sua intervenção. As competências comuns do EE estão definidas por domínios, domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria contínua da

qualidade, domínio da gestão de cuidados e por fim do desenvolvimento das aprendizagens profissionais; e como competências do EEER encontra-se definido, cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição a participação para a reinserção e exercício da cidadania e por fim maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Ordem Dos Enfermeiros, 2010, 2011a).

Ainda para responder a este objetivo tinha definido como atividades a mobilização de conhecimentos teóricos, técnicos e científicos sobre as principais alterações motoras e respiratórias da pessoa submetida a ATA, bem como a interpretação de exames auxiliares de diagnósticos e a identificação das necessidades de intervenção para otimizar ou reeducar a função motora e respiratória em parceria com a pessoa/família/cuidador. Acredito que estas atividades foram muito focalizadas no meu tema do Projeto de Estágio, e uma vez que prestei cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com diversas patologias, necessidades ou limitações distintas, foi necessária a mobilização de conhecimentos de outras áreas de atuação do EEER. Tendo por base que o EEER tem um conjunto de conhecimentos e competências especializadas na área da reabilitação, é nos reconhecido a intervenção tanto na recuperação funcional motora, como sensitiva, cognitiva, cardiorrespiratória, comunicação, alimentação, da eliminação e na sexualidade, a fim de recuperar e capacitar toda a pessoa vítima de doença aguda ou crónica que lhe provoque défices funcionais de foro respiratório, ortopédico, músculo-esquelético, cardiovascular e neurológico (Ordem Dos Enfermeiros, 2010).

No estágio da comunidade, na UCC, tive a oportunidade contactar com uma maior diversidade de utentes, patologias, necessidades, tendo sido possível intervir em quase todas as áreas de intervenção definidas pela OE, exceto na área da sexualidade.

Por exemplo, no caso da senhora C. que tinha sido submetida a redução e osteossíntese do fémur esquerdo devido a uma fratura, na sequência de uma queda (já em 2016), tinha sido admitida em ECCI para reabilitação, como descrevo no segundo jornal de aprendizagem (Apêndice IV). A senhora C., apesar de estar em ECCI para reabilitação pós uma fratura do fémur, já tinha sofrido, em 2015, um Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico, resultando uma hemiparesia à direita.

Desde então percebi, que a complexidade da situação não se retinha na patologia que motivou o ingresso da utente no programa de reabilitação. Para além da reabilitação pós fratura, esta utente tinha sequelas bastante limitativas do AVC que teve em 2015, a hemiparesia à direita, com dificuldade na motricidade fina da mão direita (hipotonia da mão), diminuição da força muscular ao nível da coxofemoral (Escala de Lower 3/5) e joelho direito (Escala de Lower 3/5) e por fim presença de pé pendente à direita (Escala de Lower 2/5).

A senhora C. demonstrava que tinha perdido a esperança de poder sair de casa (referindo “eu nunca mais vou conseguir” (SIC)) e de poder voltar a fazer as coisas que gostava; sentia-se pressionada pelo marido no que diz respeito à aquisição da competência para subir e descer escadas (antes da queda o casal passeava com regularidade, mas atualmente não podiam realizar pelo grau de dependência da utente), o que a deixava triste, com humor deprimido, provocando alguns atritos na díade marido/mulher.

O plano de reabilitação para esta utente tinha como objetivos o aumento da autonomia através da aquisição de marcha de segura com andarilho, com fortalecimento muscular e aumento da tolerância a esforços e melhoria das amplitudes articulares dos membros inferiores (principalmente ao nível da tibiotársica direita), da aquisição da competência para subir/descer escadas, treino de AVD, e RFR e bem como o apoio à utente e cuidador. Ao longo das várias visitas foram realizados exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores deitada, sentada e em pé (não sendo aplicada resistência ao nível da tibiotársica direita), mobilização das articulações afetadas e execução de exercícios terapêuticos no leito, exercícios de RFR (controlo e dissociação dos tempos respiratórios, ensino sobre respiração abdomino-diafragmática, reeducação costal seletiva e global, ensino de técnicas de limpeza das vias aéreas), ensino e treino de marcha com andarilho com adaptação à utente: efetuado treino de escadas com um degrau construído pelo marido com tábuas de madeira (que conforme a evolução da senhora C. pregava mais uma tábua de madeira – na altura o “degrau” apresentava um altura normal, cerca de 20 cm; devido à patologia neurológica a subida do degrau iniciava-se com o membro inferior operado e só depois o membro inferior esquerdo – apesar da literatura dizer que se deva fazer o oposto, teve-se que adequar o ensino à utente para lhe proporcionar a maior segurança possível, uma vez que apresenta diminuição da amplitude articular da

tibiotársica direita) e treino com pedaleira (que a utente foi aumentado a tolerância ao esforço). Ao longo do plano de reabilitação, a senhora C. mostrou-se mais animada e interessada na sua recuperação, conseguindo reconhecer os ganhos significativos que teve, refletindo-se numa maior autonomia (realização da sua higiene parcial no Wc, sem ajuda; deslocação pela casa apenas com apoio de andarilho; deitar e levantar-se de forma autónoma); quanto ao seu relacionamento com o marido considerava-se ainda muito pressionada por ele, por ainda não conseguir subir e descer escadas para poder sair de casa, foi explicado à utente que o seu marido só deseja que ela recuperasse o suficiente para que ambos pudessem voltar a fazer as coisas que gostam e que seria uma forma de ele mostrar a sua preocupação.

Neste caso, considero que as intervenções implementadas foram centradas na pessoa, através de um cuidado individualizado, tendo em conta as características pessoais da utente, as suas preferências, sendo flexíveis e adaptados a cada circunstância. Foi promovida a participação da utente na tomada de decisão e nos cuidados. Os cuidados centrados na pessoa requerem uma relação terapêutica entre os profissionais, clientes e pessoas significativas, e essa relação deve estar assente na confiança mútua, compreensão e na partilha coletiva do conhecimento (McCormack & McCance, 2006).

Segundo as conclusões da revisão literária de Suhonen, Välimäki e Leino-Kilpi (2008) sobre os resultados das intervenções individualizadas do enfermeiro, em pacientes adultos, as intervenções de enfermagem individualizadas são mais eficazes que as intervenções standarizadas, as intervenções dirigidas a um grupo e as rotinas. As intervenções individualizadas proporcionam melhores resultados, como adoção de comportamentos mais saudáveis, diminuição da ansiedade e aumento da confiança. Apesar do treino de escadas se efetuar iniciando a subida com o membro inferior não operado, como Marques-Vieira & Sousa (2016) descrevem nos exercícios de RFM no período pós-operatório, considero que a adequação feita tendo em conta a hemiparésia da utente foi a escolha mais sensata e representativa de uma intervenção de enfermeiro especialista de reabilitação. Para uma boa prática clínica, é necessário ser capaz avaliar a situação da pessoa, em processo de doença, tendo em conta a sua complexidade e singularidade, o que foi demonstrado pela a avaliação da situação em concreto e elaboração de um plano de cuidados individualizado.

Sendo o objetivo do plano de reabilitação aumentar a autonomia da utente, considero que as intervenções planeadas e os cuidados prestados foram os indicados para dar resposta ao mesmo. Segundo um estudo de Petronilho et al (2010), sobre impacto da (in) capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado após evento crítico, o autocuidado relacionado com atividade física, andar ou transferir-se, assume um papel preponderante na autonomia da pessoa. No caso da senhora C. acrescentaria a aquisição do autocuidado relacionado com o subir e descer escadas, uma vez que a utente mora num 2º andar sem elevador, mantendo-a impossibilitada de sair de casa. Sendo neste momento o foco da reabilitação da utente.

Esta experiência de aprendizagem foi uma mais valia, na medida em que me permitiu prestar cuidados a uma pessoa, com patologias distintas do foro motor e neurológico, tendo sido necessário adequar a intervenção à individualidade da utente em questão. Tendo por base o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, considero que com esta aprendizagem desenvolvi a minha capacidade de identificar as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função a nível motor, cardiorrespiratório e da realização de AVD, bem como a selecionar as intervenções mais adequadas, tendo por isso desenvolvido a minha capacidade de ensinar, demonstrar e treinar técnicas que visem a promoção do autocuidado e a capacitação da pessoa, sabendo usar indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação (como por exemplo o aumento da independência e da qualidade de vida) (Ordem Dos Enfermeiros, 2010).

Assim, como na UCC, este objetivo foi igualmente atingido com sucesso no Serviço de Internamento de Ortopedia, uma vez que consegui adequar a minha intervenção como futura EEER no cuidado aos utentes internados.

Relembro-me especificamente de um caso, que vai diretamente responder a este objetivo. No decorrer do meu estágio foi-me possível prestar cuidados à senhora E. que tinha sofrido de uma queda em casa, causando-lhe fratura do colo de fémur esquerdo, tendo por isso sido submetida a ATA à esquerda. O internamento desta utente foi muito prolongado porque o seu processo de reabilitação foi dificultado pelo agravamento do quadro demencial (que já possuiu antes do evento crítico, mas numa fase inicial). Ao longo das várias semanas de internamento, a minha intervenção foi dirigida à utente tendo por base a RFM, RFR e treino de AVD, mas também focalizada

na família, os futuros cuidadores informais quando a utente regressasse a casa. Num dos primeiros contactos com um dos filhos, após proceder à minha apresentação e explicar que era estudante de especialidade de reabilitação, o mesmo questiona-me sobre qual a diferença entre nós, EEER e os fisioterapeutas. Para tal tive que me lembrar quais as competências definidas pela OE e que visam também, como já referi anteriormente dar a conhecer aos cidadãos qual a intervenção que podem esperar dos EEER. De uma forma muito sucinta, mas sem fazer comparações, porque cada profissional tem a sua intervenção bem definida e distinta, expliquei que um EEER é um enfermeiro com um conhecimento mais profundo num domínio específico da enfermagem, de reabilitação, e que abrange múltiplas áreas de intervenção, a área motora, sensitiva, cognitiva, cardiorrespiratória, da comunicação, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. Expliquei que o que nos distingue dos demais elementos da equipa de reabilitação, é a forma de estar perante a pessoa, uma vez que a nossa intervenção é comandada pela preocupação pelo outro no seu todo e não apenas na sua condição de saúde/doença, restrição/limitação da atividade. Por fim esclareci que o EEER cuida de pessoas com necessidades especiais, capacita e maximiza a funcionalidade dessas mesmas pessoas, tentando incluir sempre que possível os cuidadores/família. Como Hesbeen (2003) afirmou, a enfermagem de reabilitação é “interessar-se pela pessoa, ajudá-la a viver, mesmo quando a reparação do corpo não é possível, pelos meios técnico-científicos da medicina” (Hesbeen, 2003, p. 4).

Considero que as atividades planeadas e executadas, para compreensão das intervenções do EEER à pessoa portadora de incapacidade, nomeadamente à pessoa submetida a ATA, mostraram-se congruentes e relevantes, pois permitiram a consolidação, mobilização de conhecimentos que definem qual a intervenção do EEER, bem como a identificação das necessidades de intervenção das pessoas para um cuidar especializado e individualizado.

Para quarto objetivo propus-me – “Analisar o impacto da ATA no autocuidado da pessoa, família/cuidador”, para tal defini atividades direcionadas ao desenvolvimento de conhecimentos teóricos, técnicos e científicos sobre a TDAE e outras à avaliação do défice de autocuidado e do impacto da ATA no autocuidado da pessoa, família/cuidador.

Para a concretização deste objetivo, foi essencial a utilização de instrumentos de medida na avaliação dos utentes, em ambos os locais de estágios, nomeadamente

o Índice de Barthel (Anexo I), a Escala de Berg (Anexo II), Medical Research Council – Escala de Dispneia (Anexo III); Medical Research Council – Escala Força Muscular (Anexo IV); Escala de Lower (Anexo V), Escala Modificada de Ashworth (Anexo VI), Categorias Funcionais da Marcha (Anexo VII), Índice de Katz (Anexo VIII), Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) (Anexo IX), assim como um documento para avaliação do impacto no autocuidado segundo a TDAE desenvolvido por mim, com a avaliação da ação do autocuidado, avaliação dos requisitos para o autocuidado e por fim a avaliação dos Sistemas de Enfermagem em que se inserem (Apêndice IX).

Apesar de ter definido realizar entrevistas que avaliassem o impacto no autocuidado da pessoa submetida a ATA e família/cuidador, estas não foram necessárias porque na avaliação ao utente e família/cuidador foi possível reconhecer o impacto, da situação atual da pessoa, no seu autocuidado.

No estágio da UCC, contactei com a senhora C, que tinha sofrido uma queda da própria altura, tendo resultado dessa queda uma fratura peri-trocantérica do fémur esquerdo. A utente foi submetida a redução fechada de fratura com fixação interna do fémur esquerdo (colocação de cavilha gama curta). Antes do incidente, era independente na realização das AVD, mas atualmente apresentava segundo o Índice de Barthel uma incapacidade funcional grave, associada a uma força de 2/5 ao nível do membro inferior (coxofemoral, joelho e tibiotársica) esquerdo segundo a Escala de Lower, estando inserida num Sistema Totalmente Compensatório, segundo a TDAE (Apêndice X). Nos primeiros contactos com a utente e familiares (filhas), foi possível perceber que a senhora C. se encontrava grandes períodos deitada na cama, realizava levante com ajuda total para cadeira de rodas uma vez por dia (onde permanecia pouco tempo), sendo totalmente dependente nas atividades de vida ligadas à higiene, à deambulação e à eliminação vesical, dependendo das suas filhas para a realização das mesmas. Para além destes factos, possuía um défice cognitivo/síndrome confusional (não estudado) que a impedia de ser autónoma, mesmo antes do incidente crítico. Um dos objetivos definidos para o plano de reabilitação desta utente seria melhorar os níveis de independência, para tal foi necessário melhorar a mobilidade da utente através do aumento da capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se, aumentar a capacidade de andar com auxiliar de marcha e melhorar a capacidade em usar dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário. Desta forma a minha intervenção, sob orientação da

EEER orientadora, foi baseada no ensino, instrução e treino tanto à utente e como às filhas, mostrando a ambas as potencialidades da utente ao longo das sessões de reabilitação (visitas domiciliárias) e os benefícios do aumento independência para a qualidade de vida familiar. Por exemplo numa fase inicial a utente era dependente nas transferências, não realizando transferências de cama/cadeira/cama autonomamente, mas com capacidade para as realizar com apoio de uma pessoa (por manter força muscular nos membros superiores e no membro inferior direito, como avaliado pelas Escala de Lower), após o reforços dos ensinamentos à utente e filhas sobre adaptação do domicílio para as transferências (remoção de obstáculos e colocar cadeira de rodas ao lado da cama) e treino da técnica de transferência, ao fim da terceira semana a utente conseguia transferir-se com ajuda mínima (apoio na perna intervencionada), de forma segura e sem dificuldade. Outro aspeto trabalhado com esta família foi a aquisição da marcha, inicialmente era evidente o medo que a utente e filhas tinham de novas quedas e por isso todos os percursos entre divisões eram realizados em cadeira de rodas; ao longo das visitas foi-se desmistificando essa ideia, através da demonstração de como realizar uma marcha segura com apoio de um auxiliar de marcha, resultado disso e de uma forma progressiva a utente foi adquirindo uma marcha segura com andarilho, que lhe permitia deambular cerca de oito metros (dentro de casa), podendo explorar novamente as várias divisões (dentro das quais a sala e ficar por curtos períodos à janela, com referiu gostar de fazer). No que diz respeito à utilização do sanitário, como já referi anteriormente, a utente era dependente porque realizava as suas necessidades de eliminação na fralda, necessitando de ajuda de uma das filhas para a sua higiene e troca de fralda. Após a aquisição da marcha e melhoria na capacidade de transferência, foi incentivada a utilizar o sanitário para satisfazer as suas necessidades de eliminação; para facilitar o processo foi realizado o aconselhamento para utilização de um dispositivo auxiliar para este autocuidado, que uma das filhas já tinha adquirido, mas por desconhecimento da forma de utilização ainda não tinha sido utilizado. Para tal foi realizado ensino sobre a técnica de transferência para o alteador de sanita e incentivada a utente a realizá-lo sempre que possível, conseguindo-se que a mesma o utilizasse durante o dia, mantendo a fralda apenas de forma preventiva. Acredito que para esta utente e família os ganhos que tiveram no decorrer da sua reabilitação, diminuíram o impacto do evento crítico no autocuidado. Segundo Martins, Araújo,

Peixoto e Machado (2016) o “autocuidado refere-se, no sentido lato, ao que as pessoas fazem por elas próprias para estabelecer e manter a saúde, prevenir e lidar com a doença ou incapacidade, assumindo a responsabilidade pessoas pelo seu próprio bem-estar”. Considero que através do reconhecimento do impacto que os eventos críticos têm no autocuidado da pessoa e família/cuidador, consegue-se direcionar a intervenção a fim de se conseguir facilitar os processos de transição inerentes, nomeadamente dos familiares cuidadores (como o caso relatado), através da “capacitação dos familiares cuidadores sobre os cuidados a assegurar; apoiar as famílias nas decisões, sobretudo, as que envolvem maior complexidade nos cuidados a assegurar; advogar a utilização de equipamentos adaptativos e de recurso na comunidade, promotores da reconstrução da autonomia do dependente e facilitadores do exercício do papel de prestador de cuidados” (Martins, Araújo, Peixoto, & Machado, 2016, p. 13 e p. 88).

À semelhança do que foi referindo anteriormente, no estágio do Serviço de Internamento de Ortopedia, foi possível cumprir este objetivo, agora num contexto hospitalar, para tal a utilização de escalas de avaliação e o documento de avaliação do impacto no autocuidado serviram para analisar as necessidades de autocuidado e o impacto no autocuidado especificamente à pessoa submetida a ATA e família/cuidador. Por exemplo, no caso do senhor C (Apêndice XI), antes da cirurgia e segundo o Índice de Barthel era independente, bem como segundo o Índice de Katz e segundo a Escala de MIF, no pós-operatório (ATA à direita) passou a ter uma avaliação de ligeiramente dependente (com classificação de 65 pontos no Índice de Barthel), uma avaliação de muito dependente segundo o Índice de Katz e de Dependência Modificada (assistência até 25% das tarefas) segundo a Escala de MIF. Através da aplicação destas três escalas percebe-se que a intervenção cirúrgica teve impacto no autocuidado do senhor C através da diminuição dos seus níveis de independência. Já pela avaliação do impacto no autocuidado tendo por base a TDAE, o Senhor C, passa de um sistema de Apoio para o Sistema Parcialmente Compensatório, na medida em que no pós-operatório existem tarefas de autocuidado que não consegue realizar como por exemplo subir e descer escadas, higiene dos membros inferiores e vestir os membros inferiores sem ajuda.

Através da avaliação foi realizado o plano de reabilitação (como está descrito no Apêndice XI) e posterior aplicação em parceria com o senhor C., através do qual

se conseguiram ganhos mesuráveis (através de escalas). No momento da alta o senhor C, já tinha adquirido quase na totalidade os seus níveis de independência, referindo e demonstrando maiores dificuldades no vestir e despir os membros inferiores e no subir e descer escadas, para ambas as tarefas necessitava de ajuda mínima (uma pessoa).

O meu quarto objetivo foi assim atingido em ambos os locais de estágio, através das atividades planeadas. Ou seja, através da prestação de cuidados e da reflexão dos casos clínicos, anteriormente descritos e em todos os vivenciados, sendo necessário recorrer à bibliografia pertinente como forma de orientar a minha atuação em alicerces fundamentados. Reconheço que a análise do impacto da ATA no autocuidado da pessoa de quem cuidamos, através da aplicação de escalas, bem como da colheita de dados é fundamental para a realização de um plano de reabilitação que responda às necessidades do utente, família/cuidador, a sua aplicação não foi apenas para responder a este objetivo tendo sido utilizada na avaliação dos utentes a quem prestei cuidados. O que foi anteriormente descrito vai de encontro a um dos focos de atuação do EEER, como referiu Marques-Vieira & Sousa (2016), “a dependência no autocuidado apresenta-se com um foco central no processo de cuidados dos enfermeiros, particularmente do EEER, numa orientação para capacitar a pessoa no desempenho das atividades que compõem cada um dos diversos domínios do autocuidado.” (Marques-Vieira & Sousa, 2016, pag. 8).

Como quinto objetivo específico definiu-se – “Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com incapacidade, nomeadamente à pessoa submetida a ATA e família/cuidador”, tendo em vista a promoção do autocuidado, utilizando o processo de enfermagem. Para tal, e como definido pela OE (2010) no regulamento das competências específicas do EEER é necessário avaliar a funcionalidade e diagnosticar as alterações que resultem em limitações da atividade e incapacidades, para a posterior concessão, implementação e avaliação dos planos e programas especializados que tenham em vista a qualidade de vida, a reintegração e participação na sociedade. O processo de enfermagem foi a metodologia de trabalho utilizada, assim todos os planeamentos dos cuidados de ER, bem como os objetivos de reabilitação a atingir, foram realizados com a pessoa alvo dos cuidados e/ou familiar/cuidador, e com a validação das EEER orientadoras, tendo em vista a promoção do autocuidado (OE, 2010, pag. 3).

Para dar resposta a este objetivo propus-me realizar a avaliação neurológica, sensoriomotora e cardiorrespiratória dos utentes alvos dos meus cuidados, bem como recorrer a instrumentos de avaliação disponíveis no contexto, tendo também recorrido a outros instrumentos para realização dos estudos de caso em ambos os locais (Apêndice X e Apêndice XI), como já referi anteriormente. Outra das atividades definidas foi a avaliação, controlo e monitorização da dor da pessoa, nomeadamente no pós-operatório da pessoa submetida a ATA, que apenas apliquei no segundo estágio (Serviço de Internamento de Ortopedia). As restantes atividades correspondiam à realização dos planos de intervenção, a aplicação dos mesmo e posterior avaliação, à realização de cuidados de ER a pelo menos 3 pessoas com incapacidade, nomeadamente a pessoas submetidas a ATA (tendo em conta a Teoria dos Sistemas de Orem), à realização de RFR e RFM e à realização de ensinamentos à pessoa, família/cuidados sobre os cuidados a ter após ATA.

No meu primeiro local de estágio, a UCC, pude trabalhar com utentes com incapacidades ou limitações da atividade diversas, tendo sido possível intervir tanto na área motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, alimentação e eliminação, no entanto não prestei cuidados a nenhum utente submetido a ATA. Apesar desta contrariedade que encontrei no estágio da comunidade, pude ter diversas experiências que contribuíram para o meu processo de aprendizagem e para a minha formação como futura EEER.

Um dos casos que mais me marcou, pela sua complexidade e pela riqueza de experiências que proporcionou, foi o da senhora L. de 84 anos, com diagnóstico de AVC isquémico extenso da artéria cerebral média esquerda, previamente independente nas AVD, a residir com a filha e dois netos, no entanto pós AVC com défices sequelares de afasia de expressão e hemiparesia à direita, resultando numa dependência total nas AVD (Classificação de 0 no Índice de Barthel). Apesar de esta utente já estar a ser seguida na UCC mesmo antes do início do meu estágio, quando contactei a primeira vez com ela realizei a avaliação neurológica e dei continuidade ao plano de reabilitação já estruturado. A utente mantinha a afasia de expressão, com negativismo à abordagem dos profissionais de saúde, por vezes com períodos de desorientação/agressividade e hemiparesia à direita (de predomínio braquial, adotando um padrão de flexão do membro superior direito, como diminuição das amplitudes articulares do membro). A sua interação com família era dificultada pela

sua permanência no leito (quarto) e principalmente pela afasia de Broca, que tornava os processos de comunicação dificultados, ou mesmo impossibilitados. A senhora L. encontrava-se entubada nasogastricamente desde a alta hospitalar e pela impossibilidade de se confirmar se a utente mantinha os reflexos de proteção da via aérea e pelo risco de aspiração haviam decidido (antes da alta e em conjunto com os familiares cuidadores) manter o dispositivo. Assim o plano de reabilitação foi estruturado com os objetivos de capacitar aos familiares no cuidado à utente, ensinar técnicas facilitadoras, estimular a sensibilidade proprioceptiva, manter as amplitudes articulares e melhorar a atividade motora. Ao longos das várias visitas domiciliares, a utente foi-se demonstrando cada vez mais colaborante, diminuindo o seu negativismo à nossa presença, acabando por me receber com um sorriso; o que comprova que as atividades programadas foram adequadas para atingir o objetivo em causa. O seu plano de reabilitação era diversificado desta forma e dentro da RFR com vista a melhorar a ventilação e potenciar a reexpansão pulmonar, era realizado ensino/treino do controlo e dissociação dos tempos respiratórios, ensino da respiração abdomino-diafragmática, exercícios de reeducação costal global (com e seu recurso à bengala) e reeducação costal seletiva (direita e esquerda), estas intervenções tinham também como objetivo prevenir complicações como a pneumonia de aspiração, uma vez que esta é uma das complicações que resulta na morte da pessoa após um AVC. Numa perspetiva de reeducação da função sensoriomotora (RFSM) foram implementadas mobilizações passivas de todos os segmentos do hemicorpo direito, com maior incidência nas articulações do membro superior direito, mobilizações ativas/assistidas e ativas/resistidas nos segmentos do hemicorpo esquerdo, promoção e ensino aos familiares de posicionamentos antispásticos, atividades terapêuticas (como a ponte, rolamentos, auto-mobilizações, facilitação cruzada), treino de equilíbrio sentado (estático e dinâmico), treino das transferências (cama/cadeira de rodas/cama) e estimulação proprioceptiva, através da carga no cotovelo e no membro inferior direito. Segundo Marques-Vieira & Sousa (2016) a RFSM e onde estas intervenções se inserem, “é de grande importância para a reprogramação das atividades cinéticas e posturais do aparelho locomotor com ênfase no sistema sensório-motor em toda a sua complexidade e em particular ao nível dos sistemas que solicitam e controlam a atividade motora” e que promovem a melhoria da mobilidade, da execução das AVD e capacidade de autocuidado, resultando numa conseqüente melhoria da qualidade

de vida. Com objetivo de reeducar cognitivamente, mais propriamente a capacidade da Senhora L. melhorar a sua capacidade de traduzir o pensamento em palavras, promovi um ambiente mais calmo, durante as sessões de reabilitação (eliminar ruídos desnecessários como o da televisão), mostrar uma atitude calma e positiva, encorajar a utente a falar e reforçar positivamente a utente sempre que conseguisse proferir uma palavra, demonstrando aos familiares/cuidadores a importância daquelas intervenções e alternativas à comunicação (como pedir para apontar para o objeto, figuras, fotografias). Nas pessoas afásicas é normal gerarem-se estados de ansiedade e depressão pelas suas tentativas falhadas de comunicação, mas também pela interferência que causa na inserção sociofamiliar e na qualidade de vida, por isso é que a abordagem do EEER passa por aplicar medidas de intervenção gerais que promovam um ambiente terapêutico, bem como por estratégias facilitadoras da comunicação. No que diz respeito à alimentação, a senhora L. manteve-se entubada nasogastricamente, pela incapacidade de colaborar na reeducação da deglutição, assim as medidas implementadas neste âmbito foram direcionadas aos familiares/cuidadores, relativamente aos cuidados a ter com a sonda nasográsica e à alimentação e hidratação adequada (Direção Geral de Saúde, 2010, p. 97; Menoita *et al*, 2012; Marques-Vieira & Sousa, 2016).

No final deste estágio a senhora L. conseguia permanecer alguns períodos na cadeira de rodas, usufruindo deste modo do espaço de convívio familiar (a sala), apresentava-se mais calma e colaborante nos cuidados, tanto com os profissionais de saúde como com os familiares/cuidadores, com melhoria significativa da mobilidade e força muscular do membro inferior direito, conseguindo realizar carga e permanecer em pé (com apoio bilateral). Manteve o padrão de flexão do membro superior direito, mas sem agravamento do mesmo (um dos netos realizava mobilizações do membro em questão e reposicionava-o sempre que necessário, em posicionamento antispástico, como havia sido ensinado).

Ao longo da intervenção foram sempre utilizados os métodos de ajuda propostos por Orem para ensinar, instruir e treinar a utente, mas principalmente dos familiares cuidadores sobre as técnicas a utilizar para maximizar todo o potencial funcional da utente, assim como reforço sobre a importância dos familiares cuidadores utilizarem preferencialmente e sempre que possível, um sistema parcialmente compensatório ao invés do sistema totalmente compensatório.

Relembro o caso da senhora A. de 73 anos, acometida por um AVC isquémico, que para além hemiplegia do hemicorpo direito, apresentava afasia de Wernick (existe produção de discurso, sendo este incompreensível, onde capacidade de compreender a palavra falada ou escrita se encontra comprometida), um dos objetivos do plano de reabilitação era a estimulação cognitiva. Uma das atividades desenvolvidas era a estimulação da utente para realizar a nomeação de objetos (caneta, lápis, mola da roupa) ou através da identificação, apontando um objeto nomeado por mim. Outra atividade realizada era a estimulação através da música (a utente antes do AVC adorava cantar), por isso foi aconselhado o marido a colocar música que a sua esposa gostava, bem como incentivá-la a cantar. Apesar de a utente se encontrar num ambiente familiar em que havia preocupação pela sua estimulação cognitiva (através da repetição dos exercícios ensinados), os ganhos que foram sendo muito diminutos, no entanto qualquer ganho era sentido como uma grande vitória. Era notável a alegria do marido da utente sempre que esta cantarolava uma música, ou sempre acertava na nomeação/indicação de objetos. Seja qual for o défice cognitivo, sabe-se que a reabilitação do mesmo deve ser o mais precoce possível, esta necessidade é explicada pela neuroplasticidade, apesar de os neurónios serem praticamente os mesmo desde o nascimento, as suas conexões alteram-se e ampliam-se conforme as experiências vivenciadas, no entanto para haver plasticidade cerebral é necessário que haja estímulo. A estimulação, assim como outra intervenção terapêutica, não pode ser reservada apenas aos momentos de interação nas visitas domiciliárias, por isso neste caso, como em todos os outros, foi importante trabalhar em parceria com a família/cuidadores, estabelecendo uma relação de confiança de modo a obter o seu empenho e participação nos cuidados necessários e proporcionar a continuidade desses mesmos cuidados (Menoita *et al.*, 2012, p. 37; Vieira & Sousa, 2016, p. 219).

Ainda segundo Menoita *et al.* (2012) e que justifica o que refiro anteriormente, “o sucesso do processo de reabilitação não depende de um conjunto de atos ou técnicas pontuais, mas da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho desenvolvido, para que se traduza na resolução dos problemas e na melhoria da qualidade de vida, ou seja, em ganhos no bem-estar” (Menoita *et al.*, 2012, p. 39).

Foi possível, ainda neste local de estágio tão rico em experiências, realizar reabilitação cardíaca a uma utente, senhora E. de 75 anos que tinha ingressado na UCC por status pós cirurgia cárdica (revascularização). Eram objetivos do seu plano

de reabilitação aumentar a tolerância a esforços e aumentar a sua participação nas AVD e autonomia, e para tal foi implementada a RFR, com exercícios respiratórios de controlo abdomino-diafragmáticos, mobilização ativa dos membros superiores com controlo respiratório, reeducação costal global e seletiva e ensino e treino da tosse, como exercícios aeróbios foram implementados exercícios de reforço muscular (treino de marcha, treino de força muscular dos membros inferiores deitada, sentada e em pé, subir e descer escadas) e treino de AVD (mais especificamente do autocuidado higiene e ir ao sanitário), a intensidade do treino foi sendo progressivo e de acordo com capacidade funcional da senhora E., por exemplo no início não tolerava descer um lance de escadas, sem realizar uma pausa, ao fim de três semanas, conseguia descer quatro lances de escadas sem apresentar cansaço, bem como já conseguia realizar algumas tarefas domésticas (como limpar o pó, fazer a cama) e ser independente nas AVD, o que a deixava visivelmente feliz, por não estar tão dependente da ajuda do seu marido. Segundo Marques-Vieira & Sousa (2016) um programa de reabilitação cardíaca deve dar resposta à necessidade, mas também à aptidão da pessoa, o exercício deve ser individualizado, promovendo benefícios fisiológicos, psicológicos e de saúde (Marques-Vieira & Sousa, 2016, p. 385).

Neste primeiro local de estágio uma das minhas dificuldades prendeu-se com a dificuldade de implementação do meu projeto de estágio, pelo facto de não haver utentes na UCC submetidos a ATA, no entanto permitiu-me desenvolver competências de EEER em outras áreas, tendo tido a oportunidade de avaliar, planear e prestar cuidados de EEER a utentes do foro neurológico (acometidos por AVC, com doenças neuro-degenerativas, como Parkinson, Alzheimer, Esclerose múltipla), uma utente com lesão vertebro medular com paraplegia, a utentes do foro ortopédico com status pós fratura bimalleolar e de fraturas do fémur, submetidos a reduções das fraturas e osteossíntese e um caso de uma utente submetida a hemiartroplastia, bem como utentes do foro cardiorrespiratório.

Ao contrário do primeiro local estágio, no Serviço de Internamento de Ortopedia, pude continuar a colocar em prática este quinto objetivo, bem como ao sexto - “Prevenir ou minimizar os riscos e complicações pós-operatórias numa ATA” e ao sétimo – “Realizar de planos de reabilitação à pessoa submetida a ATA e família/cuidador tendo em vista a promoção do autocuidado no regresso à comunidade”, uma vez que tive a oportunidade de acompanhar utentes submetidos a

ATA, desde a fase pré-operatória até à fase pós-operatória, trabalhando com os mesmos no sentido da promoção do autocuidado e do seu regresso à comunidade.

Para demonstrá-lo irei relatar a minha intervenção com alguns utentes a quem prestei cuidados. O senhor C. de 65 anos (referenciado anteriormente na página 51) foi internado no serviço para ser submetido a ATA à direita, por apresentar osteoartrose da coxofemoral direita, já com antecedente de ATA à esquerda pelo mesmo motivo. Este achado vai de encontro à bibliografia encontrada que indica que em 70% das pessoas submetidas a ATA não se verifica patologia secundária, sendo a osteoartrose a única causa (Flugsrud et al., 2002).

Tendo em conta os objetivos, quinto, sexto e sétimo, do meu projeto de estágio, foi realizada uma colheita de dados onde se incluíam os dados pessoais, a história atual, os antecedentes de saúde, posteriormente foi realizada a avaliação do utente (neurológica, sensoriomotora e cardiorrespiratória), com o recurso a instrumentos de avaliação, conseqüentemente foi avaliada a sua capacidade autocuidado, bem como défice autocuidado, através da identificação da ação de autocuidado e dos requisitos de autocuidado, inserindo-o num sistema de enfermagem definidos pela TDAE de Orem. O senhor C. no dia prévio à cirurgia encontrava-se inserido no Sistema de Enfermagem de Apoio, por isso a minha intervenção incidiu na realização de ensinamentos, tendo utilizado como documento orientador o protocolo já existente no serviço (Anexo X). O utente mostrou-se extremamente interessado em aprender e em reforçar os conhecimentos prévios (uma vez que já tinha sido submetido a ATA), desta forma os ensinamentos realizados tiveram por base vários objetivos, primeiro diminuir a ansiedade do utente, através do aumento da sua autoconfiança, segundo prevenir possíveis complicações pós-operatórias e por fim melhorar a sua performance para o processo de reabilitação pós-operatória. Incluídos nestes ensinamentos estavam o ensino e treino de exercícios de RFR (melhora a capacidade ventilatória e previne complicações do foro respiratório), ensino e treino de exercícios isométricos (abdominais, glúteos, quadríceps), ensino e treino de exercícios isotónicos (flexão/extensão da articulação coxofemoral (ACF) associada com extensão/flexão do joelho; abdução/adução da ACF – até à linha média do corpo; rotação externa – na abordagem posterior, a mais utilizada; dorsiflexão plantar da articulação tibiotársica), ensino e treino dos posicionamentos permitidos no leito (decúbito dorsal com abdução bilateral da ACF, com a utilização do triângulo abdutor; decúbito lateral e semi-dorsal com almofada

entre os membros inferiores para abdução), ensino e treino da extensão lombo-pélvica (com ou sem auxílio do trapézio), ensino e treino das transferências da cama para a cadeira de rodas, da cadeira para o sanitário, ensino e treino de marcha com andarilho e canadianas e treino de escadas. No pós-operatório, com objetivo de aumentar a força muscular dos músculos afetados, aumentar a mobilidade da ACF e retomar as AVD o mais rapidamente possível, manteve-se o ensino e treino do que foi realizado no pré-operatório, incidindo nas intervenções que visassem a melhoria da capacidade andar com auxiliar de marcha, da capacidade em transferir-se e posicionar-se, da capacidade de autocuidados: ir ao sanitário, higiene, vestir-se, por apresentar maior dependência no mesmo segundo a avaliação efetuada (Apêndice XI). O que anteriormente foi referido vai de encontro ao que Petronilho *et al.* (2010) referiu, o autocuidado relacionado com atividade física, andar ou transferir-se, assumem um papel preponderante na autonomia da pessoa, por isso quando esta atividade está diminuída, traduz-se em maiores graus de dependência.

Foi também tido sempre presente, durante o plano de reabilitação, a prevenção ou minimização das complicações pós-operatórias após a ATA. Assim para a prevenção da luxação do material protésico, foi efetuado o ensino sobre a utilização do triângulo abdutor e almofada, ensino sobre os posicionamentos e mobilizações do membro operado. Outra das complicações possíveis é a infeção do local cirúrgico, pelo que a vigilância da ferida operatória e o ensino sobre os sinais e sintomas de alerta são uma intervenção relevante (vigiar edema, calor, rubor, hematoma; realizar penso com técnica asséptica, aplicar crioterapia 4/5 vezes por dia). Por forma a prevenir a trombose venosa profunda, foi realizado ensino sobre a dorsiflexão plantar da articulação tibiotársica bilateralmente, que o utente poderia realizar ainda no recobro, para melhorar a circulação venosa e promover o retorno venoso (relembro que senhor C. fez questão de me dizer que tinha realizado alguns dos exercícios que eu lhe tinha ensinado previamente quando se encontrava no recobro) e a utilização de meias anti-trombóticas aquando do levantar, bem como vigiar sinais de compromisso neuro-circulatório (edema, coloração e temperatura das extremidades dos membros inferiores). A monitorização da capacidade cardiorrespiratória foi utilizada também para avaliar possíveis complicações do foro respiratório, como as infeções associadas aos cuidados de saúde, por isso a RFR fez parte do plano de reabilitação pós-operatória. Segundo Kisner & Colby (2009) como complicações pós-

operatórias, comuns a qualquer cirurgia, encontram-se as infeções, trombose venosa profunda e pneumonia e como complicações decorrentes da ATA os problemas de cicatrização da ferida cirúrgica, luxação da articulação protésica, deficiente cicatrização óssea e discrepância no comprimento dos membros inferiores. Por isso considerei que o sexto objetivo era importante para o projeto de estágio, uma vez que os cuidados ER, como é definido pela OE (2015) no regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Especializados em Enfermagem de Reabilitação, devem manter e promover o bem-estar e a qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades (Lei n.º 119/2015 de 22 de Junho, 2015).

Numa perspetiva de preparação para alta, o caso do senhor C. foi facilitado, como havia sido definido era essencial identificar as características do domicílio, no que diz respeito às zonas de acesso, existência de escadas, disposição da mobília e da casa banho e produtos de apoio. Como o utente já tinha sido submetido anteriormente a uma ATA do lado apostado, havia adaptações que já havia feito no seu domicílio. Recordo que morava num prédio com elevador, no entanto com um acesso de cinco escadas, pelo que se reforçou o treino de escadas ao utente (que o mesmo no final do internamento realizava de forma segura, com apoio das canadianas, e com boa tolerância). Desde o internamento anterior a esposa havia retirado tapetes e o mobiliário para que não interferissem com o acesso às divisões/espacos da casa, a casa de banho encontrava-se adaptada, com alçador de sanita, base de duche com tapete antiderrapante, banco e uma barra de apoio, no entanto foi aconselhado a adquirir uma esponja com cabo extensível para poder realizar a higiene dos membros inferiores autonomamente. Tendo igualmente em vista aquisição de maiores níveis de independência e promoção do autocuidado, para além do treino de marcha, subir e descer escadas, treino de AVD, como a higiene/ir ao sanitário, foram realizados ensino e treino de entrar e sair do carro e como apanhar objetos do chão, de forma segura, não realizando flexão da ACF superior a 90°. Pelo grau autonomia atingido pelo senhor C. no final do seu internamento, o mesmo afirmou não necessitar de apoio domiciliário, pelo que aquando da sua alta, o utente apenas foi acompanhado pela nota de alta médica e a nota de alta enfermagem, sem necessidade de referenciação para o Centro de Saúde e ou UCC da sua área de residência, a partir deste momento

o acompanhamento necessário no pós-operatório iria ser mantido no hospital em causa, em regime de ambulatório (consultas).

O plano de intervenção, como o levantamento de diagnósticos, resultados esperados, intervenções e registo/avaliação, encontra-se explanado no processo de enfermagem que realizei (Apêndice XI).

Semelhante ao caso anterior, no da senhora S. de 81 anos, proposta a ATA à direita por coxartrose, pude intervir tanto na preparação pré-operatória, como fazer o seguimento no pós-operatório. Uma das grandes diferenças entre os dois casos é que a senhora S. ainda não conhecia grande parte dos cuidados a ter pós uma ATA e como tal a minha intervenção teve como foco a prevenção de complicações e a sua preparação para o regresso a casa, nomeadamente a adaptação do domicílio e quais os instrumentos de apoio necessários para a promoção da sua segurança no exercício da autonomia nos autocuidados. Como referiu Martins *et al.* (2016) a preparação do regresso a casa é reconhecida como um processo que deve ter início na admissão da pessoa no hospital, para a identificação das necessidades de saúde e apoio social da pessoa dependente/familiar cuidador/família, e posterior planeamento e implementação de cuidados personalizados que visem a sistematizar e otimizar a continuidade desses cuidados no regresso ao contexto familiar (Martins *et al.*, 2016, p. 74).

Para além da RFM e RFR pré-operatória e pós-operatória, foi importante reconhecer quais as características do domicílio da senhora S., qual o apoio familiar existente, bem como quais as necessidades de continuidade de cuidados para o regresso a casa e necessidade de referenciação para os apoios da comunidade. Segundo a senhora S. vivia com o seu marido, num apartamento com elevador, e recebiam frequentemente visitas dos seus filhos e netos. A senhora S. era previamente independente nas AVD, bem como o seu marido, pelo que contava com ajuda do mesmo quando regressasse a casa. No entanto a mesma confidenciou-me que seria muito difícil para ela que o marido a ajudasse na higiene, desta forma foi estabelecido como um dos objetivos torná-la o mais independente possível neste autocuidado, para que quando regressasse a casa não se sentisse constrangida pela necessidade da ajuda do marido. Na recolha da informação, a utente referiu que tinha duas casas de banho, uma com banheira e outra com base de duche, expliquei-lhe que seria mais fácil adquirir, se possível, um tapete antiderrapante e um banco para a

base de duche, do que adaptar a banheira com o banco, pois a entrada e saída da banheira era mais difícil e provavelmente necessitaria de ajuda para o fazer, o que a senhora S. concordou. Ao longo do seu internamento houve a oportunidade de treinar três vezes as idas à casa de banho, foi ensinado a forma correta de sentar no sanitário (e a importância da utilização do alteador de sanita para prevenir flexões superiores a 90° da ACF), uma vez que a mesma já tinha realizado a higiene no turno anterior (manhã), exemplifiquei e a utente treinou o sentar/levantar no banco da base de duche. Para além disso foram dadas algumas estratégias para realizar a sua higiene sem ajuda, como utilização de uma esponja com cabo extensível para poder lavar as regiões mais distais e a colocação do material que necessita perto e acessível.

Sempre que possível, os filhos e o marido assistiram aos ensinamentos e treinos realizados, e comprometeram-se a adquirir o que tinha sido aconselhado, bem como readaptar a casa para se tornar mais segura para senhora S. (remover tapetes e objetos/mobiliário que não facilitem a deambulação da utente com o auxiliar de marcha). Pela impossibilidade de um dos filhos ajudar a utente na higiene, e ela se sentir constrangida com a eventual ajuda do marido, foi proposto à utente e família referência para o Centro de Saúde, para apoio domiciliário para os cuidados de higiene, pelo menos numa fase inicial, uma vez que o ensino e treino realizado não foi no ambiente domiciliário. No entanto recusaram a proposta de referência para o Centro de Saúde, porque iriam falar diretamente com cuidadores formais que prestavam cuidados domiciliários. Neste local de estágio a referência era um processo complicado, uma vez que fica a cargo dos utentes e familiares/cuidadores. Este facto acontece porque o hospital em causa não partilha do sistema de informação utilizado no SNS, resultando numa barreira à continuidade de cuidados. A responsabilidade da continuidade dos cuidados deveria ficar a cargo dos profissionais de saúde, neste caso dos EEER, e não dos beneficiários dos cuidados de saúde, até porque desta forma fica difícil confirmar se essa continuidade realmente existe. Para que o processo de referência fosse corretamente realizado, os utentes com necessidades de cuidados no domicílio deveriam ser referenciados para RNCCI através do Sistema de Informação em vigor (GestCare), antes da alta hospitalar, para serem integrados nas UCC e nas ECCL correspondentes, a fim de ter a assistência que necessitam aquando do regresso a casa. Acredito que seria uma mais valia, se o processo de alta e a continuidade de cuidados fosse assegurado pelo EEER, para tal

considero que um contato (via telefone, via email) com a UCC ou ECCI da área de residência dos utentes e envio de documento de alta, com informação pertinente para o processo de reabilitação, poderia ajudar a colmatar a falha verificada, ficando à responsabilidade dos EEER a continuidade de cuidados. Para além desta referência, deveria existir um contacto posterior, *follow-up*, que permitisse fazer o levantamento das principais dificuldades, com espaço para esclarecimento de dúvidas e seguimento do processo de reabilitação.

Ainda no que diz respeito ao internamento a senhora S., após uma semana a utente conseguia realizar marcha com apoio de duas canadianas, percorrendo o corredor (com mais de 15 metros), descia e subia escadas com apoio de uma canadiana e apoio no corrimão (2 lances de escadas), utilizava o sanitário sem ajuda, conseguia realizar a sua higiene sentada no banco na base de duche (precisando de ajuda na limpeza dos membros inferiores) e necessitava de ajuda de uma pessoa para vestir as meias e as calças. Apesar de ser independente na grande maioria das AVD, na higiene pessoal, no arranjar-se e vestir-se ainda necessitava de ajuda, um pouco também por receio da utente, inserindo-se por isso segundo a TDAE num sistema parcialmente compensatório. Esta realidade vai de encontro ao que tenho experienciado com a grande maioria das pessoas que apresentam alguma limitação da atividade, principalmente quando esta está relacionada com uma intervenção cirúrgica que resulte em alterações músculo-esqueléticas. Como afirma Hoeman (2000), as pessoas com limitação da força e da amplitude do movimento podem ver diminuída a capacidade de elevar ou fletir os membros superiores ou inferiores, sendo que estas limitações interferem diretamente com o cuidado pessoal, nomeadamente a higiene e o vestir-se e despir-se. Ainda segundo Hoeman (2011) os “doentes melhoram a sua auto-estima quando atingem o máximo de independência nos cuidados pessoais”, para tal a repetição, a prática e as demonstrações das diferentes tarefas ajudam na aprendizagem.

Após uma ATA existe uma diminuição da capacidade funcional, como refere Gomes (2013), a incapacidade adquirida pode resultar num grande impacto para a saúde e qualidade de vida da pessoa, mas também de custo diretos e indiretos para a pessoa, família, sistema de saúde e/ou sociedade. Com isto, acredito que uma preparação de alta precoce, individualizada e que responda às necessidades da

pessoa/família pode resultar em níveis de independência maiores que promovam a qualidade de vida e a segurança no regresso à comunidade.

