

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

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | **Enfermagem de Reabilitação**

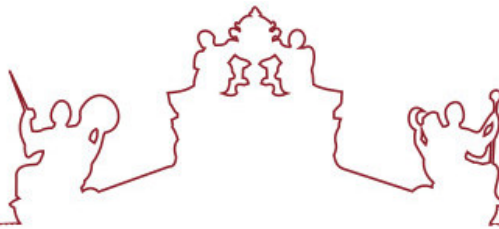
Relatório de Estágio

**Programa de Reeducação Funcional Motora para a pessoa
submetida a Artroplastia da Anca**

João Pedro dos Santos

Orientador(es) | **João Vítor da Silva Vieira**

Évora 2022



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

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

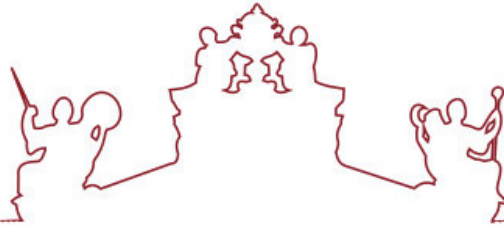
Programa de Reeducação Funcional Motora para a pessoa submetida a Artroplastia da Anca

João Pedro dos Santos

Orientador(es) | João Vítor da Silva Vieira

Évora 2022





O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Universidade de Évora)

Vogais | César Fonseca (Universidade de Évora) (Arguente)
João Vítor da Silva Vieira (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde) (Orientador)

“What you can become depends upon what you can overcome”.

Anthony Douglas Williams

Programa de Reeducação Funcional Motora para a pessoa submetida a Artroplastia da Anca

AGRADECIMENTOS

Expresso os meus agradecimentos a todos quantos contribuíram para a preparação e elaboração deste Relatório.

Ao meu orientador, Senhor Professor João Vítor Vieira, um agradecimento especial por todos os ensinamentos, esclarecimento de dúvidas, bibliografia facultada e ajuda na superação dos obstáculos que, ao longo desta caminhada, foram surgindo. Agradeço ainda a revisão crítica do relatório, a constante disponibilidade e o incentivo na realização dos diversos trabalhos.

Às minhas orientadoras dos estágios, Sr.^{as} Enfermeiras Especialistas Ana Luísa Oliveira, Fátima Costa e Filipa Isabel Batista e Sr. Enfermeiro Especialista Hélder Pino, agradeço a partilha de sugestões pertinentes e todo o *know how* transmitido no que diz respeito a procedimentos quer práticos quer teóricos.

À Instituição de Saúde no sul do país, aos enfermeiros que me receberam nas suas equipas, pela forma como me acolheram e pelos conhecimentos que comigo partilharam, o meu muito obrigado.

Gostaria ainda de agradecer à Universidade de Évora, na pessoa da sua Reitora, Professora Doutora Ana Costa Freitas e às Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre e Setúbal, aos seus docentes e funcionários que desde o início do meu percurso académico me acompanharam.

À minha noiva pela compreensão e apoio incondicional nos momentos mais difíceis desta etapa, manifesto o meu profundo agradecimento.

Aos meus pais, pelos valores que me transmitiram, pelo apoio prestado ao longo da vida. Para eles o meu eterno obrigado.

Para finalizar, a todos os que acreditam em mim e nas minhas capacidades, retribuo com dedicação e empenho e com a promessa de não desistir de lutar por um futuro melhor.

Programa de Reeducação Funcional Motora para a pessoa submetida a Artroplastia da Anca

RESUMO

A artroplastia da anca tem como finalidade erradicar a dor e melhorar a funcionalidade. Contudo, pode conduzir a alterações que causam um déficit de autocuidado. Considerando a problemática decorrente da cirurgia, a intervenção de Enfermagem de Reabilitação na capacitação pós-operatória assume um papel preponderante, uma vez que promove uma resposta adequada às novas necessidades e exigências de cuidados da pessoa, objetivando a maximização da funcionalidade motora, a independência e o desempenho seguro das atividades de vida diária.

O presente Relatório descreve as atividades desenvolvidas nos Estágios e sistematiza um Programa de Reeducação Funcional Motora no período pós-operatório da pessoa submetida a artroplastia da anca, que permitiu evidenciar a melhoria na mobilidade e na realização das atividades de vida diária e, conseqüentemente, na independência funcional.

Paralelamente é feita uma análise crítica e reflexiva das respectivas experiências de aprendizagem, demonstrando a aquisição e o desenvolvimento das competências de enfermagem e de mestre.

Palavras-chave: Artroplastia da Anca; Autocuidado; Enfermagem; Reabilitação; Reeducação Funcional Motora.

Programa de Reeducação Funcional Motora para a pessoa submetida a Artroplastia da Anca

ABSTRACT

Motor Functional Re-education Program for the person submitted to Hip Arthroplasty

Hip arthroplasty is intended to eradicate pain and improve functionality. However, it may lead to changes that cause a self-care deficit. Considering the problems resulting from the surgery, the intervention of Rehabilitation Nursing in postoperative training plays an important role, since it promotes an adequate response to the person's new needs and care requirements, aiming at maximizing motor functionality, independence and the safe performance of daily living activities.