No decorrer deste último estágio foram várias as oportunidades de realização de cuidados de ER globais e específicos a pessoas com patologias do foro ortopédico, mas principalmente a pessoas submetidas a ATA, família/cuidador, tendo sido a intervenção orientada através da aplicação de planos de reabilitação com vista à promoção do autocuidado no regresso à comunidade. Designadamente no caso da senhora M.E., de 77 anos, submetida a ATA após fratura subcapital do fémur esquerdo, que pela sua complexidade deu origem a um jornal de aprendizagem (Apêndice VI).

Como descrito no quarto jornal de aprendizagem (Apêndice VI) esta utente tinha vários antecedentes pessoais, mas realço o quadro demencial, que foi preponderante na adequação do seu plano de reabilitação. Numa fase inicial do internamento (3 primeiros dias pós-cirurgia) a senhora M.E. apesar de apresentar períodos de confusão espaço/temporal, mantinha-se calma e colaborante, o que permitiu ganhos funcionais. A utente, no que diz respeito ao seu processo de reabilitação motora, colaborava nos exercícios efetuados no leito (tanto para fortalecimentos dos membros inferiores, bem como no treino da extensão lombo-pélvica e nos posicionamentos) e nos exercícios fora do leito (no treino de sentar, deitar, levantar e no treino de marcha com andarilho), com dificuldade na marcha por apresentar diminuição da força muscular e pela presença de alterações noutras articulações devido à artrite reumatoide (nas mãos e ombro direito). O estado confusional foi-se agravando ao longo dos dias, sendo cada vez mais evidente a deterioração cognitiva da mesma. Este estado confusional atrasou o processo de reabilitação motora da utente por se apresentar maioritariamente incapaz de executar indicações verbais, com alterações que caracterizam algumas demências como perdas de memória graves (não reconhecendo por vezes os familiares, incluído as filhas e marido), alterações de personalidade e comportamento (com desconfiança, delírio, comportamentos repetidos), alterações do comportamento motor (agitação, comportamentos agressivos e tentativas de fuga) e perturbações das capacidade de execução (apraxia). A este estado confusional associaram-se outros problemas que contribuíram diretamente para o atraso da sua reabilitação, como várias luxações da prótese da anca esquerda (com posterior colocação de tração cutânea com pesos),

um episódio de queda, uma nova intervenção cirúrgica para revisão do material protésico e a necessidade de permanecer sempre contida fisicamente (quando sozinha) para evitar novos episódios que colocassem em risco a sua recuperação e integridade física (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

Segundo Rodrigues (2012) a “hospitalização é considerada de grande risco principalmente para os idosos. Para além dos défices cognitivos e funcionais considerados normais para a idade, surge ainda o acréscimo do internamento aquando da existência de uma patologia significativa (...)” e no caso desta utente a existência de uma síndrome demencial que contribuiu para o aumento da sua debilidade. O facto de o idoso sair do seu domicílio, lar, da sua casa faz com que tenha de se adaptar a uma realidade que desconhece e que o coloca numa posição de maior fragilidade (Rodrigues, 2012).

A nossa atuação, neste caso específico, foi orientado no sentido de ensinar a utente a ser mais autónoma possível, permitindo manter a capacidade de escolha (em pequenas coisas do dia-a-dia, como comer, levantar, deitar, andar, ver televisão) e mais independente, através do treino de marcha, posicionamentos no leito, sentar e o levantar, estimular a utente cognitivamente (através do recurso a memórias, acontecimentos importantes), orientar a família nas necessidades de cuidados da utente, bem como suporte emocional e orientação para os recursos da comunidade (com a equipa multidisciplinar). Segundo Associação Alzheimer Portugal (2016), citado por Marques-Vieira & Sousa (2016), “a intervenção do EEER é determinante nesta adaptação na pessoa portadora de demência no sentido de preservar a sua autonomia (capacidade de escolher) e a sua independência (capacidade de executar)”.

Segundo Botelho *et al.* (2002) citado por Marques-Vieira & Sousa (2016), a demência e o seu tratamento é através de intervenções terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, e dentro destas, encontram-se a estimulação cognitiva (técnicas de orientação para a realidade e treino de competências), estimulação multissensorial (estimulação dos sentidos primários: visão, olfacto, audição, tato, gosto, da propriocepção), reabilitação motora, orientação para estruturação do ambiente, orientação nutricional, promover a atividade física, orientação e suporte psicológico aos familiares e cuidadores.

A reabilitação na pessoa com demência é um processo complexo, dinâmico e adaptativo, cuidar de uma pessoa com demência requer uma visão holística, que deve ser iniciado o mais precocemente possível, tendo em conta a multidimensionalidade e unicidade de cada pessoa, ou seja valorizando os aspetos físicos, psíquicos, emocionais, espirituais e sociais, para desenvolver planos de cuidados de enfermagem de reabilitação individualizados que visem facilitar o processo de reabilitação, para promover o autocuidado e potencializar as capacidades das pessoas, estimulando-as e integrando-as no plano de reabilitação (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

Para que o processo de reabilitação seja possível, a família tem que ser vista como parte integrante, sem ela a intervenção do EEER fica limitada, pela não continuidade das intervenções bem como pela não integração da família no todo holístico. Segundo Gitlin e Earland (2014), citado por Marques-Vieira & Sousa (2016), “é fundamental envolver cuidador e a família na processo terapêutico desde a fase inicial para: assegurar a transição da estratégias terapêuticas específicas da clínica para rotinas diárias; ajudar as famílias a entender a demência e como gerir o dia-a-dia; promover a qualidade de vida da pessoa com demência, cuidador e família e solicitar feedback sobre o nível de sucesso das intervenções terapêuticas e alterações ocorridas”.

Pode-se entender como estratégias de intervenção a manutenção da “funcionalidade da pessoa com demência através da promoção da autonomia, estímulo das funções cognitivas, capacitação da pessoa com demência, o cuidador e a família (...), ter uma compreensão da pessoa e do seu ambiente; utilizar estratégias de comunicação eficazes; promover um ambiente favorável à manutenção da autonomia na realização de AVD e AIVD e novas aprendizagens; ser elemento facilitador da relação pessoa com demência e o seu cuidador; capacitar, orientar e aconselhar o cuidador para a preparação de cuidados e antecipação das necessidades; estar disponível para apoiar o cuidados no seu dia-a-dia”. Estas estratégias foram sendo utilizadas com a senhora M.E. e sua família, durante o seu longo internamento, que passou por várias fases, desde a negação dos familiares à nova situação clínica da utente até ao regresso à comunidade que respondesse às necessidades da utente e familiares. Esta última fase foi sendo reformulada consoante a evolução da utente, inicialmente ponderou-se o regresso o casa, mas tendo em

conta que o estado confusional da utente, foi trabalho em equipa multidisciplinar (equipa de enfermagem, médico assistente, assistente social) e em parceria com a família a transferência da utente para um lar, pela incapacidade da família dar resposta às necessidades da senhora M.E. Segundo Menoita (2012), o planeamento do regresso à comunidade deve contemplar um conjunto de atividades, prosseguidas em equipa multidisciplinar, durante o internamento e que facilitem a promoção de independência e a transferência adequada de uma instituição para a comunidade ou para uma outra instituição, para que a continuidade de cuidados seja assegurada, assim a intervenção do EEER deverá ser junto dos diversos sistemas de interação, nomeadamente a pessoa, a sua rede de suporte social, os serviços e as instituições capazes de contribuir para a sua reabilitação e bem-estar (Menoita, 2012, p. 27).

O oitavo e último objetivo específico – “Analisar o processo de aprendizagem realizado”, será alcançado com o culminar deste relatório. Como forma de dar resposta ao mesmo foram planeadas atividades, desde as reuniões com os EEER orientadores, bem como com o docente orientador, a elaboração de jornais de aprendizagem, a análise da aprendizagem e o início da elaboração deste relatório, ainda durante o estágio.

O relatório suporta-se nos momentos de aprendizagem que experienciei, e que foram alvo de análise e reflexão, durante o período de estágio, tanto com as EEER orientadoras e com o docente orientador. Serviram também como suporte para este documento os jornais de aprendizagem realizados, bem como as aprendizagens que advieram das partilhas e reflexões resultantes dos momentos de Orientação Tutorial que tive ao longo dos estágios.

Ainda em resposta a este objetivo, no próximo subcapítulo, irei realizar a análise e reflexão das competências desenvolvidas em estágio enquadradas nos domínios e competências do EEER, recorrendo aos exemplos já descritos neste subcapítulo.

2.2. Análise e Reflexão sobre as Competências Desenvolvidas em Estágio

Neste subcapítulo pretendo demonstrar como as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio permitiram o desenvolvimento das competências comuns ao EE e específicas do EEER.

O objetivo principal deste Estágio prendia-se com o desenvolvimento competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de ER a pessoas com problemas de incapacidade, limitação da atividade ou restrição da participação, nos diferentes contextos de cuidados tendo em vista a sua reabilitação e reintegração social. Para tal foi necessário desenvolver um conjunto de competências comuns a todos os especialistas, bem como o desenvolvimento de um conjunto de saberes que permitem a aquisição de competências específicas de acordo com área de especialização escolhida (Ordem Dos Enfermeiros, 2010).

Relativamente às competências comuns do enfermeiro especialista foram quatro os domínios a alcançar. Considero que o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foi atingido; através do exercício seguro, profissional e ético baseado no código deontológico, no sigilo profissional, na privacidade e preferências da pessoa. Para tal, procurei atuar na defesa dos direitos dos utentes, respeitando os seus valores, costumes e crenças espirituais. Colaborei com as equipas multidisciplinares, envolvendo-me e se sendo parte integrante, sempre com uma postura autónoma e assertiva nas tomadas de decisão e assumindo responsabilidade pelas ações e juízos profissionais. O que se reflete no subcapítulo anterior quando analiso a minha integração na equipa multidisciplinar (p.37), nos dois locais de estágio, e refiro que tanto os colegas, como a restante equipa multidisciplinar, me consideravam como um elemento integrante da equipa, salientando que na UCC era apresentada aos utentes como sendo uma nova colega, bem como no serviço de internamento era frequentemente solicitada a minha colaboração e opinião relativas à minha área de especialização mesmo com os utentes que não estavam a meu cargo e da EEER orientadora. Em todos os casos analisados no subcapítulo anterior, e em a toda minha prestação de cuidados mostrei o meu respeito pelos direitos humanos,

assim como em desempenhar cuidados seguros e que respeitam a dignidade dos utentes.

O segundo domínio de competências diz respeito à melhoria contínua da qualidade, para que tal seja possível é essencial uma prática baseada na evidência científica. Assim, toda a componente letiva deste mestrado, nomeadamente as unidades curriculares de investigação em enfermagem, supervisão clínica e enfermagem avançada, foram essenciais para a consciencialização da importância da prática baseada na evidência, independente da fonte de conhecimento; seja ela científica, adquirida com a prática profissional, desenvolvida pelo contacto com os utentes, familiares/cuidadores ou a que emerge do próprio contexto.

Desta forma, procurei apoiar a minha intervenção na prática baseada na evidência, recorrendo para isso à utilização de bibliografia pertinente para sustentar as decisões terapêuticas, e a de escalas de avaliação, como comprovam os processos de enfermagem desenvolvidos (Apêndice X e XI), utilizados também nos restantes utentes com quem trabalhei. Foi através da avaliação prévia aos utentes que planeei e implementei os cuidados de enfermagem de reabilitação e que posteriormente validei a qualidade e eficácia dos mesmos, alterando-os sempre que necessário e envolvendo o utente e familiares/cuidadores no processo de reabilitação. Como exemplificado nos casos analisados no subcapítulo anterior, onde os objetivos do utente e da família/cuidadores faziam parte integrante do plano de reabilitação.

Ainda com o intuito de atingir este domínio, procurei saber quais as necessidades de formação das equipas, tanto da UCC como do Serviço de Internamento. No meu primeiro local de estágio foi-me proposto colaborar numa formação (p.41) direcionada a cuidadores formais e informações sobre úlceras pressão, posicionamentos e transferências, apesar de não planeada foi uma mais valia para promoção de cuidados ao utente em contexto domiciliário de maior qualidade e redução dos principais riscos dos utentes (quedas e úlceras de pressão), bem como dos cuidadores (lesões músculo-esqueléticas). Ainda neste estágio, realizei um folheto informativo para os utentes sobre “Reabilitação Pós-Cirurgia do Fémur” (Apêndice VII), que apesar de não ter sido aplicado, como já referido (p.41), considero que possa ser uma mais valia para a qualidade dos cuidados pois será um complemento ao trabalho realizado pelos EEER em domicílio e que permitirá dar

continuidade aos ensinamentos e treinamentos realizados. No segundo estágio, não foi possível organizar e/ou participar em formações em serviço por falta de recursos temporais, no entanto reorganizei o folheto (Apêndice VIII), previamente realizado, para ser entregue aos utentes submetidos a cirurgia ao fêmur, mas que mais uma vez não foi aplicado pela necessidade de avaliação pela direção de enfermagem (como explico na p. 42). Os dois folhetos facultados, podem ser utilizados tanto pelos profissionais para esclarecimento de dúvidas, bem como para ser entregue às pessoas submetidas a cirurgia ao fêmur, servindo como complemento dos ensinamentos realizados pelos EEER. Frequentemente havia partilha de conhecimentos com os diversos profissionais sobre diversas temáticas, a fim de melhorar a prestação de cuidados e de criar um ambiente de cuidados terapêutico e seguro. Por exemplo, no estágio da UCC, eram facultadas sugestões aos utentes e familiares/cuidadores sobre pequenas adaptações a realizar na habitação, bem como o ensino de medidas de segurança e princípios de ergonomia a adotar no sentido de minimizar os riscos existentes, como descrito no caso da senhora C. (p. 49); assim como no segundo estágio, mas neste caso sugerindo as alterações antes do regresso dos utentes a casa, como relatado no caso do senhor C. (p. 58).

O terceiro domínio de competências, gestão de cuidados, foi sendo atingindo à medida que fui entendendo a dinâmica funcional e organizacional dos locais de estágio e concomitantemente com o desenvolvimento da minha autonomia na prestação de cuidados de ER, resultando na colaboração nas decisões e no trabalho em equipa multidisciplinar. No primeiro local de estágio este domínio de competências foi alcançado a partir da segunda semana, quando a EEER orientadora me conferiu autonomia para selecionar os utentes com quem iria trabalhar e estabelecer ou reestruturar os planos de reabilitação a aplicar. Uma vez que este decorreu em contexto domiciliário e a grande maioria dos utentes já se encontravam inseridos no programa de reabilitação implementado pela equipa de reabilitação da ECCI, foi necessário ser integrada primeiramente na equipa e nos contextos, para que os utentes também me vissem como elemento da equipa. Como no primeiro local de estágio, foi no início da segunda semana que a EEER orientadora me conferiu autonomia no estabelecimento de programas de reabilitação, pois demonstrei desde cedo segurança e os conhecimentos necessários para merecer o seu reconhecimento. Em ambos os locais trabalhei em conjunto com colegas e com outros

elementos da equipa multidisciplinar, por exemplo quando partilhava com os colegas, EEER ou não, sobre a evolução dos utentes, os ganhos conseguidos e as dificuldades ainda sentidas, bem como quando colaborava com os fisioterapeutas no processo de reabilitação dos utentes (por exemplo dando feedback do trabalho desenvolvido, a evolução do utente e o que ainda estava programado fazer). Na UCC também trabalhei em conjunto com a assistente social para poder providenciar os melhores cuidados aos utentes e familiares/cuidadores; como no caso da senhora F. (que tinha sido submetida a osteossíntese da tíbia direita por fratura) que por não conseguir sair de casa, sem ajuda de terceiros, não tinha como ir às consultas de seguimento, nem possibilidade de pagar transporte por meios próprios. Após a nossa visita, a assistente social conseguiu legalizar a situação da utente para que esta pudesse ter direito ao apoio social e assim ao transporte, já a minha intervenção como futura EEER passou também por realizar ensino e treino de marcha com canadianas, bem como ensino e treino de subir e descer escadas, para a tornar mais independente.

Ainda dentro deste domínio de competências realço a capacidade de adaptação ao meio e aos recursos disponíveis em cada situação com vista à qualidade dos cuidados. Como exemplo disso dou a necessidade de improvisação que foi necessária, principalmente no contexto domiciliário, pela escassez de materiais disponíveis na UCC, desta forma era frequente o uso de bengalas/canadianas para realizar abertura costal global, bem como o uso de molas, canetas ou grãos para a estimulação da motricidade fina.

Em ambos os estágios realizados percebi que o EEER é visto como um supervisor da qualidade dos cuidados, sendo-lhe reconhecido a liderança da equipa; os colegas e os restantes elementos da equipa de cuidados recorrem ao EEER para esclarecer dúvidas sobre os cuidados a prestar. Neste sentido e tendo em conta que as equipas desde cedo me reconheceram como EEER, visto que solicitavam a minha opinião sobre os cuidados, tentei passar para equipa alguns métodos de trabalho, nomeadamente no sentido de conferir mais autonomia e independência aos utentes, em vez de os substituir quando estes não necessitam.

O domínio relativo ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi conseguido à medida que o meu autoconhecimento foi sendo consolidado. Para tal, as reuniões com as EEER orientadoras, com o docente orientador, bem como as

Orientações Tutoriais (OT) em sala de aula, ajudaram-me a analisar, refletir e consolidar os conhecimentos. Os jornais de aprendizagem realizados foram também elementos cruciais, visto que permitiram realizar uma introspeção e reflexão sobre diversas situações de cuidados, obrigando-me a realizar mais pesquisa bibliográfica e analisar os casos à luz do conhecimento, bem como conferindo-me uma melhor percepção das limitações de cada caso/utente/plano reabilitação.

Exemplo disso foi a minha preocupação em selecionar utentes com patologias diversas, podendo desta forma desenvolver competências nas diferentes áreas de atuação do EEER, reconhecendo, no entanto, que existiram áreas que não foi possível trabalhar como a área da sexualidade e da recuperação pós-parto.

Este domínio foi atingido não só pela assimilação de conhecimentos como pela partilha dos mesmos, tendo sido aproveitados os momentos próprios (reuniões e OT) bem como momentos informais em equipa.

No que concerne às competências específicas do EEER foram três os domínios a atingir. Em termos do primeiro domínio de competências (J1 – Cuida de pessoas com necessidade especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados) considero que foi alcançado, com sucesso, ao longo do estágio desenvolvido, uma vez que me permitiu cuidar de pessoas com necessidades especiais, em diferentes faixas etárias e em diferentes contextos; na fase de estabilização, reabilitação e/ou adaptação à cronicidade das limitações, no primeiro estágio em UCC, e na fase aguda da doença, no estágio que decorreu em meio hospitalar. Sendo os cuidados de enfermagem de reabilitação dependentes de uma prévia e correta avaliação, ao longo de todo o estágio, procurei a avaliar as pessoas de quem cuidei, procurando diagnosticar todos os défices de autocuidado. Após a definição dos diagnósticos de enfermagem que determinavam as limitações da atividade e incapacidades, estabeleci planos de intervenção que foram sucedidos de implementação, avaliação e reformulação sempre que necessário. Os processos de enfermagem apresentados em apêndices X e XI, bem como os exemplos de casos descritos no subcapítulo anterior comprovam o desenvolvimento desta competência (Ordem Dos Enfermeiros, 2010).

Quanto ao segundo domínio de competências específicas do EEER (J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da

participação para a reinserção e exercício da cidadania) foi alcançado através da implementação de programas e treino de AVD, cujo objetivo era maximizar a capacidade funcional, minimizar os défices residuais e promover a adaptação da pessoa às limitações da mobilidade, para conferir maior autonomia e qualidade de vida. Os dois estágios proporcionaram-se experiências diversas, onde consegui ensinar os utentes e familiares/cuidadores a utilizar técnicas específicas para o autocuidado, bem como na elaboração de programas de treino de AVD, nomeadamente com recurso a ajudas técnicas e produtos de apoio. O desenvolvimento desta competência foi notório porque tive sempre em consideração que o treino de AVD é importante na promoção do autocuidado da pessoa, seja qual for a sua patologia de base, de acordo com a literatura encontrada ao longo do desenvolvimento deste relatório. Esta preocupação foi demonstrada, quer no contexto hospitalar quer no contexto domiciliário, quando se estabelecia como objetivo do programa de reabilitação aumentar a autonomia e independência dos utentes para realização das suas AVD. A UCC permitiu-me também, mais do que o estágio hospitalar, pela proximidade com o contexto real dos utentes, desenvolver competências no âmbito da reinserção da pessoa e da readaptação ao seu domicílio, uma vez que adotei estratégias para a promoção da mobilidade, da acessibilidade e da participação social, por exemplo através da identificação de barreiras arquitetónicas no domicílio das pessoas e da orientação para a sua eliminação.

Por último, o terceiro domínio de competências específicas (J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa) foi atingindo ao longo de todo o percurso de estágio, demonstrado pela elaboração, implementação, avaliação e reformulação de programas de reabilitação de treino sensório-motor e cardiorrespiratório. Para que tal fosse possível, foi importante a utilização de escalas de avaliação a fim de avaliar as capacidades da pessoa, bem como demonstrar a evolução ao longo do programa de reabilitação, como demonstro nos processos de enfermagem realizados (Apêndice X e XI). Os planos de cuidados elaborados foram uma estratégia fundamental para atingir esta competência, porque simplificou a conceção, implementação, avaliação e reformulação dos programas de reabilitação.

É através da análise dos Descritores de Dublin definidos para o segundo ciclo, que pretendo demonstrar a aquisição das competências necessárias para o grau de mestre, apesar deste só ser comprovado e atribuído após a discussão pública deste

Relatório de Estágio. Desta forma considero, por tudo aquilo que já descrevi neste subcapítulo, bem como no anterior, possuir conhecimentos específicos e capacidade de compreensão necessária que permitiram desenvolvê-los e aprofundá-los, conseguindo deste modo aplicar esses conhecimentos nos diferentes contextos com que me deparei, adequando a minha intervenção e resolução de problemas à especificidade de cada situação. Demonstrei capacidade de integrar conhecimentos e de lidar com questões mais complexas, bem como desenvolver soluções, como descrevi no caso da Senhora C. (p.44) no que respeita à adaptação do ensino de marcha com auxiliares de marcha, tendo em conta a limitação previa da utente (hemiparésia à direita), bem como no caso da senhora M.E. (p.64) quando o seu quadro demencial agravou após a cirurgia. No que concerne à comunicação, demonstrei ser capaz de comunicar de forma clara os meus conhecimentos e raciocínios, adequando a linguagem ao nível de conhecimentos da pessoa (utentes, colegas, EEER ou outros elementos da equipa multidisciplinar). Por fim acredito ter desenvolvido competências que permitam manter a aprendizagem ao longo da vida, de forma auto-orientada e autónoma, porque a acredito e verifico que a prática deve ser baseada na melhor evidência possível, pois só assim se garante cuidados de saúde de qualidade.

Avaliando o meu percurso neste período de estágio acredito que o meu desempenho foi muito positivo, nos dois locais de estágio, facto comprovado pelas avaliações das EEER orientadoras e o seu feedback no final de cada estágio. Alcancei com sucesso os objetivos definidos no Projeto de Estágio, e por isso foi-me possível desenvolver e adquirir as competências de Enfermeira Especialista e de EEER.

2.3. Avaliação Global do Trabalho Desenvolvido em Estágio

No decorrer destes últimos 18 meses, constituídos pelo primeiro ano letivo do mestrado e pelas 18 semanas de estágio, considero que o meu percurso foi extremamente enriquecedor, tendo possibilitado o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, bem como a aquisição das competências de EEER. O caminho percorrido foi repleto de experiências de aprendizagem, que eu procurei aproveitar e que contribuíram para a minha formação, contudo existiram também dificuldades e limitações.

O maior obstáculo relacionou-se com a elevada carga horária do Mestrado, em especial no período de estágio, bem como pela exigência quer em termos de trabalhos, quer em termos de estudo e pesquisa, tendo sido difícil conciliar essas exigências do Mestrado com a minha vida pessoal e profissional. Por vezes senti-me esgotada, contudo a minha determinação em concretizar este meu objetivo com sucesso foi superior, dando-me energia para ultrapassar todas as dificuldades.

Após o término do período de estágio pude concluir que as atividades planeadas em Projeto de Estágio foram realizadas, na sua generalidade, e contribuíram para o alcance dos objetivos a que me tinha proposto. As atividades realizadas mostraram-se essenciais na aquisição de conhecimentos e competências necessárias à prática especializada de Enfermagem de Reabilitação. Os dois locais de estágio escolhidos revelaram-se ricos em inúmeras experiências e aprendizagens. No primeiro local de estágio, a UCC, onde iniciei esta minha caminhada na procura da essência do EEER, foi um campo que proporcionou um leque de experiências diverso, pelo que foi necessário mobilizar os conhecimentos adquiridos ao longo da componente letiva do Mestrado. No entanto, e apesar da exigência deste contexto (pela mobilização de conhecimentos de diversas áreas de atuação), considero que rapidamente mostrei autonomia e responsabilidade na minha intervenção, apresentando os conhecimentos adequados às situações experienciadas. Todavia sentia-me segura porque antes de qualquer intervenção (visita domiciliária) era analisado o programa de reabilitação a implementar aos utentes com a EEER orientadora, tendo contribuído também para minha segurança a sua presença constante e supervisão. Já no segundo local de estágio, a diversidade de experiências

foi maioritariamente da área da ortopedia e traumatologia, no entanto pela complexidade da pessoa e das patologias associadas, pude experienciar novamente diferentes áreas de intervenção do EEER. Assim como no primeiro local de estágio, pude contar com a colaboração, apoio e supervisão da EEER orientadora tendo este facto contribuído para a minha autonomia e responsabilidade durante a minha prática de cuidados.

Uma das preocupações sentidas no primeiro estágio, da comunidade, foi a não existência de utentes submetidos a ATA, contudo foi igualmente possível a aplicação do meu Projeto de Estágio neste local, aproveitando as diversas experiências para desenvolver as competências de EEER nas áreas de atuação com que me deparei (neurologia, cardiologia, sensoriomotora, eliminação). Em ambos os locais, foi gratificante constatar a obtenção de ganhos em termos de independência no autocuidado dos utentes a quem implementei planos de reabilitação, o que serviu de reforço positivo para aplicação deste meu projeto.

Inicialmente pensei que iria ser difícil a adaptação à intervenção na comunidade, uma vez que a minha experiência neste campo se limitava aos estágios da licenciatura. Contudo, desde cedo me senti integrada na equipa e no trabalho desenvolvido com os utentes, o trabalho desenvolvido no ambiente dos próprios utentes, por vezes em condições limitativas e com material reduzido, demonstrou-se ser desafiante e estimulante no meu percurso de aprendizagem. Rapidamente percebi que o domicílio é um local de eleição para a aplicação da intervenção do enfermeiro de reabilitação, pois este permite-nos conhecer as reais dificuldades e necessidades da pessoa e família/cuidadores. A falta de materiais específicos e os obstáculos encontrados, estimula-nos a procurar soluções e adaptar materiais para a implementação eficaz dos planos de reabilitação.

No segundo estágio, o hospitalar, constatei a dificuldade dos EEER disporem de tempo para prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação aos utentes, uma vez que maioritariamente se encontravam para a prestação de cuidados generalistas. Como já referido, os EEER tinham apenas uma vez por mês, escalado em horário, “Tardes de Reabilitação”, onde se dedicavam exclusivamente à prestação de cuidados especializados. Apesar deste facto, havia interesse por parte da chefia do serviço em melhorar esta realidade, através do aumento da dotação de enfermeiros

no serviço; sendo a mesma uma EEER acreditava na mais valia da intervenção dos EEER na melhoria dos cuidados aos utentes internados.

Uma outra limitação com que me deparei, principalmente no segundo período de estágio, relaciona-se com o precário encaminhamento dos utentes do hospital para a comunidade. Considero que isto muito se deve ao desconhecimento, por parte dos enfermeiros, do funcionamento dos Centros de Saúde, mais especificamente das ECCI. Uma vez que este estágio foi realizado num hospital público-privado, esta limitação ainda foi mais evidente, a não partilha do mesmo sistema de informação, entre a rede pública e privada, impossibilita a partilha de informação entre os hospitais e comunidade por uma via de informação segura e de forma antecipada, tendo em vista uma preparação para alta eficiente. Assim verifica-se que a transmissão de informação, através de nota de alta, e requerimento dos apoios na comunidade necessários ficam à responsabilidade dos utentes e familiares/cuidadores; no entanto, existe o apoio do assistente social, que serve de mediador entre o sistema de saúde, a família e a comunidade e que auxilia no processo de determinação das necessidades após a alta hospitalar e pretende dar respostas ao utente e à família, em colaboração com a restante equipa multidisciplinar e mais especificamente com o EEER.

A preparação para alta, como já referido ao longo deste relatório, é um processo contínuo e que deve ser iniciado o quanto antes, e este culmina com um encaminhamento do utente e família/cuidador adequado e que dê respostas às necessidades dos mesmos. Considero que como EEER devemos trabalhar mais a interligação entre as equipas hospitalares e da comunidade, a fim de promover a partilha de informação dos utentes, e neste caso em concreto, a partilha do potencial de reabilitação dos utentes referenciados, as principais limitações, os ganhos conseguidos durante o processo de reabilitação e quais os objetivos delineados com os utentes e família/cuidadores, a curto, médio e longo prazo; justificado pelo que a OE (2011) prevê que os EEER realizem: a “referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais envolvidos no processo de cuidados de reabilitação”, bem como o “planeamento conjunto com o cliente, das estratégias de reabilitação a implementar, resultados esperados e metas atingir (..)” e a “promoção da continuidade do processo de prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação” .

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo este percurso de formação que tem vindo a ser desenvolvido termina com a conclusão deste Relatório, onde foi realizada uma descrição, análise e reflexão do processo de aprendizagem e de aquisição de competências comuns e específicas de EEER, durante o período de Estágio, e onde destaco a intervenção do EEER na preparação para a alta e promoção do autocuidado da pessoa submetida a ATA.

Para a fundamentação do Projeto de Estágio foi relevante toda a pesquisa e seleção de conteúdos realizados, tendo por base que a prática de cuidados de enfermagem de reabilitação deve ser baseada na evidência, ou seja, sustentada em resultados da investigação e em orientações de boas práticas de cuidados.

Os objetivos propostos foram amplamente alcançados e para tal contribuíram as atividades planeadas e as oportunidades de aprendizagem que os estágios me proporcionaram. Desta forma, os conhecimentos adquiridos durante toda a componente letiva do Mestrado foram sendo consolidados ao longo das 18 semanas de estágio, os mesmos permitiram a efetiva aquisição de competências necessárias a uma prática de cuidados especializados, nomeadamente à prática do EEER.

As competências de EEER que adquiri têm-se revelado uma mais valia para a minha prática diária, pois permitiram aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem que presto e conseqüentemente das pessoas com quem trabalho, através da partilha e transmissão dos conhecimentos adquiridos aos restantes elementos da equipa de enfermagem.

Este Relatório de Estágio, bem como os Jornais de Aprendizagem e as partilhas com as EEER orientadoras e docente orientador proporcionaram-me momentos de reflexão que contribuíram para construção do meu ser como enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação. Esta aprendizagem foi fundamental para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, mas principalmente para melhoria dos cuidados prestados aos utentes e suas famílias/cuidadores, através da prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Considerando que o conhecimento não é estanque e que se encontra em constante evolução e mutação, a Enfermagem e o conhecimento que integra devem

ser igualmente encarados como infinitos, e assim sendo todos os trabalhos devem ser tidos como ponto de partida para futuras pesquisas. Com este meu Relatório de Estágio espero ter contribuído para o desenvolvimento da investigação, sugerindo que se procure definir melhores estratégias de continuidade de cuidados, entre as várias entidades de saúde (públicas, privadas, hospitalar, comunidade) para garantir aos utentes e suas famílias/cuidadores a manutenção dos seus processos de reabilitação.

Para o futuro, ambiciono participar em novos projetos relacionados com a reabilitação e nomeadamente, com a gestão do processo de alta dos utentes. Uma vez que exerço funções num hospital privado, identifico vários problemas durante este processo, como a não comunicação entre os profissionais (hospital/comunidade) e a perda de contacto após a alta com os utentes (não existência de consulta de enfermagem de seguimento e follow-up). Neste sentido, pretendo dar continuidade à minha formação, sempre baseada na evidência científica e participar em projetos de investigação relevante para a enfermagem de reabilitação.

Por fim, o balanço do meu percurso é extremamente positivo, considero-me mais enriquecida, conseguindo mobilizar os conhecimentos adquiridos na minha prática e procurando a excelência como EEER. Acreditando e levando comigo a premissa destacada por Hesbeeb (2003), que “formação” e a “reabilitação” se encontram intimamente ligados e que ambos respeitam processos que não se limitam a fazer que “há a fazer”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.

Arshad, H., Royan, S., Smith, T., Barker, L., Chirodian, N. & Wimhurst, J. (2014). Norwich enhanced recovery programme vs non-enhanced recovery following hip and knee replacement: A matched-cohort study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 18 (4), 227-234.

Associação Internacional para o Estudo da Dor. (2016). Epidemiologia da Dor Articular. Acedido a Disponível em: www.iasp-pain.org/globalyear

Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação. (2010). Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Acedido a 24/03/2017 18:24. Disponível em: <http://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>

Barbosa, P. & Vasconcelos, C. (2017). *Artrite reumatoide: Informação médicas para doentes e familiares*. Lisboa: Núcleo de Estudos de Doenças Auto-imunes (NEDAI) da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI).

Benner, P. (1982). From novice to expert. *The American Journal of Nursing*, 82 (3), 402-407.

Bolander, V. B. & Leal, M. T. (1998). *Enfermagem fundamental: Abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.

Cabete, D. G. (2005). *O Idoso, a Doença e o Hospital: O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência, Ed.Técnicas e Científicas Lda.

Direção Geral da Saúde. (2003). *Fraturas da extremidade proximal do fémur no idoso: Recomendações para intervenção terapêutica*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2004). *Circular Informativa nº.12/DSPCS de 19 de Abril de 2004: Planeamento da Alta do Doente com AVC*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2005). *Programa nacional contra as doenças reumáticas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2012). *Programa nacional de prevenção de acidentes*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral de Saúde. (2010). *Acidente vascular cerebral: Itinerários clínicos*. Lisboa: Lidel.

Direção Geral de Saúde. (2013). *Norma nº.014/2013 de 23 de Setembro de 2013: Artroplastia total da anca*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Duellman, T. J., Gaffigan, C., Milbrandt, J. C. & Allan, D. G. (2009). Multi-modal, pre-emptive analgesia decreases the length of hospital stay following total joint arthroplasty. *Orthopedics*, 32 (3).

Fang, M., Noiseux, N., Linson, E. & Cram, P. (2015). The effect of advancing age on total joint replacement outcomes. *Geriatric orthopaedic surgery & rehabilitation*, 6 (3), 173-179.

- Flugsrud, G. B., Nordsletten, L., Espehaug, B., Havelin, L. I. & Meyer, H. E. (2002). Risk factors for total hip replacement due to primary osteoarthritis: a cohort study in 50,034 persons. *Arthritis & Rheumatism*, 46 (3), 675-682.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: Da conceptualização à realização* (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Gomes, J. (2014). *A pessoa com artroplastia total da anca: atividades de vida diária e qualidade de vida*. Dissertação de mestrado não publicada. Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Escola Superior de Saúde. Viana do Castelo.
- Guedes, R. C., Dias, J. M., Dias, R. C., Borges, V. S., Lustosa, L. P. & Rosa, N. M. (2011). Artroplastia total de quadril em idosos: impacto na funcionalidade. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 15 (2), 123-130.
- Hershkovitz, A., Kalandariov, Z., Hermush, V., Weiss, R. & Brill, S. (2007). Factors affecting short-term rehabilitation outcomes of disabled elderly patients with proximal hip fracture. *Arch Phys Med Rehabil*, 88 (7), 916-921.
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e processo*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Holzwarth, U. & Cotogno, G. (2012). JRC Scientific and Policy Reports: Total Hip Arthroplasty. Acedido a 25/03/2017 19:43. Disponível em: <http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/>

- Internacional Council of Nurses. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2ª ed.)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition*. The University of Adelaide: The Joanna Briggs Institute.
- Kisner, C. & Colby, L. A. (2009). *Exercícios terapêuticos: Fundamentos e técnicas. (5ª ed.)*. São Paulo: Editora Manole.
- Laires, P. A., Perelman, J., Consciência, J. G., Monteiro, J. & Branco, J. (2015). Atualização sobre o impacto epidemiológico e socioeconómico das fracturas da extremidade proximal do fémur. *Acta Reumatologica Portuguesa*, 40 (3), 223-230.
- Larsen, K., Hvass, K. E., Hansen, T. B., Thomsen, P. B. & Søballe, K. (2008). Effectiveness of accelerated perioperative care and rehabilitation intervention compared to current intervention after hip and knee arthroplasty: A before-after trial of 247 patients with a 3-month follow-up. *BMC musculoskeletal disorders*, 9 (1), 59.
- Lei n.º 119/2015 de 22 de Junho. (2015). *Regulamento n.º 350/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República II Série, N.º 119 (22-06-2015) 16655-16660.
- Litwic, A., Edwards, M. H., Dennison, E. M. & Cooper, C. (2013). Epidemiology and burden of osteoarthritis. *Br Med Bull*, 105 (1), 185-199.
- Lucas, B. (2008). Total hip and total knee replacement: Preoperative nursing management. *British Journal of nursing*, 17 (21), 1346-1351.

- Macedo, M. (2012). *Supervisão na integração de enfermeiros à luz do modelo bioecológico*. Dissertação de mestrado. Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Manuel, H. (2014). *Nevrose avascular da cabeça do fémur*. Artigo de Revisão Bibliográfica Mestrado Integrado em Medicina 2013/2014. Universidade do Porto Porto.
- Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da sua vida*. Loures: Lusodidacta.
- Martins, M. M. & Fernandes, C. S. (2009). Percurso das necessidades em cuidados de enfermagem nos clientes submetidos a artroplastia da anca. *Referência - Revista de Enfermagem*, 2 (11).
- Martins, T., Araújo, M. F., Peixoto, M. J. & Machado, P. P. (2016). *A pessoa dependente e o familiar cuidador*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479.
- Mears, D. C., Mears, S. C., Chelly, J. E., Dai, F. & Vulakovich, K. L. (2009). THA with a minimally invasive technique, multi-modal anesthesia, and home rehabilitation: Factors associated with early discharge? *Clin Orthop Relat Res*, 467 (6), 1412-1417.
- Menoita, E. C., Sousa, L. M., Pão-Alvo, I. & Marques-Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*: Lusodidacta.

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2011). *Parecer sobre actividades de vida diária*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Miranda, L. (2017). Instituto Português de Reumatologia (IPR): Artrite Reumatoide. Acedido a 25/03/2017 18:37. Disponível em: <http://www.ipr.pt/index.aspx?p=MenuPage&MenuId=154>

Neogi, T. (2013). The epidemiology and impact of pain in osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*, 21 (9), 1145-1153.

Oliveira, P. (2013). *Avaliação das características individuais e clínicas como preditores do estado de saúde em indivíduos sujeitos a atroplastia total da anca*. Dissertação de mestrado. Instituto Politécnico de Coimbra. Coimbra.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Acedido a 25/03/2017 18:23. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem Dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em enfermagem de reabilitação*. Lisboa.

Orem, D. E. (2001). *Nursing of Practice* (6ª ed.). St. Louis, Missouri: Mosby Inc.

Orem, D. E. & Taylor, S. G. (2011). Reflections on nursing practice science: The nature, the structure, and the foundation of nursing sciences. *Nursing science quarterly*, 24 (1), 35-41.

Organização Mundial de Saúde. (2004). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Organização Mundial de Saúde. (2018). Condições músculo-esqueléticas. Acedido a 19/06/2018 22:10. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/musculoskeletal/en/>

Pereira, I. (2013). *Regresso a casa: Estrutura da ação de enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.

Petronilho, F., Machado, M. M. P., Miguel, N. & Magalhães, M. M. A. (2010). Caracterização do doente após evento crítico: Impacto da (in) capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. *Sinais Vitais*, 88, 41-47.

Registo Português de Artroplastias. (2014). Relatório Anual de 2013. Acedido a 23/03/2017 17:53. Disponível em: <http://www.rpa.spot.pt>

Riggs, R. V., Roberts, P. S., Aronow, H. & Younan, T. (2010). Joint replacement and hip fracture readmission rates: Impact of discharge destination. *PM&R*, 2 (9), 806-810.

- Rodrigues, J. P. (2012). *Declínio funcional cognitivo e risco de quedas em doentes idosos internados*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Bragança. Bragança.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37.
- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. (2018). Hospital de Sant'Ana. Acedido a 10/01/2018 11:10. Disponível em: <http://www.hospitaldesantana.pt/>
- Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. In. Lisboa: Lidel.
- Siebens, H. C., Sharkey, P., Aronow, H. U., Deutscher, D., Roberts, P., Munin, M. C., Radnay, C. S. & Horn, S. D. (2016). Variation in rehabilitation treatment patterns for hip fracture treated with arthroplasty. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 8 (3), 191-207.
- Siebens, H. C., Sharkey, P., Aronow, H. U., Horn, S. D., Munin, M. C., DeJong, G., Smout, R. J. & Radnay, C. S. (2012). Outcomes and weight-bearing status during rehabilitation after arthroplasty for hip fractures. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 4 (8), 548-555.
- Siopack, J. S. & Jergesen, H. E. (1995). Total hip arthroplasty. *Western journal of medicine*, 162 (3), 243.
- Suhonen, R., Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *J Clin Nurs*, 17, 843-860.

Taylor, S. (2004). Teoria do défice de autocuidado de enfermagem. In *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (pp. 211-235). Lisboa: Lusociência.

Tian, W., DeJong, G., Horn, S. D., Putman, K., Hsieh, C.-H. & DaVanzo, J. E. (2012). Efficient rehabilitation care for joint replacement patients: Skilled nursing facility or inpatient rehabilitation facility? *Medical decision making*, 32 (1), 176-187.

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Violante, A. & Cruz, A. (2016). *Efetividade do ensino pré-operatório em doentes submetidos a artroplastia total da anca*. Dissertação de mestrado. Universidade de Coimbra - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra.

World Health Organization. (2002). *The world health report: Reducing risk and promoting healthy life* (Vol. 2002). Genebra: World Health Organization.

World Health Organization. (2013). Priority medicines for Europe and the World "A Public Health Approach to Innovation": Background Paper 6.12 Osteoarthritis. Acedido a 25/03/2017 18:20. Disponível em: http://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/BP6_12Osteo.pdf

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. Genebra: World Health Organization.

World Health Organization. (2017). Chronic diseases and health promotion. Acedido a 25/03/2017 17:10. Disponível em: <http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/>

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Estágio

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

Projeto de Estágio

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Preparação para a Alta da Pessoa Submetida a Artroplastia Total da Anca – Promoção do Autocuidado

Joana Alexandra Ferreira do Espírito Santo

Lisboa

2017



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Projeto de Estágio

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na Preparação para a
Alta da Pessoa Submetida a Artroplastia Total da
Anca – Promoção do Autocuidado

Joana Alexandra Ferreira do Espírito Santo (n.º
7366)

Orientador: Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa

2017



ÍNDICE

INTRODUÇÃO	
1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	5
1.1. Título	5
1.2. Palavras Chave	5
1.3. Data de Início	5
1.4. Duração.....	5
2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	6
3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA.....	7
3.1. Sumário.....	7
3.2. Enquadramento Conceptual.....	13
3.2.1. A pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca	16
3.2.2. A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação	22
3.2.3. Quadro de Referência Teórico de Enfermagem.....	25
3.3. Plano de trabalho e Métodos.....	26
3.3.1. Objetivo Geral e Objetivos Específicos.....	26
3.3.3. Fundamentação da escolha dos locais de estágio.	27
3.3.4. Descrição das Atividades e Resultados Esperados.....	28
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
APÊNDICES.....	
Apêndice I – Planeamento das Atividades	
Apêndice II – Cronograma	
Apêndice III – Background da Revisão Scoping.....	
Apêndice IV – Estratégia de Pesquisa da Revisão Scoping	
Apêndice V – Fluxograma da Revisão Scoping	
Apêndice VI – Resultados da Revisão Scoping	
Apêndice VII – Caracterização das Restantes Patologias	
Apêndice VIII – Caracterização da ATA convencional e minimamente invasiva	
Apêndice IX – Ensinos à pessoa submetida a ATA	
Apêndice X – Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem	
Apêndice XI – Guião de Entrevista à UCC Cacém Care e Resultados	

LISTA ABREVIATURAS

ATA – Artroplastia Total da Anca

AVD's – Atividades de Vida Diárias

CSC – Centro de Saúde [REDACTED]

DGS – Direção Geral de Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

RFM - Reeducação Funcional Motora

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

RNCI – Rede Nacional de Cuidados Integrados

RPA – Registo Português de Artroplastias

RS – Revisão Scoping

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

Este Projeto de Estágio surge como processo de avaliação da Unidade Curricular Opção II, do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com o objetivo de descrever, analisar e problematizar uma área de estudo a desenvolver no 3º Semestre (“Estágio com Relatório”), bem como identificar as competências que se pretende desenvolver no âmbito do perfil de Especialista em Enfermagem de Reabilitação, em articulação com as competências de grau de mestre.

A metodologia de um projeto tem como objetivo principal a resolução de problemas, e através dela a aquisição de novas competências, surge, assim, como uma ponte entre a teoria e a prática. É uma metodologia que promove a autonomia do estudante, na medida em que estimula o próprio a identificar problemas/situações e a sua resolução, através da delimitação de um problema, do campo de ação, da bibliografia e método de trabalho, sendo o papel do professor baseado na delimitação de prazos, orientação e deteção das necessidades do estudante (Ruivo et al, 2010).

O objetivo geral deste projeto é contribuir como guia orientador da prática clínica, permitindo a aquisição de competências científicas, técnicas e humanas necessárias para a prestação de cuidados especializados, segundo as competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Os objetivos específicos são: elaborar enquadramento conceptual do tema e o impacto que tem na pessoa, família e comunidade; identificar as intervenções do EEER no cuidado à pessoa submetida a ATA; relacionar o quadro teórico escolhido (Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem) com a prática e a forma como este a orienta; planear objetivos e atividades a desenvolver nos locais de estágio.

O trabalho encontra-se estruturado em dois capítulos. O primeiro capítulo corresponde ao enquadramento conceptual do tema, que contempla a temática escolhida e o impacto na pessoa/família/comunidade, as intervenções específicas do EEER e a sua articulação com a Teoria do Défice de Autocuidado. O segundo capítulo corresponde ao plano de cuidados e os métodos utilizados, onde serão identificados os objetivos e as atividades a desenvolver segundo as competências do EEER e a fundamentação dos locais de estágio.

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

1.1. Título

Como título deste Projeto de Estágio definiu-se:

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Preparação para a Alta da pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca – Promoção do Autocuidado

1.2. Palavras Chave

As palavras chaves do Projeto de Estágio são:

Artroplastia total da Anca; Enfermeiro Especialista em Reabilitação, Reabilitação; Preparação para Alta; Autocuidado

1.3. Data de Início

A data de início dos ensinamentos clínicos será:

Na Unidade de Cuidados da Comunidade [REDACTED] (UCC [REDACTED]) a 25 de setembro, e decorrerá até 24 de novembro de 2017;

No Hospital [REDACTED] a 27 de novembro de 2017, e decorrerá até 9 de fevereiro de 2018.

1.4. Duração

A duração dos Ensinamentos Clínicos será de 18 semanas, sendo a duração de cada uma de 9 semanas.

2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

As Instituições envolvidas para o desenvolvimento deste projeto de estágio, são a ESEL como instituição formadora e colaborativa com as restantes instituições, a UCC [REDACTED] e o Hospital de [REDACTED].

A UCC [REDACTED] é uma unidade funcional do Centro de Saúde do [REDACTED] (CS [REDACTED]), inserido no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) [REDACTED]. O CSC abrange as juntas de freguesia [REDACTED], servindo uma população de 72 432 mil habitantes, maioritariamente mulheres em idade fértil, crianças e idosos, caracteriza-se por ser predominantemente de classe social média-baixa e raça caucasiana. A equipa de Enfermagem de Reabilitação faz parte da ECCI, e funciona com a metodologia de trabalho Enfermeiro Gestor de Caso (EGC) e tem capacidade para 60 utentes. A população alvo são na sua maioria idosos, com patologias do foro respiratórios, neurológico (Acidente Vascular Cerebral), síndromes demenciais e fraturas do colo do fémur. Esta ECCI é constituída por seis enfermeiros, três dos quais EEER, uma fisioterapeuta, uma técnica de serviços sociais e uma psicóloga, o corpo médico pertence às unidades do CS [REDACTED]. O EEER é autónomo na planificação dos cuidados. Estes são prestados durante o período da manhã e abrangem as diversas áreas de intervenção, sensoriomotoras, respiratórias, de eliminação, alimentação, cognitivas, bem como os ensinamentos aos utentes e cuidadores. Os registos, no sistema informático e em papel, são realizados no período da tarde, assim como a articulação com os restantes elementos da equipa e recursos comunitários.

O [REDACTED] é vocacionado para prevenção, tratamento e reabilitação músculo-esquelética, e iniciou em 1981 a cobertura traumatológica da área circundante de [REDACTED]. Considerado como uma referência na área de Ortopedia e Traumatologia. O Internamento do Hospital é destinado aos utentes com indicação cirúrgica, sendo a Ortopedia a especialidade de referência, é dividido em dois serviços, I e III, um com 20 camas e outro com 23, respetivamente. A equipa de enfermagem, tem como missão prestar cuidados de excelência a todos os utentes que procuram o Hospital de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-os a atingir a autonomia e a capacidade funcional tão rápido quanto possível.

3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

3.1. Sumário

A problemática escolhida para o desenvolvimento deste projeto de estágio foi na área da ortopedia, mais especificamente na pessoa submetida a artroplastia total da anca, focando a preparação para alta e a promoção do autocuidado.

Por desempenhar funções num serviço de internamento médico-cirúrgico, contato com vasta área de especialidades tanto médicas como cirúrgicas, no entanto, desde a minha formação inicial, a área da ortopedia sempre me despertou grande interesse. A cirurgia ortopédica tem evoluído muito nos últimos anos e os procedimentos cirúrgicos são cada vez menos invasivos e conseqüentemente as limitações pós-operatórias são menores. No entanto, constato que na pessoa submetida a artroplastia total da anca, as limitações verificadas no pós-operatório, ainda são significativas, não só pela técnica cirúrgica em si, mas também pela população alvo (frequentemente idosos), surgindo assim diversas dúvidas quanto às mobilizações permitidas, ao levantar e a adaptação no regresso a casa.

Para além da minha motivação pessoal, alguns dados epidemiológicos demonstram a pertinência da problemática pela sua incidência nas populações atuais.

Segundo a World Health Organization (WHO) (2015) os principais problemas de saúde das populações mais envelhecidas são as doenças crónicas, sendo as alterações musculoesqueléticas, das principais causas de morbilidade e incapacidade, dando origem a enormes gastos com a saúde e a perda da capacidade laboral (WHO, 2015). A WHO (2016) destaca entre estas alterações a artrite reumatoide, a osteoartrose, disfunções da coluna e traumatismos graves dos membros. A osteoartrose é uma das dez doenças mais incapacitantes, atingindo 9,6% dos homens e 18,0% das mulheres com mais de 60 anos, 80% dos quais apresentarão limitações no movimento, e 25% poderão não conseguir executar suas principais atividades diárias de vida (WHO, 2016).

A articulação coxofemoral sendo uma das mais atingidas pela osteoartrose causa limitações funcionais importantes para a pessoa. As causas mais frequentes de dor e disfunção da anca e que estão na origem da indicação para artroplastia total da anca é a osteoartrose primária ou secundária, juntamente com a fratura do colo do fémur, osteonecrose da cabeça femoral e doença inflamatória da anca. (Direção Geral da Saúde, 2013). Anualmente, cerca de um milhão de pessoas são submetidas a artroplastia total da anca (ATA) a nível mundial (Holzwarth & Cotogno, 2012). E em Portugal, segundo o Relatório Anual de 2013 do Registo Português de Artroplastia (RPA), foram registadas, durante ano de 2013, 9223 artroplastias sendo que 4440 correspondem a artroplastia primária da anca (RPA, 2014).

Para a Direção Geral de Saúde a ATA é a cirurgia com “maior índice de sucesso entre todas as cirurgias de substituição articular, esta tem como objetivo promover a qualidade de vida através do alívio da dor e/ou melhoria da função em doentes com artropatia da anca.” (DGS 2013).

Tendo em consideração os dados supracitados e a realidade constatada durante a minha prática, considero que o estudo desta problemática é relevante para poder desenvolver uma prática baseada na evidência, que integre a melhor evidência, perícia clínica e os valores da pessoa.

A metodologia utilizada para realizar o estudo de arte, e a atualmente preconizada pela ESEL, foi a Revisão Scoping (RS), esta permite realizar o mapeamento de toda a evidencia (existente nas bases de dados) sobre determinado tópico, sendo útil para examinar a nova informação, bem como para identificar lacunas no conhecimento. A RS tem um âmbito mais amplo e conseqüentemente critérios de inclusão correspondentemente menos restritivos.

Após a delimitação da problemática, foi efetuada uma RS seguindo a metodologia do Manual do *Joanna Briggs Institute Scoping Review* (2015), com o intuito de construir um resumo do estado de arte sobre a temática, com o título: **“A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca: a scoping review”**. Foi definido com objetivo geral desta RS: Analisar a literatura existente sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à Pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca;

E como Objetivos/Questões Específicas/as:

- Quais as limitações funcionais da pessoa submetida a artroplastia total da anca?
- Quais os principais fatores que influenciam a reabilitação da pessoa submetida a artroplastia total da anca?
- Quais as intervenções específicas de reabilitação à pessoa submetida a artroplastia da anca, nomeadamente intervenções de enfermagem de reabilitação?

De seguida foi efetuado o Background que serviu de suporte para a pesquisa e onde foram definidos alguns dos conceitos principais (Apêndice III). Após a construção do Background foram estabelecidas as palavras chave da pesquisa sendo elas:

Nursing; “Nursing care”; “Nursing Intervention”; “Nursing Rehabilitation”; Rehabilitation; Total Hip Arthroplasty.

Esta RS considerou todos os tipos de estudos cujos participantes sejam com idade igual ou superior a 18 anos e submetidos a artroplastia total da Anca. Com o objetivo de identificar a literatura que identifique as intervenções do EEER à pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca, definiu-se como conceitos centrais: enfermagem, cuidados de enfermagem e intervenções de enfermagem. Foram incluídos todos os estudos sobre a temática da pessoa submetida a Artroplastia total da anca em contexto de reabilitação, bem como todos os contextos geográficos. Foram, ainda, contemplados todos os tipos de estudos, quantitativos e qualitativos, desde que respeitem os critérios de inclusão anteriormente descritos, e que apresentem texto integral e resumo disponível. Como critérios de exclusão definiu-se que os estudos que apresentam mais de dez anos não são incluídos, tendo sido efetuado o limite temporal para seleção dos artigos entre 2007 a 2017, assim como os estudos que não respondam a uma das perguntas da RS.

A estratégia de pesquisa utilizada teve por base a metodologia do Manual do *Joanna Briggs Institute Scoping Review* (2015). A pesquisa procurou encontrar estudos publicados e não publicados. Numa primeira fase da pesquisa, limitada às bases de dados *CINAHL Plus®* e *MEDLINE* foram analisadas as palavras existentes nos títulos e resumos, e os termos de indexação usados para descrever os artigos, tendo sido as seguintes palavras-chave: enfermagem, cuidados de enfermagem, intervenção de

enfermagem, reabilitação, enfermagem de reabilitação e artroplastia total da anca. Da primeira pesquisa foram aferidas as palavras-chave e termos indexados finais sendo os mesmos utilizados e cruzados numa segunda pesquisa através da plataforma EBSCO, nas bases de dados *CINAHL Plus®* e *MEDLINE*, incluindo a *CINAHL Headings* e *MEDLINE – MeSH 2017*. Estas duas etapas da estratégia de pesquisa estão evidenciadas no documento do Apêndice IV. Na sequência destas etapas foram excluídos quatro artigos, após leitura dos títulos e resumo (Apêndice V).

A terceira etapa da pesquisa consistiu na leitura das listas de referências de todos os artigos selecionados, tendo sido identificados mais dois artigos e incluídos para a RS. Posterior à leitura dos artigos selecionados foram excluídos mais três artigos por não responderem às questões da RS (Apêndice V).

Para a extração de dados dos artigos, foi realizada uma tabela com a identificação dos artigos (autores e ano), os conceitos e principais conclusões (Apêndice VI).

Da análise dos 11 artigos selecionados estruturo os resultados obtidos tendo em consideração as questões de pesquisa.

A primeira questão destina-se a perceber quais as principais limitações da pessoa submetida a ATA, a mobilidade reduzida é tida como uma das principais limitações das pessoas submetidas a ATA nos estudos incluídos. No estudo de Hershkovitz et al (2007), sobre os fatores que afetam a curto prazo a reabilitação, os outcomes e a alta nos pacientes com fratura proximal do fêmur, o objetivo de uma equipa multidisciplinar é alcançar uma melhoria funcional significativa, principalmente na mobilidade. Já estudo de Siebens, H. et al (2012) evidencia que o tipo de restrição de carga pode influenciar e ser uma limitação na pessoa submetida a ATA, concluindo que quando é recomendada carga de acordo com a tolerância da pessoa comparativamente com a restrição total ou parcial de carga no membro operado, aumenta a capacidade de mobilidade e participação em programas de reabilitação. Já a dor no pós-operatório é outra grande limitação, que pode influenciar o processo de reabilitação da pessoa submetida a ATA, por isso o seu controlo é considerado por 4 dos estudos incluídos como uma medida importante para a reabilitação da pessoa e do seu rápido regresso à comunidade.

Da segunda questão desta RS pretendia-se perceber quais os principais fatores que influenciam a reabilitação da pessoa submetida a ATA. Da análise dos estudos pode-se concluir que este processo de reabilitação é influenciado por diversos fatores, em

que cada estudo desenvolve mais uns que outros tendo em conta o seu objetivo, no entanto, genericamente, surgem como fatores chave a idade da pessoa, educação pré-operatória, o tipo de anestesia e analgesia, mobilização precoce e motivação e expectativas da pessoa. Segundo Fang et al (2015), quanto maior a idade dos pacientes, maior o tempo de permanência no hospital, maior a percentagem de complicações e maior a probabilidade de necessitarem de continuidade de cuidados de reabilitação, no entanto o mesmo estudo concluiu que após o processo de reabilitação a melhoria na qualidade de vida dos pacientes é semelhante, independentemente da idade. Já Hershkovitz et al (2007) realçam a importância de controlar dois fatores que tornam a pessoa idosa mais vulnerável e que influenciam o seu processo de reabilitação, que é depressão e estado nutricional, uma vez que são fatores passíveis de ser controlados ou tratáveis como uma intervenção precoce. No que diz respeito à importância da educação pré-operatória, 3 dos estudos incluídos consideram ser uma estratégia que influencia positivamente o processo de reabilitação da pessoa, diminuindo o seu período de internamento. Lucas (2008) afirma que artroplastia é uma grande cirurgia que requer preparação física, psicológica e social, por isso os enfermeiros especialistas são o centro de uma preparação multidisciplinar das pessoas que aguardam a cirurgia e os enfermeiros do pré-operatório asseguram que a pessoa tem a preparação física necessária para a anestesia e cirúrgica e identificam as necessidades pós alta, fazendo o seu planeamento prévio. Arshad et al (2014) defendem um modelo (*Norwich Enhanced Recovery Programm - NERP*) que pretende promover a alta hospital e a recuperação precoce da funcionalidade usando, entre outros, a educação pré-operatória. Por sua vez Larsen et al (2008), com um estudo que revelou uma implementação bem-sucedida de cuidados peri-operatórios acelerados e intervenção de reabilitação após artroplastia da anca e joelho, demonstram que a informação (focada nos objetivos e no planeamento da alta, controlo da dor e estratégia de mobilizações) é uma das intervenções que mais contribuiu para os resultados favoráveis.

Quanto à analgesia e o tipo de anestesia é tipo como fator para reabilitação, sendo referido em 4 dos 11 artigos incluídos, Arshad et al (2014) com o seu modelo de atuação (NERP) assinalam a anestesia loco-regional como a mais indicada, por sua vez Duellman et al (2009) conclui que o uso de analgésicos pré-operatórios, diminuiu a necessidade de analgésicos intravenosos (narcóticos) no pós-operatório e

aumentando a participação na reabilitação devido à consequente diminuição das náusea e vômitos secundários à terapêutica analgésica.

No que diz respeito à mobilidade, 5 artigos nesta RS referem a importância de esta ser o mais precoce possível, pois a recuperação da mesma influencia diretamente o processo de reabilitação, bem como o regresso à comunidade. Segundo Larsen et al (2008), mobilização precoce começa no dia da cirurgia com mobilizações no leito e posteriormente com atividades fora do leito, como treino de marcha e exercícios de fortalecimento muscular. Neste estudo o outro fator que contribuiu para os melhores resultados, para além da informação, foi a mobilização precoce e ativa.

No estudo de Lucas (2008), em que este define a intervenção do enfermeiro em todo o período peri-operatório na ATA ou ATJ, defende que o enfermeiro (num contexto de cuidados primários) deve avaliar a pessoa para perceber se está psicológica, física e socialmente preparada para a cirurgia. Mears et al (2009) no seu trabalho revelam que para além dos protocolos de reabilitação, a motivação do paciente e expectativas parecem desempenhar um papel importante na recuperação rápida após a artroplastia de anca. Siebens, H. et al (2016), também evidencia a importância da motivação e expectativas da pessoa quando defende que cuidados de saúde serem centrados na pessoa, tendo atenção às preferências, necessidades, resultados alcançados e à eficiência na prestação de cuidados.

Em resposta à terceira questão, quais as intervenções específicas de reabilitação à pessoa submetida a ATA, nos estudos incluídos nenhum refere intervenções específicas de enfermagem de reabilitação, sendo esta uma limitação desta RS a falta de artigos específicos de enfermagem de reabilitação. E estas foram mobilizações no leito, transferências, treino de marcha e exercícios e treino de AVD's. Segundo Larsen et al (2008) a mobilização, realização de atividades fora do leito, treino de marcha e exercícios de fortalecimento muscular e o ensino como evitar movimentos proibidos são intervenções de reabilitação, já Siebens, H. et al (2016) define que as mobilizações (leito), as transferências, treino de marcha e exercícios são intervenções mais escolhidas pelos fisioterapeutas, enquanto o vestir os membros inferiores; mobilidade funcional e exercícios (ex: gestão da casa; transferência para cadeira/cadeira de rodas; cuidados de higiene – transferência para a banheira ou chuveiro) são as intervenções mais escolhidas pelos terapeutas ocupacionais. No entanto, tendo em conta as competências do EEER consegue-se realizar a relação

com as intervenções de reabilitação encontradas nos artigos e as intervenções do EEER no cuidado à pessoa submetida ATA.

3.2. Enquadramento Conceptual

Pela primeira vez na história da humanidade, espera-se que a maioria das pessoas possam viver para além dos 60 anos, isto deve-se à diminuição da mortalidade durante a infância e parto, bem como das doenças infecciosas nos países subdesenvolvidos, já nos países desenvolvidos o aumento da esperança média de vida é resultado do declínio da mortalidade entre as pessoas mais velhas (WHO, 2015).

É sabido que as pessoas mais velhas contribuem para a sociedade de múltiplas maneiras (seio familiar, para a comunidade local ou para sociedade de forma mais ampla), no entanto a saúde de cada um é o fator principal poder experimentar a vida e as coisas que se valorizam sem grandes limites. Por norma estes anos adicionais são caracterizados por declínios nas capacidades físicas e mentais, e as implicações deste para as pessoas e sociedades poderão ser bastante negativos (WHO, 2015).

Segundo a WHO (2015) os principais problemas de saúde das populações mais envelhecidas são as doenças crónicas (WHO, 2015). E dentro desta encontram-se as alterações musculoesqueléticas, sendo estas as principais causas de morbilidade e incapacidade, dando origem a enormes gastos com a saúde e a perda da capacidade laboral. A OMS destaca entre estas alterações a artrite reumatoide, a osteoartrose, disfunções da coluna e traumatismos graves dos membros (WHO, 2016).

A osteoartrose é uma doença articular degenerativa e associada ao envelhecimento, e como já referido uma das dez doenças mais incapacitantes nos países desenvolvidos (WHO, 2016).

A osteoartrose é reconhecida como uma doença comum e debilitante com grande impacto social e económico. É uma doença degenerativa da articulação que envolve a cartilagem e grande parte dos tecidos circundantes, para além das lesões articulares pode provocar alterações da modelação do osso subarticular, formação de osteófitos, laxidade ligamentar, enfraquecimento muscular e inflamação sinovial. Os principais sintomas da osteoartrose são a dor nas articulações, rigidez e limitação do movimento,

a sua progressão é lenta e pode culminar na falência articular com dor e incapacidade (Litwic, Dennison & Cooper, 2013)

A artrite reumatoide, osteonecrose, displasia congénita da anca e fratura da anca podem resultar em osteoartrose da anca. Segundo Flugsrud, Nordsletten, Meyer & Havelin (2002) em 70% das pessoas submetidas a artroplastia total da anca não se verifica patologia secundária, sendo a osteoartrose a única causa (Flugsrud et al 2002).

A osteoartrose sintomática geralmente afeta 10% a 15% da população em todo o mundo, sendo os joelhos, mãos e ancas os locais mais comuns da osteoartrose (Associação Internacional para o Estudo da Dor, 2016). Segundo a DGS (2013) a articulação coxofemoral é uma das mais atingidas provocando dor e disfunção da anca, tornando-se indicação para artroplastia total da anca. (DGS 2013).

Segundo Litwic et al (2013) existem outros tratamentos disponíveis para a gestão da osteoartrose, no entanto tendem a um menor benefício geral. A artroplastia tem demonstrado melhorar a dor, a incapacidade, a função, a atividade física e a qualidade de vida (Litwic et al, 2013).

Esta intervenção cirúrgica tem como objetivo restaurar a função e a mobilidade da articulação coxofemoral e diminuir a dor. Tendo em conta o progressivo envelhecimento da população, o número de pessoas submetidas a ATA deverá aumentar (Holzwarth & Cotogno, 2012).

Para além da osteoartrose, a artroplastia total da anca é utilizada também para o tratamento de outras patologias, como osteoartrites, osteonecrose, artrite pós-traumática, displasias e fraturas do colo do fémur.

A Artroplastia Total da Anca é uma intervenção cirúrgica, que consiste na substituição da articulação coxofemoral e que pretende ganhos para a saúde, como referido anteriormente, no entanto esta prevê um período longo de reabilitação, de 4 a 6 de meses. Sendo os internamentos hospitalares cada vez mais curtos, entende-se que no momento da alta hospital o nível de dependência ainda esteja a níveis elevados. (Martins e Fernandes, 2009).

Segundo Martins e Fernandes (2009) o enfermeiro para garantir a continuidade dos cuidados e o bem-estar dos clientes deverá identificar, o mais precocemente possível,

as necessidades de cuidados e desenvolver um planeamento de alta eficaz com a participação do cliente/família e restantes profissionais de saúde. (Martins e Fernandes, 2009).

O processo de dependência destas pessoas surge inicialmente devido à doença crónica e posteriormente com a intervenção cirúrgica. A intervenção de enfermagem tem uma importante ponderação junto da pessoa e família submetida a artroplastia total da anca, é através da avaliação das necessidades, planeamento dos cuidados e desenvolvimento dos mesmo em parceria com a pessoa e família, que se atinge os resultados esperados e se otimiza a capacidade funcional da pessoa (Martins e Fernandes, 2009). Segundo os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem relativamente à readaptação funcional "*o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde. São elementos importantes (...) a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem; o planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade; o máximo aproveitamento dos diferentes recurso da comunidade; a optimização das capacidade do cliente e conviventes significativos para gerir o régimen terapêutico prescrito; o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.*" (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 17)

Os cuidados de enfermagem de reabilitação pretendem a "*manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades*" (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 5). Desta forma a intervenção do enfermeiro de reabilitação tem como objetivo a promoção do autocuidado, ou seja, a promoção de melhores níveis de independência.

No que se refere a um planeamento de alta eficaz podemos considerar que a preparação para a alta é um processo dinâmico que deve ser iniciado o mais precocemente possível, de modo a reduzir eventuais riscos, sendo o enfermeiro a primeira linha de ajuda no desenvolvimento desta transição que decorre entre dois subprocessos: "*possibilitar enquanto dar oportunidade e facilitar enquanto ajudar*". (Pereira, 2013, p. 218)

A importância do planeamento da alta foi reforçada pela DGS (2004), referindo que *“um bom planeamento das altas hospitalares é fundamental não somente para reduzir o tempo de internamento e o número de readmissões, mas também para assegurar o sucesso da reintegração dos doentes e suas famílias na comunidade”*. (DGS, 2004, p. 2)

Assim entende-se que o desenvolvimento de um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação permite uma intervenção especializada e individualizada, que vise a melhoria da funcionalidade da pessoa submetida a ATA bem como o aumento dos níveis de independência no autocuidado.

3.2.1. A pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca

Fisiopatologia da Osteoartrose

São várias as patologias da anca que resultam em dor e disfunção da anca e que quando não controlada por métodos convencionais, são indicação para a artroplastia da anca. Como já referido anteriormente encontram-se entre essas patologias, a osteoartrose primária ou secundária, a fratura do colo do fémur, osteonecrose da cabeça femoral e doença inflamatória da anca (artrite).

No corpo deste trabalho será dado destaque à osteoartrose pela sua prevalência na indicação para a ATA, remetendo a caracterização das restantes patologias para Apêndice, para que seja possível a sua consulta (Apêndice VII).

A osteoartrose é uma doença degenerativa que se caracteriza pelo desgaste da cartilagem articular, provocando dor, rigidez matinal, crepitação óssea e atrofia muscular. Radiologicamente verifica-se a diminuição do espaço intra-articular, formação de osteófitos, esclerose do osso subcondral e formação de quistos (Marques-Vieira & Sousa 2016)

Existem dois tipos de osteoartrose, primária e secundária. A osteoartrose primária é uma doença crónica degenerativa que está relacionada com envelhecimento, mas não é causado pelo mesmo. Com o processo de envelhecimento existe uma diminuição do líquido sinovial, enfraquecendo a cartilagem e mais suscetível à degradação. A hereditariedade genética é um fator importante, pois pensa-se que cerca de 60% das

peças com osteoartrose a desenvolvem devido a fatores genéticos. A osteoartrose secundária tende a aparecer mais precocemente pois encontra-se associada a causas específicas, como por exemplo trabalhos que envolvam grandes períodos com flexão dos membros, obesidade e diabetes. Embora a etiologia seja diferente, a osteoartrose primária e secundária partilham dos mesmos sintomas e fisiopatologia (Tanna, 2013).

Os principais sintomas são a dor, perda da funcionalidade e rigidez articular após o exercício ou uso. Estes sintomas são agravados pela atividade ou exercício mais rigoroso e melhoram durante o descanso, no entanto com a evolução da doença as pessoas podem vir a sentir dor mesmo durante os períodos de descanso (Tanna, 2013).

As pessoas com osteoartrose que sofrem de dor e perda da funcionalidade, os objetivos do controlo da doença são a redução do nível de dor, redução da inflamação, diminuição do processo de degradação da cartilagem, melhoria da funcionalidade e diminuição da incapacidade (Tanna, 2013)

Tratamento indicado para Osteoartrose

A gestão da osteoartrose é dividida em tratamentos não farmacológicos, que deveriam ser a primeira linha de tratamento (engloba educação, perda de peso, exercício, apropriado, calçado, reabilitação) e tratamentos farmacológicos (inicialmente análgicos simples, como paracetamol, posteriormente anti-inflamatórios não esteroides e por último opioides). Quando as estratégias, não-farmacológicas e farmacológicas, de gestão da doença não controlam a sintomatologia a intervenção cirúrgica surge com opção a ser considerada (Tanna, 2013)

Tendo por base a norma número 014/2013 da DGS sobre a Artroplastia da Anca, é determinante uma avaliação pré-operatória cuidada e sistematizada para identificação dos diagnósticos clínicos apropriados para a cirurgia, que auxilie o planeamento cirúrgico e minimize as complicações no peri e pós-operatório. A DGS identifica assim que as causas mais frequentes e que estão na origem da maioria das indicações para a artroplastia da anca são, as anteriormente definidas (osteoartrose primária e secundária, osteonecrose da cabeça femoral, doença inflamatória da anca e fratura do colo do fémur) (DGS 2013)

De uma forma geral as indicações para artroplastia total da anca são a dor intensa na articulação coxofemoral durante o movimento e quando em carga sobre o membro, limitação acentuada da mobilidade, independentemente da patologia associada, que leve ao comprometimento da função e da qualidade de vida da pessoa. A não consolidação de uma fratura, instabilidade ou deformação da anca, tumores ósseos e a falha de tratamentos conservadores ou procedimentos prévios de reconstrução articular, como a osteotomia, artroplastia de revestimento da superfície, hemiartroplastia do corpo femoral, são também indicações para a realização de artroplastia total da anca (Kisner & Colby, 2009).

Encontram-se como contraindicações absolutas para a artroplastia total da anca, a infecção articular ativa, infecção sistêmica ou sépsis, osteomielite crônica, perda significativa de massa óssea por ressecção de tumor, articulação neuropática da anca e paralisia grave dos músculos estabilizadores da articulação. Já como contraindicações relativas, sujeitas a avaliação, encontram-se as infecções localizadas (urinárias ou cutâneas), insuficiente função muscular do médio glúteo, distúrbio neurológico progressivo, patologia óssea progressiva, pessoas com necessidade de cirurgia dentária (deve ser prévia) e pessoas jovens que pratiquem atividades com exigência física elevada, como carga elevada ou de alto impacto (Kisner & Colby, 2009).

Artroplastia Total da Anca

A artroplastia total da anca tem sido realizada com sucesso desde o início da década de 1960. Os sistemas de implante totais da anca são comumente compostos por uma componente femoral modular e um componente acetabular (Kisner & Colby, 2009).

Podemos encontrar diferentes tipos de artroplastia total da anca, subdivididas tendo em conta o método de fixação, são designadas de cimentadas, não-cimentadas ou híbridas. Na fixação cimentada é utilizado um cimento acrílico (metilmetacrilato) para a fixação do material protésico. Este tipo de fixação permite à pessoa um apoio de peso pós-operatório muito precoce e conseqüentemente um período de reabilitação mais curto. A fixação não-cimentada, também conhecida por biológica, é obtida pelo uso de uma prótese com revestimento poroso que permite a osteointegração nas superfícies gotículas ou em malha do implante ou pela técnica de press-fit. Componentes femorais lisos são também utilizados na artroplastia não cimentada,

alguns são revestidos por uma substância bioativa (hidroxiapatita), que promove o crescimento ósseo inicial. Em alternativa aos dois métodos de fixação anteriores surge o procedimento híbrido que pressupõe um componente acetabular não-cimentado e um componente femoral cimentado. Durante as primeiras semanas de pós-operatório, o método de fixação pode influenciar a carga que a pessoa pode efetuar no membro intervencionado, e conseqüentemente a sua deambulação e atividades de vida diárias (Kisner & Colby, 2009). Segundo a RS realizada existe um estudo que concluiu que a carga de acordo com a tolerância comparativamente com a restrição total ou parcial de carga no membro operado (necessária nas artroplastias não cimentadas) aumenta a capacidade de mobilidade e participação em programas de reabilitação (Siebens et al 2012).

A artroplastia total da anca ainda pode ser dividida em outras duas categorias, a convencional e a minimamente invasiva. A caracterização pormenorizada poderá ser consultada no Apêndice VIII.

As complicações da Artroplastia Total da Anca intra e pós-operatória são relativamente baixas. Assim temos como principais complicações intraoperatórias o mau posicionamento do material protésico, fraturas do fêmur e lesão nervosa. Como complicações pós-operatórias encontram-se as infeções, trombose venosa profunda e pneumonia, comuns a qualquer cirurgia, e como complicações decorrentes da Artroplastia Total da anca no período inicial da recuperação (até 2/3 meses) encontram-se os problemas de cicatrização da ferida cirúrgica, luxação da articulação protésica, deficiente cicatrização óssea e discrepância no comprimento dos membros inferiores. As complicações tardias incluem a luxação, afrouxamento mecânico do implante na interface osso-cimento ou osso-implante, desgaste do material protésico e mais raramente a calcificação heterotópica (Kisner & Colby, 2009).

Os objetivos da Artroplastia Total da Anca são providenciar à pessoa uma articulação livre de dor, uma articulação estável para o apoio e deambulação e uma articulação que permita uma amplitude de movimentos e força adequadas para o desempenho das atividades funcionais.

Após a Artroplastia Total da anca dever-se-á ter em consideração dois grandes aspetos, a imobilização e a carga no membro inferior operado. A imobilização não é necessária, bem pelo contrário, porque a reabilitação pós-operatória dá enfoque na

mobilização precoce. No entanto, dependendo do tipo de acesso cirúrgico e da estabilidade da articulação, pode ser necessário que o membro operado permaneça numa posição de ligeira abdução e rotação neutra, quando a pessoa se encontra em decúbito dorsal (geralmente uma almofada ou cunha é suficiente para manter a posição). Quanto à carga, numa ATA cimentada, a pessoa (em regra) pode apoiar o peso tolerado no membro operado quase imediatamente após a cirurgia, em contraste numa ATA não cimentada ou híbrida, o peso no membro operado é limitado na fase inicial da reabilitação (até 3 meses). Existem diversos fatores que influenciam a duração e extensão das restrições da carga efetuada e a necessidade de auxiliares de marcha (para a marcha, transferências, subir ou descer escadas). Resumidamente a carga no pós-operatório imediato pode ser feita quase sem limitações e conforme a tolerância da pessoa na ATA cimentadas, já nas não cimentadas e híbridas as recomendações variam entre a o apoio parcial por pelo menos 6 semanas até o apoio conforme a tolerância. No que diz respeito ao acesso cirúrgico existem mais restrições de apoio após método convencional do que após acesso minimamente invasivo. Por fim existe evidente restrição de carga no membro intervencionado quando existe osteotomia trocantérica, em enxertos ósseos e em casos de fragilidade óssea (Kisner & Colby, 2009).

Impacto na pessoa, família e sociedade

Com o aumento da esperança média de vida e conseqüente envelhecimento da população mundial, entende-se o número de doenças crónicas e limitantes tendem a crescer, como já referido pelos dados extraídos na WHO e da DGS.

Independente da patologia de origem que serve de indicação para a artroplastia total da anca é comum a pessoa ter dor, restrição no movimento da articulação e conseqüentemente restrições na satisfação das suas atividades de vida diária.

Quando os níveis de dependência aumentam e a capacidade de autocuidado fica comprometida e acarretam consigo outras conseqüências para a pessoa, para a família e posteriormente para a sociedade.

A situação de internamento hospitalar é interpretada como um período com grandes restrições, no que diz respeito à integridade corporal, ao bem-estar, restrição de movimento e ao isolamento. O tratamento cirúrgico na grande maioria das vezes

impõe à pessoa, nem que seja numa fase inicial, um elevado grau de inatividade e que por si só resulta num aumento da perda funcional, diminui a capacidade de a pessoa regressar ao seu nível de atividade anterior e num maior risco de adquirir problemas físicos adicionais. (Gomes,2013). Cabete (2005) reforça esta ideia quando defende que a pessoa internada tem alta com condições funcionais e psicológicas inferiores ao seu internamento, sendo este facto indicador de má qualidade de vida, traduzindo-se num aumento de recursos sociais e de cuidados de saúde, podendo resultar numa maior morbidade e mortalidade (Cabete, 2005)

Segundo Gomes (2013) a perda da capacidade funcional da pessoa com ATA para a realização de algumas atividades podem traduzir-se em perda na participação ativa no meio sociofamiliar, mas essencialmente na qualidade de vida. A independência da pessoa e a sua capacidade de autocuidado está diretamente relacionada com a sua capacidade de ajustar a marcha às várias exigências diárias em múltiplos ambientes, como caminhar em diferentes velocidades e superfícies, no entanto nos pós-operatório de uma ATA verificam-se alterações da marcha que se manifestam na diminuição da velocidade, comprimento do passo, bem como alterações nas fases de apoio, e que resultam num pior desempenho funcional (Guedes et al, 2011).

Num estudo sobre o impacto da (in) capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado no doente após um evento crítico, os autores concluem que existem quatro fatores determinantes na perda da autonomia e geradores de dependência, sendo estes a perda de força muscular de grandes grupos musculares, perda do equilíbrio, perda da capacidade de movimentos articulares finos e perda da capacidade de coordenação dos movimentos. Concluem, ainda, que o autocuidado relacionado com atividade física, andar ou transferir-se, assumem um papel preponderante na autonomia da pessoa (Petronilho et al, 2010).

A ATA pode resultar numa elevada imobilidade, bem como numa diminuição da capacidade funcional, que determinam as necessidades de aprendizagens das funções do membro inferior, a aquisição da capacidade de se autocuidar, com autonomia e segurança satisfatória. A incapacidade pode resultar num grande impacto para a saúde e qualidade de vida da pessoa, mas dela resultam, também, custos diretos e indiretos quer para a pessoa, família, sistema de saúde e para a sociedade (Gomes, 2013).

Reabilitar é readaptar a pessoa em todas dimensões. O enfermeiro de reabilitação é um parceiro valioso na integração da pessoa no seu meio após a alta. A importância de uma preparação para alta eficaz, precoce e personalizada, que responda às necessidades de autocuidado da pessoa e família, podem traduzir-se em níveis de independência necessários para a qualidade de vida e para a segurança no regresso a casa.

O enfermeiro de reabilitação surge como parceiro do cuidar, e o seu foco de intervenção é centrado na pessoa, valorizando todas as suas dimensões, preocupações e necessidades.

3.2.2. A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

A intervenção do EEER “visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades (...), melhorar as funções residuais, manter ou recuperar independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) (...), para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida” (OE, 2001).

Tendo por base as competências específicas do EEER, entende-se que é da sua competência cuidar das pessoas ao longo do seu ciclo de vida, capacitá-las e maximizar o seu potencial de funcionalidade.

O processo de reabilitação da pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca, envolve duas dimensões major, a intervenção educacional no período pré-operatório e a intervenção educacional no período pós-operatório (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

A avaliação da pessoa deve ser realizada previamente a qualquer plano de intervenção. Para cada área ou função a avaliar existem diferentes instrumentos de avaliação, sendo estas a qualidade de vida, atividades básicas e instrumentais de vida diárias, equilíbrio, desempenho físico e marcha, amplitude articular, força muscular e dor (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

As expectativas da pessoa no período pré-operatório, podem influenciar os resultados no pós-operatório. A educação no período pré-operatório consiste no fornecimento de informação sobre os exercícios e estratégias de alívio da dor, permitindo reduzir a ansiedade da pessoa no período que antecede a cirurgia, bem como prepará-la para os próximos procedimentos (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

Neste período existem vários aspetos a abordar com a pessoa, como explicar o que é a ATA, realizar a verificação pré-operatória (verificar se a pessoa tem próteses dentárias amovíveis, presença de verniz nas unhas, higiene corporal com antisséptico se protocolado, avaliação de sinais vitais, pré-medicação), planeamento do internamento, permanência inicial em unidade de cuidados pós anestésicos; período previsível de recuperação e reabilitação, orientações de progresso; instruções para alta; recuperação no domicílio e exercícios de reabilitação, a nutrição, necessidade de ajuda técnicas, entre outros (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

No período pré-operatório deve ser feita a avaliação funcional da pessoa e determinar o seu potencial de reabilitação, é importante esclarecer a pessoa e família sobre em que consiste o programa de reabilitação e a sua importância (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

Um programa de reabilitação pré-operatório inclui reeducação funcional respiratória (RFR) e reeducação funcional motora (RFM). De uma forma geral a RFR consiste na consciencialização da respiração, em exercícios abdomino-diafragmáticos, exercícios de reeducação costal e ensino da tosse, de acordo com patologia cardio-respiratória da pessoa. A RFM engloba exercícios isométricos, como a contração isométrica dos músculos abdominais, glúteos e quadríceps, e exercícios isotónicos. Estes últimos englobam a flexão e extensão da articulação coxofemoral, associada à extensão e flexão do joelho (quando abordagem cirúrgica anterior deve-se evitar a rotação externa e a hiperextensão da coxofemoral; na abordagem posterior deve-se evitar a rotação interna, flexão da coxofemoral acima dos 90°, adução da coxofemoral para além da linha média, porque são movimentos potencialmente luxantes), a dorsiflexão e flexão plantar da tibiotársica. São recomendadas mobilizações passivas e ativas resistidas da articulação coxofemoral do lado afetado, pedaleira, bicicleta e hidroterapia (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

É importante incluir nos ensinamentos pré-operatórios as técnicas de rolamento na cama, posicionamentos, transferências para cama/cadeira/cama e WC (banheira, chuveiro), melhor técnica de levantar (adaptado ao ambiente domiciliário do cliente), entrar e sair do carro, como apanhar objetos do chão, treino de marcha com andador e canadianas, subir e descer escadas, técnica de calçar-se, utilização de alçador de sanita, posturas sexuais e prevenção de acidentes (alertar para o perigo da utilização de vestuário comprido, disposição dos móveis da casa, pavimentos molhados e tapetes no chão) (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

O plano de intervenção pré-operatório tem como objetivo melhorar o desempenho nas atividades básicas de vida diária e conseqüentemente a diminuição do tempo de internamento. As intervenções do EEER para além de aumentarem a funcionalidade da pessoa, pretendem reduzir o risco de complicações pós-cirúrgicas (como infeção respiratória e a luxação da articulação intervencionada).

Da RS emergiu a importância da educação pré-operatória, sendo considerada em três artigos como uma estratégia eficaz no processo de reabilitação da pessoa submetida a ATA, como já referido anteriormente.

No período pós-operatório, o EEER estabelece um programa de reabilitação que vise prevenir a luxação e subluxação da articulação coxofemoral, que aumente a funcionalidade da pessoa e a sua capacidade de autocuidado no desempenho das Atividades de Vida Diárias.

O programa de reabilitação deve incluir as mesmas intervenções referidas anteriormente no programa de reabilitação pré-operatório, sendo prioritário no pós-operatório o treino de marcha, o levantar e das AVD's. Dados extraídos da RS demonstram que os autores defendem que as mobilizações no leito, transferências, treino de marcha e exercícios e treino de AVD's são as intervenções de reabilitação mais frequentemente indicadas no pós-operatório da ATA.

A intervenção do EEER passa por ensinar, instruir e treinar a pessoa e família submetida a ATA as diversas recomendações e exercícios que proporcionaram o aumento da sua funcionalidade e capacidade de autocuidado, e que não colocam em risco a articulação intervencionada. Encontra-se em apêndice os ensinamentos que mais indicados à pessoa submetida a ATA e sua família (Apêndice IX).

3.2.3. Quadro de Referência Teórico de Enfermagem

Qualquer prática de cuidados de enfermagem deve ser suportada por um quadro de referência que a fundamente e oriente. Para este trabalho foi escolhida a Teoria de Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, uma vez que o seu conceito central, o Autocuidado é “identificado como um recurso para a promoção da saúde e gestão bem-sucedida dos processos de saúde-doença” (Petronilho, 2012, p. 13).

Para Orem (2001) o Autocuidado é “o uso deliberado de meios válidos para controlar ou regular fatores internos e externos que afetam a atividade suave do próprio processo funcional e de desenvolvimento de uma pessoa ou que contribuem para o bem-estar pessoal de uma pessoa” (Orem, 2001, p. 43).

Esta teoria subdivide-se em três teorias: Teoria do Autocuidado; Teoria do Déficit de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Apêndice X).

Tendo por base esta a teoria, escolhe-se a Teoria dos Sistemas de Enfermagem para nortear a prática de cuidados a desenvolver durante a execução deste projeto de estágio.

A sua utilização vai permitir orientar a intervenção na prestação de cuidados respeitando os sistemas em que a pessoa se insere, uma vez que determina como é que os enfermeiros, a pessoa ou ambos, dão resposta as necessidades de autocuidado da pessoa, numa relação entre as necessidades de autocuidado e capacidades de desempenho das atividades de autocuidado.

Através da avaliação inicial da pessoa pretende-se realizar o planeamento de cuidados tendo em consideração qual o sistema em que a pessoa se encontra nesse momento, podendo ser ele um Sistema Totalmente Compensatório, Sistema Parcialmente Compensatório ou Sistema de Apoio-Educação.

No que diz respeito à pessoa submetida a ATA pode ser esperado, numa fase inicial, que esta se enquadre num Sistema Totalmente Compensatório, pela sua incapacidade de desempenhar ações que impliquem deambulação ou outros

movimentos de manipulação. A evidencia demonstra que o levante e a deambulação precoce devem ser instituídos o mais precocemente possível para prevenir complicações associadas à imobilidade. Desta forma, é esperado que a pessoa dentro das primeiras 24 horas a 48 horas, se hemodinamicamente estável, realize levante e treino de marcha, transitando desta forma para um Sistema Parcialmente Compensatório, em que inicialmente o enfermeiro terá um papel principal na realização das tarefas de autocuidado, no entanto através do treino, ensinamentos e da motivação da pessoa, possa ser a pessoa a assumir a centralidade desse papel na execução das tarefas de autocuidado.

Por fim e tendo em vista o regresso à comunidade, pretende-se que a pessoa submetida ATA possua as capacidades necessária para o autocuidado, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução do enfermeiro para execução e desenvolvimento da atividade de autocuidado, integrando-se assim no Sistema de Apoio-Educação. No entanto, sempre que não se conseguir atingir este nível de independência, é necessário que o enfermeiro garanta a continuidade de cuidados entre o hospital e a comunidade, através da referenciação da pessoa para a Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCI), execução da nota de alta ou transferência e se aplicável realização de Follow-Up.

3.3. Plano de trabalho e Métodos

Face a tudo que foi referido no enquadramento conceptual, bem como pelo que é preconizado pela OE como intervenção do EEER, este projeto irá centrar-se, por um lado, na questão do cuidar da pessoa submetida a ATA e sua família, por outro, nas competências do EEER que me proponho a desenvolver neste percurso de formativo.

3.3.1. Objetivo Geral e Objetivos Específicos

Para a realização deste projeto de estágio proponho como objetivos gerais:

- Desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados especializados em reabilitação por forma a maximizar o potencial funcional e independência da pessoa com incapacidade.
- Desenvolver competências (enquanto) como EEER na preparação para alta e promoção de autocuidado da pessoa submetida a artroplastia total da anca;

E como objetivos específicos:

- Integrar a equipa multidisciplinar;
- Aprofundar conhecimentos na área de EER em contexto de ATA;
- Compreender as Intervenções do EEER, à pessoa portadora de incapacidade, nomeadamente no cuidado à pessoa submetida a artroplastia total da Anca;
- Analisar o impacto no autocuidado da pessoa submetida a ATA;
- Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com incapacidade, nomeadamente à pessoa submetida a ATA e família/cuidador, tendo em vista a promoção do autocuidado, utilizando o processo de enfermagem;
- Prevenir ou minimizar os riscos e complicações pós-operatórias numa ATA;
- Realizar planos de reabilitação aplicados à pessoa submetida a ATA e família/cuidador, tendo em vista a promoção do autocuidado no regresso à comunidade;
- Analisar o processo de aprendizagem realizado

3.3.3. Fundamentação da escolha dos locais de estágio.

Como já referido anteriormente as instituições escolhidas para desenvolver o projeto de estágio foram o Hospital Ortopédico [REDACTED] e a Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC) [REDACTED].

A escolha do Hospital Ortopédico [REDACTED] foi realizada tendo em conta os locais de estágios indicados pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, bem como pelo feedback fornecido durante o Seminário de Ortopedia inserido na Unidade Curricular

de Reabilitação II pela [REDACTED]. Até à data não foi possível realizar visita e nem entrevista ao local de estágio em questão, apesar de já haver confirmação da aprovação do estágio a decorrer no terceiro semestre, ainda não foi autorizada a entrevista. No entanto considero que este local de estágio me permitirá desenvolver o meu projeto de estágio com sucesso, uma vez que é reconhecido como sendo um hospital de referência nacional na área da Ortopedia e porque apresenta uma equipa multidisciplinar experiente e especializada no cuidado à pessoa com submetida a ATA.

No que diz respeito à UCC [REDACTED], o tema deste projeto de estágio é pertinente porque segundo os resultados da entrevista realizada (Apêndice XI) existe um número considerável de clientes, que necessitam de cuidados de reabilitação após cirurgia à anca, principalmente por fratura do colo do fémur. Mas de uma forma geral também contribuirá para aquisição de mais competência fora do âmbito do meu projeto de estágio, uma vez que a intervenção do EEER abrange uma população com patologias diversas (patologia respiratória e neurológica), pretendendo-se aproveitar todas as experiências de aprendizagem que enriqueçam o meu processo formativo.

Assim, acredito que os locais de estágios escolhidos para desenvolver o meu projeto de estágio, serão contextos que me permitirão desenvolver as competências necessárias para a minha formação no âmbito da enfermagem de reabilitação, competências essas definidas pela Ordem dos Enfermeiros, como competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

3.3.4. Descrição das Atividades e Resultados Esperados

As atividades a que me proponho desenvolver decorreram dos objetivos previamente definidos, e visam a sua concretização bem como o desenvolvimento das Competências estabelecidas pela OE para o Enfermeiro Especialista (Competências Comuns) e para o EEER. Esta informação poderá ser consultada no Apêndice I. O Cronograma do projeto de estágio, com a limitação temporal das atividades poderá ser acedida no Apêndice II.

Todas as atividades previstas têm subjacente o desenvolvimento de uma prática profissional assente no respeito pelos princípios éticos, pelo Código Deontológico e pela individualidade da pessoa e família/cuidador.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O início de uma investigação pressupõe a existência de uma inquietação, de uma problemática, que inicialmente assenta numa motivação pessoal. No entanto esta deve ser fundamentada em bases teóricas, na melhor evidência possível, para justificar a sua pertinência para a prática clínica. E assim, se inicia a construção de um projeto com o objetivo de encontrar as melhores respostas possíveis, através do desenvolvimento de competências.

O projeto é assim a primeira etapa deste processo de desenvolvimento que por um lado se mostra difícil, e por outro, amplamente gratificante. Este processo culminará após o 3º semestre deste curso de mestrado, com a divulgação dos resultados, aquando da apresentação do Relatório de Estágio.

Durante a execução deste projeto destaco como fatores facilitadores o meu interesse pela temática, a pesquisa bibliográfica, norteada pelas estratégias adquiridas ao longo do ano letivo e as orientações tutoriais com o professor orientador que permitiram-se estruturar melhor o pensamento e o caminho a seguir. Destaco ainda a entrevista realizada à Sra. Enf.^a de um local de ensino clínico que permitiu ter uma visão mais prática da intervenção do EEER na prática de cuidados. Como dificuldades destaco a organização do trabalho, tendo em conta a quantidade de informação disponibilizada sobre a temática e a dificuldade de síntese.

Considero que este projeto formativo compreende o percurso adequado para o desenvolvimento das Competências de EEER, na medida em que pretende integrar um cuidar holístico à pessoa, em todo o ciclo de vida, nomeadamente aquela que foi submetida a ATA.

Como processo dinâmico, este projeto pode ser passível de adaptação e evolução, sempre que assim seja pertinente. Desta forma os objetivos delineados, bem como as atividades planeadas poderão ser reajustadas no decorrer dos ensinamentos clínicos, com intuito de otimizar o processo de aprendizagem e aquisição de competências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arshad, H. et al (2014) Norwich Enhanced Recovery Programme vs. non-enhanced recovery following hip and knee replacement: A matched-cohort study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*. 18. 227-234

Associação Internacional para o Estudo da Dor (2016). *Epidemiologia da Dor Articular*. Disponível em: www.iasp-pain.org/globalyear

Barbosa,P. & Vasconcelos,C. (2017) Artrite Reumatoide – Informação médicas para doentes e familiares. Acedido Março 25, 2017, em: http://www.spmi.pt/wp-content/uploads/NEDAI_64.pdf

Cabete, D.G. (2005). *O Idoso, a Doença e o Hospital: O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência, Ed.Técnicas e Cientificas Lda

Direção Geral da Saúde (2003). *Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso Recomendações para Intervenção Terapêutica*. Lisboa. Direção Geral da Saúde

Direção Geral Da Saúde (2004) Planeamento da Alta do Doente com AVC. Circular Informativa nº.12/DSPCS de 19 de Abril de 2004. Lisboa: Direção Geral da Saúde

Direção Geral da Saúde (2005). *Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas*. Lisboa. Direção Geral da Saúde

Direção Geral da Saúde (2012). *Programa Nacional de prevenção de Acidentes*. Lisboa. Direção Geral da Saúde

Direção Geral da Saúde (2013). *Norma 014/2013: Artroplastia Total da Anca*. Lisboa. Direção Geral da Saúde

Duellman, T., Gaffican, C., Milbrandt, J. & Allan,D. (2009). Multi-modal, Pre-emptive Analgesia Decreases the Length of Hospital Stay Following Total Joint Arthroplasty. *Orthopedics*. 32. (3).

Fang, M., Noiseux, N., Linson, E. & Cram, P. (2015). The Effect of Advancing Age on Total Joint Replacement Outcomes. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*. 6. (3). 173-179

Flugsrud,G., Nordsletten,L., Espehaug,B.,Meyer, H. & Havelin, L. (2002). Risk Factors for Total Hip Replacement Due to Primary Osteoarthritis. *Arthritis & Rheumatism*.46(3).675-682

Gomes, J. (2013). *A Pessoa Com Artroplastia Total Da Anca. Atividades De Vida Diária E Qualidade De Vida*. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Saúde

Guedes, R., Dias, J., Dias, R., Borges, V., Lustosa, L.& Rosa, N. (2011). Artroplastia Total do quadril em Idosos: Impacto na Funcionalidade. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 15.(2). 123-130

Hershkovitz, A., Kalandarov, Z., Hermush, V., Weiss, R. & Brill, S. (2007). Factors Affecting Short-Term Rehabilitation Outcomes of Disabled Elderly Patients With Proximal Hip Fracture. *Arch Phys Med Rehabil* 2007. 88. 916-921

Holzwarth,U. & Cotogno,G. (2012). Total Hip Arthroplasty. *JRC Scientific and Policy Reports*. European Commission

<http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/>. Acedido em 2017/03/25

JBI. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition*. The University of Adelaide, South Australia: The Joanna Briggs Institute

Kisner, C. & Colby, L. (2009). *Exercícios Terapêuticos, Fundamentos e técnicas*. (5ª). São Paulo: Editora Manole

Laires, P., Perelman, J., Consciência, J., Monteiro, J. & Branco, J. (2015). Actualização sobre o impacto epidemiológico e socioeconómico das fracturas da extremidade proximal do fémur. *Act Reumatol Port*. 2015 (40), 223-230

Larsen, K., Hvass, K., Hansen, T., Thomsen, P. & Soballe,K. (2008). Effectiveness of accelerated perioperative care and rehabilitation intervention compared to current intervention after hip and knee arthroplasty. A before-after trial of 247 patients with a 3-month follow-up. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2008. 9 (59). 1-9

Litwic,A., Dennison, E. & Cooper, C. (2013). Epidemiology and Burden of Osteoarthritis. *Br Med Bul*. 105. 185-199

Lucas, B. (2008). Total hip and total knee replacement: preoperative nursing management. *British Journal of Nursing*. 17. (21)

Manuel, H. (2014). *Nevrose Avascular da cabeça do Fémur*. Artigo de Revisão Bibliográfica Mestrado Integrado em Medicina 2013/2014 – Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade do Porto

Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Sua Vida*. Loures: Lusodidática

Martins, M. & Fernandes, C. (2009). Percurso das necessidades em Cuidados de Enfermagem nos Clientes submetidos a Artroplastia da Anca. *Referência*. II (11). 79-92

Mears, D., Mears, S, Chelly, J. & Vulakovich, K. (2009), THA with a Minimally Invasive Technique, Multi-modal Anesthesia, and Home Rehabilitation. *Clin Orthop Relat Res* (2009). 467. 1412-1417

Miranda, L. (2017). Artrite Reumatoide. Instituto Português de Reumatologia (IPR) website. Acedido Março 25, 2017, em <http://www.ipr.pt/index.aspx?p=MenuPage&MenuId=154>

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Acedido Março 25, 2017, em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem Dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação*.

Orem, Doreothea E. (2001). *Nursing of Practice* (6th ed). St. Loius, Missouri: Mosby, Inc.

Pereira, I. (2013). *Regresso a Casa: Estrutura da ação de Enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Editora

Petronilho, F., Magalhães, M., Machado, M. & Miguel, N. (2010). Caracterização do doente após evento crítico: impacto da (in) capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. *Revista Sinais Vitais*. 88. 41-47

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda

Riggs, R., Roberts, P., Aranow, H. & Younan, T. (2010). Joint Replacement and Hip Fracture Readmission Rates: Impact of Discharge Destination. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2. 806-810

Registo Português de Artroplastias (2014). *Relatório Anual de 2013*. Disponível em: <http://www.rpa.spot.pt>

Ruivo, M.A., et al (2010). Metodologia do Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15 (Jan-Mar 2010).

Siebens, H. et al. (2012). Outcomes and Weight-bearing status during Rehabilitation after Arthroplasty for Hip Fractures. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*. 4. 558-555

Siebens, H. et al (2016). Variation in Rehabilitation Treatment Patterns for Hip Fracture Treated With Arthroplasty. *PM R* 8 (2016), 191-207

Siopack, J. & Jergesen, H. (1995). Total Hip Arthroplasty. *West J Med*. 162. 243-249

Tanna, S. (2013). *Priority Medicines for Europe and the World "A Public Health Approach to Innovation": Background Paper 6.12 Osteoarthritis*. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/en/>

Tian, W. et al (2012). Efficient Rehabilitation Care for Joint Replacement Patients: Skilled Nursing Facility or Inpatient Rehabilitation Facility?. *Medical Decision Making* 2012. 32. 176-187

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda

Violante, A. & Cruz, A. (2016). Efetividade do Ensino Pré-operatório em Doentes Submetidos a Artroplastia Total da Anca. *Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde Enfermagem de Reabilitação Resultados de Investigação*. 15. Capítulo III. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

World Health Organization (2013). Priority Medicines for Europe and the World "A Public Health Approach to Innovation" Update on 2004 Background Paper. Acedido Março 25, 2017, em <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s20259en/s20259en.pdf>

World Health Organization (2015). *World report on ageing and health*. WHO website (www.who.int). Acedido Março 25, 2017, em <http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/>

APÊNDICES



Planeamento de Atividades

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades	Local	Indicadores	Duração
<p>A – Domínio da Responsabilidade Profissional e Ética e Legal</p> <p>A1. Desenvolve uma Prática Profissional e Ética no Seu Campo de Intervenção.</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>C – Domínio da Gestão de Cuidados</p> <p>C1. Gere os Cuidados, Otimizando a Resposta da Equipa de Enfermagem e Seus Colaboradores e Articulação na Equipa Multidisciplinar</p> <p>D – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais</p>	1. Integrar a equipa multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de dossiers para conhecer os objetivos, normas, procedimentos e rotinas do serviço; - Análise do funcionamento da equipa durante a prática de cuidados; - Observação das passagens de ocorrências; - Registo das informações pertinentes; - Mobilização de conhecimento científico, técnico e humano para intervir, em equipa multidisciplinar, no planeamento e implementação dos cuidados especializados. 	<p>UCC</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Hospital Ortopédico</p> <p>[REDACTED]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ter consultado dossiers sobre os objetivos, normas, procedimentos e rotinas do serviço; - Ter analisado o funcionamento da equipa durante a prestação de cuidados; - Ter assistido às passagens de ocorrências; - Ter registado as informações pertinentes; - Ter mobilizado conhecimento científico, técnico e humano para intervir, em equipa multidisciplinar, no planeamento e implementação de cuidados especializados 	<p>25 a 29 setembro 2017</p> <p>27 de novembro a 1 de dezembro 2017</p>

D1. Desenvolve o Auto-Conhecimento e a Assertividade					
Recursos Humanos e Materiais	Docente Orientador da ESEL e Enfermeiros/as Orientadores/as do Ensino Clínico; Equipa Multidisciplinar; Dossiers ou outro tipo de arquivo de informação nos locais de Estágio; Computador				
Critérios de Avaliação: <ul style="list-style-type: none"> - Reflete em como as atividades planeadas são determinantes para atingir o objetivo; - De que modo as atividades planeadas e realizadas permitem a integração nas equipas de cuidados e de que modo determinam o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal no campo de intervenção de enfermagem de reabilitação; - De que modo as atividades planeadas e realizadas permitem o desenvolvimento do auto-conhecimento e assertividade para estabelecer relações terapêuticas e multiprofissionais. 					

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades	Local	Indicadores	Duração
D – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais D1. Desenvolve o Auto-Conhecimento e a Assertividade. D2- Baseia a sua Praxis Clínica Especializada em Sólidos e Válidos Padrões de Conhecimento.	2. Aprofundar conhecimentos na área da EER em contexto de ATA	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de bibliografia pertinente: livros, artigos de revista, trabalhos académicos, apontamentos das aulas, etc.; - Pesquisa bibliográfica na base de dados EBSCO (<i>Medline, Cinahl</i>); - Desenvolvimento de conhecimentos teóricos, técnicos e científicos sobre as principais alterações sensoriomotoras da pessoa submetida a artroplastia total da anca; - Desenvolvimento de conhecimentos teóricos, técnicos e científicos sobre as principais alterações respiratórias no pós-operatório ortopédico, nomeadamente na pessoa submetida a artroplastia total da anca; 	UCC [Redacted] Hospital Ortopédico [Redacted] Bibliotecas das ESEL Domicílio	<ul style="list-style-type: none"> - Ter consultado bibliografia pertinente sobre o tema; - Ter pesquisado na base de dados EBSCO; - Ter desenvolvido conhecimentos sobre as principais alterações sensoriomotoras da pessoa submetida a artroplastia total da anca; - Ter desenvolvido conhecimentos sobre as principais alterações na pós-operatório ortopédico, nomeadamente na pessoa submetida a ATA; 	25 de setembro a 9 de outubro 27 de novembro a 11 de dezembro
			Recursos Humanos e Materiais	Docente orientador da ESEL e Enfermeiros/as Orientadores/as do Ensino Clínico; Computador com acesso à internet; Apontamentos e diapositivos das Unidades Curriculares do 8º CMEER; Livros, artigos de revista, trabalhos académicos	
Critérios de Avaliação: Reflete em como as atividades planeadas são determinantes para atingir o objetivo.					

De que modo as atividades planejadas e realizadas permitem o desenvolvimento do auto-conhecimento e assertividade, bem como para basear a prática clínica especializada em padrões de conhecimentos sólidos e válidos.

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades	Local	Indicadores	Duração
<p>B – Domínio da Melhoria da Qualidade B1. Desempenha um Papel Dinamizador no Desenvolvimento e Suporte das Iniciativas Estratégicas Institucionais na Área da Governação Clínica D – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais D2- Baseia a sua Praxis Clínica Especializada em Sólidos e Válidos Padrões de Conhecimento J1 – Cuida de Pessoas com necessidades especiais, ao longo do Ciclo de Vida, em todos os contextos da prática de cuidados J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnóstica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades</p>	<p>3. Compreender as Intervenções do EEER, à pessoa portadora de incapacidade, nomeadamente no cuidado à pessoa submetida a ATA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta dos regulamentos das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação da OE; - Mobilização de conhecimentos teóricos, técnicos e científicos sobre as principais alterações motoras da pessoa submetida a artroplastia total da anca; - Mobilização de conhecimentos teóricos, técnicos e científicos sobre as principais alterações respiratórias no pós-operatório ortopédico, nomeadamente na pessoa submetida a artroplastia total da anca; - Interpretação correta dos Exames Auxiliares de Diagnóstico; - Identificação das necessidades de intervenção para otimizar/reeducar a função 	<p>UCC  Hospital Ortopédico </p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ter consultados os regulamentos das competências da OE; - Ter mobilizado os conhecimentos sobre as principais alterações sensoriomotoras da pessoa submetida a artroplastia total da anca; - Ter mobilizado os conhecimentos sobre as principais alterações na pós-operatório ortopédico, nomeadamente na pessoa submetida a ATA; - Ter interpretado corretamente os exames auxiliares de diagnóstico; - Ter identificado quais as intervenções para otimizar/reeducar a função motora e respiratória em parceria com a pessoa e cuidador. 	<p>25 de setembro a 13 de outubro 27 de novembro a 15 de dezembro</p>

		motora ou respiratória em parceria com a pessoa e cuidador;			
Recursos Humanos e Materiais	Docente orientador da ESEL e Enfermeiros/as Orientadores/as do Ensino Clínico; Computador com acesso à internet; Apontamentos e diapositivos das Unidades Curriculares do 8º CMEER; Livros, artigos de revista, trabalhos académicos;				
Critérios de Avaliação: Reflete sobre como as atividades planeadas e executadas são importantes para atingir o objetivo; De que modo as atividades planeadas e realizadas permitem incorporar diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prestação de cuidados e de que modo é importante suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento na área da especialidade; Reflete sobre como as atividades planeadas e implementadas são relevantes para conseguir avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinem limitações da atividade e incapacidades.					

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades	Local	Indicadores	Duração
<p>D – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais</p> <p>D1. Desenvolve o Auto-Conhecimento e a Assertividade.</p> <p>D2- Baseia a sua Praxis Clínica Especializada em Sólidos e Válidos Padrões de Conhecimento.</p> <p>J1 – Cuida de Pessoas com necessidades especiais, ao longo do Ciclo de Vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnóstica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades</p>	4. Analisar o impacto no autocuidado da pessoa submetida a ATA e família/cuidador.	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de bibliografia pertinente: livros, artigos de revista, trabalhos académicos, apontamentos das aulas, etc.; - Pesquisa bibliográfica na base de dados EBSCO (<i>Medline, Cinahl</i>); - Desenvolvimento de conhecimentos teóricos, técnicos e científicos sobre a Teoria do Défice do Autocuidado; - Mobilização do conhecimento para reconhecimento do impacto da ATA no autocuidado da pessoa; - Realização de entrevistas à pessoa submetida a ATA e família/cuidador sobre o impacto no autocuidado. 	<p>UCC</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Hospital Ortopédico</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Bibliotecas das ESEL</p> <p>Domicilio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ter consultado bibliografia pertinente: livros, artigos de revista, trabalhos académicos, apontamentos das aulas, etc.; - Ter pesquisado bibliográfica na base de dados EBSCO (<i>Medline, Cinahl</i>); - Ter desenvolvido de conhecimentos teóricos, técnicos e científicos sobre a Teoria do Défice do Autocuidado; - Ter mobilizado o conhecimento para reconhecimento do impacto da ATA no autocuidado da pessoa; - Ter realizado entrevistas à pessoa submetida a ATA e família/cuidador sobre o impacto no autocuidado. 	De 25 de setembro de 2017 a 9 de fevereiro de 2018
Recursos Humanos e Materiais	Docente orientador da ESEL e Enfermeiros/as Orientadores/as do Ensino Clínico; Pessoa e Família. Computador com acesso à internet; Apontamentos e diapositivos das Unidades Curriculares do 8º CMEER; Livros, artigos de revista, trabalhos académicos;				
Critérios de Avaliação:					
Reflete em como as atividades planeadas são determinantes para atingir o objetivo.					

De que modo as atividades planejadas e realizadas permitem o desenvolvimento do auto-conhecimento e assertividade, bem como para basear a prática clínica especializada em padrões de conhecimentos sólidos e válidos e como as atividades permitem avaliar o impacto no autocuidado da pessoa submetida a ATA, família/cuidador.

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades	Local	Indicadores	Duração
<p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de Cuidados</p> <p>J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto-controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade</p> <p>J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motos, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da</p>	<p>5. Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com incapacidade, nomeadamente à pessoa submetida a ATA e família/cuidador, tendo em vista a promoção do autocuidado, utilizando o processo de enfermagem.</p>	<p>- Avaliação Neurológica, Sensoriomotora e Cardio-respiratória à pessoa com incapacidade;</p> <p>- Avaliação da pessoa com recurso aos instrumentos de avaliação disponíveis no contexto (ex.: Glasgow; Barthel; MIF; Ashworth modificada; Lower; Pares Cranianos);</p> <p>- Avaliação, controlo e monitorização da dor da pessoa, nomeadamente no pós-operatório da pessoa submetida a ATA;</p> <p>- Realização de planeamento de intervenções de enfermagem inseridas num programa de reabilitação neurológica, reeducação funcional motora e cardio-respiratória à pessoa com incapacidade¹, no âmbito da</p>	<p>UCC</p> <p>Hospital Ortopédico</p>	<p>- Ter realizado avaliação neurológica, sensoriomotora e cardio-respiratória à pessoa com incapacidade;</p> <p>- Ter avaliado a pessoa com recurso aos instrumentos de avaliação disponíveis no contexto;</p> <p>- Ter avaliado, controlado e monitorizado a dor da pessoa, nomeadamente no pós-operatório da pessoa submetida a ATA;</p> <p>- Ter realizado planeamento de intervenções de enfermagem inseridas num programa de reeducação funcional motora e cardio-respiratório à pessoa com incapacidade;</p>	<p>De 2 de Outubro a 24 de novembro de 2017</p> <p>De 4 de dezembro de 2017 a 9 de fevereiro de 2018</p>

¹ Atividades:

- Foro neurológico: Avaliação funcional da pessoa, família e comunidade; Realização de exame Neurológico; Promoção de posicionamentos anti-espásticos; Mobilização das articulações e execução de exercícios terapêuticos no leito (ponte, rolamentos, auto-mobilizações); Realização de treino de equilíbrio sentado ou em pé, de transferências, de exercícios em cadeira de rodas, treino de marcha, treino de vestir e despir, treino vesical e intestinal.

<p>eliminação e da sexualidade J1.4. Avalia os resultados das intervenções J2. Capacita a Pessoa com Deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. J2.1. Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório J3.2. Avalia e reformula programas de treino</p>		<p>prevenção, tratamento e readaptação social nos diversos contextos de vida; - Realização de cuidados de enfermagem de reabilitação pelo menos a 3 pessoas com incapacidade, nomeadamente à pessoa submetida a ATA e família/cuidador, tendo em consideração a Teoria dos Sistemas de Orem e em qual a pessoa se situa; - Realização de técnicas de Reeducação Funcional Respiratória, sob a supervisão do/a EEER orientador/a; - Realização de técnicas de Reeducação Funcional Motora, sob a supervisão do/a EEER orientador/a; - Realização de ensinios à pessoa/família ou cuidador sobre os cuidados a ter após a ATA, nomeadamente sobre treino</p>	<p>- Ter realizado cuidados de enfermagem de reabilitação pelo menos a 3 pessoas, tendo em conta o sistema em que se situa na Teoria dos Sistemas de Orem; - Ter realizado técnicas de reeducação funcional respiratória eficientemente, sob a orientação do/a EEER orientador/a; - Ter realizado técnicas de reeducação funcional motora eficientemente, sob a orientação do/a EEER orientador/a; - Ter realizados ensinios à pessoa/família ou cuidador sobre os cuidados a ter após a ATA; - Ter avaliado os resultados das intervenções implementadas tendo em conta os níveis de</p>
--	--	--	---

- Foro Cardio-Respiratório: Avaliação do padrão ventilatório; Ensino e correção das alterações posturais; Reeducação Ventilatória com controlo e dissociação dos tempos respiratórios; Ensino da respiração abdomino-diafragmática; Reeducação costal seletiva e global; Ensino de técnicas de limpeza das vias aérea; Treino das Atividade de vida Diária e gestão de energia.

- Foro Ortopédico: Realização de posicionamentos terapêuticos e mobilizações da pessoa no leito; Realização de exercícios de mobilização articular e fortalecimento muscular; Ensino da técnica de levantar, treino do equilíbrio, transferências, treino de marcha (com dispositivos), uso do sanitário e técnica do banho, subir e descer escadas, apanhar objetos do chão e entrar e sair do carro.

motor e cario-respiratório em função dos resultados esperados.		de técnicas, exercícios e atividades de vida diárias; - Avaliação dos resultados das intervenções implementadas tendo em conta os níveis de autonomia, independência e qualidade vida da pessoa cuidada.		autonomia, independência e qualidade vida da pessoa cuidada.	
Recursos Humanos e Materiais	Enfermeiros/as Orientadores/as do Ensino Clínico; Equipa Multidisciplinar; Pessoa/Família/Cuidadores. Processo clínico; Instrumentos de medida/ Avaliação; Apontamentos e diapositivos das Unidades Curriculares do 8º CMEER; Pesquisa bibliográfica				
Critérios de Avaliação: Reflete sobre as atividades e estratégias utilizadas e a sua importância para atingir o objetivo; De que modo as atividades planeadas e realizadas permitem conceber planos de intervenções para otimizar e ou/reeducar a função neurológica, motora e cardio-respiratória e que promovem as capacidades adaptativas com vista à autonomia e qualidade de vida; De que modo as atividades planeadas e realizadas são importantes para conceber e readaptar as sessões de treino que promovem a saúde, previnem complicações e a reabilitação.					

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades	Local	Indicadores	Duração
<p>A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal</p> <p>A2. Promove Práticas de Cuidados Especializados que respeitam os direitos Humanos e as Responsabilidades Profissionais;</p> <p>B – Domínio da Melhoria da Qualidade</p> <p>B3. Cria e Mantém um Ambiente Terapêutico e Seguro</p> <p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de Cuidados</p> <p>J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades</p> <p>J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas</p>	<p>6. Prevenir ou minimizar os riscos e complicações pós-operatórias numa ATA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de potenciais riscos e complicações pós-operatórias da pessoa submetida a ATA; - Ensino à pessoa e família/cuidador sobre estratégias preventivas de riscos e complicações; - Utilização de triangulo abdutor ou almofada no pós-operatório, para prevenção de subluxação ou luxação do material protésico; - Realização de posicionamentos e mobilizações do membro operado corretamente para prevenção de subluxação ou luxação do material protésico; - Vigilância da ferida cirúrgica e realização de penso à ferida cirúrgica utilizando técnica asséptica; - Detecção de alterações na ferida cirúrgica que comprometam a cicatrização do local cirúrgico e posterior informação dos restantes 	<p>Hospital Ortopédico</p> <p>██████████</p> <p>Bibliotecas da ESEL</p> <p>Domicílio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ter identificado potenciais riscos e complicações pós-operatórias da pessoa submetida a ATA; - Ter realizado ensinamentos à pessoa e família/cuidador sobre estratégias preventivas de riscos e complicações; - Ter utilizado o triangulo abdutor ou almofada no pós-operatório, para prevenção de subluxação ou luxação do material protésico; - Ter realizado posicionamentos e mobilizações do membro operado corretamente para prevenção de subluxação ou luxação do material protésico; - Ter vigiado a ferida cirúrgica e realizado penso à ferida cirúrgica utilizando técnica asséptica; - Ter detetado alterações na ferida cirúrgica que 	<p>De 27 de Novembro de 2017 a 9 de fevereiro de 2018</p>

<p>com vista ao auto-controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade</p> <p>J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas</p>		<p>elementos da equipa multidisciplinar;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilização e monitorização de medidas preventivas da trombose venosa profunda; - Monitorização da capacidade cardio-respiratória para prevenção de complicações do foro respiratório; - Utilização de produtos de apoio adequados à pessoa submetida a ATA; - Registo das informações no processo clínico da pessoa submetida a ATA. 	<p>comprometam a cicatrização do local cirúrgico e informado os restantes elementos da equipa multidisciplinar;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter utilizado e monitorizado medidas preventivas da trombose venosa profunda; - Ter monitorizado a capacidade cardio-respiratória para prevenir complicações do foro respiratório. - Ter utilizado os produtos de apoio mais adequados à pessoa submetida a ATA; - Ter registado as informações no processo clínico da pessoa submetida a ATA. 	
<p>Recursos Humanos e Materiais</p>	<p>Enfermeiros/as Orientadores/as do Ensino Clínico; Equipa Multidisciplinar; Pessoa/Família/Cuidadores; Processo clínico; Apontamentos e diapositivos das Unidades Curriculares do 8º CMEER; Pesquisa bibliográfica</p>			
<p>Critérios de Avaliação:</p> <p>Reflete sobre as atividades e estratégias utilizadas e como contribuem para atingir o objetivo;</p> <p>De que modo as atividades planeadas são importantes para a avaliar os riscos das alterações da funcionalidade da pessoa submetida a ATA, bem como para a discussão de práticas de risco com pessoa e família/cuidador e concessão de planos de cuidados especializados.</p>				

De modo, ainda, as atividades utilizadas contribuem para implementar e monitorizar intervenções que reduzem ou minimizam os riscos pós-operatórios.

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades	Local	Indicadores	Duração
<p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de Cuidados</p> <p>J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnóstica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades</p> <p>J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto-controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade</p> <p>J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da</p>	<p>7. Realizar planos de reabilitação aplicados à pessoa submetida a ATA e família/cuidador, tendo em vista a promoção do autocuidado no regresso à comunidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do défice de autocuidado; - Avaliação da capacidade de autocuidado; - Identificação dos requisitos de autocuidado, em especial os dos desvios da saúde, que estejam alterados; - Identificação das características do domicílio da pessoa submetida a ATA e família/cuidador (ex.: zonas de acesso; existência de escadas; disposição da mobília; casa de banho e produtos de apoio); - Elaboração de um plano de reabilitação em parceria com a pessoa submetida a ATA e família/cuidador; - Aplicação, monitorização e avaliação do plano de reabilitação elaborado; - Ensino e treino de atividades à pessoa submetida a ATA e família/cuidador que promovam melhores níveis de autocuidado e 	<p>Hospital Ortopédico</p> <p>██████████</p> <p>Bibliotecas da ESEL</p> <p>Domicílio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ter avaliado o défice de autocuidado; - Ter avaliado a capacidade de autocuidado; - Ter identificado os requisitos de autocuidados que estejam alterados; - Ter identificado as características do domicílio da pessoa submetida a ATA e família/cuidador; - Ter elaborado um plano de reabilitação em parceria com a pessoa submetida a ATA e família/cuidador; - Ter aplicado, monitorizado e avaliado o plano de reabilitação elaborado; - Ter realizado ensino e treino de atividades à pessoa submetida a ATA e família/cuidador que promovam melhores níveis de autocuidado e 	<p>De 27 de Novembro de 2017 a 9 de fevereiro de 2018</p>

<p>eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p> <p>J2. Capacita a Pessoa com Deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J2.1. Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;</p> <p>J2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p> <p>J3. Maximiza a Funcionalidade desenvolvendo as Capacidades da pessoa.</p> <p>J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório;</p>		<p>independência para o regresso à comunidade (ex.: levantar; sentar; treino de marcha; subir e descer escadas; higiene; entrar e sair do carro; apanhar objetos do chão, etc).</p> <p>- Gestão do processo de continuidade de cuidados entre hospital e comunidade (Centro de Saúde/UCC): Referenciação, Elaboração de Documento de Alta, Follow-Up (se pertinente).</p> <p>- Realização de registo dos cuidados de EER.</p>		<p>independência para o regresso à comunidade;</p> <p>- Ter gerido o processo de continuidade de cuidados entre hospital e comunidade;</p> <p>- Ter realizado registo dos cuidados de EER.</p>	
--	--	---	--	--	--

J3.2. Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados.					
Recursos Humanos e Materiais	Enfermeiros/as Orientadores/as do Ensino Clínico; Equipa Multidisciplinar; Pessoa/Família/Cuidadores. Processo clínico; Apontamentos e diapositivos das Unidades Curriculares do 8º CMEER; Pesquisa bibliográfica.				
Critérios de Avaliação: Reflete sobre as atividades implementadas contribuem para atingir o objetivo. De que modo as atividades planeadas são importantes para avaliar a capacidade funcional da pessoa para realizar AVD's e como permitem a monitorização da implementação do plano de reabilitação, nomeadamente na otimização da função, reeducação funcional e treino. De que modo as atividades implementadas permitem capacitar a pessoa para reinserção e exercício da cidadania, bem como para a maximização da sua funcionalidade.					

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades	Local	Indicadores	Duração
A – Domínio da Responsabilidade Profissional e Ética e Legal A1. Desenvolve uma Prática Profissional e Ética no Seu Campo de Intervenção D – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais D1. Desenvolve o Auto-Conhecimento e a Assertividade. D2- Baseia a sua Praxis Clínica Especializada em Sólidos e Válidos Padrões de Conhecimento.	8. Analisar o processo de aprendizagem realizado.	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniões com o/a enfermeiro/a orientador/a; - Reuniões com o docente orientador; - Elaboração de Jornais de Aprendizagem; - Análise da aprendizagem utilizando como delimitadores os indicadores e critérios de avaliação dos objetivos definidos; - Início da elaboração do Relatório de Estágio; 	UCC Hospital Ortopédico ESEL Domicílio	<ul style="list-style-type: none"> - Ter reunido com o/a enfermeiro/a orientador/a; - Ter reunido com o docente orientador; - Ter elaborado Jornais de Aprendizagem; - Ter analisado a aprendizagem utilizando como delimitadores os indicadores e critérios de avaliação dos objetivos definidos; - Ter iniciado a elaboração do Relatório de Estágio. 	De 25 de setembro de 2017 a 9 de fevereiro de 2018
Recursos Humanos e Materiais	Docente Orientador da ESEL; Enfermeiros/as Orientadores/as do Ensino Clínico. Computador com acesso à internet; Apontamentos e diapositivos das Unidades Curriculares do 8º CMEER; Livros, artigos de revista, trabalhos académicos.				
Critérios de Avaliação: Reflete em como as atividades planeadas são determinantes para atingir o objetivo. De que modo as atividades planeadas são importantes para reconhecer a sua competência na área da sua especialidade, bem como para promover o desenvolvimento da prática especializada. De que modo as atividades planeadas contribuem para o desenvolvimento do auto-conhecimento, assim como para o desenvolvimento de uma base sólida de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas para a prática especializada.					

Apêndice II – Cronograma

CRONOGRAMA

Ano	2017													2018						
Ensinos Clínicos	UCC										Hospital									
Mês	Set.	Outubro				Novembro					Dezembro				Janeiro				Fev.	
Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Pausa Letiva	14	15	16	17	18	
Objetivo																				
1	Intensa	Intensa	Tênue	Tênue	Tênue	Tênue	Tênue	Tênue	Tênue	Intensa	Intensa	Tênue	Tênue			Tênue	Tênue	Tênue	Tênue	Tênue
2	Intensa	Intensa	Tênue	Tênue	Tênue	Tênue	Tênue	Tênue	Tênue	Intensa	Intensa	Tênue	Tênue			Tênue	Tênue	Tênue	Tênue	Tênue
3	Intensa	Intensa	Intensa	Tênue	Tênue	Tênue	Tênue	Tênue	Tênue	Intensa	Intensa	Intensa	Tênue			Tênue	Tênue	Tênue	Tênue	Tênue
4	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa			Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa
5	Tênue	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Tênue	Intensa	Intensa	Intensa			Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa
6										Intensa	Intensa	Intensa	Intensa			Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa
7										Intensa	Intensa	Intensa	Intensa			Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa
9	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa			Intensa	Intensa	Intensa	Intensa	Intensa

Legenda:

- A cor intensa indica a duração das atividades para atingir o objetivo;
- A cor tênue indica a continuidade de algumas das atividades do objetivo.

Apêndice III – Background da Revisão Scoping

Background

O desenvolvimento científico-tecnológico e, conseqüentemente da medicina, traduz-se atualmente pelo aumento da esperança média de vida associado a um aumento das doenças crónico-degenerativas.

As alterações musculoesqueléticas são as principais causas de morbidade e incapacidade, dando origem a enormes gastos com a saúde e a perda da capacidade laboral, entre estas alterações encontram-se a artrite reumatoide, a osteoartrose, disfunções da coluna e traumatismos graves dos membros (OMS, 2017).

Segundo a OMS a osteoartrose é uma doença articular degenerativa e associada ao envelhecimento. Sendo uma das dez doenças mais incapacitantes nos países desenvolvidos. Os dados estimativos mundiais demonstram que 9,6% dos homens e 18,0% das mulheres com mais de 60 anos têm osteoartrose sintomática, 80% daqueles apresentarão limitações no movimento, e 25% podem não conseguir executar suas principais atividades diárias de vida.

A osteoartrose ou artrose é um dos principais problemas reumatológicos, por se apresentar como uma das doenças mais comuns e incapacitantes das sociedades atuais (RPA, 2014). Consiste numa “doença articular crónica-degenerativa que se caracteriza pelo desgaste da cartilagem articular e se manifesta por dor, rigidez matinal, crepitação óssea e atrofia muscular” (Marques-Vieira & Sousa 2016). A osteoartrose sintomática geralmente afeta 10% a 15% da população em todo o mundo, sendo os joelhos, mãos e ancas os locais mais comuns da osteoartrose (Associação Internacional para o Estudo da Dor, 2016).

A articulação coxofemoral sendo uma das mais atingidas pela osteoartrose causa limitações funcionais importantes para a pessoa. As causas mais frequentes de dor e disfunção da anca e que estão na origem da indicação para artroplastia total da anca é a osteoartrose primária ou secundária, juntamente com a fratura do colo do fémur, osteonecrose da cabeça femoral e doença inflamatória da anca. (DGS ,2013).

Cerca de um milhão de pessoas são submetidas a artroplastia total da anca (ATA) a nível mundial. Esta intervenção cirúrgica tem como objetivo restaurar a função e a mobilidade da articulação coxofemoral e diminuir a dor. Tendo em conta o progressivo

envelhecimento da população, o número de pessoas submetidas a ATA deverá aumentar (Holzwarth & Cotogno, 2012).

Segundo a Direção Geral de Saúde a artroplastia total da anca é a cirurgia com “maior índice de sucesso entre todas as cirurgias de substituição articular, esta tem como objetivo promover a qualidade de vida através do alívio da dor e/ou melhoria da função em doentes com artropatia da anca. São estes os critérios que definem a necessidade deste tipo de tratamento, na ausência de sucesso com o tratamento conservador ou outros tratamentos cirúrgicos prévios” (DGS,2013).

A Artroplastia Total da Anca é uma intervenção cirúrgica, que consiste na substituição da articulação coxofemoral e que pretende ganhos para a saúde, como referido anteriormente, no entanto esta prevê um período longo de reabilitação, de 4 a 6 de meses. Sendo os internamentos hospitalares cada vez mais curtos, entende-se que no momento da alta hospital o nível de dependência ainda esteja a níveis elevados (Martins e Fernandes, 2009). Segundo Martins e Fernandes (2009) o enfermeiro para garantir a continuidade dos cuidados e o bem-estar dos clientes deverá identificar, o mais precocemente possível, as necessidades de cuidados e desenvolver um planeamento de alta eficaz com a participação do cliente/família e restantes profissionais de saúde (Martins e Fernandes, 2009).

A enfermagem de reabilitação, assume um papel importante no planeamento para alta à pessoa submetida a ATA, uma vez que o seu foco principal “*é a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades*” (Violante, 2016).

A Nursing Interventions Classification (2004) define intervenção de enfermagem “*como qualquer tratamento, baseado no julgamento clínico e no conhecimento, que a enfermeira execute para melhorar os resultados do paciente (...) é uma ação autónoma baseada num raciocínio científico relacionada com diagnósticos de enfermagem*” (p. XXIII).

Assim, como futura enfermeira de reabilitação acredito ser pertinente identificar quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a Artroplastia total da Anca através de uma revisão scoping.

Apêndice IV – Estratégia de Pesquisa da Revisão Scoping

	CINAHL Plus®			MEDLINE		
	P (População)	C (Conceitos)	C (Contexto)	P (População)	C (Conceitos)	C (Contexto)
Linguagem Natural	Total Hip Arthroplasty (S5 3,376)	Nursing (S1 126,830)	Rehabilitation (S8 46,701)	Total Hip Arthroplasty (S16 10,958)	Nursing (S13 136,377)	Rehabilitation (S19 98,824)
Linguagem indexada	MM "Arthroplasty, Replacement, Hip"(S6 10,074)	MM "Nursing Care" (S2 13,374) MH "Nursing Interventions" (S3 6,338)	MM "Rehabilitation" OR MH "Rehabilitation Nursing" (S9 13,441)	MM "Arthroplasty, Replacement, Hip" (S17 17,661)	MM "Nursing Care" (S14 21,873)	MM "Rehabilitation" OR MH "Rehabilitation Nursing" (S20 14,822)
Pesquisa Combinada (natural e indexada)	S5 OR S6 = S7 (11,305)	S1 OR S2 OR S3 = S4 (141,107)	S8 OR S9 = S10 (56,306)	S16 OR S17 = S18 (22,579)	S13 OR S14 = S15 (154,813)	S19 OR S20 = S21 (110,416)

S4 AND S7 AND S10 = S11 (27 Artigos)

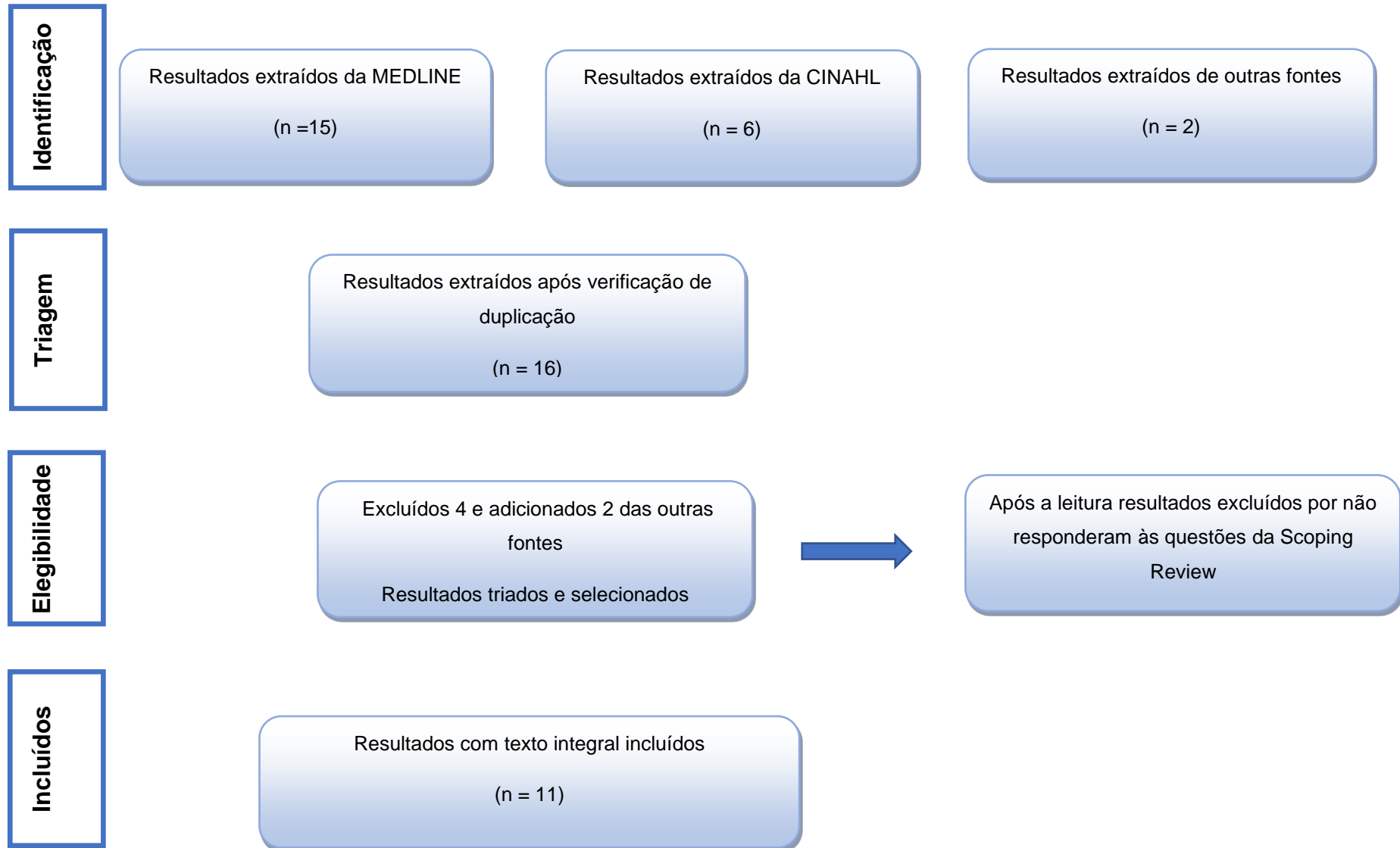
S15 AND S18 AND S21 = S22 (45 Artigos)

Limites - Full Text; Abstract Available; Published
Date: 2007.01.01-2017.12.31 = S12 (6 Artigos)

Limites - Full Text; Abstract Available; Published
Date: 2007.01.01-2017.12.31 = S23 (15 Artigos)

Apêndice V – Fluxograma da Revisão Scoping

FLUXOGRAMA - PRISMA Flow Diagram



Apêndice VI – Resultados da Revisão Scoping

Título Artigo / Ano	Principais Conclusões	Conceitos
<p>Outcomes and Wheight-bearing Status During Rehabilitation After Arthroplasty for Hip Fractures Siebens, H. et al. (2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A probabilidade de receber alta é maior quando é recomendada carga de acordo com a tolerância comparativamente com a restrição total ou parcial de carga no membro operado, traduzindo em níveis de funcionalidade semelhantes; - A conclusão anterior suporta a ideia de permitir carga total após a artroplastia por fratura da anca; - Estas conclusões remetem para a possibilidade de eliminar a restrição total ou parcial de carga do processo de cuidados, pois geralmente é uma barreira para a participação total no processo de reabilitação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Carga - Artroplastia total da Anca - Reabilitação - Outcomes
<p>The Effect of Advancing Age on Total Joint Replacement Outcomes Fang, M., Noiseux, N., Linson, E. & Cram, P. (2015).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 1º paciente idosos tem maior prevalência de comorbilidades (paragem cardíaca, insuficiência renal) - 2º a estadia hospitalar ou a necessidade de centro de reabilitação aumenta em função da idade; - 3º maiores taxas de complicações nos idosos do que nos paciente jovens - 4º melhorias na qualidade de vida foram semelhantes entre as faixas etárias <p>Quanto maior a idade dos pacientes, maior o tempo de permanência no hospital, maior a percentagem de complicações e maior a probabilidade de necessitar ser admitidos em centros de reabilitação (cuidados especializados);</p> <ul style="list-style-type: none"> - A melhoria na qualidade de vida dos pacientes é semelhante, independentemente da idade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Idoso - Idade avançada - Substituição total da Articulação (Anca e joelho)
<p>Total hip and total knee replacemete preoperative nursing management Lucas, B. (2008).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Maior indicação para ATA ou ATJ é osteoartrose; - Diminuição do tempo de internamento (internamentos cirúrgicos no dia da cirurgia e altas precoces) resultam numa diminuição do tempo para preparar os pacientes para a cirurgia e a reabilitação; - Esta preparação é cada vez mais da responsabilidade dos enfermeiros que não trabalham nos internamentos de ortopedia. - A Artroplastia é uma grande cirurgia que requer preparação física, psicológica e social; - Funções dos enfermeiros: * cuidados primários – avaliação holística da pessoa (determinam se a cirúrgica deve ser feita, e se as pessoas estão psicológica, física e socialmente preparadas) e referenciam para um ortopedista; * cuidados secundários – enfermeiros especialistas são o centro de uma preparação multidisciplinar das pessoas que aguardam a cirurgia; enfermeiros do pré-operatório 	<ul style="list-style-type: none"> - Substituição da Anca; - Ortopedia; - Auto eficácia; - Cirurgia – assistência ao paciente

	<p>asseguram que a pessoa tem a preparação física necessária para a anestesia e cirúrgica e identificam as necessidades pós alta, fazendo o seu planeamento prévio; na admissão para a cirurgia as pessoas necessitam de enfermeiros especializados que assegurem a sua segurança na preparação para a cirurgia e que lhes fornecem suporte neste momento traumático das suas vidas.</p> <p>* concluindo: os enfermeiros que cuidam destes pacientes no peri operatório necessitam de possuir as habilidades básicas de enfermagem, como a comunicação, bem como um conhecimento especializado na cirurgia de substituição articular.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A preparação peri operatória deve ser adequada e baseada na evidência; - Se os pressupostos mencionados nas conclusões anteriores forem alcançados, os pacientes estarão bem preparados para a cirurgia e terão uma maior hipótese de beneficiarem da intervenção. 	
<p>Norwich Enhanced Recovery Programme vs. Non-enhanced recovery following hip and knee replacement: A matched-cohort study Arshad, H. et al (2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Os programas de reabilitação são elaborados para melhorar a experiência pós-cirúrgica dos pacientes e simultaneamente, reduzir o tempo de internamento; - <i>Norwich Enhanced Recovery Programme</i> (NERP), este modelo pretende promover a alta hospital e a recuperação precoce da funcionalidade usando educação pré-operatória, anestesia loco-regional, mobilização precoce e evitação de drenos ou cateteres; - A aplicação do <i>Norwich Enhanced Recovery Programme</i> (NERP) pelos enfermeiros ou por uma equipa multidisciplinar resultou numa redução média do tempo de internamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Anca; - Artroplastia; - Reabilitação Multidisciplinar; - Recuperação acelerada
<p>THA with a Minimally Invasive Technique, Multimodal Anesthesia, and Home Rehabilitation: Factors Associated with Early Discharge? Mears, D., Mears, S, Chelly, J. & Vulakovich, K. (2009)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vários fatores influenciam o tempo de permanência no hospital, como a seleção dos pacientes, tipo de anestesia e controlo analgésico; presença de um programa terapêutico sincronizado; suporte de toda a equipe; técnica cirúrgica; e problemas de reembolsos para os hospitais; - Existe evidência de demonstra que o comprimento da incisão pode alterar os resultados esperados, mas o impacto da abordagem cirúrgica é ainda controverso (segundo outros estudos); - Já os protocolos de reabilitação, motivação do paciente e expectativas parecem desempenhar um papel importante na recuperação rápida após a artroplastia de anca. 	<ul style="list-style-type: none"> - Artroplastia Total da Anca; - Técnica minimamente invasiva; - Anestesia multimodal; - Reabilitação; - Alta precoce;
<p>Efficient Rehabilitation Care for Joint Replacement Patients: Skilled Nursing Facility or</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quanto mais cedo se iniciar a reabilitação, mais eficiente será o tratamento, o que é consistente com a literatura anterior disponível; - A reabilitação deve ser iniciada o mais cedo possível após o paciente receber alta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Artroplastia - Reabilitação; - Centro reabilitação;

<p>Inpatient Rehabilitation Facility? (2011) Tian, W. et al (2012)</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Instalações de enfermagem especializadas - Eficiência
<p>Variation in Rehabilitation Treatment Patterns for Hip Fracture Treated with Arthroplasty Siebens, H. et al (2016)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fisioterapeutas: Atividades terapêuticas mais escolhidas: Avaliação; Mobilizações (leito); Transferências; Marcha e Exercícios; - Terapeutas Ocupacionais: Atividades terapêuticas mais escolhidas: Avaliação; vestir os membros inferiores; mobilidade funcional e exercícios (ex: gestão da casa; vestir os membros superiores; transferência para cadeira/cadeira de rodas; cuidados de higiene – transferência para a banheira ou chuveiro) - Existe a necessidade de os cuidados de saúde serem centrados na pessoa, tendo atenção às preferências, necessidades, resultados alcançados e à eficiência na prestação de cuidados; 	<ul style="list-style-type: none"> - Fratura da anca - Artroplastia - Tratamento/ Atividades terapêuticas
<p>Joint Replacement and Hip Fracture Readmission Rates: Impact of Discharge Destination Riggs, R., Roberts, P., Aranow, H. & Younan, T. (2010).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A alta para um centro de reabilitação está associada a uma redução significativa de internamentos não planeados nos 180 dias seguintes; - A identificação de pacientes que necessitam de reabilitação e acompanhamento médico pós-cirúrgico antes da alta pode ser uma boa estratégia na prevenção de novos internamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Substituição Articular - Fratura da Anca; - Impacto do destino após alta
<p>Multi-modal, Pre-emptive Analgesia Decreases the Length of Hospital Stay Following Total Joint Arthroplasty Duellman, T., Gaffican, C., Milbrandt, J. & Allan, D. (2009)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O uso de analgésicos pré-operatórios, diminuiu a necessidade de analgésicos intravenosos (narcóticos) no pós-operatório e aumentou a participação na reabilitação devido à consequente diminuição da náusea e vômito; - Consequentemente, o uso dos analgésicos pré-operatórios resultaram numa diminuição do tempo de internamento e a probabilidade de alta para centros de enfermagem especializados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Substituição total da articulação - Analgesia pré-operatória
<p>Effectiveness of accelerated perioperative care and rehabilitation intervention compared to current intervention after hip and knee arthroplasty.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo revelou uma implementação bem-sucedida de cuidados peri-operatórios acelerados e intervenção de reabilitação após artroplastia da anca e joelho; O período de internamento poderia ser marcadamente reduzido sem aumentar a mortalidade e a morbidade; - Variáveis estudadas: Informação (focada nos objetivos e no planeamento da alta, controlo da dor e estratégia de mobilizações), alívio da dor, controlo da náusea; nutrição 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados perioperatórios acelerados - Reabilitação - Artroplastia da Anca

<p>A before-after trial of 247 patients with a 3-month follow-up Larsen, K., Hvass, K., Hansen, T., Thomsen, P. & Soballe, K. (2008)</p>	<p>(conforme a avaliação ingere 2 bebidas proteicas e hidratação com 1,5l de soroterapia – pré-operatório); mobilização precoce (começa no dia da cirurgia: mobilização- atividades fora do leito; treino de marcha e exercícios de fortalecimento muscular e como evitar movimentos proibidos) e eliminação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resultados: as intervenções que mais contribuíram para os resultados favoráveis foram o dia de informação e a mobilização precoce e mais ativa, entre os grupos nos restantes procedimentos avaliados. 	
<p>Factors Affecting Short-Term Rehabilitation Outcomes Disabled Elderly Patients With Proximal Hip Fracture HersHKovitz, A., Kalandariov, Z., Hermush, V., Weiss, R. & Brill, S. (2007)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O objetivo de uma equipa multidisciplinar é alcançar uma melhoria funcional significativa, principalmente na mobilidade, permitindo que este paciente regressem a casa num período relativamente curto; - Estudo: examinou vários fatores preditores para três aspetos principais na reabilitação de idosos com incapacidades e com fratura proximal da anca: ganho funcional, destino após alta; duração do internamento; - Previsão do tempo de reabilitação permite: coordenação das expectativas dos pacientes e dos cuidadores, alocação eficiente de recursos e planeamento de cuidados; - Pacientes idosos com incapacidades com fraturas proximais da anca podem melhorar, especialmente a sua mobilidade, quando participam num programa de reabilitação pós-operatório, onde os seus potenciais de reabilitação podem ser avaliados com eficiência (escala MIF). <u>Função cognitiva, estado nutricional, nível funcional pré-lesão e depressão</u> foram os fatores mais importantes associados ao sucesso de reabilitação destes pacientes. Dois dos fatores - depressão e estado nutricional - são tratáveis e, conseqüentemente, a intervenção precoce pode melhorar o resultado da reabilitação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Idoso frágil - Fraturas da anca; - Reabilitação; - Outcomes

Apêndice VII – Caracterização das Restantes Patologias

Caracterização das restantes patologias

Não é só a osteartrose que está associada ao envelhecimento, a ocorrência de quedas também. Segundo o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes da DGS, as quedas são a principal causa de lesão nos idosos e *“em cada ano, uma em cada três pessoas com 65 ou mais anos sofre um acidente doméstico e, nas pessoas com mais de 80 anos, uma em cada duas sofre uma queda, pelo menos uma vez no ano. Aproximadamente, uma em cada cinco quedas necessita cuidados médicos e uma em cada vinte termina em fratura. As lesões mais frequentes são contusões e feridas dos tecidos moles e as fraturas mais frequentes são do colo do fémur, do punho, do úmero e da bacia.”* (DGS, 2012, p.13).

O mesmo programa refere-se a um artigo de revisão sobre a epidemiologia das fraturas da extremidade proximal do fémur, em Portugal, onde a incidência de fraturas é superior ao aumento do envelhecimento da população, deixando a reflexão de que outros fatores serão condicionantes, tais como o aumento do sedentarismo, o aumento da estatura, diminuição do IMC e o aumento da prevalência da osteoporose (DGS 2012).

Segundo a DGS (2003) nas Recomendações para Intervenção Terapêutica em Fraturas da Extremidade proximal do Fémur no Idoso define que as mesmas são *“todas as fraturas respeitantes ao segmento ósseo demarcado proximalmente pelo limite inferior da cabeça do fémur e distalmente por um nível situado 5 cm abaixo do limite inferior do pequeno trocânter”* podendo ser subdivididas em trocântéricas (situadas acima da linha intertrocântérica e abaixo do limite distar do pequeno trocânter), do colo (situadas entre a cabeça e a área trocântérica, e dividem-se em subcapitais, transcervicais, basicervicais) e subtrocântéricas (situadas entre o limite inferior do pequeno trocânter e a um nível de 5cm abaixo dele) (DGS 2003).

É na população com idade superior a 65 anos que ocorrem a maioria das fraturas, sendo o pico de incidência nos 80 anos de idade. O Sexo feminino é três vezes mais atingido que o masculino. Neste grupo etário as fraturas são resultado de um

traumatismo mínimo ou moderado, muitas vezes após uma queda, sobre o osso fragilizado (osteoporótico) (DGS 2003).

De um modo geral as taxas de mortalidade também aumentam com a idade após uma fratura, sendo mais frequentes no sexo masculino, onde as complicações são também tendencialmente mais graves. Alguns dos fatores identificados como estando associados ao aumento de mortalidade são a dependência de terceiros, o reinternamento, a queda, a perda de capacidade de marcha ou ficar acamado após a fratura (Laires et al, 2015).

Os índices de mortalidade e de mobilidade associados a este tipo de fratura são elevados, segundo os dados da DGS (2003), apenas 50% dos doentes retomam a sua função anterior e ao fim de 6 meses 17 a 30% dos doentes vêm a falecer.

Os custos associados (internamento e reabilitação) são também elevados, pelo que a diminuição dos tempos e internamentos se torna uma preocupação quase transversal aos serviços hospitalares. A DGS aconselha a instituição de protocolos multidisciplinares para o tratamento e reabilitação dos doentes com fraturas da extremidade proximal do fémur. Sendo o principal objetivo do tratamento o rápido retorno ao nível de funcionalidade anterior à fratura. As intervenções cirúrgicas deverão proporcionar a estabilidade necessária para o início precoce da mobilização e locomoção, diminuindo assim as complicações da imobilização (DGS 2013).

É também reconhecido pela DGS (2003) que para que a recuperação funcional máxima seja possível, para além da intervenção cirúrgica deverá existir uma abordagem multidisciplinar no internamento que proporcione ao doente as condições necessárias para a sua reabilitação e o seu rápido retorno ao nível funcional anterior ou ao nível funcional máximo (DGS 2003).

A artroplastia total da anca na fratura do colo do fémur pode ser considerada como tratamento de primeira opção (DGS 2013).

A osteonecrose da cabeça do fémur está associada a vários fatores, entre os quais fratura do colo e cabeça do fémur, luxação da anca, uso de corticosteroides e álcool, anemia falciforme, doença descompressiva em mergulhadores, lúpus eritematoso sistémico, vírus da imunodeficiência humana, síndrome de Cushing, pós-transplante,

radioterapia prévia, tabagismo, gravidez, coagulopatias, insuficiência renal crónica e alterações do metabolismo dos lípidos e ainda toxinas. Os fatores genéticos também se encontram associados à osteonecrose, como as mutações no gene COL2A1. A sua incidência é mais frequente nos caucasianos e nas pessoas do sexo masculino (Manuel, 2014).

O conjunto de fatores mecânicos e biológicos que prejudicam a circulação intraóssea da cabeça do fémur podem ser decorrentes de fenómenos tromboembólicos ou de estase venosa por diminuição do fluxo sanguíneo, levando a focos de isquemia que fragilizam a cabeça do fémur e posteriormente evolui para necrose provocando microfraturas e consequente deformação (Manuel, 2014).

Clinicamente, a pessoa pode apresentar uma marcha antiálgica, no entanto a dor é a queixa mais frequente, e pode localizar-se na face anterior da coxa com irradiação para joelho, e mais raramente para a região glútea. O início pode ser súbito ou insidioso, aumentando com a carga e o movimento. Os doentes podem apresentar dor à mobilização ativa e passiva e principalmente na rotação interna (Manuel, 2014).

O tratamento depende da fase de evolução da doença. O tratamento médico inclui repouso, medicação analgésica e bifosfanatos. Já o tratamento cirúrgico pode incluir a descompressão da articulação, a endomielectomia, o enxerto ósseo vascularizado, osteotomias do fémur proximal ou artroplastias, sendo que na fase terminal da doença a única maneira de tratar os pacientes é a artroplastia total da anca (Manuel, 2014).

A artrite reumatoide é uma doença reumática sistémica e a forma mais comum de artrite. É uma doença inflamatória que causa dor, edema, rigidez e perda de função nas articulações. Afeta frequentemente os punhos e os dedos mas pode também atingir pés, ombros, joelhos, cotovelos, ancas e coluna cervical, entre outros. Na artrite reumatoide existe uma resposta errada do sistema imunitário, causando uma resposta inflamatória nas articulações e outros órgãos (Miranda, 2017).

Segundo o Instituto Português da Reumatologia a artrite reumatoide atinge 3 vezes mais mulheres do que homens e calcula-se que atinja entre 50 a 60 mil portugueses (Miranda, 2017). É também uma causa de grande morbidade e incapacidade em

grupos etários jovens, reduzindo, nos casos mais graves, a esperança de vida em cerca de 10 anos (DGS 2005).

Pode-se esperar um grau variável de dor nas articulações de pessoa para pessoa, muitas vezes associado a edema, calor e rubor das articulações, sensação de rigidez matinal que dura mais de 30 minutos e sensação de cansaço que muitas das vezes limita a atividade da pessoa (Miranda, 2017).

O tratamento farmacológico pode envolver anti-inflamatórios não esteróides, analgésicos e corticóides (ou corticoesteróides), fármacos modificadores da doença ou fármacos biotecnológicos. No entanto o tratamento da artrite reumatoide implica não só a utilização de fármacos, mas também o recurso a outras opções, como programas individualizados de reabilitação, termas, exercício físico e cirurgia ortopédica. Quando o desgaste e destruição articular é elevado, a intervenção cirúrgica poderá ser a melhor solução para a resolução das limitações (Miranda, 2017).

Apêndice VIII – Caracterização da ATA convencional e minimamente invasiva

Caracterização da ATA convencional e a minimamente invasiva

A convencional envolve uma incisão cirúrgica longa (entre 15 a 25cm) para expor a articulação, resulta num trauma substancial dos tecidos moles e contribui para um período longo de recuperação pós-operatória. Dentro deste encontram-se vários acessos que podem ser usados durante os procedimentos cirúrgicos. O acesso póstero-lateral é usado com maior frequência, implica uma incisão alinhada com as fibras musculares do grande glúteo, os tendões dos músculos rotadores externos curtos são seccionados perto da sua inserção, este acesso preserva a integridade do médio glúteo e do vasto lateral, a desvantagem deste acesso é que ele está associado a maior risco de instabilidade articular no pós-operatório e consequentemente maior risco de sub-luxação ou luxação. O acesso lateral compromete o músculo tensor da fáscia lata, a inserção proximal do médio glúteo, vasto lateral e o pequeno glúteo, o compromisso do mecanismo abductor no pós-operatório está associado à fraqueza e alterações na marcha (sinal de Trendelenburg positivo). O acesso antero-lateral, utilizado com mais frequência em revisões de artroplastia ou artroplastia de reconstrução complexa, e em pessoas com desequilíbrios musculares, em que a postura vertical é caracterizada pela flexão e rotação interna da coxo-femoral, este tipo de alteração suporta um grande risco de luxação quando utilizada a abordagem póstero-lateral. Apesar de garantir uma excelente estabilidade à articulação no pós-operatório, envolve o comprometimento do médio glúteo, pequeno glúteo, tensor da fáscia lata, ileopsoas, reto femoral e vasto lateral (Kisner & Colby, 2009).

A técnica minimamente invasiva ameniza potencialmente o trauma dos tecidos musculares e desta forma potencia a recuperação pós-operatória da pessoa. É utilizada uma ou duas incisões pequenas para a abordagem da articulação. Os benefícios da sua utilização são diminuição da hemorragia, redução do grau de dor pós-operatória, diminuição do tempo de internamento, recuperação da mobilidade funcional mais rápida e melhor aparência estética (Kisner & Colby, 2009).

Apêndice IX – Ensinos à pessoa submetida a ATA

Ensinos à pessoa submetida a ATA e família (abordagem posterior)

Tendo por base que a pessoa foi submetida a uma ATA via posterior (a mais comum) o EEER deverá ensinar, instruir e treinar a pessoa e família a (Marques-Vieira & Sousa, 2016):

- No leito, evitar movimentos luxantes, para tal a pessoa deverá permanecer, sempre que no leito, com um triangulo abdutor ou almofadas de abdução entre os membros inferiores (desde a saída do Bloco operatório até ao momento da alta, período mais crítico para a ocorrência de luxação ou subluxação da prótese);
- Realizar exercícios ativos e isométricos da articulação tibiotársica, bem como a sua mobilização ativa (evitar fenómenos tromboembólicos);
- Realizar exercícios isométricos e mobilização ativa e assistida da articulação coxofemoral;
- Realizar exercícios de fortalecimento muscular do membro inferior intervencionado (mobilizações ativas resistidas);
- Realizar extensão lombo-pélvica ou meia ponte;
- Realizar o levante da cama (sair pelo lado do membro intervencionado, evitar flexão superior a 90º da coxofemoral, manter extensão do membro, fletir o membro são, rodar até tocar com o pé no chão);
- Sentar e levantar da cadeira (colocar o membro intervencionado em extensão antes de sentar, colocar os membros superior apoiados na cadeira e baixar lentamente, fletindo o membro inferior são, para o levante o procedimento é inverso, ou seja, mantém o membro inferior intervencionado em extensão e com os membros superiores apoiados na cadeira levanta-se lentamente fazendo a extensão e apoio no membro inferior são);
- Usar base de chuveiro ou banheira (preferencialmente base de chuveiro, utilizar barras de apoio, tomar banho sentado numa cadeira de banho ou tabua de banheira;

entrar na cadeira de banho ou tábua de banheira primeiro com o membro são e sair com o membro intervencionado em extensão);

- Usar sanitário (utilizar alteador de sanita, colocar o membro intervencionado em extensão antes de se sentar, apoiar-se nas barras e baixar-se lentamente com apoio dos membros superiores, para se levantar o inverso);

- Treinar a marcha, com andarilho ou canadianas (avançar andarilho ou duas canadianas, avançar o membro inferior intervencionado até ao nível do andarilho/canadianas, por fim avança membro inferior são, para mudar a direção deve fazê-lo para o lado são);

- Treinar subir e descer escadas, com canadianas (para subir, iniciar com o membro são e posteriormente o membro intervencionado, as canadianas acompanham os pés);

- Apanhar objetos do chão (utilizar os membros superior para se apoiar, do lado intervencionado, o membro intervencionado em extensão para trás, proibido na abordagem anterior, fletir o membro são, evitar ajoelhar-se, mas se tiver de ser deve colocar primeiro o joelho intervencionado ao chão)

- Entrar e sair do carro (sentar-se no banco com os membros inferiores fora, rodar os membros inferiores para dentro, membro intervencionado em extensão, sair proceder de forma inversa).

Apêndice X – Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem

Teoria do Autocuidado

Na Teoria do Autocuidado, o Autocuidado é tido como uma função reguladora, que necessita de ser aprendida e desenvolvida, para que o indivíduo possa satisfazer as suas necessidades reguladoras. Difere das restantes funções reguladoras, como a neuro-endócrina por ser uma ação deliberada e realizada para próprio funcionamento e desenvolvimento da pessoa ou dos seus dependentes.

Segundo esta Teoria, o indivíduo é capaz de se autocuidar por possuir habilidades, conhecimentos e experiências aprendidas ao longo da vida, sendo assim designado de agente de autocuidado (*Self-care agent*). Quando essa capacidade de autocuidado diminuiu ou desaparece, a pessoa passa a precisar que os cuidados sejam realizados por outrem, nomeadamente familiares ou amigos (responsabilidade social), denominando-se assim agente dependente de cuidados (*dependent care agente*), no entanto se os cuidados resultarem da intervenção profissional dos enfermeiros, estes são denominados agente terapêutico de autocuidado (*therapeutical self-care agente*) (Petronilho, 2012).

Outro conceito central desta Teoria é ação de autocuidado ou ação deliberada (*self-care agency*) que significa a capacidade da pessoa se envolver no autocuidado, sendo influenciada por vários fatores, que Orem denomina como fatores condicionantes básicos (*basic conditioning factors*). Assim o autocuidado é condicionado pelo estado de saúde, fatores que influenciam a educação e pelas experiências de vida, variando em função do desenvolvimento das pessoas, desde a infância à velhice (Petronilho, 2012).

A ação de autocuidado envolve quatro domínios, o domínio cognitivo que implica conhecimento sobre o estado de saúde e habilidades cognitivas para desempenhar a ação de autocuidado; o domínio físico que significa ter capacidade física para realizar a ação de autocuidado; o domínio emocional ou psicossocial que remonta para as atitudes, valores, desejos, motivação e perceção de competência na realização da ação de autocuidado e por fim o domínio do comportamento correspondente às

habilidades necessárias para efetuar os comportamentos de autocuidado (Petronilho, 2012).

Outro termo que emerge desta Teoria é a necessidade terapêutica de autocuidado, que nos remete para algo mensurável, sendo uma “estrutura formulada e expressa em emoções ou medidas de cuidados que deve ser executada para gerar processos de ação, utilizando os meios selecionados para atender os requisitos de autocuidado dos indivíduos” (Orem, 2001, p. 223).

Os requisitos de autocuidado (*self-care requisites*) definidos por Orem, estão divididos em três categorias: requisitos universais de autocuidado; requisitos de autocuidado de desenvolvimento e requisitos de autocuidado no desvio da saúde. Os requisitos universais de autocuidado, são comuns a todos os seres humanos e correspondem às atividades de vida diária, sendo que Orem definiu oito: manutenção de uma quantidade suficiente de ar; manutenção de uma ingestão suficiente de água; manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos; provisão de cuidados associados com os processos de eliminação; manutenção do equilíbrio entre a atividade e repouso; manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social; prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e bem-estar do ser humano e por fim promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal (Petronilho, 2012).

Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento estão relacionados com os diferentes domínios do conhecimento e têm dois grandes objetivos promover condições e comportamentos que previnam a ocorrência de efeitos nocivos no desenvolvimento e providenciar condições e experiências que minimizem ou superem os efeitos nocivos no desenvolvimento (Petronilho, 2012).

Quanto aos requisitos de autocuidado no desvio de saúde são utilizados em situações de doença ou lesão, e estes podem ser subdivididos em seis categorias: procurar e garantir assistência médica adequada; estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos (incluindo efeitos do desenvolvimento); realizar efetivamente as prescrições diagnosticas e terapêuticas e

de reabilitação; avaliar e atender aos efeitos desconfortáveis ou nocivos resultantes das intervenções realizadas; modificar o autoconceito e aceitar o estado de saúde particular e a necessidade de formas especiais de cuidados de saúde e por último aprender a viver com os efeitos das condições e estados patológicos e com os efeitos das intervenções, diagnóstico e tratamento no estilo de vida que promovam o desenvolvimento pessoal (Petronilho, 2012).

A Teoria do Défice de Autocuidado desenvolve a razão pela qual as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem. Nesta Teoria Orem define cinco métodos de ajuda nos cuidados de enfermagem: o agir ou fazer para outra pessoa; o proporcionar apoio físico e psicológico; o guiar ou orientar; o proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoa e o ensinar.

O défice de autocuidado surge quando a capacidade da pessoa em se autocuidar é inferior à necessidade de autocuidado, é a relação entre as capacidades de ação da pessoa e as suas necessidades de cuidado. Este conceito é orientador da ação, porque permite adequar os métodos de auxílio e a compreensão do papel da pessoa dependente no autocuidado. É através da avaliação do défice de autocuidado que o enfermeiro formula a sua intervenção, uma vez que as necessidades terapêuticas da pessoa são superiores à capacidade de autocuidado, e a sua intervenção terá como objetivo minimizar os efeitos desse défice (Petronilho, 2012).

Para Orem, segundo Petronilho (2012), existem cinco áreas de atividades para a prática de enfermagem: iniciar e manter um relacionamento enfermeiro-doente até que este não necessite de cuidados de enfermagem; determinar com os doentes como podem ser ajudados através de cuidados de enfermagem; responder a solicitações, desejos e necessidades do doente em relação ao contato e à assistência do enfermeiro; prescreve, proporcionar e regular a ajuda direta aos doentes (pessoas significativas) numa perspetiva de enfermagem; e coordenar e integrar os cuidados de enfermagem na vida diária do doente, outra assistência de saúde necessária ou serviços sociais/educação necessários (Petronilho, 2012).

Segundo Orem a Teoria dos Sistemas de Enfermagem “estabelece a estrutura e o conteúdo da prática de Enfermagem” (Orem, 2001, p. 147). É nesta Teoria que é

determinado como é que os enfermeiros, os doentes ou ambos, dão resposta as necessidades de autocuidado do doente, numa relação entre as necessidades de autocuidado e capacidades de desempenho das atividades de autocuidado. Os cuidados de enfermagem são mediados pela existência de um défice de autocuidado, tendo por base o que a pessoa consegue realizar (ação de autocuidado) e o que necessita de ser realizado para manter o funcionamento desejado (necessidade de autocuidado) (Petronilho, 2012).

Segundo Petronilho (2012), com objetivo de dar resposta aos requisitos de autocuidado dos indivíduos, Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem, que são:

- O Sistema Totalmente compensatório, utilizado quando os indivíduos não conseguem envolver-se nas ações de autocuidado, tornando-os socialmente dependentes de outros para a sua sobrevivência e bem-estar, e que envolvem indivíduos incapazes de envolver-se em qualquer forma de ação deliberada (ex.: em coma); indivíduos conscientes, mas incapazes de desempenhar funções que impliquem a deambulação ou outros movimentos de manipulação (ex.: tetraplégicos); indivíduos com incapacidade para atender às suas necessidades e tomar decisões sobre o autocuidado ou outras funções, mas que não apresentam limitações físicas e que com supervisão ou orientação realizam algumas tarefas de autocuidado (pessoas com alterações cognitivas).

- O Sistema Parcialmente Compensatório, utilizado quando em situações que o enfermeiro, individuo ou outros, realizam tarefas de autocuidado relacionadas com a deambulação ou manipulação. Os cuidados são prestados pelo enfermeiro, que tenta compensar as limitações da pessoa, realizando por si as tarefas de autocuidados que o mesmo não consegue executar. O papel principal tanto pode ser do enfermeiro como da pessoa, e este varia consoante as limitações que advêm da condição de saúde do doente ou de prescrições médicas; consoante o conhecimento científico e técnico e das habilidades bem como da motivação/força de vontade da pessoa para executar ou aprender atividades específicas.

- O Sistema de Apoio – Educação, utilizado quando existe capacidade de autocuidado, no entanto é necessário apoio, orientação e instrução do enfermeiro para a execução e desenvolvimento da atividade de autocuidado. A pessoa é capaz de realizar ou pode e deve aprender as tarefas necessárias com terapêuticas de autocuidado orientadas, necessitando de assistência. O enfermeiro deve utilizar como estratégias o apoio, orientação, ambiente facilitador de desenvolvimento e aprendizagem.

Guião de Entrevista e Resultados da Entrevista

Guião de Entrevista da UCC [REDACTED]

Onde se insere a UCC [REDACTED]?

Quais os objetivos da UCC [REDACTED]?

Quais as características da população alvo de cuidados (faixa etária, patologias)?

Como funciona a ECCI?

Como é feita a referenciação para ECCI?

Como é realizado o processo de referenciação para a equipa de reabilitação?

Quantos enfermeiros constituem a equipa?

Quantos enfermeiros com a especialidade de Reabilitação existem?

Exercem funções como especialistas? Quais as funções que desempenham? E quais as patologias mais frequentes?

Existe avaliação/planeamento/registo dos cuidados de enfermagem de Reabilitação? Programa organizado? Quais os instrumentos utilizados?

Existem reuniões em equipa multidisciplinar onde sejam discutidos os programas de Reabilitação?

Têm projetos implementados na área da reabilitação? Quais?

Acha pertinente a intervenção do enfermeiro de Reabilitação na preparação para alta à pessoa submetida ATA e a promoção do autocuidado? Em que medida?

Como é feita a articulação hospital-comunidade-hospital no que diz respeito aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação?

Resultados da Entrevista

A UCC [REDACTED] é uma unidade funcional do Centro de Saúde do [REDACTED], inserido no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de [REDACTED]. A escolha deste local de estágio foi realizada, tendo em conta os locais de estágios indicados pela ESEL, mas também pelo trabalho desenvolvido, no âmbito da enfermagem de reabilitação, referido pela Exma. Sra. Enfermeira [REDACTED] durante a aula lecionada na Unidade Curricular Reabilitação II.

Foi realizada uma visita, com uma entrevista semi-estruturada (Apêndice X), com o objetivo de conhecer o funcionamento da UCC [REDACTED], mais especificamente as características da comunidade que recorre aos serviços desta unidade, a organização e funcionamento da Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCCI) e da UCC [REDACTED] e por fim perceber, sucintamente, a organização da equipa de reabilitação e as principais atividades desenvolvidas e recursos disponíveis.

O Centro de Saúde [REDACTED] abrange as juntas de freguesia [REDACTED], servindo uma população de 72 432mil habitantes, população essa com mulheres em idade fértil, crianças e idosos, caracteriza-se por ser predominantemente de classe social média-baixa e raça caucasiana.

A UCC [REDACTED] tem como objetivos: melhorar a qualidade dos cuidados prestados na comunidade aos grupos de maior risco e vulnerabilidade, através da promoção da saúde, prevenção da doença e adoção de estilos de vida saudáveis; melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde e aumentar a satisfação da comunidade, bem como dos profissionais. Existem duas equipas intervenção com objetivos distintos: a Equipa de Intervenção Comunitária, que dá resposta às áreas de promoção da saúde e prevenção da doença e a Equipa de Cuidados Continuados

Integrados que dá resposta às necessidades da pessoa dependente, família e cuidadores no âmbito da RNCCI.

Os utentes são referenciados para RNCCI antes da alta hospital, através das Equipas de Gestão de Altas ou pelas equipas prestadores de cuidados continuados integrados, é realizada uma avaliação médica, de enfermagem e social e registada a informação no sistema informático (Gestcare) que fica disponível para toda a equipa de saúde. Essa informação é gerida pela Equipa Coordenadora Local, que envia a informação para Equipa Coordenadora Regional que determina que tipologia de cuidados o utente necessita (unidades de convalescença, media ou longa duração, paliativos, ou acompanhamento pela equipa de cuidados continuados integrados).

A equipa de Enfermagem de Reabilitação faz parte da ECCI, e funciona com a metodologia de trabalho Enfermeiro Gestor de Caso (EGC) e tem capacidade para 60 utentes. A população alvo são na sua maioria idosos, com patologias do foro respiratórios, neurológico (Acidente Vascular Cerebral), síndromes demenciais e fraturas do colo do fémur. Esta ECCI é constituída por seis enfermeiros, três dos quais EEER, uma fisioterapeuta, uma técnica de serviços sociais e uma psicóloga, o corpo médico pertence às diversas unidades do CSC.

Depois de referenciados para a ECCI, os utentes são observados, nas primeiras 24 horas, pelo EGC. Sempre que surge necessidade reabilitação é encaminhado o caso para a equipa de enfermagem de reabilitação/fisioterapeuta. Na primeira visita da equipa de enfermagem de reabilitação é realizada a avaliação do utente e ambiente, completando a informação enviada pela RNCCI, é preenchido o documento de "Avaliação de Reabilitação", sendo validadas as necessidades e objetivos da pessoa/família/cuidador. É elaborado um plano de reabilitação após o primeiro contato, com os diagnósticos de enfermagem (onde também deve constar a avaliação das escalas de Morse e de Barthel), com as respetivas intervenções de enfermagem no programa informático Sclínico, bem como a nota de admissão na plataforma GestCare. A reavaliação do plano de cuidados é realizada mensalmente, sendo utilizada a escala de Barthel para a avaliação dos resultados do autocuidado.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é autónomo na planificação dos cuidados. Estes são prestados durante o período da manhã e abrangem as diversas áreas de intervenção, sensoriomotoras, respiratórias, de eliminação, alimentação, cognitivas, bem como os ensinamentos aos utentes e cuidadores. Os registos, no sistema informático e em papel, são realizados no período da tarde, assim como a articulação com os restantes elementos da equipa e recursos comunitários.

O registo em papel surge para colmatar a falta de dispositivos móveis com acesso à internet e intranet nos contextos de prestação de cuidados, assim o processo do utente deve ser aberto no momento em que é admitido na ECCI e deve estar organizado em quatro partes: ficha de identificação do utente (impressa do sistema SINUS); informação proveniente da RNCCI (instrumento de avaliação integrada; avaliação médica, de enfermagem e dos serviços sociais; Escalas de Morse, de Risco de diabetes e de Braden); Documento "Avaliação de Reabilitação e Folhas de Registo.

A alta dos utentes por parte da equipa de reabilitação é dada quando se atingem os objetivos traçados e conseqüentemente uma melhoria do estado de saúde, quando existe recusa de tratamento ou por óbito. O registo deve ser efetuado em processo físico e na plataforma informática GestCare e no sistema informático Sclínico (onde deve ser dado termo das intervenções e preenchida a Escala de Barthel). A informação deve ser encaminhada ou EGC, que de acordo com a avaliação mantém seguimento pela equipa de cuidados gerais ou preenche o instrumento de Avaliação Integrada, dando conta da RNCCI.

Os recursos materiais são escassos, a equipa de reabilitação possui alguns dispositivos médicos, como 2 pares de canadianas, 1 tripé, uma cadeira de rodas e 2 pares de pesos. Por isso é necessário por parte da equipa uma grande gestão dos mesmos, tendo em conta as necessidades dos utentes, sendo recorrente a utilização de objetivos do quotidiano (no domicílio dos utentes) que se assemelhem aos dispositivos médicos utilizados nos exercícios de reabilitação. Dentro dos recursos da comunidade encontram-se as escolas públicas, várias instituições públicas, como Junta de Freguesias, Cruz Vermelha Portuguesa, Câmara Municipal de Sintra, várias instituições de apoio domiciliário (higiene e alimentação) e voluntários, como a Associação de Voluntários Coração Amarelo.

Apêndice II – Ensinos à Pessoa e Família Submetidos a ATA

Ensinos à pessoa submetida a ATA e família (abordagem posterior)

Tendo por base que a pessoa foi submetida a uma ATA via posterior (a mais comum) o EEER deverá ensinar, instruir e treinar a pessoa e família a (Marques-Vieira & Sousa, 2016):

- No leito, evitar movimentos luxantes, para tal a pessoa deverá permanecer, sempre que no leito, com um triangulo abdutor ou almofadas de abdução entre os membros inferiores (desde a saída do Bloco operatório até ao momento da alta, período mais crítico para a ocorrência de luxação ou subluxação da prótese);
- Realizar exercícios ativos e isométricos da articulação tibiotársica, bem como a sua mobilização ativa (evitar fenómenos tromboembólicos);
- Realizar exercícios isométricos e mobilização ativa e assistida da articulação coxofemoral;
- Realizar exercícios de fortalecimento muscular do membro inferior intervencionado (mobilizações ativas resistidas);
- Realizar extensão lombo-pélvica ou meia ponte;
- Realizar o levante da cama (sair pelo lado do membro intervencionado, evitar flexão superior a 90º da coxofemoral, manter extensão do membro, fletir o membro são, rodar até tocar com o pé no chão);
- Sentar e levantar da cadeira (colocar o membro intervencionado em extensão antes de sentar, colocar os membros superior apoiados na cadeira e baixar lentamente, fletindo o membro inferior são, para o levante o procedimento é inverso, ou seja, mantém o membro inferior intervencionado em extensão e com os membros superiores apoiados na cadeira levanta-se lentamente fazendo a extensão e apoio no membro inferior são);
- Usar base de chuveiro ou banheira (preferencialmente base de chuveiro, utilizar barras de apoio, tomar banho sentado numa cadeira de banho ou tabua de banheira;

entrar na cadeira de banho ou tábua de banheira primeiro com o membro são e sair com o membro intervencionado em extensão);

- Usar sanitário (utilizar alteador de sanita, colocar o membro intervencionado em extensão antes de se sentar, apoiar-se nas barras e baixar-se lentamente com apoio dos membros superiores, para se levantar o inverso);

- Treinar a marcha, com andarilho ou canadianas (avançar andarilho ou duas canadianas, avançar o membro inferior intervencionado até ao nível do andarilho/canadianas, por fim avança membro inferior são, para mudar a direção deve fazê-lo para o lado são);

- Treinar subir e descer escadas, com canadianas (para subir, iniciar com o membro são e posteriormente o membro intervencionado, as canadianas acompanham os pés);


- Apanhar objetos do chão (utilizar os membros superior para se apoiar, do lado intervencionado, o membro intervencionado em extensão para trás, proibido na abordagem anterior, fletir o membro são, evitar ajoelhar-se, mas se tiver de ser deve colocar primeiro o joelho intervencionado ao chão)

- Entrar e sair do carro (sentar-se no banco com os membros inferiores fora, rodar os membros inferiores para dentro, membro intervencionado em extensão, sair proceder de forma inversa).

Apêndice III – 1º Jornal de aprendizagem

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Estágio Com Relatório

Jornal de Aprendizagem
Integração na Equipa de Multidisciplinar –
UCC 

Joana Alexandra Ferreira do Espírito Santo

Docente Orientador: Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa

2017

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved, green and blue shapes that resemble stylized waves or leaves, extending from the right edge towards the center.

Jornal de Aprendizagem

Descrição das Atividades:

A primeira semana de estágio na UCC [REDACTED] decorreu sem contratempos, o grande objetivo da mesma, bem como das seguintes, era a integração na equipa multidisciplinar. Para tal as atividades realizadas foram a consulta de documentos para conhecer os objetivos, procedimentos e rotinas de organização da UCC [REDACTED], mais especificamente da equipa de reabilitação; conhecimento dos elementos integrantes da equipa; conhecimento das instalações utilizadas; observação da dinâmica e organização do trabalho da equipa de reabilitação e articulação com as restantes equipas; mobilização dos conhecimentos prévios (científicos, técnicos e humanos) para planear e implementar cuidados especializados, dentro da equipa multidisciplinar. Quanto à atividade de analisar o funcionamento da equipa na prática de cuidados, será realizada ao longo deste jornal de aprendizagem

Pensamentos e Sentimentos:

As minhas expectativas para com este estágio, são enormes e por isso despontaram em mim um misto de emoções antes do seu início, sentimentos positivos por voltar ao fim de tanto tempo à realidade do trabalho na comunidade, bem como sentimentos de receio/medo/insegurança pelo desconhecimento da realidade em questão.

Ao fim da primeira semana, apenas guardo os sentimentos positivos (não obstante de me sentir insegura, que considero ser positivo pois é um sentimento impulsionador para o querer saber mais e fazer melhor). Não poderia ter sido melhor recebida dentro da equipa, que se mostra sempre disponível para me esclarecer as dúvidas, explicar o funcionamento das dinâmicas, deixando-me sempre à vontade para dar a minha opinião e contributo.

Avaliação:

Considero que as atividades desenvolvidas para o objetivo de integrar a equipa multidisciplinar foram pertinentes na medida em que me permitiram ter um conhecimento da dinâmica que envolve todo o processo de admissão do utente na UCC [REDACTED] e a organização da ECCI (Equipa de Cuidados Continuados

Integrados), nomeadamente da Equipa de Reabilitação. Assim sendo os utentes são referenciados pela RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) aquando da alta hospitalar, através das EGA (Equipas de Gestão de Altas) ou pelas ECCI, e é realizada uma avaliação médica, de enfermagem e social (e preenchidas as Escalas de Morse, Braden, Risco de Diabetes e o Instrumento de Avaliação Integrada) que constam no sistema informático da RNCCI (Gestcare), sendo acessível a todos os elementos da equipa de saúde. A informação é recebida pela Equipa Coordenadora Local (ECL), que de acordo com a situação do utente delibera a tipologia de internamento em unidade ou acompanhamento pela ECCI no domicílio. Uma vez admitido na ECCI é atribuído ao utente um Enfermeiro Gestor de Caso, sendo a sua capacidade máxima da equipa o acompanhamento de 60 utentes. Fazem parte desta equipa uma Enfermeira Coordenadora (EEER), corpo médico das diversas unidades do CSC, outra EEER, fisioterapeuta, técnica de serviços sociais e psicóloga. Após o ingresso na UCCI é realizada uma visita domiciliar nas primeiras 24 horas, pelo EGC (Enfermeiro Gestor de Caso) e sempre que necessário uma observação pela equipa de reabilitação (de acordo com a informação enviada pela RNCCI ou pela avaliação do EGC) é realizada a referência para a mesma. A primeira visita da equipa de reabilitação serve para avaliação do utente e do ambiente, por forma a complementar a informação precedente. É preenchido o documento de “Avaliação de Reabilitação”, sendo avaliadas as necessidades e objetivos do utente/cuidador e objetivos da reabilitação. Após a avaliação é elaborado um plano de cuidados de reabilitação, com a programação dos diagnósticos de enfermagem (preenchimento da escala de Morse, Barthel e Instrumento Avaliação Funcional) com as respetivas intervenções no programa informático Sclinico, bem como a nota de admissão na plataforma da Rede (GestCare). Deve ser realizada uma reavaliação mensal do plano de intervenção, com reajuste de objetivos e intervenções na plataforma da RNCCI, caso se aplique, sendo utilizada a escala de Barthel para avaliar os resultados do autocuidado.

As atividades desenvolvidas permitiram-se também conhecer organização do trabalho da equipa de reabilitação, que semanalmente faz um mapa com os utentes seguidos, distribuindo-os pelos dias da semana, tendo em conta o número de sessões que realizam e organizando os mesmos por áreas geográficas, por forma a gerir o recurso

temporal mais eficazmente, diminuído o tempo entre as deslocações entre domicílios. O período da manhã é reservado às visitas domiciliárias e desenvolvimento do plano de intervenção com os utentes, sendo o período da tarde reservado para os registos no sistema informático e sempre que necessário, a articulação com os restantes elementos da equipa/recursos na comunidade.

Como grande parte da intervenção é realizada em contexto domiciliário pelo que é necessário a existência de um processo físico (em papel) para que possa ser móvel e acessível, este é dividido por uma folha de identificação (impressa do sistema SINUS); Informação proveniente da RNCCI; Avaliação de Reabilitação; Folhas de Registo.

A alta do utente por parte da equipa de reabilitação é realizada sempre que uma destas opções se verificar, melhoria do estado de saúde, recusa de tratamento, internamento prolongado, mudança de residência da área de intervenção ou óbito. Sempre que se verifica uma alta é realizado um registo no processo físico e na plataforma informática da GestCare, sendo que no sistema informático Sclínico é dado o termo de todas as intervenções e preenchida a Escala de Barthel. Por fim, o EGC é informado e segundo a sua avaliação mantém seguimento pela equipa de cuidados gerais ou preenche o Instrumento de Avaliação Integrada dando alta também da RNCCI.

As atividades desenvolvidas contribuíram também para me sentir capaz de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação aos utentes, o sentimento de inclusão na equipa, bem como a mobilização pertinente dos conhecimentos científicos, técnicos e humanos, fez com a enfermeira orientadora sentisse confiança, bem como eu própria me sentisse, para intervir. Ao entrar em casa dos utentes, senti-me como um elemento da equipa e não como um elemento estranho, sendo bem recebida pelos utentes e famílias, o que me permitiu intervir sem receios, intervindo lado a lado com a Enfermeira Orientadora na implementação de plano de reabilitação, tendo já sido possível realizar Reeducação Funcional Respiratória (RFR) (Consciencialização e Dissociação dos tempos Respiratórios, Técnicas de limpeza da via aérea, Reeducação de Costal Seletiva e Global); Reeducação Funcional Motora (RFM) (Mobilizações e posicionamentos da pessoa no leito, Mobilizações articulares; Exercícios Isométricos; Exercícios Ativos e Ativos Resistidos; Técnica de levantar,

sentar e subir/descer escadas) e Reabilitação Neurológicas (mobilizações das articulações; promoção de posicionamentos anti-espásticos; exercícios terapêuticos (rolamentos, ponte e auto-mobilizações). Todas as técnicas executadas aos utentes foram acompanhadas de ensinamentos ao utente e ao cuidador, que na sua maioria permanecem a observar a nossa intervenção, considero que isto foi possível pelo sentimento de pertença à equipa, bem como pela aceitação dos utentes a este novo elemento novo, eu.

Análise:

Segundo os Indicadores para a Avaliação da Prática Clínica, entende-se que a integração na equipa compreende que o enfermeiro assuma o papel de perito em Enfermagem de Reabilitação quando planeia e presta cuidados de maior complexidade nesta área, permitindo a continuidade dos cuidados. Como relatado anteriormente considero que já me foi possível prestar alguns cuidados de maior complexidade na área da reabilitação, porém, tanto a área do planeamento bem como a da prestação serão, ainda, desenvolvidas com o decorrer do estágio. Ainda segundo os Indicadores para a Avaliação da Prática Clínica, considero que a minha integração na equipa ainda se encontra numa fase inicial, porque ainda tenho que desenvolver mais a minha capacidade de articulação com os restantes profissionais, para garantir um bom planeamento de cuidados bem como a sua continuidade. Apesar dos serviços da comunidade serem vastos, considero já conhecer os serviços da comunidade que permitem a continuidade dos cuidados, principalmente na área da Reabilitação, percebendo qual o percurso do utente na RNCCI.

Tendo por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010), considero que desenvolvo uma prática profissional e ética no meu campo de intervenção assim como promovo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, quando demonstro capacidade de resolução de problemas em parceria com o cliente, bem como autonomia e partilha na tomada de decisão; reconheço a minha competência na área da reabilitação, quando avalio e partilho os resultados para promover o desenvolvimento da prática especializada e quando promovo a proteção dos direitos humanos (ex.: realizar treino de escadas – subir e descer – com uma utente com

fratura uma bi-maleolar, que vive sozinha e mora num 3 andar, mostrando-lhe que é mais seguro fazê-lo com apenas uma canadiana e usando o corrimão das escadas e colocando a segunda canadiana presa à sua mochila, utente satisfeita pelo ganho de autonomia e pela possibilidade poder sair de casa, uma vez que tem de urgentemente de ir às finanças para tratar da sua isenção para poder receber a assistência de forma gratuita).

Ainda analisando o objetivo de integração na equipa, considero que inserido na competência de gestão de cuidados e otimização da equipa da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação com na equipa multidisciplinar, demonstro capacidade de assessoria aos enfermeiros e equipa (ex.: colaboração nos cuidados prestados aos utentes, organização e gestão do trabalho); reconheço quando referenciar para outro profissional de saúde (ex.: assistente social, em casos de necessidade de ajudas de outros recursos na comunidade).

Por fim, demonstrei desenvolvimento do meu auto-conhecimento e assertividade quando reconheço os fatores facilitadores para o relacionamento com os utentes e equipa (ex.: postura humilde, cordial e interessada, demonstrando conhecimentos fundamentados), bem como a capacidade de gestão de sentimentos e emoções em ordem de uma resposta eficiente (ex.: conseguir adaptar-me a um ambiente desconhecido e responder de forma eficiente em prol do utente e da equipa multidisciplinar).

Tendo por base o Regulamento de Competências Específicas do EEER (OE, 2011), considero que tenho desenvolvido a capacidade no cuidar de pessoas com necessidades especiais, tendo desenvolvido nestas duas semanas a implementação de intervenções planeadas para otimizar e ou reeducar funções motoras, sensoriais, cardio-respiratórias, quando executei RFR, RFM e sensorial, bem como os ensinamentos e o treino de técnicas que descrevi anteriormente. No que diz respeito à avaliação dos resultados das intervenções, também tem sido uma competência desenvolvida, através da monitorização dos resultados através de indicadores sensíveis, como ganho na autonomia e qualidade de vida (ex.: treino de marcha de uma utente com canadianas e o treino de subir/descer escadas que lhe permite ganho de autonomia e consequentemente de melhor qualidade de vida, verbalizado pela mesma).

Conclusão:

De uma forma geral as primeiras duas semanas serviram para a minha integração na equipa multidisciplinar, bem como o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEER, considero ainda que existe muito a desenvolver, mas faço um balanço muito positivo do decorrer das mesmas, pelos ganhos que tenho sentido ao nível pessoal e profissional.

Planeamento da Ação:

Para as semanas seguintes, proponho-me a desenvolver os restantes objetivos do meu projeto de estágio, tentando aproveitar o maior número de experiências possíveis, bem como proceder a uma análise das mesmas e o seu contributo para o meu desenvolvimento.

Realizarei dois planos de cuidados, um na aérea do meu projeto (artroplastia total da anca – se não conseguir nenhum utente submetida a esta intervenção, procurarei reajustar com outro utente com intervenção/necessidades/cuidados similares) e um outro na área da neurologia/cardio-respiratória. Não obstante irei prestar cuidados especializados ao maior número de utentes possível, com o objetivo de desenvolver todas as competências definidas pelos Regulamentos das Competências Comuns EE e Específicas do EEER.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ordem Dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa

Apêndice IV – 2º Jornal de Aprendizagem

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Estágio Com Relatório

Jornal de Aprendizagem

**Cada pessoa é um ser único – Adaptação da
Intervenção do Especialista em Reabilitação.**

Joana Alexandra Ferreira do Espírito Santo

Docente Orientador: Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa

2017



Esta reflexão surge de uma das situações de prestação de cuidados a uma das utentes no contexto de implementação do projeto de estágio da Unidade de Cuidados Continuados [REDACTED].

Durante as visitas domiciliárias que realizei, com a equipa de reabilitação da ECCI da ECC [REDACTED], conheci a D.^a C., uma utente que tinha sofrido uma queda com fratura do fémur à esquerda (já em 2016), tendo sido submetida a redução e osteossíntese da fratura. Desde então, admitida em ECCI para reabilitação. Até aqui, parecia ser um caso simples, cuja utente poderia ter ganhos significativos no que diz respeito a níveis de autonomia e independência nas AVD. No entanto as pessoas não são um acontecimento (neste caso uma cirurgia ao fémur por fratura), são uma história, um passado, são um todo.

Na primeira visita, encontrei a D.^a C. deitada na cama, quem nos abriu a porta foi o marido (como em todas as outras visitas). Apresentei-me e fui recebida com um sorriso e cordialidade. A aparente boa disposição da utente, tentava mascarar a tristeza que a invade. Ao longo da visita fui realizando a minha avaliação (a utente não foi admitida agora em ECCI, não faria sentido realizar a avaliação inicial) e implementado o plano de reabilitação já definido para a mesma.

Depois de ter realizado o primeiro contacto com a utente e da própria me ter contado os restantes problemas de saúde, senti a necessidade de ir ler o seu processo clínico. A D.^a C, apesar de estar em ECCI para recuperação pós uma fratura do fémur, já tinha sofrido em 2015 de um AVC isquémico, com hemiparesia à direita. Logo percebi, que a complexidade da situação não se retinha na patologia que deu o ingresso da utente no programa de reabilitação. Para além da recuperação pós fratura, esta utente tinha sequelas bastante limitativas do AVC que teve em 2015, a hemiparesia à direita, com dificuldade na motricidade fina da mão direita (hipotonia da mão), diminuição da força muscular ao nível da coxofemoral (Escala de Lower 3/5) e joelho direito (Escala de Lower 3/5) e por fim pé pendente à direita (Escala de Lower 2/5).

Ao longo desta primeira visita, deu também para perceber que a D.^a C. tinha perdido a esperança de poder sair de casa (referindo “eu nunca mais vou conseguir” SIC) e de voltar a fazer as coisas que fazia, sente-se imensamente pressionada pelo marido no que diz respeito à aquisição da competência para subir e descer escadas (antes da queda o casal passeava e acampava com regularidade, atualmente não podem

realizar pelo grau de dependência da utente), o que a deixa triste, com humor deprimido, provocando alguns atritos na díade marido/mulher.

O plano de reabilitação para esta utente tem como objetivos o aumento da autonomia através da aquisição de marcha de segura com andarilho, com fortalecimento muscular e aumento da tolerância a esforços e melhoria das amplitudes articulares dos membros inferiores (principalmente ao nível da tibiotársica direita), da aquisição da competência para subir/descer escadas, treino de AVS, Reeducação Funcional Respiratória e por fim o apoio à utente e cuidador. Ao longo das várias visitas foram realizados exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores deitada, sentada e em pé (não aplicada resistência ao nível da tibiotársica direita), exercícios de RFR, efetuado o treino de marcha com andarilho com adaptação à utente; efetuado treino de escadas com um degrau construído pelo marido com tábuas de madeira (que conforme a evolução da D.^a C. vai pregando mais uma tábua de madeira – atualmente o “degrau” já tem altura normal, cerca de 20 cm; devido à patologia neurológica a subida do degrau inicia-se com o membro inferior operado e só depois o membro inferior esquerdo – apesar da literatura dizer que se deva fazer o oposto, teve-se que adequar o ensino à D.^a C para lhe proporcionar maior segurança possível, uma vez que apresenta diminuição da amplitude articular do pé direito) e treino com pedaleira (que a utente tolera cada vez mais). Ao longo do plano de reabilitação, a D.^a C. tem-se mostrado mais animada e interessada na sua recuperação, consegue reconhecer os ganhos significativos que tem tido, e que se reflete numa maior autonomia (consegue tratar da sua higiene parcial no Wc, sem ajuda; desloca-se pela casa apenas com apoio de andarilho; deita-se e levante-se de forma autónoma); quanto ao relacionamento com o marido considera-se ainda muito pressionada por ele pelo fato de ainda não conseguir subir e descer escadas para poder sair de casa, foi explicado à D.^a C. que o seu marido só deseja que ela recupere o suficiente para que ambos possam voltar a fazer as coisas que gostam, mas que não se deve sentir pressionada porque é a forma de ele mostrar a sua preocupação.

Considero que as intervenções implementadas são centradas na pessoa, um cuidado individualizado, tendo em conta as características pessoais da utente, as suas preferências, sendo flexíveis e adaptados a cada circunstância. Tem-se promovido a participação da utente na tomada de decisão e nos cuidados. Os cuidados centrados na pessoa requerem uma relação terapêutica entre os profissionais, clientes e

peças significativas, e essa relação deve estar assente na confiança mútua, compreensão e na partilha coletiva do conhecimento (McCormack, B. & McCance, T. V., 2006).

Segundo as conclusões da revisão literária de Suhonen *et al.* (2008) sobre os resultados das intervenções individualizadas do enfermeiro, em pacientes adultos, as intervenções de enfermagem individualizadas são mais eficazes que as intervenções padronizadas, as intervenções dirigidas a um grupo e as rotinas. As intervenções individualizadas proporcionam melhores resultados, como adoção de comportamentos mais saudáveis, diminuição da ansiedade e aumento da confiança (Suhonen *et al.*, 2008). Apesar do treino de escadas se efetuar iniciando a subida com o membro inferior não operado, como Marques-Vieira & Sousa (2016) descrevem nos exercícios de Reeducação funcional Motora no período pós-operatório, considero que a adequação feita tendo em conta a hemiplegia da utente foi a escolha mais sensata e representativa de uma intervenção de enfermeiro especialista de reabilitação. Para uma boa prática clínica, segundo os indicadores da avaliação da prática clínica, tem que se ser capaz avaliar a situação da pessoa, em processo de doença, tendo em conta a sua complexidade e singularidade, e esta foi realizada através da avaliação da situação em concreto e elaboração de um plano de cuidados individualizado.

Sendo o objetivo do plano de reabilitação aumentar a autonomia da utente, considero que as intervenções planeadas e os cuidados prestados foram os indicados para dar resposta ao mesmo, segundo um estudo de Petronilho *et al.* (2010), sobre impacto da (in) capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado após evento crítico, o autocuidado relacionado com atividade física, andar ou transferir-se, assume um papel preponderante na autonomia da pessoa (Petronilho *et al.*, 2010). No caso da D.^a C. acrescentaria a aquisição do autocuidado relacionado com o subir e descer escadas, uma vez que a utente mora num 2º andar sem elevador, mantendo-a impossibilitada de sair de casa. Sendo neste momento o foco da reabilitação da utente.

Esta experiência de aprendizagem tem sido uma mais valia, na medida em que me tem permitido prestar cuidados a uma pessoa, com patologias distintas do foro motor e neurológico, tendo sido necessário adequar a intervenção à individualidade da utente em questão. Tendo por base o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, considero que com esta

aprendizagem desenvolvi a minha capacidade de identificar as necessidade de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função a nível motor, cardiorrespiratório e da realização de AVD's, bem como a selecionar as intervenções mais adequadas, tenho desenvolvido a minha capacidade de ensinar, demonstrar e treinar técnicas que visem a promoção do autocuidado e que visem a capacitação da pessoa, sabendo usar indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação (como por exemplo o aumento da autonomia e da qualidade de vida) (OE, 2010).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Sua Vida*. Loures: Lusodidática

McCormack, B. & McCance, T. V. (2006), Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa

Petronilho, F., Magalhães, M., Machado, M. & Miguel, N. (2010). Caraterização do doente após evento crítico: impacto da (in) capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. *Revista Sinais Vitais*. 88. 41-47

Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*. 17. 843-860

Apêndice V – 3º Jornal de Aprendizagem

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Estágio Com Relatório

Jornal de Aprendizagem

Uma Nova Integração – Serviço I Hospital



Joana Alexandra Ferreira do Espírito Santo

Docente Orientador: Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa

2018



Este Jornal de Aprendizagem, destina-se à realização de uma reflexão sobre as primeiras semanas do segundo local de estágio, Serviço I do Hospital Ortopédico [REDACTED], integrado no 8º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

O Hospital Ortopédico [REDACTED] pertence à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, e tem como missão contribuir de forma eficiente para a promoção da Saúde da População, comprometendo-se desta forma a prestar um conjunto diversificado de cuidados que se caracteriza pelo elevado nível de qualidade, facilidade no acesso e pela resposta em tempo útil, referindo ainda que disponibiliza profissionais de saúde que se centram na obtenção de ganhos em saúde e na satisfação dos utentes (tendo em conta valores como a humanização, a qualidade e a formação) (www.scml.pt acedido em 10/01/2018).

O Serviço de internamento I é composto por 4 salas (enfermarias), mais uma de isolamento com duas camas, possuindo na sua totalidade capacidade para 20 utentes. O serviço possui como áreas comuns as duas casas de banho (totalmente adaptadas, uma com cama banheira); um refeitório para uso dos utentes e uma varanda de acesso ao exterior. Existe ainda um jardim interior que os utentes podem usufruir na companhia dos familiares, dentro do horário de visita.

Os utentes internados podem ter duas proveniências, da consulta externa, sendo utentes com internamentos/cirurgias programados/as ou transferidos do Hospital São Francisco Xavier (desde de 1999 que o Hospital Ortopédico [REDACTED] assegura o serviço de traumatologia ortopédica, conjuntamente com o Hospital da Egas Moniz, dos concelhos de Lisboa e Oeiras), sendo estes utentes do foro da traumatologia ortopédica (seja ela com indicação cirúrgica ou conservadora). Assim sendo existe uma grande variabilidade patologias nos utentes internados, sendo das mais comuns, a artroplastia total da anca, artroplastia total do joelho, cirurgia à coluna e dentro da traumatologia as fraturas dos membros inferiores ou superiores com redução e colocação de material de osteossíntese; sendo também comum fraturas dos componentes da bacia para tratamento conservador.

A equipa de enfermagem é constituída por 13 enfermeiros, 5 dos quais enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (incluindo a enfermeira chefe do serviço), os horários são organizados por turnos (manhã, tarde e noite), num total de

35 horas semanais. No turno da manhã encontram-se escalados 3 ou 4 enfermeiros, no turno da tarde 2 ou 3 e no turno da noite 1 ou 2 enfermeiros, no entanto maioritariamente o número de enfermeiros por turno encontra-se no mínimo estabelecido.

No que diz respeito ao trabalho do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, existem tardes de semana atribuídos pela enfermeira chefe do serviço pelos elementos especialistas em reabilitação, designadas de tardes de reabilitação, onde o elemento escalado avalia os utentes e implementa planos de reabilitação aos mesmos, não fazendo os cuidados de generalista (surge como elemento fora de escala). No entanto pela escassez de recursos humanos e neste caso de enfermeiros, não têm sido programadas mais do que 1 tarde por mês dedicada apenas para o trabalho do enfermeiro especialista de reabilitação.

Desta forma, os elementos especialistas em reabilitação e que se encontram na prestação direta de cuidados, sempre que possível integram a sua intervenção especializada/diferenciada mesmo quando estão apenas para a prestação de cuidados generalistas.

No que diz respeito à minha integração no serviço e na equipa multidisciplinar esta tem decorrido sem qualquer obstáculo, fui bem recebida por todos os elementos, foram-me explicadas as rotinas do serviço, apresentado o espaço, pude consultar as pastas com os documentos do serviço (acesso a protocolos, folhetos, folhas de registo, processos do utente), sendo sempre auxiliada quando me deparo com alguma dúvida pela minha enfermeira orientadora de estágio, bem como pela restante equipa multidisciplinar.

Nestas primeiras semanas já pude experienciar diversas realidades para além da minha adaptação ao internamento e desenvolvimento dos objetivos planeados, tive a oportunidade de estar um turno nas consultas de enfermagem e outro turno no bloco operatório.

As consultas enfermagem, são das 8h00 às 16h00 e a equipa recebe diariamente um número elevado de utentes para realização de pensos/gessos, mas também utentes para as consultas de pré-operatório (Utentes da Cirurgia da Coluna; Artroplastia Total da Anca e Joelho). Tive assim a oportunidade de assistir a duas consultas de enfermagem a utentes que iram ser submetidos a artroplastia total do joelho, onde a

Sr. Enfermeira explicou o processo de internamento (dia do acolhimento, o que deve trazer, o jejum, o que acontece no bloco operatório, no recobro, no regresso à enfermaria; os exercícios que pode e deve executar para fortalecimento muscular no pré-operatório; o andar com canadiana e subir escadas). Apesar de não ter assistido a nenhuma consulta de um utente para ser submetido a artroplastia total da anca, foi importante assistir às consultas de enfermagem porque estas servem como primeiro contato, espaço para transmissão de cuidados e ensinamentos aos utentes (ainda num ambiente menos hostil que o internamento) e que serve para desmitificar algumas crenças ou dúvidas, como os primeiros levantamentos serem muito tardios ou sobre o nível de incapacidade/limitações no pós-operatório. No entanto as mesmas consultas não estão a ser realizadas por um enfermeiro especialista em reabilitação, sendo estas competências específicas do EER, reconhecidas pela ordem dos enfermeiros. Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação e tendo em conta um dos oito enunciados descritivos (o bem-estar e autocuidados dos clientes) a “identificação, o mais rapidamente quanto possível, dos problemas reais ou potenciais do cliente” são da responsabilidade do EER, bem como os “conhecimentos para prescrever, implementar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação”, assim sendo é da sua responsabilidade: “ensino e supervisão da utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa; A conceção de planos e programas, seleção e prescrição de intervenções de Enfermagem de Reabilitação para redução do risco de alteração da funcionalidade; O ensino, instrução e treino do cliente e pessoas significativas sobre técnicas que promovam o autocuidado e continuidade de cuidados nos diferentes contextos.” (OE, 2011).

No meu ponto de vista e tendo em conta quais as competências específicas do EEER, esta consulta de enfermagem pré-operatória deveria ser realizada por enfermeiro especialista em reabilitação, pois ele é o profissional mais capacitado para dar resposta aos objetivos desta consulta, tanto numa perspetiva de ensino, instrução e treino ao utente que irá ser submetido a cirurgia que poderá traduzir-se numa diminuição significativa da sua capacidade de autocuidado, bem como numa perspetiva de antecipação das necessidades futuras e a sua readaptação ao contexto domiciliário (que deve ser trabalhado o mais precocemente possível), tendo em conta

que é competência do EEER a capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (OE, 2010).

No que diz respeito ao meu estágio, considero que me encontro num local rico para novas aprendizagens, trata-se de um internamento muito específico, da área da ortopedia, mas dada à diversidade de utentes que recebem e patologias associadas, tenho conseguido não só prestar cuidados aos utentes submetidas a artroplastias totais da anca (abordagem posterior, a mais utilizada), bem como a utentes submetidos a artroplastia totais do joelho, a hemiartroplastias da anca (com próteses bipolares); reduções e colocação de material de osteossíntese por fraturas dos membros inferiores/superiores; cirurgia à coluna (artrodeses, verteboplastias). No entanto como muitos dos utentes internados são idosos e encontramos-nos numa época com maior incidência de infeções, para além da reeducação funcional motora, tem sido possível realizar reeducação funcional respiratória a estes utentes, ou numa perspetiva preventiva de redução do risco de complicações respiratórias associadas ao pós-operatório, bem como numa perspetiva curativa, com objetivo de melhorar a capacidade ventilatória do utente.

Durante a intervenção do EEER é privilegiada a presença dos familiares ou cuidadores do utente, servindo este momento, destinado à reabilitação do utente, também para esclarecimento de dúvidas por parte dos cuidadores, para ensinamentos sobre os cuidados a ter no pós-operatório, para instrução e treino sobre o uso de técnicas ou dispositivos de compensação, bem como ensino de estratégias para facilitar a readaptação domiciliar às limitações/incapacidades do utente e os apoios existentes na comunidade. Segundo a Direção Geral da Saúde (2004) “um bom planeamento das altas hospitalares é fundamental não só para reduzir o tempo de internamento e o número de readmissões, mas também para assegurar o sucesso da reintegração dos doentes e suas famílias na comunidade” (DGS, 2004, p. 2). Verifica-se que toda a equipa de enfermagem trabalha neste sentido, no sentido de antecipação das dificuldades e resolução de problemas, em parceria com a restante equipa multidisciplinar, e sendo incorporado na intervenção do EEER a gestão das necessidades do utente/família e o seu processo de regresso a casa.

BIBLIOGRAFIA

Direção Geral da Saúde (2004). *Planeamento da Alta do Doente com AVC*. Circular Normativa nº. 12 /DGPCS de 19 de Abril de 2004. Lisboa: Direção Geral da Saúde

<http://www.scml.pt/pt->

[PT/destaques/hospital_de_santana_oferece_programa_de_reabilitacao/](http://www.scml.pt/pt-PT/destaques/hospital_de_santana_oferece_programa_de_reabilitacao/) Acedido em 2018/01/10

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação*.

Apêndice VI – 4º Jornal de Aprendizagem

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Estágio Com Relatório

Jornal de Aprendizagem

Demência Vs Reabilitação

Joana Alexandra Ferreira do Espírito Santo

Docente Orientador: Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa

2018

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble a stylized wave or a series of brushstrokes, transitioning from a lighter green to a darker green.

Ao longos destas semanas de estágio no serviço de internamento I do Hospital ██████████, tenho constatado que grande parte da população internada são idosos (mais de 65 anos), a grande maioria sofre de quedas no domicílio, resultando destas quedas fratura nos membros. Esta realidade é um problema já identificado tanto a nível internacional, como nacional. Segundo o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes da Direção Geral da Saúde, as quedas são a principal causa de lesão nos idosos e “em cada ano, uma em cada três pessoas com 65 ou mais anos sofre um acidente doméstico e, nas pessoas com mais de 80 anos, uma em cada cinco quedas necessita de cuidados médicos e uma em cada vinte termina em fratura. As lesões mais frequentes são contusões e feridas dos tecidos moles e as fraturas mais frequentes são do colo do fémur, do punho, do úmero e da bacia.” (DGS, 2012, p.13).

Quando nos deparamos com um utente idoso em situação aguda, há fatores que temos que ter em conta no seu processo de reabilitação e que o vão influenciar diretamente. O envelhecimento populacional, conseqüente de uma maior longevidade humana, é uma realidade indeclinável e a ele se associam fatores de agravamento como a morbilidade previamente adquirida e uma maior vulnerabilidade da pessoa idosa (Marques-Vieira. & Sousa, 2016). Com o envelhecimento populacional é previsível um aumento de casos de demência “uma vez que a sua incidência e prevalência aumentam com a idade”, e esta “elevada morbilidade associada à cronicidade das demências, acarreta custos diretos e indiretos muito elevados, refletidos numa enorme subcarga para os sistemas nacionais de saúde, e também com grande impacto na economia das famílias” (Marques-Vieira. & Sousa, 2016).

Relembro de uma utente, a D^a M.E de 77 anos, que dá entrada no hospital Sant’Ana no dia 16/11/2017, após queda no domicílio, como uma fratura subcapital do fémur esquerdo, tendo submetida a artroplastia total da anca à esquerda no dia 18/11/2017. Esta utente tinha com antecedentes artrite reumatoide, rinite alérgica, bócio com hipotireoidismo; hipertensão arterial, dislipidemia, hérnia do hiato, incontinência urinária de esforço e quadro demencial seguida em neurologia deste julho de 2017.

Numa fase inicial do internamento (3 primeiros dias pós-cirurgia) a D^a M.E. apesar de apresentar períodos de confusão espaço/temporal, mantinha-se calma e colaborante, o que permitiu uma boa evolução na sua reabilitação nesses primeiros dias. A D^a M.E., no que diz respeito ao seu processo de reabilitação, colaborava nos

exercícios efetuados no leito (tanto para fortalecimentos dos membros inferiores, bem como no treino da extensão lombo-pélvica e nos posicionamentos) e nos exercícios fora do leito (no treino de sentar, deitar e levantar e no treino de marcha com andarilho), claro como alguma dificuldade na marcha por diminuição da força muscular e pela presença de alterações noutras articulações devido à artrite reumatoide (nas mãos e ombro direito). No entanto este período confusional foi-se agravando ao longo dos dias, sendo cada vez mais evidente a deteriorização cognitiva da mesma. Este estado confusional atrasou o processo de reabilitação da utente por se apresentar maioritariamente incapaz de executar indicações verbais, com alterações que caracterizam algumas demências como perdas de memória graves (não reconhecendo por vezes os familiares, incluído as filhas e marido), alterações de personalidade e comportamento (com desconfiança, delírio, comportamentos repetidos), alterações do comportamento motor (agitação, comportamentos agressivos e tentativas de fuga) e perturbações das capacidade de execução (apraxia) (Marques-Vieira. & Sousa, 2016). A este estado confusional foram-se associando outros problemas, que contribuíram diretamente para o atraso da sua reabilitação, como as várias luxações da prótese da anca esquerda (com posterior colocação de tração cutânea e pesos), um episódio de queda, uma nova intervenção cirúrgica para revisão do material protésico e a necessidade de permanecer sempre contida fisicamente (quando sozinha) para evitar novos episódios que coloquem em risco a sua recuperação e integridade física.

Ao longo do internamento da D^a. M.E., a família tem passado por um processo de adaptação, antes deste episódio de queda e internamento, apesar de já apresentar algumas alterações da memória e por vezes de comportamento (síndrome demencial inicial em estudo e seguido em consulta), a utente conseguia com orientação do marido ser autónoma nas atividades de vida diária, conseguindo também manter as suas relações familiares (marido, filhas, genros, filho e netos). Com o agravamento do estado demencial, esta família depara-se com novos problemas, o regresso a casa do seu familiar mais dependente e a reorganização familiar necessária para poder colmatar todas as necessidades da utente.

Segundo Rodrigues (2012) a “hospitalização é considerada de grande risco principalmente para os idosos. Para além dos défices cognitivos e funcionais considerados normais para a idade, surge ainda o acréscimo do internamento

aquando da existência de uma patologia significativa (...)” e neste caso específico da D^a M.E., a existência de um síndrome demencial (ainda em estudo), que contribuiu para o aumento da debilidade da pessoa. O facto de o idoso sair do seu domicílio, lar, da sua casa faz com que tenha de se adaptar a uma realidade que desconhece e que o colocada numa posição de maior fragilidade. (Rodrigues, 2012).

A par da pessoa, a família também se encontra numa posição de maior fragilidade, também estes passam por processos de transição. O familiar como antes o conheciam já não existe, passando a família por várias etapas neste processo, desde a não aceitação e revolta, até ao reconhecimento da alteração e aceitação.

Ao longo do internamento da D^a M.E., a nossa atuação tem-se orientado no sentido de ensinar a utente a ser mais autónoma possível, permitindo manter a capacidade de escolha (em pequenas coisas do dia-a-dia, como comer, levantar, deitar, andar, ver televisão) e mais independente, através do treino do marcha, posicionamentos no leito, sentar e o levantar (no entanto a utente mantém-se ainda totalmente dependente, por se apresentar permanentemente com desorientação espaço/temporal e nos acontecimentos), estimular a utente cognitivamente (através do recurso a memórias, acontecimentos importantes), orientar a família nas necessidades de cuidados da utente, bem como suporte emocional e orientação para os recursos da comunidade (com a equipa multidisciplinar). Segundo Associação Alzheimer Portugal (2016), citado por Marques-Vieira & Sousa (2016), “a intervenção do EEER é determinante nesta adaptação na pessoa portadora de demência no sentido de preservar a sua autonomia (capacidade de escolher) e a sua independência (capacidade de executar)”. (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

Como é sabido não existe cura para a demência e o seu tratamento é através de intervenções terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas. Dentro das não farmacológicas, encontram-se a estimulação cognitiva (técnicas de orientação para a realidade e treino de competências), estimulação multissensorial (estimulação dos sentidos primários: visão, olfato, audição, tato, gosto, da propriocepção), reabilitação motora, orientação para estruturação do ambiente, orientação nutricional, promover a atividade física, orientação e suporte psicológico aos familiares e cuidadores (segundo Botelho et al, 2002, citado por Marques-Vieira & Sousa, 2016).

Reabilitar alguém com demência é um desafio para qualquer EEER e exige uma adaptação constante à mudança. É através da identificação das necessidades da pessoa com demência e da avaliação, como instrumento dinâmico, que se orienta a tomada de decisão.

A reabilitação na pessoa com demência é um processo complexo, dinâmico e adaptativo, cuidar de uma pessoa com demência requer uma visão holística, que deve ser iniciado o mais precocemente possível, tendo em conta a multidimensionalidade e unicidade de cada pessoa, ou seja valorizando os aspetos físicos, psíquicos, emocionais, espirituais e sociais, para desenvolver planos de cuidados de enfermagem de reabilitação individualizados que visem facilitar o processo de reabilitação, para promover o autocuidado e potencializar as capacidades das pessoas, estimulando-as e integrando-as no plano de reabilitação (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

Para que o processo de reabilitação seja possível, a família tem que ser vista como parte integrante, sem ela a nossa intervenção fica limitada, pela não continuidade das intervenções bem como pela não integração da família no todo holístico. Segundo Gitlin e Earland (2014), citado por Marques-Vieira & Sousa (2016), “é fundamental envolver cuidador e a família na processo terapêutico desde a fase inicial para: assegurar a transição da estratégias terapêuticas específicas da clínica para rotinas diárias; ajudar as famílias a entender a demência e como gerir o dia-a-dia; promover a qualidade de vida da pessoa com demência, cuidador e família e solicitar feedback sobre o nível de sucesso das intervenções terapêuticas e alterações ocorridas” (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

Este jornal de aprendizagem permitiu refletir sobre um caso específico de uma utente com demência e como essa patologia influenciou o processo de reabilitação, perceber que o enfermeiro EEER pelo seu perfil de competências está capacitado para intervir com a pessoa com demência e sua família/cuidador, e também que a literatura define estratégias de intervenção com as mesmas, tais como: “manter a funcionalidade da pessoa com demência através da promoção da autonomia, estímulo das funções cognitivas, capacitação da pessoa com demência, o cuidador e a família (...), ter uma compreensão da pessoa e do seu ambiente; utilizar estratégias de comunicação eficazes; promover um ambiente favorável à manutenção da autonomia na realização de AVD's e AIVD's e novas aprendizagens; ser elemento facilitador da

relação pessoa com demência e o seu cuidador; capacitar, orientar e aconselhar o cuidador para a preparação de cuidados e antecipação das necessidades; estar disponível para apoiar o cuidados no seu dia-a-dia (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

Direção Geral da Saúde (2012). *Programa Nacional de prevenção de Acidentes*. Lisboa. Direção Geral da Saúde

Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Sua Vida*. Loures: Lusodidática

Rodrigues, José Pedro (2012) - *Declínio funcional cognitivo e risco de quedas em doentes idosos internados*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem e Reabilitação). Bragança: Escola Superior de Saúde. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/7704>

Apêndice VII – Folheto “Reabilitação pós-cirurgia do fêmur” – UCC

Transferir-se

Levantar da Cama:

- Sentar na cama apoiado nos antebraços com a perna operada esticada;
- Dobrar a perna sã e rodar até ficar sentado com as pernas de fora.

Deitar na Cama:

- Sentar na cama;
- Colocar a perna sã debaixo da perna operada;
- Levantar a perna operada com ajuda da outra até à cama (se não conseguir terá que ser com ajuda de outra pessoa – que levanta a perna operada até à cama).

Sentar:

Facilita a utilização de cadeiras mais altas e na casa banho a utilização de alçador de sanita.

- Esticar a perna operada;
- Colocar uma mão ou ambas nos braços da cadeira;
- Baixar lentamente o corpo (ligeira inclinação para a frente), fazendo força nos braços da cadeira.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Se prótese total da anca:
 - Δ NÃO dobrar mais de 90° a anca;
 - Δ NÃO afastar (abrir para o lado) mais de 30° a perna.
 - Δ NÃO cruzar a perna operada

Reabilitação – Pós cirurgia do fémur
Elaborado por Joana Espírito Santo
(Estudante da Especialidade de
Enfermagem de Reabilitação da ESEL)
e Enf.ª ()



Novembro 2017

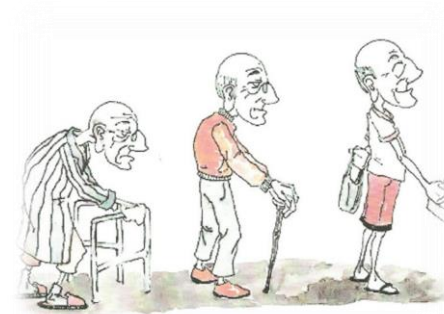
Telefone CS

UCC

Centro Saúde do
Care; ECCI – Reabilitação

Reabilitação – Pós cirurgia do fémur

Exercícios e Indicações



Centro de Saúde do
UCC
ECCI - Reabilitação

Para quem se destina a informação do folheto?

- O presente folheto destina-se a utentes e cuidadores de pessoas que foram submetidas a cirurgias ao fémur.
- Motivos: fratura do fémur, patologias degenerativas, ou outras.
- Cirurgias: Próteses totais da anca; Próteses parciais da anca; Redução de fraturas com material de osteossíntese (placa, parafusos ou cavilha)



Chegou a Casa e Agora?

- Para além da reabilitação poderá participar na sua recuperação realizando alguns exercícios diariamente: Fáceis E Muito Importantes
- Informação no folheto:
 - ✚ Exercícios de Fortalecimento
 - ✚ Como andar com andarilho/canadianas?
 - ✚ Como subir/descer escadas?
 - ✚ Transferir-se: Levantar/Deitar/Sentar
 - ✚ Cuidados Especiais

Que Exercícios pode fazer?

Deitado:

- Mexer os pés (alternadamente) para trás e para a frente – como se fosse “a dar ao pedal”;
- Colocar uma almofada (pequena) debaixo do joelho (perna operada) e “esmagá-la”;
- Afastar a perna operada para fora e voltar à posição normal;
- Fazer a “ponte” – levantar a bacia com os joelhos dobrados, contrair as nádegas e voltar a baixar;

De pé (apoiado no andarilho ou móvel):

- Levantar o pé do chão, dobrando o joelho para a frente;
- Afastar a perna para o lado (com a perna esticada);
- Dobrar os joelhos e baixar o corpo, lentamente;

O porquê destes exercícios?

- Previnem ou ajudam a diminuir os edemas (inchaços) dos membros inferiores;
- Fortalecem os músculos importantes para a marcha.

Como andar de andarilho/canadianas?

1. Colocar o andarilho/canadianas à frente do corpo (nem demasiado afastado ou demasiado próximo do corpo);
2. Iniciar a marcha com a perna operada até ao andarilho/canadianas (nunca ultrapassar o seu limite);
3. Fazer força nos braços e mãos (apoiados no andarilho/canadianas) e avançar a perna sã;

Como Subir/Descer Escadas?

Se possível usar o corrimão das escadas e a canadiana no lado oposto

Subir Escadas:

1. Subir a perna sã;
2. Colocar a canadiana no degrau de cima;
3. Fazer força no corrimão e canadiana;
4. Subir perna operada;

Descer Escadas:

1. Colocar a canadiana no degrau de baixo;
2. Descer a perna operada;
3. Fazer força no corrimão e canadiana;
4. Descer a perna sã.

Apêndice VIII – Folheto “Reabilitação pós-cirurgia do fêmur” – Serviço de Internamento

Transferir-se

Levantar da Cama:

- Sentar na cama apoiado nos antebraços com a perna operada esticada;
- Dobrar a perna sã e rodar até ficar sentado com as pernas de fora.

Deitar na Cama:

- Sentar na cama (mais para dentro possível);
- Rodar o corpo e levantar a perna operada até à cama (se não conseguir terá que ser com ajuda de outra pessoa – que levanta a perna operada até à cama).

Sentar:

Facilita a utilização de cadeiras mais altas e na casa banho a utilização de aledor de sanita.

- Esticar a perna operada;
- Colocar uma mão ou ambas nos braços da cadeira;
- Baixar lentamente o corpo (ligeira inclinação para a frente), fazendo força nos braços da cadeira.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Se prótese parcial/total da anca:

- Δ **NÃO** dobrar mais de 90° a anca;
- Δ **NÃO** afastar (abrir para o lado) mais de 30° a perna.
- Δ **NÃO** cruzar a perna operada

Reabilitação – Pós cirurgia do fémur
Elaborado por Joana Espírito Santo
(Estudante da Especialidade de
Enfermagem de Reabilitação da ESEL)
e Enf.^a



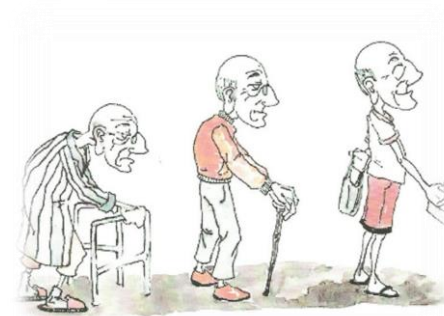
Hospital [redacted] – Serviço II –
Enfermaria [redacted]

Telefone: [redacted]

Janeiro 2018

Reabilitação – Pós cirurgia do fémur

Exercícios e Indicações



Hospital [redacted]
Serviço Internamento II – Enfermaria [redacted]

Para quem se destina a informação do folheto?

- O presente folheto destina-se a utentes e cuidadores de pessoas que foram submetidas a cirurgias ao fémur.
- Motivos: fratura do fémur, patologias degenerativas, ou outras.
- Cirurgias: Próteses totais da anca; Próteses parciais da anca; Redução de fraturas com material de osteossíntese (placa, parafusos ou cavilha)



Vai para a Casa e Agora?

- Para além da reabilitação poderá participar na sua recuperação realizando alguns exercícios diariamente: **Fáceis E Muito Importantes**
- Informação no folheto:
 - ✚ Exercícios de Fortalecimento
 - ✚ Como andar com andarilho/canadianas?
 - ✚ Como subir/descer escadas?
 - ✚ Transferir-se: Levantar/Deitar/Sentar
 - ✚ Cuidados Especiais

Que Exercícios pode fazer?

Deitado:

- Mexer os pés (alternadamente) para trás e para a frente – como se fosse “a dar ao pedal”;
- Colocar uma almofada (pequena) debaixo do joelho (perna operada) e “esmagá-la”;
- Afastar a perna operada para fora e voltar à posição normal;
- Fazer a “ponte” – levantar a bacia com os joelhos dobrados, contrair as nádegas e voltar a baixar;
- Levantar a perna operada esticada e com o joelho dobrado.

De pé (apoiado no andarilho ou móvel):

- Levantar o pé do chão, dobrando o joelho para a frente;
- Afastar a perna para o lado (com a perna esticada) e voltar a juntar;
- Dobrar os joelhos e baixar o corpo, lentamente (agaixamentos);

O porquê destes exercícios?

- Previnem ou ajudam a diminuir os edemas (inchaços) dos membros inferiores;
- Fortalecem os músculos importantes para a marcha.

Como andar de andarilho/canadianas?

1. Colocar o andarilho/canadianas à frente do corpo (nem demasiado afastado ou demasiado próximo do corpo);
2. Iniciar a marcha com a perna operada até ao andarilho/canadianas (nunca ultrapassar o seu limite);
3. Fazer força nos braços e mãos (apoiados no andarilho/canadianas) e avançar a perna sã;

Como Subir/Descer Escadas?

Se possível usar o corrimão das escadas e a canadiana no lado oposto

Subir Escadas:

1. Subir a perna sã;
2. Fazer força no corrimão e canadiana/s;
3. Subir perna operada;
4. Colocar a canadiana no degrau de cima.

Descer Escadas:

1. Colocar a/s canadiana/s no degrau de baixo;
2. Descer a perna operada;
3. Fazer força no corrimão e canadiana/s;
4. Descer a perna sã.

Apêndice IX - Avaliação do Impacto no Autocuidado

Impacto no Autocuidado (segundo a Teoria de Dorothea Orem, 2001):

Avaliação da Ação de Autocuidado				
Domínios		Sim	Não	Obs.
Cognitivo	Conhecimento sobre o estado de saúde e habilidades cognitivas			
Físico	Capacidade física para realizar a ação de autocuidado			
Emocional e Psicossocial	Remonta para atitudes, crenças, valores, desejos, motivações e percepção de competência na realização da ação de autocuidados			
Comportamento	Habilidades para efetuar os comportamentos de autocuidado			

Avaliação dos Requisitos de Autocuidado				
Categorias		Sim	Não	Obs.
Requisitos Universais de Autocuidado	Manutenção de quantidade suficiente de ar			
	Manutenção de ingestão suficiente de água			
	Manutenção de ingestão suficiente de alimentos			
	Provisão de cuidados relacionados com eliminação			
	Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso			
	Manutenção de equilíbrio entre a solidão e a interação social			
	Prevenção de perigos à vida humana			
	Promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial, limitações e desejo de ser normal			
	Condições e comportamentos que previnam a ocorrência de			

Requisitos de Autocuidado de desenvolvimento	efeitos nocivos no desenvolvimento			
	Condições e experiências que minimizem ou superem os efeitos nocivos no desenvolvimento			
Requisitos de Autocuidado no desvio da saúde	Procura e garante assistência medica adequada			
	Consciência e atenção aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos			
	Realiza efetivamente as prescrições diagnosticas e terapêuticas e de reabilitação			
	Avalia e atende aos efeitos desconfortáveis ou nocivos resultantes das intervenções realizadas			
	Modifica o autoconceito e aceita o estado de saúde e a necessidade de formas especiais de cuidados de saúde			
	Aprende a viver com os efeitos das condições e estados patológicos e com os efeitos das intervenções, diagnóstico e tratamento			

Sistemas de Enfermagem	Avaliação	Data
Totalmente compensatório		
Parcialmente compensatório		
De Apoio		

Apêndice X – Processo de Enfermagem na UCC

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Estágio Com Relatório

Processo de Enfermagem

Local de Estágio – UCC 

Joana Alexandra Ferreira do Espírito Santo

Docente Orientador: Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa

2017



Plano de Cuidados de Enfermagem

1. Colheita de Dados

Dados Pessoais		
<u>Nome</u> : C.M.H. A. P	<u>Data de Nascimento</u> : 23-10-1931	<u>Idade</u> : 85 anos
<u>Género</u> : feminino	<u>Profissão</u> : doméstica	<u>Etnia</u> : caucasiana
<u>Residência</u> : Mira-Sintra	<u>Naturalidade</u> : Portuguesa	
História Atual (informação colhida na Rede)		
<p>Utente de 85 anos, previamente autónoma nas AVD's e na marcha, com défice cognitivo conhecido o que a impossibilitava de sair de casa sozinha.</p> <p>No dia 04-09-2017 recorre ao HFF, na sequência de uma queda da própria altura, no quintal da sua casa, com dor ao nível do membro inferior esquerdo e incapacidade na marcha, sem traumatismo crânio-encefálico.</p>		
Diagnóstico:	Fratura peri-trocantérica do fémur esquerdo	
Cirurgia:	18-09-2017 : Redução Fechada de Fratura com Fixação Interna do Fémur Esquerdo (Colocação de Cavilha Gama Curta)	
Terapêutica:	Domicílio: Sinvastatina 20mg (1cp jantar); Varfine (1/2 cp almoço: última toma a 04-09-2017); Espironolactona 25mg (1cp lanche); Zolpidem 10mg (1cp deitar); Furosemida 40mg (1cp jejum); Losartan 50mg (1cp peq.almoço);	Pós- Alta: Igual à previa do internamento, exceto: substituição do varfine por enoxaparina 40mg SC e introdução de analgesia: Paracetamol 1g de 8/8h e Tramadol 50mg 12/12h

	Levotiroxina 0.075mg (1cp jejum); Mexazolam 1mg (1/2 cp peq. Almoço); Sertralina 100mg (1cp jantar)
Exames Complementares:	04-09-2017: <u>RX bacia e membro inferior esquerdo</u> : fratura peritrocantérica do fêmur esquerdo; Exames Pré-operatórios: <u>ECG</u> : Alterações de repolarização: ondas T negativas nas derivações V4-5; Na sequência destas alterações foi realizado um <u>Ecografia Transtorácica</u> : sem evidência de miocardiopatia, nem patologia valvular; dilatação bi-auricular, possivelmente por Insuficiência Cardíaca diastólica no contexto de Fibrilhação Auricular (FA).
Antecedentes de Saúde	
Hábitos Aditivos:	Sem hábitos aditivos
Alergias:	Sem alergias conhecidas
Terapêutica Habitual:	Previamente descrita
Co Morbidades	<u>Antecedentes Pessoais</u> : Valculopatia aórtica degenerativa, sem disfunção (AE+ AD dilatadas); FA permanente; Tireoidectomia Total (2008); Cardiopatia Isquêmica; HTA; Dislipidemia; Síndrome Depressivo

2. Avaliação Respiratória (29/09/2017)

Inspeção Estática:	<p>Não se observam alterações ao nível da morfologia torácica, que de diâmetro ou assimetrias.</p> <p>Ligeira cifose da coluna torácica.</p> <p>Sem alterações ao nível muscular ou sinais de emagrecimento.</p> <p>Não apresenta lesões, nem tumefações.</p> <p>Sem desvios da traqueia.</p>
Inspeção Dinâmica:	<p>Apresenta simetria dos movimentos respiratórios em ambos os hemitórax, com ligeira taquipneia.</p> <p>Respiração superficial de predomínio abdominal.</p>
Palpação:	<p>Sem alteração, não se identificam tumefações, adenopatias ou lesões</p>
Percussão:	<p>Ressonância normal, som claro pulmonar</p>
Auscultação:	<p>Auscultação pulmonar normal (murmúrios pulmonares audíveis)</p>
Tosse:	<p>Eficaz</p>
Características das Secreções:	<p>Não apresenta secreções</p>

3. Avaliação Neurológica (29/09/2017)

Estado Mental	
Estado de Consciência:	Glasgow score nível 15 Abertura ocular – Espontânea (4) Resposta Verbal – Orientada (5) Resposta Motora – Obedece a Ordens (6)
Orientação Atenção Memória Linguagem Capacidades Práticas	-Orientada no tempo, no espaço, na pessoa e nos acontecimentos; - Capacidade de atenção diminuída, com necessidade de se recorrer à repetição; - Memória sensorial mantida, memória a curto prazo ou de trabalho diminuída (não consegue repetir um exercício explicado 5 min antes); Memória de longo prazo mantida; - Sem alterações de linguagem (no que diz respeito ao vocabulário; fluência do discurso; compreensão auditiva verbal; nomeação de objetos por confrontação visual e repetição de palavras). - Capacidades práticas mantidas (Ex.: ideomotora – consegue pentear-se; ideativa – consegue escovar os dentes; bucofacial – consegue soprar; vestir- consegue vestir o casaco; marcha – consegue iniciar o movimento para andar)

Pares Cranianos (29/09/2017)	
Par Craniano	Avaliação:
I Olfativo	Consegue identificar os cheiros (por exemplo café) – não foi avaliado, informação fornecida pela filha
II Ótico	Com a utilização de óculos consegue visualizar os objetos a curta distância (35cm), em ambos os campos visuais
III Oculo Motor IV Patético VI Motor Ocular Externo	Sem alterações: Movimentos oculares conjugados com a caneta verifica-se que se segue os movimentos; Não apresenta ptoses palpebrais; Resposta pupilar mantida;
V Trigémio	Sem alterações: Sensibilidade mantida ao nível dos três ramos: Oftálmico, maxilar e mandibular; Reflexo córneo-palpebral mantido; Mantida a função motora dos músculos da mastigação (mastiga, encerra os dentes e manda beijinhos).
VII Facial	Sem alterações: Enruga a testa; fecha os olhos com força; Mostra os dentes e sorri (sem assimetrias); Não foi avaliado o reconhecimento de sabores nos 2/3 anteriores da língua, mas segundo a filha a utente não refere alteração do reconhecimento de sabores (doce, salgado e amargo).
VIII Vestíbulo - Coclarar	Sem alterações aparentes: Coclear: consegue ouvir o som de um relógio, bilateralmente e identifica o som (olhos fechados); Não foi possível realizar o teste de Weber (com diapasão na região epicraniana:

	<p>identifica ou não a vibração e som dos dois lados) e Teste de Rinne (diapasão junto ao ouvido, pedir para identificar se ouve e quando deixar de ouvir, colocar o diapasão no osso mastoide e pedir para dizer quando deixa de sentir a vibração – o tempo de audição deve ser superior ao da vibração)</p> <p>Vestibular: tem equilíbrio estático e dinâmico sentada; equilíbrio em pé estático diminuído e em dinâmico ausente.</p>
IX Glossofaríngeo	<p>Sem alterações aparentes:</p> <p>Não testado, segundo filha não apresenta alteração do reconhecimento dos sabores doce e salgado (1/3 posterior da língua);</p> <p>Sem desvios da úvula.</p>
X Vago	<p>Sem alterações:</p> <p>Mantém reflexo de vômito/deglutição;</p> <p>Sem alterações da na voz ou presença de rouquidão;</p>
XI Espinhal	<p>Sem alterações:</p> <p>Força mantida contra resistência ao nível do músculo esternocleidomastóideu e do trapézio (consegue manter os ombros elevados contra resistência exercida, consegue manter a cabeça virada para os dois lados contra resistência exercida). Sem atrofias ou assimetrias dos músculos pesquisados</p>
XII Hipoglosso	<p>Sem alterações:</p> <p>Mobilidade da língua mantida, sem assimetrias, atrofias, desvios da língua ou acumulação de saliva nas fossas periformes.</p>

Força Muscular segundo a Escala de Lower			
Cabeça e Pescoço	Flexão	5/5	
	Extensão	5/5	
	Flexão lateral esquerda	5/5	
	Flexão lateral direita	5/5	
	Rotação	5/5	
Membro superior		Direito	Esquerdo
Escapulo umeral	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
	Adução	5/5	5/5
	Abdução	5/5	5/5
	Rotação Interna	5/5	5/5
	Rotação Externa	5/5	5/5
Cotovelo	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
Antebraço	Pronação	5/5	5/5
	Supinação	5/5	5/5
Punho	Flexão plantar	5/5	5/5
	Dorsi flexão	5/5	5/5
	Desvio cubital	5/5	5/5
	Desvio Radial	5/5	5/5
	Circundação	5/5	5/5
Dedos	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
	Adução	5/5	5/5
	Abdução	5/5	5/5
	Circundação	4/5	4/5
	Oponência do Polgar	4/5	4/5
Membro Inferior		Direito	Esquerdo
Coxo femoral	Flexão	5/5	2/5
	Extensão	5/5	2/5
	Adução	5/5	2/5
	Abdução	5/5	2/5

	Rotação Interna	5/5	2/5
	Rotação Externa	5/5	2/5
Joelho	Flexão	5/5	3/5
	Extensão	5/5	3/5
Tibiotársica	Flexão plantar	5/5	2/5
	Flexão dorsal	5/5	2/5
	Inversão	5/5	2/5
	Eversão	5/5	2/5
Dedos	Flexão	5/5	4/5
	Extensão	5/5	4/5
	Adução	3/5	3/5
	Abdução	3/5	3/5

Tónus Muscular Segundo a Escala Modificada de Ashworth

Cabeça e Pescoço	Flexão	0	
	Extensão	0	
	Flexão lateral esquerda	0	
	Flexão lateral direita	0	
	Rotação	0	
Membro superior		Direito	Esquerdo
Escapulo umeral	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Rotação Interna	0	0
	Rotação Externa	0	0
Cotovelo	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
Antebraço	Pronação	0	0
	Supinação	0	0
Punho	Flexão plantar	0	0
	Dorsi flexão	0	0

	Desvio cubital	0	0
	Desvio Radial	0	0
	Circundação	0	0
Dedos	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Circundação	0	0
	Oponência do Polgar	0	0
Membro Inferior		Direito	Esquerdo
Coxo femoral	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Rotação Interna	0	0
	Rotação Externa	0	0
Joelho	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
Tibiotársica	Flexão plantar	0	0
	Flexão dorsal	0	0
	Inversão	0	0
	Eversão	0	0
Dedos	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0

Coordenação dos Movimentos:

Sem alterações:

- Membros superiores: consegue executar a oposição do polegar; alternância palmar; prova de índice-nariz.
- Membros inferiores: mobiliza alternadamente os pés (flexão e extensão tibiotársica – com dificuldade no pé esquerdo por apresentar pé pendente); não foi efetuada a avaliação calcâneo – joelho.
- Facial – avaliada anteriormente no VII par craniano.

Movimentos Involuntários:

Apresenta alguns movimentos involuntários ao nível da cabeça, mas não se verifica nos restantes segmentos.

Sensibilidade:

Sensibilidade Superficial	Dolorosa: reage à compressão (pinçando) da massa muscular do bicipite.
	Térmica: Reage ao frio e ao calor (não testado – informações colhidas, distingue as diferenças das temperaturas segundo a filha).
	Tátil: Reage a passagem de uma folha de papel.
Sensibilidade Profunda	Postural: Com os olhos fechados consegue identificar a posição em que foi posicionado o membro (avaliação realizada sempre do distal para o proximal)
	Vibratória: Não foi possível avaliar.
	Pressão: Sente a pressão exercida.

4. Avaliação do Conforto (29/09/2017)

Contexto	Avaliação
Físico	<p>A Sr.^a C. apresenta pele e mucosas descoradas, mas hidratadas.</p> <p>Hemodinamicamente estável, normotensa, normocárdica e apirética.</p> <p>Sem alterações do padrão respiratório quando em repouso. Apresenta cansaço fácil, com ligeira taquipneia a moderados esforços.</p> <p>Apresenta diminuição do apetite com náuseas intermitentes, após colheita de informação, associa-se esta alteração à toma de tramadol 50mg (2x/dia). Uma vez que a dor se encontra atualmente controlada foi aconselhada, a filha, a retirar o tramadol, mantendo apenas do paracetamol 1g de 8/8h.</p> <p>Apresenta os seguintes dados antropométricos: Peso: 60kg e Altura: 155cm, com IMC de: 24,97 (Normal).</p> <p>Necessita de ajuda quase total nas Avd's, mantendo-se por longos períodos no leito e sentada na cadeira de rodas. Não deambula.</p> <p>Apresenta ferida cirúrgica com agrafos ao nível da região trocantérica à esquerda, com penso externamente limpo e seco (pensos refeitos pela equipa de cuidados continuados; retira agrafos a 4/10/2017). Avaliada restante pele, apresenta flictenas hemáticas ao nível dos calcâneos, feitos ensinios à filha sobre a prevenção de úlceras de pressão e estratégias de alívio de pressão. Segundo Escala de Braden apresenta alto risco de desenvolvimento de úlcera de pressão (score 12).</p> <p>Apresenta incontinência funcional, urinando e evacuando na fralda pela incapacidade atual em se deslocar à casa de banho e utilizar o sanitário.</p>
Psico- espiritual	<p>A Sr.^a C. não apresenta alterações da consciência. Estado civil é viúva. É católica, no entanto já não se desloca à missa (desde que começou a apresentar algum défice cognitivo).</p>

Ambiental	<p>A Sr.ª C. encontra-se na sua casa própria em Mira-Sintra, e co habita com a filha mais velha. É uma vivenda de piso único e com quintal, que atualmente a utente não tem usufruto. Desloca-se apenas entre o quarto e a cozinha, em cadeira de rodas, não utilizando as restantes divisões da casa. Tem acesso a luz natural e aos ruídos a que está habituada.</p>
Socio-Cultural	<p>A Sr.ª C. apesar de morar com a filha mais velha, recebe todos os dias a visita da filha mais nova, que lhe presta todo o suporte necessário (durante o período da manha e início da tarde) até à sua irmã voltar do trabalho. Sendo assim a utente nunca permanece sozinha em casa, quando necessário pedem a uma vizinha que fique por curtos períodos com a utente quando necessitam de tratar de outros assuntos fora de casa.</p> <p>Antes da queda a Sr.ª C. já não tinha uma vida social ativa, mantendo as suas relações mais restritas ao âmbito familiar, pelo que se pode constatar que o incidente não alterou este contexto da sua vida.</p>

5. Avaliação Motora (29/09/2017)

Amplitudes Articulares:

Amplitudes articulares	Mantida	Alterada
	Em todas as articulações exceto nas duas identificadas como alteradas	Diminuída: Coxofemoral esquerda: Flexão Tibiotársica esquerda: Dorsiflexão

Equilíbrio

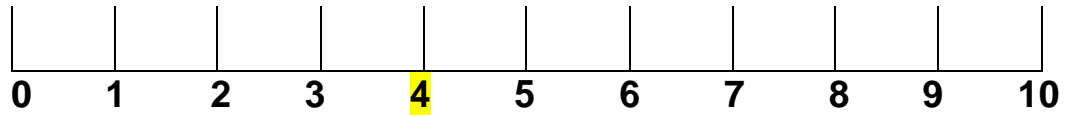
Equilíbrio	Eficaz	Diminuído	Sem Equilíbrio
Sentado	X		
Em pé		X (Estático)	X(Dinâmico)

Marcha

Marcha	Presente	Com auxiliar de marcha	Ausente	Observações
29/09/2017			X	
03/10/2017	X	X		Andarilho – Pouco eficaz
24/10/2017	X	X		Andarilho - eficaz

6. Avaliação da Dor

Escala Linear Analógica não visual



Localização	Região Inguinal Esquerda
Fatores de agravamento	Flexão da coxofemoral esquerda
Fatores de Alívio	Extensão do membro inferior, repouso e analgesia.

7. Avaliação do Grau de Dependência e Impacto no autocuidado (29/09/2017)

Escala de Barthel

	Pontuação	Avaliação
1. Alimentação		
Independente	10	X
Precisa de alguma ajuda	5	
Dependente	0	
2. Transferências		
Independente	15	
Precisa de alguma ajuda	10	
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5	X
Dependente, não tem equilíbrio sentado	0	
3. Toalete		
Independente a fazer babar, lavar a cara, lavar os dentes	5	
Dependente, necessita de alguma ajuda	0	X
4. Utilização de WC		
Independente	10	
Necessita de alguma ajuda	5	
Dependente	0	X
5. Banho		
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5	
Dependente, necessita de alguma ajuda	0	X
6. Mobilidade		
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15	
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10	

Independente em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	5	
Imóvel	0	X
7. Subir e Descer Escadas		
Independente, com ou sem ajudas técnicas	10	
Precisa de ajuda	5	
Dependente	0	X
8. Vestir		
Independente	10	
Com ajuda	5	X
Dependente	0	
9. Controlo Intestinal		
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	10	
Acidente ocasional	5	X
Incontinente ou precisa do uso de clisteres	0	
10. Controlo Urinário		
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10	
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5	
Incontinente ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	0	X
TOTAL		25
	Incapacidade Funcional Grave	

Impacto no Autocuidado (segundo a Teoria de Dorothea Orem, 2001):

Avaliação da Ação de Autocuidado				
Domínios		Sim	Não	Obs.
Cognitivo	Conhecimento sobre o estado de saúde e habilidades cognitivas		X	Défice cognitivo
Físico	Capacidade física para realizar a ação de autocuidado	X		
Emocional e Psicossocial	Remonta para atitudes, crenças, valores, desejos, motivações e percepção de competência na realização da ação de autocuidados		X	Humor depressivo.
Comportamento	Habilidades para efetuar os comportamentos de autocuidado	X		

Avaliação dos Requisitos de Autocuidado				
Categorias		Sim	Não	Obs.
Requisitos Universais de Autocuidado	Manutenção de quantidade suficiente de ar	X		
	Manutenção de ingestão suficiente de água		X	Nauseas presentes.
	Manutenção de ingestão suficiente de alimentos		X	Nauseas presentes.
	Provisão de cuidados relacionados com eliminação		X	
	Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso	X		Medicada com benzodiazepinas.

	Manutenção de equilíbrio entre a solidão e a interação social		X	Nunca está sozinha, por risco de desorientação.
	Prevenção de perigos à vida humana		X	Défice cognitivo (esquece-se das limitações).
	Promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial, limitações e desejo de ser normal		X	Sem vida social ativa, apenas dentro do âmbito familiar, demonstra desejo em melhorar, mas não acredita.
Requisitos de Autocuidado de desenvolvimento	Condições e comportamentos que previnam a ocorrência de efeitos nocivos no desenvolvimento		X	Défice cognitivo (esquece-se das limitações).
	Condições e experiências que minimizem ou superem os efeitos nocivos no desenvolvimento		X	Défice cognitivo (esquece-se das limitações).
Requisitos de Autocuidado no desvio da saúde	Procura e garante assistência médica adequada		X	Défice cognitivo
	Consciência e atenção aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos		X	Défice cognitivo

	Realiza efetivamente as prescrições diagnósticas e terapêuticas e de reabilitação	X		Necessita de ser incentivada durante os exercícios e repetir a forma de os executar, mas realiza.
	Avalia e atende aos efeitos desconfortáveis ou nocivos resultantes das intervenções realizadas	X		Consegue avaliar se os exercícios provocam dor.
	Modifica o autoconceito e aceita o estado de saúde e a necessidade de formas especiais de cuidados de saúde		X	Nem sempre se lembra que não consegue executar uma tarefa sozinha (levantar-se da cama), principalmente durante a noite. Mas aceita a ajuda de outros.
	Aprende a viver com os efeitos das condições e estados patológicos e com os efeitos das intervenções, diagnóstico e tratamento		X	Necessita dos cuidados das filhas e outros cuidadores.

Sistemas de Enfermagem	Avaliação	Data
Totalmente compensatório	X (incapacidade de desempenhar funções que impliquem a deambulação e com incapacidade de atender às suas necessidades e tomar decisões sobre o autocuidado)	29-09-2017
Parcialmente compensatório		
De Apoio		

8. Plano de Intervenção

Principais Problemas

- Imobilidade relacionada com intervenção cirúrgica;
- Perda da autonomia e aumento da dependência;
- Pé esquerdo pendente;
- Presença de náuseas associado a analgésico, nutrição/hidratação ineficaz;
- Presença de flictenas hemáticas nos calcâneos;

Objetivos de Reabilitação/Utente/Cuidador

- Aumentar os níveis de autonomia e independência;
- Melhor a mobilidade do pé esquerdo;
- Cicatrização das flictenas;

Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Registos/Avaliação
<p>Intolerância à atividade moderada.</p> <p>Relacionado com a imobilidade.</p> <p>Manifestado por cansaço fácil e taquipneia a moderados esforços.</p>	<p>Alívio físico, com aumento da tolerância a atividade moderada.</p> <p>Que a utente consiga tolerar e terminar as atividades diárias; consiga percorrer distâncias curtas (<100metros); consiga recuperar a energia após repouso)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a intolerância à atividade; - Gerir e planear a atividade física; - Planear repouso; - Ensinar sobre técnicas de conservação de energia; - Ensinar e executar exercícios de fortalecimento muscular e resistência. 	<p><u>3/10/2017</u></p> <p>A Sr.^a C. mantém cansaço a moderados esforços com taquipneica associada (levantar-se da cama e deambular 5 metros). Realizados exercícios de reeducação funcional respiratória: dissociação dos tempos respiratórios e abertura costal seletiva e global com utilização de bastão (bengala);</p> <p>Realizados exercícios de fortalecimentos muscular dos membros superiores e dos membros inferiores (utilização de mobilizações ativos com resistidas).</p> <p>Realizadas técnicas de conservação de energia (descanso intercalado – encostar à parede, descansar sobre o parapeito).</p> <p>24-10-2017</p> <p>A utente apresenta maior tolerância à atividade, mostrando sinais de cansaço ao fim de 10 metros e após exercícios de fortalecimento.</p>

			Mantidos os exercícios de reeducação funcional respiratória.
Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Registos/Avaliação
<p>Alimentação e hidratação comprometida.</p> <p>Relacionado com a toma de analgésico (tramadol). Manifestado por falta de apetite e náuseas.</p>	<p>Alívio físico, com melhoria da capacidade em se nutrir/hidratar de forma eficaz.</p> <p>Que a utente consiga alimentar-se e hidratar-se para suprir as necessidades fisiológicas, mantendo a dor controlada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Parar a administração de analgesia que provoca náuseas (tramadol); - Manter a administração da restante analgesia para controlo da dor (paracetamol), até ser necessário; - Ensinar estratégia de alívio da dor não farmacológicas (crioterapia, distração, relaxamento); - Explicar a importância da ingestão de alimentos e hidratação adequadas; - Monitorizar o estado nutricional e registar alterações. 	<p><u>3/10/2017</u></p> <p>Utente parou tramadol desde o dia 29/09/2017 (mantendo dor controlada apenas com paracetamol), não apresenta náuseas, mas mantém apetite diminuído. Segundo a filha alimenta-se bem ao pequeno almoço e lanche, e nas refeições principais ingere a sopa e 1/3 do prato, nem sempre come e fruta. Ingere cerca 600/700ml de água/dia.</p> <p><u>24/10/2017</u></p> <p>Problema de nutrição/hidratação ineficaz resolvido. A Sr.^a C. melhorou do seu apetite, alimentando-se semelhantemente à sua situação anterior. Não tem referido náuseas.</p>

Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Registos/Avaliação
<p>Potencial para melhorar a capacidade de andar com auxiliar de marcha.</p> <p>Relacionado com a intervenção cirúrgica;</p> <p>Manifestado por maiores níveis dependência.</p>	<p>Alívio físico, com a melhoria na capacidade em andar com auxiliar de marcha.</p> <p>Que a utente consiga deambular pequenas distâncias (5metros) com apoio de andarilho e de forma segura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade em andar com auxiliar de marcha; - Avaliar a capacidade do prestador de cuidados a assistir a andar com auxiliar de marcha. - Instruir (a utente e cuidador) como andar com auxiliar de marcha (andarilho) – Avançar primeiro o andarilho; depois a perna intervencionada e por fim a outra perna. - Instruir (a utente e cuidador) como descer e subir escadas com auxiliar de marcha (Descer – primeiro andarilho, perna operada e posteriormente perna sã; Subir – primeiro andarilho, perna sã e por fim perna operada); - Treinar andar com o apoio de auxiliar de marcha; 	<p><u>3/10/2017</u></p> <p>Utente apresenta diminuição da força muscular ao nível do membro inferior esquerdo.</p> <p>Explicada a técnica para deambular com apoio de andarilho à utente e filha.</p> <p>Realizado treino de marcha com a utente, mas com pouca tolerância, utente mantém dificuldade na adaptação ao andarilho, por apresentar dor na mobilização da articulação coxofemoral esquerda e descoordenação motora para realizar uma deambulação segura.</p> <p>Explicado novamente à utente e filha a necessidade de executar a técnica de deambulação corretamente para aquisição de marcha segura.</p> <p><u>24/10/2017</u></p> <p>Realizado treino de marcha com andarilho, utente mais autónoma e com marcha eficaz e</p>

		- Treinar subir e descer escadas;	segura, deambula cerca de 8 metros com apoio de andarilho. Programa-se iniciar treino de subir e descer escadas para a próxima semana.
Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Registos/Avaliação
<p>Risco de pé equino presente.</p> <p>Relacionado com a intervenção cirúrgica.</p> <p>Manifestado por manter a articulação tibiotársica esquerda em extensão e com ligeira rotação interna.</p>	<p>Alívio físico, com a diminuição do risco de pé equino.</p> <p>Que a utente consiga manter uma boa amplitude articular da tibiotársica esquerda e que consiga realizar a dorsiflexão da mesma.</p>	<p>- Instruir sobre como aliviar roupa na cama através de dispositivos (almofada);</p> <p>- Aplicar calor e massajar o pé;</p> <p>- Instruir para aplicar calor e massajar o pé;</p> <p>- Executar técnica de exercícios muscular e articular passivo;</p> <p>- Executar técnica de exercícios muscular e articular ativo- assistido;</p> <p>- Incentivar para execução de exercício muscular e articular;</p> <p>- Posicionar o pé (na cama, com apoio de almofada para contrariar a posição de extensão e rotação interna e na cadeira de rodas, com</p>	<p><u>3-10-2017</u></p> <p>Movimento articular da tibiotársica esquerda muito reduzido, melhora com massagem e os exercícios musculares e articulares.</p> <p>Marcha dificultada pelo posicionamento do pé esquerdo;</p> <p>Realizados ensinios à utente e filha sobre o posicionamento do pé na cama e quando sentada em cadeira de rodas;</p> <p>Incentivada à realização de exercícios de extensão e flexão da tibiotársica com auxílio da filha.</p> <p><u>24-10-2017</u></p> <p>Melhoria da amplitude articular da tibiotársica esquerda, mantém ligeira flexão da mesma em repouso, mas com menor rotação interna.</p>

		<p>pé no suporte e utilizar dispositivo – ex. garrafa – para contrariar a rotação interna);</p> <p>- Avaliar movimento articular</p>	<p>Segundo a filha tem mantido as indicações anteriormente dadas.</p> <p>Deambula com apoio de andarilho, conseguindo apoiar melhor o pé esquerdo durante a passada.</p>
Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Registos/Avaliação
<p>Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se.</p> <p>Relacionado com a intervenção cirúrgica;</p> <p>Manifestado por maiores níveis de dependência.</p>	<p>Alívio físico, pela melhoria da capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se.</p> <p>Que a utente consiga ter a sua capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se melhorada, conseguindo realizar as transferências com apoio mínimo/supervisão.</p>	<p>- Avaliar a capacidade para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se;</p> <p>- Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para transferir-se;</p> <p>- Instruir sobre a técnica de adaptação para transferir-se;</p> <p>- Treinar a técnica de adaptação para transferir-se;</p>	<p><u>3-10-2017</u></p> <p>Utente dependente nas transferências, não consegue realizar de forma autónoma as transferências de cama/cadeira/cama.</p> <p>Utente com capacidade para realizar as transferências com apoio de uma pessoa, apresenta força muscular nos membros superiores e mantida no membro inferior direito.</p> <p>Filha como conhecimentos sobre a adaptação do domicílio para transferir a mãe, casa sem obstáculos (ex.: tapetes); a cadeira de rodas consegue ser colocada ao lado da cama permitindo a transferência da utente;</p>

			<p>Realizado ensino e treino como executar a técnica de adaptação a transferir-se (colocar-se para o lado direito – na cama – com auxílio do membro superior elevar o tronco e colocar os membros inferiores para fora da cama; colocar as mãos no andarilho, levantar-se fazendo força nos membros superiores e rodar o corpo para o lado da cadeira de rodas; procedimento contrário para passar da cadeira para a cama).</p> <p><u>24-10-2017</u></p> <p>Utente menos dependente a transferir-se necessitando apenas de ajuda mínima para executar a técnica. Realiza a técnica de forma segura e sem dificuldade, com apoio de uma pessoa.</p>
--	--	--	--

Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Registos/Avaliação
<p>Movimento Muscular Diminuído no Membro Inferior esquerdo.</p> <p>Relacionado com a intervenção cirúrgica;</p> <p>Manifestado por maiores níveis dependência.</p>	<p>Alívio físico, através da melhoria do movimento muscular do Membro Inferior esquerdo.</p> <p>Que a utente consiga melhorar o movimento muscular do membro inferior esquerdo, para conseguir maior autonomia nas transferências e mobilização.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar força muscular através de escala (Escala de Lower); - Executar técnica de exercício muscular e articular passivo (tibiotársica, joelho, coxofemoral - bilateral); - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido (tibiotársica, joelho, coxofemoral - bilateral); - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido (tibiotársica, joelho, coxofemoral - bilateral); - Instruir e treinar sobre as técnicas de exercício muscular e articular. 	<p><u>3-10-2017</u></p> <p>Utente com força muscular de grau 2 ao nível da tibiotársica e coxofemoral esquerda, e grau 3 ao nível do joelho esquerdo. No membro inferior direito com força grau 5 em todos os segmentos.</p> <p>Realizadas mobilizações passivas, ativas e ativas assistidas de extensão e flexão das articulações dos membros inferiores;</p> <p>Realizadas mobilizações ativas-resistidas ao nível das articulações do membro inferior direito;</p> <p>Realizadas mobilizações passivas e ativas-assistidas de adução e abdução dos membros inferiores, sem resistência.</p> <p>Realizado exercícios de fortalecimento do quadrícipite (comprimir a almofada contra a cama, ao nível do joelho; em pé – realizar flexão do joelho)</p>

			<p>Realizada ponte, com apoio e com contração dos glúteos (simultaneamente).</p> <p><u>24-10-2017</u></p> <p>Utente com força muscular de grau 3 ao nível da coxofemoral e tibiotársica esquerda e com grau 4 ao nível do joelho esquerdo.</p> <p>Mantidos os exercícios da sessão anterior, aplicada resistência nos exercícios ao nível da articulação do joelho esquerdo.</p> <p>Incentivada a utente a realizar algumas mobilizações passivas (quando se encontra no leito ou sentada na cadeira de rodas).</p>
--	--	--	---

Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Registos/Avaliação
<p>Potencial para melhorar capacidade em usar dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário.</p> <p>Relacionado com a intervenção cirúrgica;</p> <p>Manifestado por maiores níveis dependência.</p>	<p>Alívio físico, através da capacidade em usar dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário, melhorada.</p> <p>Que a utente consiga utilizar o sanitário, com ajuda mínima, para que não necessite de realizar as suas necessidades de eliminação na fralda.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre a adaptação do domicílio para o autocuidado: ir ao sanitário; - Avaliar a capacidade para usar dispositivos auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário; - Instruir sobre o uso do dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário; - Treinar o uso do dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário. 	<p><u>3-10-2017</u></p> <p>Utente dependente no autocuidado: ir ao sanitário. Realiza as necessidades de eliminação na fralda, necessitando que a filha proceda a higiene e troca da fralda.</p> <p>Filha adquiriu um alteador de sanita, antes do regresso da mãe a casa, mas ainda não se utiliza por desconhecimento.</p> <p>Realizado ensino sobre a técnica de transferência e explicada a importância de se descolocar ao sanitário e não utilizar a fralda.</p> <p>Utente com ajuda de uma pessoa e do andarilho, consegue realizar transferência para o alteador de sanita em segurança.</p> <p><u>24-10-2017</u></p> <p>Utente durante o dia utiliza o sanitário, sempre que necessita.</p> <p>Mantém a utilização de fralda, mas de forma preventiva, não ocorrendo acidentes durante o</p>

			dia, apenas durante a noite (descontrolo de esfíncter urinário).
Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Registos/Avaliação
<p>Úlcera de pressão (flictena hemática) presente nos calcâneos.</p> <p>Relacionado com a imobilidade. Manifestado por lesões de continuidade ao nível dos calcâneos.</p>	<p>Alívio físico, através do tratamento das úlceras de pressão e sua eliminação.</p> <p>Que a utente cicatrize as úlceras dos calcâneos e que não apresente dor durante a marcha.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar utente para equipa de cuidados continuados para o tratamento e execução dos pensos das úlceras pressão; - Monitorização da evolução cicatricial, através da informação no processo da utente; - Ensino à utente e família sobre estratégias de alívio de pressão dos calcâneos; - Aconselhar o uso de analgesia em SOS (segundo prescrição médica) quando necessário. - Aconselhar o uso de calçado adequado (que não exerçam pressão no calcanhar e que sejam antiderrapantes). 	<p><u>3-10-2017</u></p> <p>Utente seguida pela equipa de cuidados continuados, realizam tratamento às úlceras de pressão 2 vezes por semana, segundo os registos, sem evolução cicatricial – mantém tecido desvitalizado e exsudado moderado.</p> <p>Apresenta as ligaduras integras.</p> <p><u>24-10-2017</u></p> <p>Utente mantém o tratamento das úlceras 2 vezes por semana, pela equipa de cuidados continuados, segundo a filha as feridas não melhoram. Explicada à mesma que este tipo de lesões podem demorar muito tempo (meses) até ficarem completamente cicatrizadas. A utente tem tido dor intermitente ao nível dos calcâneos, que identifica como dor 4 (na escala numérica de 0-10), mas nem sempre toma analgésico, não conseguindo</p>

		<p>- Prestar apoio à utente e prestador de cuidados.</p>	<p>realizar as distâncias que já consegue quando não tem dor.</p> <p>Usa calçado aberto a trás e com sola de borracha, antiderrapante.</p> <p>Filha manifesta a preocupação que a existência das úlceras pode estar a atrasar a recuperação da mãe, como por exemplo: a mãe não poder tomar banho na banheira pela existência dos pensos, necessitando por isso ainda de apoio domiciliário para higiene no leito.</p>
--	--	--	--

Apêndice XI - Processo de Enfermagem no Serviço de Internamento

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Estágio Com Relatório

Processo de Enfermagem

Local de Estágio – 

Joana Alexandra Ferreira do Espírito Santo

Docente Orientador: Joaquim Paulo Oliveira

Enfermeira Orientadora: 

Lisboa

2017



Plano de Cuidados de Enfermagem

1. Colheita de Dados

Dados Pessoais		
<u>Nome</u> : C.A.G.A	<u>Data de Nascimento</u> : 17-09-1952	<u>Idade</u> : 65 anos
<u>Género</u> : Masculino	<u>Profissão</u> : Reformado	<u>Etnia</u> : caucasiana
<u>Residência</u> : Lisboa	<u>Naturalidade</u> : Portuguesa	
História Atual (informação colhida na Rede)		
<p>Utente de 65 anos, previamente autónomo nas atividades de vida diária, com necessidade de utilizar auxiliar de marcha à direita (canadiana) para descarga parcial do membro inferior direito, com o objetivo de efetuar marcha com menor grau de dor e maior estabilidade.</p> <p>É internado no dia 4 de dezembro no Hospital Sant'Ana com cirurgia programada a dia 5 de dezembro.</p>		
Diagnóstico:	Coxartrose à direita	
Cirurgia:	05-12-2017 – Submetido a Artroplastia Total da Anca Direita	
Terapêutica:	Pós-Operatório: - Analgesia: DIB; Paracetamol 1g Ev; Metamizol de Magnésio 2g EV; - Anticoagulante: Enoxaparina 40mg - Terapêutica do domicílio (após as 24horas)	
Antecedentes de Saúde		
Hábitos Aditivos:	Sem hábitos aditivos	
Alergias:	Sem alergias conhecidas	
Terapêutica Habitual:	- Lisinopril 20mg + Hidroclotiazida 12,5 mg (1cp pequeno almoço) - Carvedilol 6,25 mg (1cp pequeno almoço e jantar);	

	<ul style="list-style-type: none"> - Ácido Acetilsalicílico (AAS) 100mg (Parou dia 29/11/2017 – 1cp Almoço); - Ritavastatina 2mg (1 cp pequeno almoço); - Metformina 1000mg (1cp pequeno almoço); - Cetoprofeno 200mg (SOS); - Azarga Colírio (10mg brinzolamida e 5mg timolol) (1 gota em cada olho deitar)
Co Morbilidades	<p><u>Antecedentes Pessoais:</u></p> <p>Hipertensão Arterial; Diabetes Mellitus Tipo II; Enfarte agudo do Miocárdio com colocação de 2 stens em 2008; Glaucoma; Hernioplastia inguinal à esquerda; Artroplastia Total da Anca à esquerda em abril de 2016</p>

2. Avaliação Respiratória (04/12/2017)

Inspeção Estática:	<p>Não se observam alterações ao nível da morfologia torácica, quer de diâmetro ou assimetrias.</p> <p>Sem presença de cifoses ou escolioses</p> <p>Sem alterações ao nível muscular ou sinais de emagrecimento.</p> <p>Não apresenta lesões, nem tumefações.</p> <p>Sem desvios da traqueia.</p>
Inspeção Dinâmica:	<p>Apresenta simetria dos movimentos respiratórios em ambos os hemitórax, com normopneia.</p> <p>Respiração toraco-abdominal, de média amplitude.</p>
Palpação:	<p>Sem alteração, não se identificam tumefações, adenopatias ou lesões</p>

Percussão:	Ressonância normal, som claro pulmonar
Auscultação:	Não efetuada
Tosse:	Eficaz
Características das Secreções:	Não apresenta secreções

Medical Research Council – Escala de Dispneia			
Grau	Características definitórias	4/12/2017	8/12/2017
0	Sem dispneia, a não ser com exercício extenuante	X	X
1	Falta de ar quando caminha depressa no plano ou sobe ladeira suave		
2	Anda mais devagar que pessoa com a mesma idade no plano devido à falta de ar ou tem de parar para respirar		
3	Pára para respirar após caminhar 90/120m ou após poucos minutos no plano		
4	Muito dispneico para sair de casa ou dispneico ao vestir-se		

3. Avaliação Neurológica (04/12/2017)

Estado Mental	
Estado de Consciência:	Glasgow score nível 15 Abertura ocular – Espontânea (4) Resposta Verbal – Orientada (5) Resposta Motora – Obedece a Ordens (6)
Orientação Atenção Memória Linguagem Capacidades Práticas	-Orientado no tempo, no espaço, na pessoa e nos acontecimentos; - Capacidade de atenção mantida; - Memória sensorial mantida, memória a curto prazo ou de trabalho sem alterações (consegue repetir um exercício explicado 5/10 min antes); Memória de longo prazo (episódica, semântica, processual; emotiva ou afetiva) mantida; - Sem alterações de linguagem (no que diz respeito ao vocabulário; fluência do discurso; compreensão auditiva verbal; nomeação de objetos por confrontação visual e repetição de palavras). - Capacidades práticas mantidas (Ex.: ideomotora – consegue pentear-se; ideativa – consegue escovar os dentes; bucofacial – consegue assobiar; vestir- consegue vestir o casaco; marcha – consegue realizar o movimento para andar)

Pares Cranianos (04/12/2017)	
Par Craniano	Avaliação:
I Olfativo	Consegue identificar os cheiros (por exemplo café) – não foi avaliado, informação fornecida pelo utente
II Ótico	Com a utilização de óculos consegue visualizar os objetos a curta distância (35cm), em ambos os campos visuais
III Oculo Motor IV Patético VI Motor Ocular Externo	Sem alterações: Movimentos oculares conjugados verifica-se que se segue os movimentos (não avaliado com a caneta); Não apresenta ptoses palpebrais; Resposta pupilar mantida;
V Trigémio	Sem alterações: Sensibilidade mantida ao nível dos três ramos: Oftálmico, maxilar e mandibular; Reflexo córneo-palpebral mantido; Mantida a função motora dos músculos da mastigação (mastiga, encerra os dentes e manda beijinhos).
VII Facial	Sem alterações: Enruga a testa; fecha os olhos com força; Mostra os dentes e sorri (sem assimetrias); Não foi avaliado o reconhecimento de sabores nos 2/3 anteriores da língua, mas o utente refere não apresentar alterações do reconhecimento de sabores (doce, salgado e amargo).
VIII Vestíbulo - Coclearar	Sem alterações aparentes: Coclear: consegue ouvir o som de um relógio, mas não foi testado bilateralmente e de olhos fechados; Não foi possível realizar o teste de

	<p>Weber (com diapasão na região epicraniana: identifica ou não a vibração e som dos dois lados) e Teste de Rinne (diapasão junto ao ouvido, pedir para identificar se ouve e quando deixar de ouvir, colocar o diapasão no osso mastoide e pedir para dizer quando deixa de sentir a vibração – o tempo de audição deve ser superior ao da vibração)</p> <p>Vestibular: tem equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé;</p>
IX Glossofaríngeo	<p>Sem alterações aparentes:</p> <p>Não testado, não apresenta alteração do reconhecimento dos sabores doce e salgado (1/3 posterior da língua);</p> <p>Sem desvios da úvula.</p>
X Vago	<p>Sem alterações:</p> <p>Mantém reflexo de vômito/deglutição;</p> <p>Sem alterações da na voz ou presença de rouquidão;</p>
XI Espinhal	<p>Sem alterações:</p> <p>Força mantida contra resistência ao nível do musculo esternocleidomastóideu e do trapézio (consegue manter os ombros elevados contra resistência exercida, consegue manter a cabeça virada para os dois lados contra resistência exercida). Sem atrofias ou assimetrias dos músculos pesquisados</p>
XII Hipoglosso	<p>Sem alterações:</p> <p>Mobilidade da língua mantida, sem assimetrias, atrofias, desvios da língua ou acumulação de saliva nas fossas periformes.</p>

Medical Research Council – Escala Força Muscular												
	0 – Nenhuma contração visível		1- Contração visível sem movimento do segmento		2- Movimento ativo com eliminação da gravidade		3- Movimento ativo contra a gravidade		4- Movimento ativo contra gravidade de resistência		5- Força normal	
Movimentos Avaliados	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D
Abdução do ombro											X	X
Flexão do cotovelo											X	X
Extensão do punho											X	X
Flexão da anca								X			X	
Extensão do joelho								X			X	
Dorsiflexão da tibiotalar											X	X

Força Muscular segundo a Escala de Lower			
Cabeça e Pescoço	Flexão	5/5	
	Extensão	5/5	
	Flexão lateral esquerda	5/5	
	Flexão lateral direita	5/5	
	Rotação	5/5	
Membro superior		Direito	Esquerdo
Escapulo umeral	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
	Adução	5/5	5/5
	Abdução	5/5	5/5
	Rotação Interna	5/5	5/5
	Rotação Externa	5/5	5/5
Cotovelo	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
Antebraço	Pronação	5/5	5/5
	Supinação	5/5	5/5

Punho	Flexão plantar	5/5	5/5
	Dorsi flexão	5/5	5/5
	Desvio cubital	5/5	5/5
	Desvio Radial	5/5	5/5
	Circundação	5/5	5/5
Dedos	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
	Adução	5/5	5/5
	Abdução	5/5	5/5
	Circundação	5/5	5/5
	Oponência do Polgar	5/5	5/5
Membro Inferior		Direito	Esquerdo
Coxo femoral	Flexão	3/5	5/5
	Extensão	3/5	5/5
	Adução	3/5	5/5
	Abdução	3/5	5/5
	Rotação Interna	3/5	5/5
	Rotação Externa	3/5	5/5
Joelho	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	3/5	5/5
Tibiotársica	Flexão plantar	5/5	5/5
	Flexão dorsal	5/5	5/5
	Inversão	5/5	5/5
	Eversão	5/5	5/5
Dedos	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
	Adução	5/5	5/5
	Abdução	5/5	5/5

Tónus Muscular Segundo a Escala Modificada de Ashworth

Cabeça	e	Flexão	0
Pescoço		Extensão	0

	Flexão lateral esquerda	0	
	Flexão lateral direita	0	
	Rotação	0	
Membro superior		Direito	Esquerdo
Escapulo umeral	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Rotação Interna	0	0
	Rotação Externa	0	0
Cotovelo	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
Antebraço	Pronação	0	0
	Supinação	0	0
Punho	Flexão plantar	0	0
	Dorsi flexão	0	0
	Desvio cubital	0	0
	Desvio Radial	0	0
	Circundação	0	0
Dedos	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Circundação	0	0
	Oponência do Polgar	0	0
Membro Inferior		Direito	Esquerdo
Coxo femoral	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Rotação Interna	0	0
	Rotação Externa	0	0
Joelho	Flexão	0	0

	Extensão	0	0
Tibiotársica	Flexão plantar	0	0
	Flexão dorsal	0	0
	Inversão	0	0
	Eversão	0	0
Dedos	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0

Coordenação dos Movimentos:

Sem alterações:

- Membros superiores: consegue executar a oposição do polegar; alternância palmar; prova de index-nariz.
- Membros inferiores: mobiliza alternadamente os pés (flexão e extensão tibiotársica), não efetuada a avaliação calcâneo – joelho.
- Facial – avaliada anteriormente no VII par craniano.

Movimentos Involuntários:

Não apresenta em nenhum dos restantes segmentos.

Sensibilidade:

Sensibilidade Superficial	Dolorosa: reage à compressão (pinçando) da massa muscular do bíceps.
	Térmica: reage ao frio e ao calor (testado com aplicação de crioterapia)
	Tátil: reage a passagem de uma folha de papel.

Sensibilidade Profunda	Postural: com os olhos fechados consegue identificar a posição em que foi posicionado o membro (avaliação realizada sempre do distal para o proximal)
	Vibratória: não foi possível avaliar.
	Pressão: sente a pressão exercida.

4. Avaliação do Conforto

Contexto	Avaliação
Físico	<p><u>04/12/2017</u></p> <p>O Sr. C. apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas. Hemodinamicamente estável, normotenso, normocárdico e apirético.</p> <p>Sem alterações do padrão respiratório quando em repouso e sem cansaço a esforços.</p> <p>Alimenta-se da dieta fornecida, com apetite e sem náuseas associadas (fica em jejum a partir das 0h00).</p> <p>Dor controlada ao nível da coxa femural à direita, utiliza canadiana à direita para descarga do membro a ser intervencionado, sendo independente nas atividades de vida diária</p> <p>Apresenta os seguintes dados antropométricos: Peso: 120kg e Altura: 180 cm, com IMC de: 37,04 (Obesidade Grau II).</p> <p><u>08/12/2017</u></p> <p>Eupneico, sem aporte de oxigenoterapia. Hemodinamicamente estável e apirético.</p> <p>Autónomo na alimentação e tolera a dieta fornecida (diabética), mantendo-se normoglicémico sob os antidiabéticos orais do domicílio.</p> <p>Apresenta acesso venoso periférico obturado, para veiculo terapêutico.</p> <p>Dor controlada (2/3 segundo a escala numérica), com analgesia e crioterapia local.</p>

	<p>Apresenta ferida cirúrgica com agrafos ao nível da região trocantérica à direita, com pensos externamente limpos e secos (penso refeito no dia 7/12 e remoção do dispositivo de drenagem). Restante pele sem alterações ou lesões de continuidade.</p> <p>Mantém continência urinária (após desalgaliação a 8/12/2017 às 7h00), urina no urinol e no Wc. Padrão intestinal mantido (evacuou a 7/12/2017)</p>
Psico- espiritual	O Sr. C. não apresenta alterações da consciência. Estado civil casado. Não é crente em nenhuma religião.
Ambiental	O Sr. C. habita num apartamento em Lisboa, e co habita com a esposa. O prédio tem elevador, no entanto para aceder ao mesmo tem que subir 5 degraus. Antes da intervenção, utilizava todas as divisões da casa, sem canadiana à direita, utilizando-a apenas quando sai de casa.
Socio- Cultural	<p>Antes do internamento o Sr. C. mantinha uma vida social sem limitações, sendo a mesma mais restrita ao âmbito familiar.</p> <p>No internamento o Sr. C. recebe todos os dias a visita da esposa e filhos (2) que lhe prestam todo o suporte necessário.</p>

5. Avaliação Motora

Amplitudes Articulares:

Amplitudes articulares	Mantida	Alterada
	Mantidas exceto ao nível da coxofemoral direita e esquerda	<p>Diminuída:</p> <p>Coxofemoral esquerda: Flexão – não pode realizar flexões superiores a 90º; não pode realizar abdução superior a 30º.</p> <p>Coxofemoral direita: Flexão e abdução – mais acentuado nos pós-operatório.</p>

Equilíbrio:

Escala de Berg			
1. Posição sentada para posição em pé (instruções: por favor levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar)			
Pontuação	4/12/2017	8/12/2017	10/12/2017
(4) capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente	X		
(3) capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos		X	X
(2) capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas			
(1) necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se			

(0) necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se			
2. Permanecer em pé sem apoio (Instruções: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar)			
Pontuação	4/12/2017	8/12/2017	10/12/2017
(4) capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos	X		X
(3) capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão		X	
(2) capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio			
(1) necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio			
(0) incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio			
3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho (Instruções: por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados por 2 minutos)			
Pontuação	4/12/2017	8/12/2017	10/12/2017
(4) capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 1 minuto	X	X	X
(3) capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão			
(2) capaz de permanecer sentado por 30 segundos			
(1) capaz de permanecer sentado por 10 segundos			
(0) incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos			

4. Posição em pé para posição sentada (Instruções: por favor, sente-se)			
Pontuação	4/12/2017	8/12/2017	10/12/2017
(4) senta-se com segurança com uso mínimo das mãos	X		
(3) controla a descida utilizando as mãos		X	X
(2) utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida			
(1) senta-se independentemente, mas tem descida sem controle			
(0) necessita de ajuda para sentar-se			
5. Transferências (Instruções: arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em pivô. Peça ao paciente para transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Você poderá utilizar duas cadeiras (uma com e outra sem apoio de braço) ou uma cama e uma cadeira.)			
Pontuação	4/12/2017	8/12/2017	10/12/2017
(4) capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos	X		
(3) capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos		X	X
(2) capaz de transferir-se seguindo orientações verbais c/ou supervisão			
(1) necessita de uma pessoa para ajudar			
(0) necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança			

6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados (Instruções: Por favor fique em pé e feche os olhos por 10 segundos)

Pontuação	4/12/2017	8/12/2017	10/12/2017
(4) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança	X		
(3) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão			
(2) capaz de permanecer em pé por 3 segundos		X	X
(1) incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé			
(0) necessita de ajuda para não cair			

7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos (Instruções: Junte seus pés e fique em pé sem se apoiar)

Pontuação	4/12/2017	8/12/2017	10/12/2017
(4) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança	X		
(3) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão			
(2) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 30 segundos		X	X
(1) necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos			

(0) necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos			
8. Alcançar a frente com o braço entendido permanecendo em pé (Instruções: levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível. O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados para frente, os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente se inclina para frente o máximo que ele consegue. Quando possível, peça ao paciente para usar ambos os braços para evitar rotação do tronco).			
Pontuação	4/12/2017	8/12/2017	10/12/2017
(4) capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm (10 polegadas)	X		
(3) capaz de alcançar acima de 12,5cm (5 polegadas)		X	X
(2) capaz de alcançar acima de 5cm (2 polegadas)			
(1) capaz de alcançar, mas com necessidade de supervisão			
(0) perda de equilíbrio durante as tentativas / necessidade de suporte externo			
9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé (Instruções: pegue o sapato/chinelo que está na frente dos seus pés)			
Pontuação	4/12/2017	8/12/2017	10/12/2017
(4) capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança	X		
(3) capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão			

(2) incapaz de pegá-lo, mas se estica até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio independentemente			
(1) incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando		X	X
(0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair			
10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé (Instruções: vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima, do seu ombro esquerdo sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento)			
Pontuação	4/12/2017	8/12/2017	10/12/2017
(4) olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso	X		
(3) olha para trás somente de um lado o lado contrário demonstra menor distribuição do peso		X (direito)	X (direito)
(2) vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio			
(1) necessita de supervisão para virar			
(0) necessita, de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair			
11. Girar 360 graus (Instruções: gire-se completamente ao redor de si mesmo. Pausa. Gire-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário.)			

Pontuação	4/12/2017	8/12/2017	10/12/2017
(4) capaz de girar 360 graus com segurança em 4 segundos ou mãos			
(3) capaz de girar 360 graus com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos	X		
(2) capaz de girar 360 graus com segurança, mas lentamente		X	X
(1) necessita de supervisão próxima ou orientações verbais			
(0) necessita de ajuda enquanto gira			
12. Posicionar os pés alternadamente ao degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio (Instruções: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho quatro vezes)			
Pontuação	4/12/2017	8/12/2017	10/12/2017
(4) capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos	X		
(3) capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais que 20 segundos		X	X
(2) capaz de completar 4 movimentos sem ajuda			
(1) capaz de completar mais que 2 movimentos com o mínimo de ajuda			

(0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair			
13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente (Instruções: (demonstre para o paciente). Coloque um pé diretamente á frente do outro na mesma linha se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.)			
Pontuação	4/12/2017	8/12/2017	10/12/2017
(4) capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, permanecer por 30 segundos	X		
(3) capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado. Independentemente e permanecer por 30 segundos			X
(2) capaz de dar um pequeno passo, independentemente. e permanecer por 30 segundos		X	
(1) necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos			
(0) perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé			
14. Permanecer em pé sobre uma perna (Instruções: fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar)			
Pontuação	4/12/2017	8/12/2017	10/12/2017
(4) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10segundos	X (ambas)		

(3) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos		X (com a esquerda)	X (com a esquerda)
(2) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 3 ou 4 segundos			
(1) tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente			
(0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair			
PONTUAÇÃO FINAL	55 – Bom equilíbrio	37 – Locomoção segura com assistência ou auxiliar de marcha	39 - Locomoção segura com assistência ou auxiliar de marcha

Equilíbrio	Eficaz	Diminuído	Sem Equilíbrio
Sentado	X (4/12/2017)		
Em pé	X – Estático e Dinâmico (4/12/2017 10/12/2017)	X - Dinâmico (08/12/2017)	

Marcha

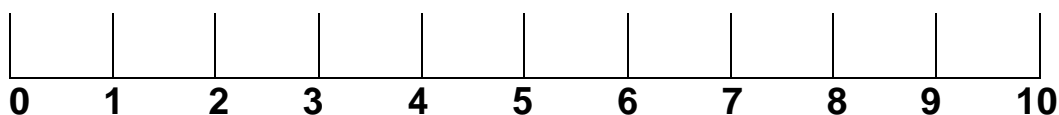
Categorias Funcionais da Marcha (Escala)			
Avaliações (Avaliado em contexto hospitalar)	04/12/2017	08/12/2017	10/12/2017
0- Não realizar marcha, incapacidade absoluta para a deambulação, mesmo com auxílio externo			

1- Marcha terapêutica, não funcional. O paciente precisa ser firmemente amparado por 1 ou 2 pessoas, e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas			
2- Marcha domiciliar: a deambulação só é possível num ambiente fechado, com superfícies planas e, geralmente, em um ambiente conhecido e controlado, como em casa		X	
3- Deambula nas cercarias de casa ou na vizinhança: o paciente é capaz de deambular na rua, embora uma distância limitada e restrita			X
4- Marcha comunitária em todos os tipos de superfícies irregulares. Consegue percorrer uma distância considerável, até mesmo irrestrita	X		
5- Marcha normal. A deambulação é completamente normal tanto em distância como em aparência			

Marcha	Presente	Com auxiliar de marcha	Ausente	Observações
04/12/2017		X (canadiana à direita)		Eficaz
08/12/2017		X (andarilho)		Eficaz
10/12/2017		X (canadianas bilaterais)		Eficaz

6. Avaliação da Dor

Escala Linear Analógica não visual:



Localização	Coxofemoral Direita
Fatores de agravamento	Flexão da coxofemoral direita e carga no membro inferior direito
Fatores de Alívio	Extensão do membro inferior, repouso e analgesia.
04/12/2017	Dor: 1
8/12/2017	Dor: 3
10/12/2017	Dor: 2

7. Avaliação do Grau de Dependência e Impacto no autocuidado

Índice de Barthel				
	Pontuação	04/12/2017	08/12/2017	10/12/2017
1. Alimentação				
Independente	10	X	X	X
Precisa de alguma ajuda	5			
Dependente	0			
2. Transferências				
Independente	15	X		X
Precisa de alguma ajuda	10		X	
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5			
Dependente, não tem equilíbrio sentado	0			

3. Toalete				
Independente a fazer babar, lavar a cara, lavar os dentes	5	X	X	X
Dependente, necessita de alguma ajuda	0			
4. Utilização de WC				
Independente	10	X		X
Necessita de alguma ajuda	5		X	
Dependente	0			
5. Banho				
Toma banho só (entra e saiu do duche ou banheira sem ajuda)	5	X		X
Dependente, necessita de alguma ajuda	0		X	
6. Mobilidade				
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15	X		X
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10		X	
Independente em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	5			
Imóvel	0			
7. Subir e Descer Escadas				
Independente, com ou sem ajudas técnicas	10	X		
Precisa de ajuda	5			X
Dependente	0		X	
8. Vestir				
Independente	10	X		
Com ajuda	5		X	X
Dependente	0			
9. Controlo Intestinal				
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	10	X	X	X
Acidente ocasional	5			

Incontinente ou precisa do uso de clisteres	0			
10. Controlo Urinário				
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10	x	X	X
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5			
Incontinente ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	0			
TOTAL	100	100	65	90
		Independente	Ligeiramente dependente	Ligeiramente dependente

Índice de Katz		
ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integra
Banhar-se	(1 ponto) Toma banho completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para apertar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir à casa de banho	(1 ponto) Dirige-se ao WC, entra e sai do mesmo,	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao WC,

	arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	limpar-se ou usa urinol ou arrastadeira
Transferência	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. São aceitáveis equipamentos mecânicos de ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência	(1 ponto) Tem completo controle sobre a eliminação (intestinal ou vesical)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente a nível intestinal ou vesica
Alimentação	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral
Avaliações		
04/12/2017	6 – Independência	
08/12/2017	2 – Muito dependente	
10/12/2017	5 – Dependência Moderada	

6 = Independente; 4 = Dependência moderada; 2 ou menos = muito dependente

Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)			
Níveis	7 Independência Completa (em segurança, em tempo normal)		Sem ajuda
	6 Independência Modificada (dispositivo)		
	Dependência Modificada		Ajuda
	5 Supervisão		
	4 Ajuda mínima (indivíduo > - 75%)		
	3 Ajuda moderada (indivíduo >- 50%)		
	Dependência Completa		
	2 Ajuda máxima (indivíduo >- 25%)		
	1 Ajuda Total (indivíduo <25%)		
	Pré-Cirurgia (4/12/2017)	8/12/2017	10/12/2017

Autocuidados			
A- Alimentação	A- 7	7	7
B- Higiene Pessoal	B- 7	6	7
C - Banho	C- 7	4	5
D – Vestir Metade Superior	D- 7	7	7
E – Vestir Metade Inferior	E- 7	3	3
F- Utilização da sanita	F- 7	3	5
Controlo de Esfínteres			
G- Bexiga	G- 7	4	7
H- Intestino	H- 7	5	5
Mobilidade			
Transferências			
I- Leito, Cadeira, Cadeira de rodas	I- 7	6	6
J- Sanita	J- 7	4	5
K- Banheira, Duche	K- 7	5	6
Locomoção			
L- Marcha, cadeira de rodas	L- 7	5	6
M- Escadas	M- 7	3	5
Comunicação			
N- Compreensão	N-7	7	7
O- Expressão	O-7	7	7
Consciência do Mundo Exterior			
P- Interação Social	P-7	7	7
Q- Resolução de Problemas	Q-7	7	7
R- Memória	R-7	7	7
TOTAL	126 Independência Completa/Modificada	97 Dependência Modificada (assistência de até 25% das tarefas)	109 Independência Completa/Modificada

Scores: 18 Dependência Completa; 19-60 Dependência Modificada (assistência de até 50% das tarefas); 61-103 Dependência Modificada (assistência de até 25% das tarefas) e 104-126 Independência Completa/Modificada

Impacto no Autocuidado (segundo a Teoria de Dorothea Orem, 2001):

Avaliação da Ação de Autocuidado				
Domínios		Sim	Não	Obs.
Cognitivo	Conhecimento sobre o estado de saúde e habilidades cognitivas	X		
Físico	Capacidade física para realizar a ação de autocuidado	X		
Emocional e Psicossocial	Remonta para atitudes, crenças, valores, desejos, motivações e percepção de competência na realização da ação de autocuidados	X		
Comportamento	Habilidades para efetuar os comportamentos de autocuidado	X		

Avaliação dos Requisitos de Autocuidado				
Categorias		Sim	Não	Obs.
Requisitos Universais de Autocuidado	Manutenção de quantidade suficiente de ar	X		
	Manutenção de ingestão suficiente de água	X		
	Manutenção de ingestão suficiente de alimentos	X		
	Provisão de cuidados relacionados com eliminação	X		
	Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso	X		

	Manutenção de equilíbrio entre a solidão e a interação social	X		
	Prevenção de perigos à vida humana	X		
	Promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial, limitações e desejo de ser normal	X		
Requisitos de Autocuidado de desenvolvimento	Condições e comportamentos que previnam a ocorrência de efeitos nocivos no desenvolvimento	X		Reconhece as limitações e os comportamentos de risco
	Condições e experiências que minimizem ou superem os efeitos nocivos no desenvolvimento	X		
Requisitos de Autocuidado no desvio da saúde	Procura e garante assistência médica adequada	X		
	Consciência e atenção aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos	X		
	Realiza efetivamente as prescrições diagnósticas	X		Cumpre recomendações

	e terapêuticas e de reabilitação			e ensinos realizados
	Avalia e atende aos efeitos desconfortáveis ou nocivos resultantes das intervenções realizadas	X		Consegue avaliar se os exercícios provocam dor.
	Modifica o autoconceito e aceita o estado de saúde e a necessidade de formas especiais de cuidados de saúde	X		Reconhece as limitações pós-operatórias e age em conformidade
	Aprende a viver com os efeitos das condições e estados patológicos e com os efeitos das intervenções, diagnóstico e tratamento	X		Reconhece as limitações pós-operatórias e age em conformidade

Sistemas de Enfermagem	Avaliação	Data
Totalmente compensatório		
Parcialmente compensatório	Tarefas de autocuidado que não consegue realizar: subir e descer escadas, higiene dos membros inferiores e vestir os membros inferiores sem ajuda	8/12/2107
De Apoio	Pré-operatório: Ensinos sobre exercícios, marcha, subir e descer escadas; posicionamentos no leito; movimentos luxantes;	4/12/2017

	Pós-operatório: Orientação e reforço dos ensinios	10/12/2017
--	---	------------

8. Plano de Intervenção

Principais Problemas

- Ansiedade relacionada com intervenção cirúrgica;
- Risco de complicações pós-operatórias;
- Diminuição da força muscular dos músculos afetados;
- Diminuição da mobilidade da articulação coxofemoral;
- Dependência nas atividades de vida diária.

Objetivos de Reabilitação/Utente/Cuidador

- Diminuir a ansiedade e aumentar a autoconfiança;
- Prevenir complicações pós-operatórias;
- Aumentar força muscular dos músculos afetados;
- Aumentar a mobilidade da articulação coxofemoral;
- Retomar as atividades de vida diárias o mais precocemente possível e aumentar a autonomia.

Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Registos/Avaliação
<p>Risco de Ventilação Comprometida e Potencial para melhorar conhecimento sobre o autocontrole do padrão respiratório</p> <p>Relacionado com a intervenção cirúrgica (anestesia geral e imobilidade)</p> <p>Manifestado pelo risco de dispneia, dificuldade em eliminar</p>	<p>Alívio físico, com evicção de períodos de dispneia, com a manutenção da limpeza das vias áreas e tolerância à atividade física necessária para a reabilitação.</p> <p>Que o utente se mantenha eupneico, com as vias aéreas desobstruídas e com tolerância para a realização de esforços;</p>	<p>Pré-operatório:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar, instruir e treinar os exercícios de reeducação funcional respiratória: • Consciencialização da respiração; • Exercícios de reeducação funcional respiratória abdomino-diafragmática; • Exercícios de reeducação costal (seletiva e global); • Ensino de tosse; <p>Pós-operatório:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reforçar o ensino, instrução e o treino de exercícios de reeducação funcional respiratórios; - Gerir oxigenoterapia; - Vigiar ventilação (tipo de respiração, ritmo, amplitude, presença de ruídos adventícios); 	<p><u>4/12/2017</u></p> <p>Utente eupneico, sem aporte adicional de oxigenoterapia, com respiração mista, rítmica e com amplitude normal. Sem presença de esforço respiratório. Com classificação de 0, na escala de avaliação de dispneia (Medical Research Council).</p> <p>Efetuada ensino, instrução e treino da consciencialização da respiração, exercícios de reeducação funcional respiratória abdomino-diafragmática; exercícios de reeducação costal (seletiva com abertura costal e global com utilização de bastão) e ensino da tosse, com colaboração e entendimento do utente. Explicado a importância da execução dos exercícios ensinados, para o controlo da dor, ansiedade, para facilitar o relaxamento e prevenção de complicações respiratórias no pós-operatório</p>

<p>secreções ou cansaço a esforços.</p>		<p>- Vigiar respiração (presença ou não de esforço respiratório, em repouso, a pequenos/médios/grandes esforços)</p>	<p>relacionadas com a imobilidade e anestesia (estase pulmonar e infecções respiratórias).</p> <p><u>8/12/2017</u></p> <p>Utente eupneico, sem aporte adicional de oxigenoterapia. Mantém respiração predominantemente mista, regular e com amplitude normal. Não apresenta presença de secreções, nem de ruídos adventícios.</p> <p>Não apresenta sinais de esforços respiratório tanto em repouso, como na execução das atividades vida diária, tolerando esforços moderados, sem cansaço ou taquipneia.</p> <p>Mantendo classificação de 0, na escala de avaliação de dispneia (Medical Research Council).</p> <p>Efetuados os exercícios de redução funcional respiratória, com colaboração do utente.</p>
---	--	--	--

Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Registos/Avaliação
<p>Potencial para melhorar a capacidade de andar com auxiliar de marcha.</p> <p>Relacionado com a intervenção cirúrgica;</p> <p>Manifestado por maiores níveis dependência:</p> <p><u>- Índice Barthel:</u> 8/12 – 65 – ligeiramente dependente 10/12 – 95 – ligeiramente dependente</p> <p><u>- Índice de Kartz</u> 8/12 – 2 – Muito dependente</p>	<p>Alívio físico, com a melhoria na capacidade em andar com auxiliar de marcha.</p> <p>Que o utente consiga deambular médias distâncias (até 30 metros)</p>	<p>Pré-operatório:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade em andar com auxiliar de marcha; - Avaliar o equilíbrio; - Ensinar, instruir e treinar a marcha com auxiliar de marcha (andarilho e canadianas); - Ensinar sobre a adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha; - Ensinar, instruir e treinar como descer e subir escadas; - Ensinar, instruir e treinar a técnica de inversão do sentido de marcha; - Validar ensino feito; <p>Pós-operatório:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade em andar com auxiliar de marcha; - Avaliar equilíbrio; 	<p><u>4/12/2017</u></p> <p>Sr. C. demonstra capacidade para andar com auxiliar de marcha, atualmente faz marcha com canadiana à direita para descarga do membro a ser intervencionado. Com classificação de bom equilíbrio segundo a Escala de Berg (do equilíbrio) e com classificação de 4 na Escala de Categorias Funcionais da Marcha (marcha comunitária em todos os tipos de superfícies irregulares, conseguem percorrer uma distância considerável, até mesmo irrestrita).</p> <p>Realizados ensinamentos, instrução e treino sobre a marcha com andarilho e canadianas, bem como a técnica de subir e descer escadas e a técnica de inversão de marcha. Segundo o utente o seu domicílio já se encontra adaptado para andar com auxiliar de marcha, com diminuição de obstáculos na circulação,</p>

<p>10/12 – 5 – Dependência Moderada - MIF 8/12 – 97 – Dependência Modificada (até 25% assistência nas tarefas) 10/12 – 109 – Independência Completa/Modificada</p>		<p>- Efetuar primeiro levante (salvo outra indicação médica e de acordo com a estabilidade hemodinâmica) após as primeiras 24 horas pós-operatória, com carga parcial/progressiva (salvo indicação contrária);</p> <p>- Ensinar e instruir como andar com auxiliar de marcha inicialmente com andarilho - avançar primeiro o andarilho; depois a perna intervencionada e por fim a outra perna – e posteriormente com canadianas (após a 48 horas) – avançar primeiro as canadianas, depois a perna intervencionada e por fim a perna sã.</p> <p>- Treinar andar com o apoio de auxiliar de marcha;</p>	<p>evicção de tapetes e carpetes (exceto na sala, mas encontra-se seguro pelo sofá).</p> <p>Questionado posteriormente sobre a técnica deambulação com auxiliar de marcha, sobre a técnica de subir e descer escadas e inversão de marcha, tendo respondido adequadamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • O utente foi intervencionado dia 5/12, permaneceu no recobro durante as primeiras 24 horas, tendo regressado ao serviço no dia 6/12. Realizou primeiro levante no dia 7/12 e treino de marcha com andarilho, com quadro álgico controlado e efetuando marcha segura. <p><u>8/12/2017</u></p> <p>O Sr. C. tem realizado marcha com andarilho, com segurança. Reforçado o ensino e instrução sobre a marcha com canadianas e realizado treino de marcha com andarilho. O utente tolerou deambular cerca de 10 metros com apoio de canadianas, executando a técnica sem dificuldade, sem exacerbação da</p>
--	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none">- Ensinar e instruir a técnica de inversão do sentido de marcha – inverter sempre para o lado intervencionado, para evitar rotação interna (não controlada).- Treino da técnica de inversão do sentido de marcha- Ensinar e instruir como descer e subir escadas com auxiliar de marcha (Descer – primeiro canadianas, perna operada e posteriormente perna sã; Subir – perna sã, depois perna operada e por último as canadianas);- Treinar subir e descer escadas;	<p>dor ou cansaço associado. Realizado treino de inversão do sentido de marcha, o utente realizou a técnica sem perda de equilíbrio e com controle do movimento (evitando movimentos luxantes). Segundo escala de Berg tem uma pontuação de 37, que indica locomoção segura com assistência ou auxiliar de marcha e com classificação de 2 na Escala de Categorias Funcionais da Marcha (marcha domiciliar: a deambulação só é possível num ambiente fechado, em um ambiente conhecido e controlado, como em casa).</p> <p><u>10/12/2017</u></p> <p>O Sr. C. encontra-se mais autónomo na marcha com canadianas, com maior tolerância a percursos superiores de 10metros.</p> <p>Com uma avaliação na escala de Berg ligeiramente superior, com uma pontuação de 39, mantendo locomoção segura com</p>
--	--	---	--

			<p>assistência ou auxiliar de marcha e segundo a Escala de Categorias Funcionais da Marcha apresenta uma pontuação de 3 (deambula nas cercarias da casa ou na vizinhança: o paciente é capaz de deambular na rua, embora uma distância limitada e restritiva).</p> <p>Realizado treino de marcha com canadianas (média distância – 30 metros) com boa tolerância, e treino de escadas (subida e descida). Desceu e subiu 2 lances de escadas, um total de 12 degraus, sem cansaço, no entanto com necessidade de reforçar a necessidade (quando se sobe) de subir as canadianas em último lugar.</p>
Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Registos/Avaliação
Potencial para melhorar a	Alívio físico, pela melhoria da	- Avaliar a capacidade para melhorar a capacidade para usar	<u>8/12/2017</u>

<p>capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se.</p> <p>Relacionado com a intervenção cirúrgica;</p> <p>Manifestado por maiores níveis dependência:</p> <p>- <u>Índice Barthel</u>: 8/12 – 65 – ligeiramente dependente 10/12 – 95 – ligeiramente dependente</p> <p>- <u>Índice de Kartz</u> 8/12 – 2 – Muito dependente 10/12 – 5 – Dependência Moderada</p> <p>- <u>MIF</u></p>	<p>capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se.</p> <p>Que o utente consiga ter capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se melhorada, conseguindo realizar as transferências com apoio mínimo/supervisão.</p>	<p>técnica de adaptação para transferir-se;</p> <p>- Instruir sobre as técnicas de adaptação para transferir-se (adaptado também ao contexto domiciliário):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Levante da cama</u>: sair pelo lado intervencionado, evitar flexão superior a 90º da coxofemoral, manter a extensão do membro, fletir o membro são, rodar até tocar com o pé no chão – utilizar os membros superior para elevar tronco e auxiliar movimento de rotação; • <u>Deitar na cama</u>: entrar pelo lado são, sentar na cama, colocar o membro intervencionado na cama (não efetuar flexão superior de 90º da coxofemoral), com auxílio dos membros superior e fletindo o membro são e rodar até ficar centrado na cama. 	<p>Realizado reforço do ensino sobre a técnica de levante da cama e sobre a técnica de sentar e levantar da cadeira.</p> <p>O Sr. C. realiza levante da cama ainda com ajuda mínima, com necessidade de apoio no membro inferior direito, realizando restantes passos de forma autónoma. Realiza também a técnica de sentar e levantar da cadeira de forma autónoma, respeitando a utilização de almofada elevatória na cadeira de rodas.</p> <p>Segundo o utente, no domicílio consegue sair da cama pelo lado direito e entrar pelo lado esquerdo, no entanto foi aconselhado a efetuar as primeiras transferências com apoio da esposa (que nunca assistiu os ensinamentos e aos treinos, mas que o utente refere conseguir instruir)</p> <p><u>10/12/2017</u></p>
--	--	---	---

<p>8/12 – 97 – Dependência Modificada (até 25% assistência nas tarefas) 10/12 – 109 – Independência Completa/Modificada</p>		<ul style="list-style-type: none"> • <u>Sentar e Levantar da Cadeira</u>: para sentar colocar o membro intervencionado em extensão antes de se sentar, colocar os membros superiores apoiados na cadeira e baixar lentamente fletindo o membro inferior são – levante o procedimento é inverso – a inclinação anterior do tronco ajuda os dois movimentos como sistema de alavanca. • <u>Entrar e sair do carro</u>: sentar-se no banco com os membros inferiores fora e rodar os membros para dentro, colocar o membro inferior operado em extensão – para sair proceder de forma inversa – a utilização da janela aberta (vidro totalmente interiorizado) pode servir para a pessoa se apoiar de uma forma mais segura durante a transferência. <p>- Treinar as técnicas de adaptação para transferir-se;</p>	<p>O Sr. C. encontra-se autónomo na realização das transferências, não apresentando dificuldade na execução da técnica.</p> <p>Efetuada ensino sobre o entrar e sair do carro ao utente.</p>
---	--	---	--

Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Registos/Avaliação
<p>Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se.</p> <p>Relacionado com a intervenção cirúrgica;</p> <p>Manifestado por risco de luxação do material protésico.</p>	<p>Alívio físico, pela melhoria da capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se.</p> <p>Que o utente consiga ter capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se melhorada, conseguindo realizar posicionamentos de forma autónoma ou com ajuda mínima.</p>	<p>- Avaliar capacidade de usar técnica de adaptação para posicionar-se;</p> <p>- Instruir sobre técnica de adaptação para posicionar-se (evitar movimentos/ posicionamentos luxantes):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decúbito dorsal: membros inferiores em abdução, uso de triângulo de abdução; almofada na região sub pooliteia e outra na região do tendão de Aquilles; membro não operado, se risco de ulcera pressão no calcâneo, colocar almofada na região do tendão de Aquilles. • Decúbito lateral e semi-dorsal para o lado não operado: manter os membros inferiores em abdução com almofada; 	<p>4/12/2017</p> <p>Realizado reforço dos ensinamentos sobre os posicionamentos corretos no leito e sentado. O Sr. C. já conhecia os cuidados a ter no que diz respeito aos posicionamentos, no entanto recebeu o reforço dos ensinamentos com aceitação.</p> <p>8/12/2017 e 10/12/2017</p> <p>O utente cumpre os posicionamentos ensinados, preferindo o decúbito dorsal (quando se encontra em repouso na cama) e sentado na cadeira de rodas.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Decúbito semi-dorsal para o lado operado: ponderado de acordo com tolerância do utente, no que diz respeito à dor, manter os membros inferiores em abdução com almofada. • Sentado – não realizar flexão superior a 90°, evitar bancos e cadeiras baixas, mantendo o membro inferior intervencionado com ligeira ou em total extensão. 	
Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Registos/Avaliação
<p>Movimento Muscular Diminuído no Membro Inferior direito.</p> <p>Relacionado com a intervenção cirúrgica;</p>	<p>Alívio físico, através da melhoria do movimento muscular do Membro Inferior direito.</p> <p>Que o utente consiga melhorar o movimento muscular do membro inferior direito, para conseguir maior autonomia nas</p>	<p>Pré-operatório:</p> <p>- Ensinar, instruir e treinar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exercícios isométricos (contrações isométricas abdominais, glúteos quadricipede) • Exercícios isotónicos: flexão/extensão da articulação coxofemoral associada com extensão/flexão do joelho; abdução/adução da articulação coxofemoral (até à linha média do corpo); 	<p><u>4/12/2017</u></p> <p>Realizado ensino e treino sobre os exercícios isométricos e isotónicos, e extensão lombo-pélvica, e explicada a importância dos mesmos, no fortalecimento muscular, estabilidade da marcha e prevenção de fenómenos tromboembólicos;</p> <p>Segundo a escala de Lower apresenta força grau 5 no membro inferior esquerdo e grau 3 no membro inferior direito.</p>

<p>Manifestado por maiores níveis dependência:</p> <p><u>- Índice Barthel:</u> 8/12 – 65 – ligeiramente dependente 10/12 – 95 – ligeiramente dependente</p> <p><u>- Índice de Kartz</u> 8/12 – 2 – Muito dependente 10/12 – 5 – Dependência Moderada</p> <p><u>- MIF</u> 8/12 – 97 – Dependência Modificada (até 25% assistência nas tarefas) 10/12 – 109 – Independência Completa/Modificada</p>	<p>transferências e mobilização.</p>	<p>rotação externa (na via de abordagem posterior) ou rotação interna (na via de abordagem anterior); dorsiflexão/flexão plantar da articulação tibiotársica;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extensão lombo-pélvica, com ou sem auxílio do trapézio. <p>- Monitorizar força muscular através de escala (Escala de Lower – Utilizada no Serviço);</p> <p>Pós-operatório:</p> <p>- Monitorizar força muscular através de escala (Escala de Lower – Utilizada no Serviço);</p> <p>- Reforçar ensino sobre os exercícios isométricos e isotônicos;</p> <p>- Instruir e treinar os exercícios isométricos;</p> <p>- Instruir e treinar os exercícios isotônicos através: técnica de exercício muscular e articular</p>	<p><u>8/12/2017</u></p> <p>Sr. C. apresenta força muscular de grau 3 ao nível da coxofemoral direita e ao nível do joelho direito nos pós-operatório.</p> <p>Refere cumprir os exercícios isométricos quando em repouso e dorsiflexão/flexão plantar da articulação tibiotársica.</p> <p>Realizadas mobilizações passivas, ativas e ativas assistidas de extensão e flexão das articulações dos membros inferiores;</p> <p>Realizadas mobilizações passivas e ativas-assistidas de adução e abdução dos membros inferiores e de rotação externa, sem resistência.</p> <p>Realizado exercícios de fortalecimento do quadríceps (comprimir a almofada contra a cama, ao nível do joelho; em pé – realizar flexão do joelho)</p>
---	--------------------------------------	--	---

		<p>passivo (tibiotársica, joelho, coxofemoral - bilateral); técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido (tibiotársica, joelho, coxofemoral - bilateral); e de técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido (tibiotársica, joelho, coxofemoral - bilateral);</p> <p>❖ Os exercícios deverão ser realizados em séries de 3, sendo cada série constituída por 10 repetições, descansando entre cada série. A contração muscular deve ser mantida entre 6/7 segundos - contar até 5.</p>	<p>Realizada extensão lombo-pélvica, com apoio e com contração dos glúteos (simultaneamente).</p> <p><u>10/12/2017</u></p> <p>Utente com força muscular de grau 4 ao nível da coxofemoral e joelho direito.</p> <p>Mantidos os exercícios da sessão anterior, aplicada resistência ligeira nos exercícios de flexão/extensão da coxofemoral com e sem flexão/extensão do joelho direito.</p>
Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Registos/Avaliação
Alteração da integridade cutânea	Alívio físico, através da promoção da cicatrização e prevenção do	- Vigiar estado de penso e sutura; - Vigiar membro intervencionado (edema, calor, rubor, hematoma)	<ul style="list-style-type: none"> Foi realizado penso operatório no dia 7/12/2017, apresenta sutura com agrafos sem sinais inflamatórios, removido o dispositivo de drenagem. Fica com penso de silicone na sutura

Relacionada com a intervenção cirúrgica Manifestado por uma sutura operatória na região trocantérica à direita	aparecimento de sinais inflamatórios. Que o utente apresenta uma cicatrização da ferida operatória adequada para que este processo não interfira com o seu programa de reabilitação.	- Realizar penso operatório sempre que se apresenta repassado; - Vigiar o funcionamento do dispositivo de drenagem; - Remover dispositivo de drenagem segundo indicação médica; - Aplicar crioterapia local (4/5 x/dia 10/15min), evitar contacto direto.	operatória e penso hemostático no local do dispositivo de drenagem. <u>8/12/2017</u> O utente apresenta penso operatório e do local do dispositivo de drenagem íntegros. Apresenta ligeiro edema da coxa direita, mas sem rubor, calor ou hematoma. Tem mantido a aplicação de crioterapia local (4/5 x/dia).
Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Registos/Avaliação
Potencial para melhorar capacidade em usar dispositivo auxiliar e de usar técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário.	Alívio físico, através da capacidade em usar dispositivo auxiliar e de usar técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário, melhorada.	- Avaliar conhecimento do utente sobre a adaptação do domicílio para o autocuidado: ir ao sanitário; - Avaliar a capacidade para usar dispositivos auxiliar para o autocuidado: ir ao sanitário – uso de alteador de sanita;	<u>4/12/2017</u> Utente apresenta conhecimentos sobre a adaptação do domicílio para o autocuidado: ir ao sanitário, uma vez que foi submetido a artroplastia total da anca à esquerda em 2016, já possui um alteador de sanita. <u>8/12/2017 e 10/12/2017</u> Utente com capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: ir ao sanitário,

<p>Relacionado com a intervenção cirúrgica;</p> <p>Manifestado por maiores níveis dependência:</p> <p><u>- Índice Barthel:</u> 8/12 – 65 – ligeiramente dependente 10/12 – 95 – ligeiramente dependente</p> <p><u>- Índice de Kartz</u> 8/12 – 2 – Muito dependente 10/12 – 5 – Dependência Moderada</p> <p><u>- MIF</u> 8/12 – 97 – Dependência Modificada (até 25% assistência nas tarefas)</p>	<p>Que o utente consiga utilizar o sanitário de forma autónoma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir sobre o uso do dispositivo auxiliar para o autocuidado: ir ao sanitário; - Treinar o uso do dispositivo auxiliar para o autocuidado: ir ao sanitário. - Avaliar a capacidade para usar a técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário. 	<p>apesar de no internamento a sanita ser elevada e não ser necessário alteador. O Sr. C. consegue realizar a técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário de forma autónoma, uma vez que despe a roupa, posiciona-se na sanita, efetua a higiene íntima após urinar/evacuar, ergue-se da sanita e veste a roupa, sem ajuda de terceiros.</p>
---	---	---	---

10/12 – 109 – Independência Completa/Modificada			
Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Registos/Avaliação
<p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre a adaptação do domicílio e sobre a capacidade de usar os dispositivos auxiliares para o autocuidado: higiene</p> <p>Relacionado com a intervenção cirúrgica;</p>	<p>Alívio físico, através da capacidade para o autocuidado: higiene, melhorada.</p> <p>Que o utente consiga realizar os seus cuidados de higiene e conforto de forma autónoma e em segurança.</p>	<p>- Avaliar a conhecimento sobre a adaptação do domicilio para o autocuidado: higiene (como entrar e sair da banheira – entrar na cadeira de banho (antiderrapante) ou tábua de banheira primeiro com membro são e sair do membro intervencionado em extensão – como utilizar base de duche – utilizar cadeira/banco antiderrapante)</p> <p>- Avaliar a capacidade de usar os dispositivos auxiliares para o autocuidado: higiene (cadeiras de higiene, bancos adaptados, barras de apoio, esponja com cabo extensível);</p>	<p><u>4/12/2017</u></p> <p>Utente com casa de banho adaptada, tem base de duche e banco para a higiene, utiliza tapete ani-derrapante. Aconselhado ao uso de esponja com cabo extensível para poder realizar a higiene dos membros inferiores com menor dificuldade, uma vez que não pode realizar flexões superiores a 90º das coxofemorais.</p> <p><u>8/12/2017</u></p> <p>Segundo o Sr. C. realizou a sua higiene no WC, quase de forma autónoma, necessitando apenas de ajuda para lavar e secar os membros inferiores (explicado ao utente que com a utilização de uma esponja com cabo extensível e uma pinça com cabo extensível, conseguiria completar essas duas tarefas e</p>

<p>Manifestado por maiores níveis dependência:</p> <p><u>- Índice Barthel:</u> 8/12 – 65 – ligeiramente dependente 10/12 – 95 – ligeiramente dependente</p> <p><u>- Índice de Kartz</u> 8/12 – 2 – Muito dependente 10/12 – 5 – Dependência Moderada</p> <p><u>- MIF</u> 8/12 – 97 – Dependência Modificada (até 25% assistência nas tarefas) 10/12 – 109 – Independência Completa/Modificada</p>		<p>- Ensinar e instruir a usar os dispositivos auxiliares para o autocuidado: higiene;</p> <p>- Treino do uso de dispositivos auxiliares para o autocuidado: higiene.</p>	<p>aumentar a sua autonomia no autocuidado (higiene).</p> <p>Não foi possível realizar o treino desta atividade de vida diária, porque a higiene foi realizada no turno da manhã e pela inexistência dos dispositivos auxiliares em internamento.</p>
Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Registos/Avaliação

<p>Potencial para melhorar a capacidade de usar a técnica de adaptação e os dispositivos auxiliares para o autocuidado: vestuário</p> <p>Relacionado com a intervenção cirúrgica;</p> <p>Manifestado por maiores níveis dependência:</p> <p>- Índice Barthel: 8/12 – 65 – ligeiramente dependente 10/12 – 95 – ligeiramente dependente</p> <p>- Índice de Kartz</p>	<p>Alívio físico, através da capacidade de usar técnicas de adaptação e dispositivos auxiliares para o autocuidado: vestuário, melhorada.</p> <p>Que o utente consiga realizar o autocuidado vestir e despir de forma autónoma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade de usar técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário; - Avaliar a capacidade de usar dispositivos auxiliares para o autocuidado: vestuário; - Ensinar e instruir a técnica de adaptação para o autocuidado vestuário: sem alterações nos membros superior, vestir primeiro o membro operado, despir primeiro o membro são; - Ensinar e instruir o uso de dispositivos auxiliares para o autocuidado vestuário: sem necessidade nos membros superior, vestir membros inferiores, roupa interior e meias, com utilização de pinça com cabo 	<p><u>4/12/2017</u></p> <p>Não apresenta limitações no autocuidado vestuário, nem utiliza nenhum dispositivo auxiliar. Realizado ensino sobre a técnica de adaptação para o autocuidado vestuário e sobre os dispositivos que podem facilitar o vestir/despir.</p> <p><u>8/12/2017</u></p> <p>Apresenta capacidade de vestir os membros inferiores diminuída, com dificuldade no calçar/descalçar meias, sapatos e vestir roupa interior, pela impossibilidade de flexão superior a 90°.</p> <p>O utente tem conhecimento sobre a técnica de adaptação para o autocuidado vestuário, cumprindo vestir primeiro o membro operado e despir primeiro o membro são.</p> <p>Não foi realizado treino do uso de dispositivos auxiliares pela sua inexistência, mas foi</p>
--	---	--	--

<p>8/12 - 2 - Muito dependente</p> <p>10/12 - 5 - Dependência Moderada</p> <p><u>- MIF</u></p> <p>8/12 - 97 - Dependência Modificada (até 25% assistência nas tarefas)</p> <p>10/12 - 109 - Independência Completa/Modificada</p>		<p>extensível (que também é utilizado para apanhar objetos do chão).</p> <p>- Treinar o uso de dispositivos auxiliares para o autocuidado vestuário.</p>	<p>explicado ao utente a sua utilização e benefício.</p>
---	--	--	--

ANEXOS

Anexo I - Índice de Barthel

Índice de Barthel

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

TOTAL	
-------	--

Anexo II - Escala de Berg

Escala de Berg

1. DA POSIÇÃO DE SENTADO PARA A POSIÇÃO DE PÉ

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

() 4 Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma

() 3 Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos

() 2 Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas

() 1 Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável

() 0 Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar

2. FICAR EM PÉ SEM APOIO

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

() 4 Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos

() 3 Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão

() 2 Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos

() 1 Necessita de várias tentativas para se manter de pé , sem apoio, durante 30 segundos

() 0 Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda

• Se o sujeito conseguir manter-se em pé durante 2 minutos sem apoio, deverá registar-se a pontuação máxima no item 3. Prosseguir para o item 4.

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

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

() 4 Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos

() 3 Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão

() 2 Mantém-se sentado durante 30 segundos

() 1 Mantém-se sentado durante 10 segundos

() 0 Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos

4. DA POSIÇÃO DE PÉ PARA A POSIÇÃO DE SENTADO

• INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

() 4 Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos

() 3 Ao sentar-se recorre às mãos

() 2 Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida

() 1 Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida

() 0 Necessita de ajuda para se sentar

5. TRANSFERÊNCIAS

• INSTRUÇÕES: Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo “pivot”. Podem ser

utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira sem braços.

() 4 Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos

() 3 Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos

() 2 Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão

() 1 Necessita de ajuda de uma pessoa

() 0 Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança

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

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

() 4 Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos

() 3 Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão

() 2 Consegue manter-se em pé durante 3 segundos

() 1 Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável

() 0 Necessita de ajuda para evitar a queda

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

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

() 4 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto

() 3 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão

() 2 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma, mas não consegue manter a posição durante 30 segundos

() 1 Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos

() 0 Necessita de ajuda para chegar à posição mas não consegue mantê-la durante 15 segundos

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

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

() 4 Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante (10 polegadas)

() 3 Consegue inclinar-se mais de 12 cm para a frente, com segurança (5 polegadas)

() 2 Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança (2 polegadas)

() 1 Inclina-se para a frente mas necessita de supervisão

() 0 Perde o equilíbrio durante as tentativas / necessita de apoio externo

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

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

() 4 Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança

() 3 Consegue apanhar o chinelo mas necessita de supervisão

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

() 1 Não consegue apanhar o chinelo e necessita supervisão enquanto tenta

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

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

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

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

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

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

() 1 Necessita de supervisão ao virar

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

11. DAR UMA VOLTA DE 360 GRAUS

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

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

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

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

() 1 Necessita de supervisão ou de indicações verbais

() 0 Necessita de ajuda enquanto dá a volta

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

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

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

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

() 2 Consegue completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão

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

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

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

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

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

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

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

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

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

14. FICAR EM PÉ SOBRE UMA PERNA

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

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

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

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

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

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

() PONTUAÇÃO TOTAL (máximo = 56)

Anexo III - Medical Research Council – Escala de Dispnea

Medical Research Council – Escala de Dispneia	
Grau	Características definitórias
0	Sem dispneia, a não ser com exercício extenuante
1	Falta de ar quando caminha depressa no plano ou sobe ladeira suave
2	Anda mais devagar que pessoa com a mesma idade no plano devido à falta de ar ou tem de parar para respirar
3	Pára para respirar após caminhar 90/120m ou após poucos minutos no plano
4	Muito dispneico para sair de casa ou dispneico ao vestir-se

Anexo IV - Medical Research Council – Escala Força Muscular

Anexo V - Escala de Lower

Escala de Lower

Avaliação Motora		
Grau	Evolução	Descrição
0	Ausente	Sem contração muscular palpável
1	Pobre	Esboço de contração muscular
2	Regular	Movimento vence a gravidade somente
3	Moderado	Movimento vence a gravidade e tem alguma resistência
4	Bom	Movimento vence moderada resistência
5	Excelente	Movimento vence o máximo de resistência

Anexo VI - Escala Modificada de Ashworth

Escala Modificada de Ashworth

- Escala de Ashworth modificada	
Grau	Observação clínica
0	Tônus normal.
1	Aumento do tônus no início ou no final do arco de movimento.
1+	Aumento do tônus em menos da metade do arco de movimento, manifestado por tensão abrupta e seguido por resistência mínima.
2	Aumento do tônus em mais da metade do arco de movimento.
3	Partes em flexão ou extensão e movidos com dificuldade.
4	Partes rígidas em flexão ou extensão.

Anexo VII - Categorias Funcionais da Marcha

Categorias Funcionais da Marcha

Categorias Funcionais da Marcha (Escala)			
Avaliações (Avaliado em contexto hospitalar)			
0- Não realizar marcha, incapacidade absoluta para a deambulação, mesmo com auxílio externo			
1- Marcha terapêutica, não funcional. O paciente precisa ser firmemente amparado por 1 ou 2 pessoas, e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas			
2- Marcha domiciliar: a deambulação só é possível num ambiente fechado, com superfícies planas e, geralmente, em um ambiente conhecido e controlado, como em casa			
3- Deambula nas cercarias de casa ou na vizinhança: o paciente é capaz de deambular na rua, embora uma distância limitada e restrita			
4- Marcha comunitária em todos os tipos de superfícies irregulares. Consegue percorrer uma distância considerável, até mesmo irrestrita			
5- Marcha normal. A deambulação é completamente normal tanto em distância como em aparência			

Anexo VIII - Índice de Katz

Índice de Katz

Índice de Katz		
ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se	(1 ponto) Toma banho completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para apertar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir à casa de banho	(1 ponto) Dirige-se ao WC, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao WC, limpar-se ou usa urinol ou arrastadeira
Transferência	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. São aceitáveis equipamentos mecânicos de ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência	(1 ponto) Tem completo controle sobre a eliminação (intestinal ou vesical)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente a nível intestinal ou vesical
Alimentação	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral

	pode ser feita por outra pessoa	
Avaliações		

6 = Independente; 4 = Dependência moderada; 2 ou menos = muito dependente

Anexo IX - Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)

Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)

Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)				
Níveis	7 Independência Completa (em segurança, em tempo normal)			Sem ajuda
	6 Independência Modificada (dispositivo)			
	Dependência Modificada			Ajuda
	<u>5 Supervisão</u>			
	<u>4 Ajuda mínima (indivíduo > - 75%)</u>			
	<u>3 Ajuda moderada (indivíduo >- 50%)</u>			
	Dependência Completa			
	<u>2 Ajuda máxima (indivíduo >- 25%)</u>			
	<u>1 Ajuda Total (indivíduo <25%)</u>			
Autocuidados				
A- Alimentação	A-			
B- Higiene Pessoal	B-			
C - Banho	C-			
D – Vestir Metade Superior	D-			
E – Vestir Metade Inferior	E-			
F- Utilização da sanita	F-			
Controlo de Esfíncteres				
G- Bexiga	G-			
H- Intestino	H-			
Mobilidade				
Transferências				
I- Leito, Cadeira, Cadeira de rodas	I-			
J- Sanita	J-			
K- Banheira, Duche	K-			
Locomoção				

L- Marcha, cadeira de rodas	L-			
M- Escadas	M-			
Comunicação				
N- Compreensão	N-			
O- Expressão	O-			
Consciência do Mundo Exterior				
P- Interação Social	P-			
Q- Resolução de Problemas	Q-			
R- Memória	R-			
TOTAL				

Scores: 18 Dependência Completa; 19-60 Dependência Modificada (assistência de até 50% das tarefas); 61-103 Dependência Modificada (assistência de até 25% das tarefas) e 104-126 Independência Completa/Modificada

**Anexo X – Protocolo de Enfermagem de Reabilitação: no doente
submetido a Artroplastia Total da Anca**



PROCOLOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

❖ NO DOENTE SUBMETIDO A ARTROPLASTIA TOTAL DA
ANCA

REALIZADO POR:



COLABORAÇÃO DE:



REABILITAÇÃO



[REDACTED]	Protocolo de Actuação de Enfermagem de Reabilitação no Doente Submetido a Artroplastia Total da Anca	[REDACTED] - 02	Data de aprovação: 23/07/2008
		Cód. Documento	Revisão em:

Objectivos: Dar a conhecer o protocolo de actuação de Enfermagem de Reabilitação, no utente submetido a Artroplastia Total da Anca.

Aplicação: Todos os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação dos serviços de internamento do HOSA.

Procedimento:

Pré-operatório

1º Dia de internamento – Reeducação funcional no pré - operatório

Objectivo: Diminuir a ansiedade do utente aumentando a sua autoconfiança, proporcionando, deste modo, a diminuição do tempo de internamento.

Reforçar o ensino acerca:

1. Exercícios de reeducação funcional respiratória:

- Consciencialização da respiração;
- Exercícios de reeducação funcional respiratória abdomino-diafragmáticos;
- Exercícios de reeducação costal;
- Ensino da tosse;
- Ensino dirigido ao doente de acordo com a sua patologia respiratória.

2. Exercícios isométricos:

- Contrações isométricas abdominais;
- Contrações isométricas dos glúteos;

- Contrações isométricas do quadríceps.

3. Exercícios isotónicos:

- Flexão/Extensão da articulação coxo-fémural (ACF) associada com extensão/flexão do joelho;

- Abdução/adução da ACF (até à linha média do corpo);

- Rotação externa, na via de abordagem posterior, e rotação interna, na via de abordagem anterior;

- Dorsiflexão/flexão plantar da articulação tibio-társica (ATT).

4. Posicionamentos permitidos no leito.

5. Utilização da extensão lombo-pélvica, com ou sem auxílio do trapézio.

6. Manutenção da abdução da ACF, bilateralmente, através da utilização do triângulo de abdução, excepto na abordagem cirúrgica minimamente invasiva (MIS).

7. Transferência da cama para a cadeira de rodas, da cadeira para o sanitário.

8. Treino de marcha com andarilho e canadianas.

9. Treino de escadas.

10. Averiguar junto do utente e cuidador informal, caso seja necessário a realização de fisioterapia após a alta clínica, onde o pretende fazer, com a finalidade de solicitar a aquisição da justificação do pedido de fisioterapia ao seu Ortopedista, para, posteriormente, solicitar a credencial ao médico de família.

Nota: Os exercícios acima mencionados devem ser realizados ao membro operado e ao membro não operado

Pós-operatório

2º Dia de internamento – 1º Dia de Reeducação Funcional no pós-operatório (24 Horas)

Objectivos: Aumentar a força muscular dos músculos afectados, aumentar a mobilidade da ACF e retomar as actividades da vida diárias o mais rapidamente possível.

1. Posicionamentos:

Decúbito dorsal: Membros inferiores em abdução, uso do triângulo de abdução, (excepto indicação médica contrária), almofada na região sub popliteia e outra na região do tendão de Aquilles. Membro não operado, de acordo com o risco de desenvolver úlcera de pressão no calcâneo, colocar uma almofada na região do tendão de Aquilles;

Decúbito lateral e semi – dorsal para o lado não operado: manter membros inferiores em abdução;

Decúbito semi – dorsal para o lado operado, deve ser ponderado de acordo com tolerância do utente, no que diz respeito à dor.

2. Exercícios de reeducação funcional respiratória:

- Consciencialização da respiração;
- Exercícios de reeducação funcional respiratória abdomino-diafragmáticos;
- Exercícios de reeducação costal;
- Ensino da tosse;
- Ensino dirigido ao doente de acordo com a sua patologia respiratória.

3. Exercícios de reeducação funcional motora:

• Exercícios isométricos:

- Contrações isométricas abdominais;
- Contrações isométricas dos glúteos;

- Contrações isométricas do quadríceps.

• Exercícios isotónicos:

- Mobilizações activas livres/resistidas dos membros sãos;

- Mobilizações activas assistidas do membro operado, de acordo com tolerância do utente:

* Flexão/Extensão da ACF com extensão/flexão do joelho;

* Abdução/adução da ACF (até à linha média do corpo);

* Dorsiflexão/flexão plantar da ATT.

4. 1º Levante, salvo outra indicação médica, e de acordo com a estabilidade hemodinâmica do utente.
5. Transferência da cama para a cadeira de rodas e vice-versa (colocar almofada elevada na cadeira de rodas). O utente não deverá fazer períodos de repouso na cadeira de rodas, mas sim no leito, com a ACF em extensão.
6. Treino de marcha, inicialmente com auxílio de andarilho e posteriormente com canadianas e ensino acerca da “inversão do sentido de marcha”.
7. Ensino da técnica de transferência para o sanitário.
8. Ensinos para prevenção de comportamentos luxantes.

Nota:

* Os ensinos realizados deverão ser efectuados após verificação das indicações médicas e de acordo com estabilidade hemodinâmica do doente, bem como a sua tolerância.

* Salvo indicação contrária a carga exercida sobre o membro operado, nas artroplastias cimentadas é total, nas artroplastias não cimentadas e revisões de artroplastia é parcial/progressiva.

* Deverão ser efectuadas, por exemplo, 3 séries de exercícios, sendo que cada série é constituída por 10 repetições, descansando entre cada série, de acordo com tolerância do utente. A contração muscular-deverá ser mantida por 6-7 segundos.

3º Dia de internamento – 2º Dia de Reeducação Funcional no pós – operatório (48 Horas)

1 . Exercícios de reeducação funcional motora:

• Exercícios isométricos:

- Contrações isométricas dos abdominais;
- Contrações isométricas dos glúteos;
- Contrações isométricas do quadrípede com auxílio do rolo.

• Exercícios isotónicos:

- Mobilizações activas livres/resistidas dos membros sãos;
- Mobilizações activas assistidas do membro operado, de acordo com tolerância do utente:

- * Flexão/Extensão da ACF associada com extensão/flexão do joelho;
- * Abdução/adução da ACF (até à linha média do corpo);
- * Rotação externa, na via de abordagem posterior, e rotação interna, na via de abordagem anterior;
- * Dorsiflexão/flexão plantar da ATT.

2. Ajuda parcial no levante.

3. Continuação do treino de marcha com auxílio de canadianas e ensino acerca da “inversão do sentido de marcha”.

4. Supervisão/ajuda parcial na técnica de transferência para o sanitário.

5. Treino de subir/descer escadas com auxílio de canadianas.

6. Averiguar junto do utente e cuidador informal, as condições habitacionais/ barreiras arquitectónicas, com a finalidade de adaptar o ensino relativamente ao levante, técnica de marcha, técnica de subir/descer escadas, técnica do banho, técnica de entrar e sair do carro, prevenção de acidentes domésticos. Transmitir ao utente que não deverá sentar-se em locais cujo grau de flexão da ACF seja inferior a 90º.

4º Dia de internamento – 3º Dia de Reeducação Funcional no pós – operatório (72 Horas)

1. Exercícios de reeducação funcional motora:

• Exercícios isométricos:

- Contrações isométricas dos glúteos;
- Contrações isométricas do quadrípede com auxílio do rolo.

• Exercícios isotónicos:

- Mobilizações activas assistidas/resistidas do membro operado, de acordo com tolerância do utente:

- * Flexão/Extensão da articulação ACF associada com extensão/flexão do joelho;
- * Abdução/adução da ACF (até à linha média do corpo);
- * Rotação externa, na via de abordagem posterior, e rotação interna, na via de abordagem anterior;
- * Dorsiflexão/flexão plantar da articulação ATT.

2. Supervisão do levante.

3. Supervisão/ajuda parcial na técnica de marcha com auxílio de canadianas.

4. Treino de marcha em pavimento irregular.

5. Supervisão na técnica de transferência para o sanitário.

6. Treino de subir/descer escadas com auxílio de canadianas.

7. Ensino ao utente acerca da técnica de transferência para a banheira (incentivando a utilização de um banco ou de uma tábua de transferência) ou polibain, na casa-de-banho.

8. Ensino acerca da técnica de apanhar objectos do chão (ajudas técnicas), técnica de calçar-se (ajudas técnicas), utilização de elevador de sanita/alternativa, abandono da utilização do bidé; posturas sexuais, prevenção de acidentes domésticos (não utilizar camisas de noite ou roupões compridos; dispor os móveis da casa deixando espaço para deambular sem encontrar obstáculos; não deambular em pavimentos molhado ou encerado;

tirar os tapetes do chão; não deixar fios eléctricos ou do telefone no chão; colocar barras de apoio na banheira/pollibain e ao lado da sanita; colocar tapetes de borracha antiderrapantes no pollibais e na banheira; escadas bem iluminadas; evitar pavimentos com buracos ou fendas).

9. Ensino da técnica de transferência para o carro (deverá ser colocada uma almofada no banco do carro para evitar a flexão da ACF abaixo dos 90°), solicitando aos familiares a presença destes com o respectivo carro, no recinto do hospital.
10. Reforço do ensino ao cuidador informal, acerca dos posicionamentos, levante, técnica de marcha, técnica de subir/descer escadas, técnica do banho, técnica de entrar e sair do carro.

5º Dia de internamento – 4º Dia de Reeducação Funcional no pós – operatório (96 Horas)

1. Exercícios de reeducação funcional motora:

- Exercícios isotónicos:

- Continuação dos exercícios acima mencionados.

2. Supervisão do treino de marcha em pavimento irregular.
3. Supervisão na técnica de transferência para o sanitário.
4. Supervisão da técnica subir/descer escadas.
5. Supervisão/ajuda parcial na técnica do banho na casa-de-banho.
6. Reforço dos ensinamentos realizados.
7. Transmitir ao utente que:

- Terá de deambular com as duas canadianas por mais um mês, após a alta, e com uma canadiana de 15 dias a 1 mês, após a utilização das duas, mas sempre tendo em conta as indicações médicas.

- Só deverá conduzir após um mês.

- O regresso à actividade sexual poderá acontecer ao fim de 15 dias, dependendo da postura sexual adoptada.

8. Transmitir os exercícios a realizar no domicílio:

- Flexão/extensão da ACF associada com extensão do joelho;
- Abdução/adução da ACF (até à linha média do corpo);
- Dorsiflexão/ flexão plantar da ATT.

6º Dia de internamento – 5º Dia de Reeducação funcional no pós – operatório (Dia provável da alta clínica)

1. Corresponde ao dia de alta. Neste dia deverão ser reforçados os ensinamentos efectuados ao doente e cuidador informal, bem como esclarecer as dúvidas que ainda existem.
2. Transmitir ao doente que sempre que tiver uma dúvida poderá entrar em contacto com as enfermeiras especialistas do serviço, através do contacto directo do serviço.

Bibliografias

- HOEMAN, Shirley - Enfermagem de reabilitação Aplicação e Processo. Lusociência. Lisboa;
- KISNER, C; COLBY, L. A – Exercícios Terapêuticos, Fundamentos e Técnicas. Editora Malone. São Paulo;
- MAXEY, Lisa; MAGNUSSON, Jim – Reabilitação pós Cirúrgica para o Paciente Ortopédico – 1ª. Edição. Editora Guanabara.

Elaboração: [Redacted] (Especialista em Enfermagem de Reabilitação)	Verificação:	Ratificação:
--	---------------------	---------------------