This report describes the activities developed in the internships and systematizes a Motor Functional Re-education Program in the postoperative period of a person who underwent hip arthroplasty, which allowed for an improvement in mobility and in the performance of daily life activities and, consequently, in functional independence.

In parallel, a critical and reflective analysis of the respective learning experiences is conducted, demonstrating the acquisition and development of nursing and master's competencies.

Keywords: Hip Arthroplasty; Motor Functional Reeducação; Nursing; Rehabilitation; Self-care.

Programa de Reeducação Funcional Motora para a pessoa submetida a Artroplastia da Anca

ÍNDICE GERAL

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS	13
ÍNDICE DE FIGURAS	15
ÍNDICE DE TABELAS	17
ÍNDICE DE GRÁFICOS	19
INTRODUÇÃO	21
CAPÍTULO I – APRECIACÃO DO CONTEXTO	25
1.1. Análise do Envolvimento	25
1.1.1. Caracterização da Instituição de Saúde no sul do país	25
1.1.2. Caracterização dos recursos humanos e materiais	26
1.1.3. Caracterização da população	28
1.2. Análise da Produção dos Cuidados	29
1.2.1. Problemática e enquadramento conceptual	31
1.3. Definição de Objetivos	33
CAPÍTULO II – PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	35
2.1. Fundamentação Teórica	35
2.1.1. Cíngulo do membro inferior	35
2.1.2. A problemática: artroplastia da anca	37
2.1.3. A intervenção do EEER na capacitação pós-operatória	40
2.2. Metodologia	49
2.2.1. Tipo de estudo	49
2.2.2. População e amostra	49
2.2.3. Instrumentos e técnicas de colheita de dados	50
2.2.3.1. Princípios éticos	50
2.2.4. Avaliação diagnóstica	51
2.2.5. Planeamento das intervenções de enfermagem de reabilitação/interven- ção terapêutica	52
2.2.6. Avaliação da efetividade dos cuidados	54
2.3. Resultados	60
2.4. Discussão	70

CAPÍTULO III – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ..	75
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	75
3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Rea- bilitação	81
3.3. Competências de Mestre	85
CONCLUSÃO	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXOS	I
Anexo I – Comprovativo de aprovação pela Comissão de Ética da Instituição onde decorreu a implementação	III
Anexo II – Escala Rancho de Los Amigos	IV
Anexo III – <i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE)	V
Anexo IV – Índice de Barthel	VI
Anexo V – Escala numérica para avaliação da dor	VII
Anexo VI – Escala de força muscular: escala <i>Medical Research Council Muscle Scale</i> (MRC)	VIII
Anexo VII – Certificados de presença em Congressos	IX
APÊNDICES	XI
Apêndice I – Folhetos informativos	XIII
Apêndice II – Sessão de formação	XV
Apêndice III – Consentimento informado, livre e esclarecido para participar em investigação	XVI
Apêndice IV – Formulário de registo de colheita de dados	XVIII
Apêndice V – Formulário de registo de sessão de reeducação funcional motora	IX
Apêndice VI – <i>Posters</i> científicos	XXIII

Lista de Acrónimos e Siglas

AA	Artroplastia da Anca
APER	Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação
ATA	Artroplastia Total da Anca
APA	Artroplastia Parcial da Anca
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD's	Atividades de Vida Diária
CIFE [®]	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	Direção-Geral da Saúde
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ER	Enfermagem de Reabilitação
ERA	Escala <i>Rancho de Los Amigos</i>
MMSE	<i>Mini Mental State Examination</i>
MRC	Escala <i>Medical Research Council</i> (do inglês "Medical Research Council Muscle Scale")
NERP	<i>Norwich Enhanced Recovery Programme</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
PTA	Prótese Total da Anca
RFM	Reeducação Funcional Motora
RPA	Registo Português de Artroplastia
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

Índice de Figuras

Figura nº 1 – Cintura pélvica: vista ântero-posterior	35
Figura nº 2 – Articulação da anca ou coxofemoral direita	36
Figura nº 3 – Fraturas da extremidade proximal do fémur	38
Figura nº 4 – Pessoa com fratura da anca ou submetida a artroplastia	45
Figura nº 5 – Processo de execução do Plano de Reeducação Funcional	53

Índice de Tabelas

Tabela nº 1 – Intervenção educacional da pessoa submetida a ATA com abordagem posterior, no período pós-operatório	43
Tabela nº 2 – Planeamento das intervenções do EEER	55

Índice de Gráficos

Gráfico nº 1 – Distribuição do número total de participantes incluídos no estudo de acordo com o sexo	61
Gráfico nº 2 – Distribuição do número total de participantes incluídos no estudo de acordo com a idade	62
Gráfico nº 3 – Distribuição dos participantes incluídos no estudo de acordo com a cirurgia.	62
Gráfico nº 4 – Distribuição dos participantes incluídos no estudo de acordo com a avaliação da capacidade cognitiva	63
Gráfico nº 5 – Evolução da capacidade cognitiva dos participantes ao longo do Programa de RFM com base na escala MMSE	63
Gráfico nº 6 – Evolução da capacidade cognitiva dos participantes ao longo do Programa de RFM com base na escala ERA	64
Gráfico nº 7 – Avaliação da realização das AVD's antes do internamento, segundo o Índice de Barthel	64
Gráfico nº 8 – Mensuração da realização das AVD's 24h após a cirurgia	66
Gráfico nº 9 – Mensuração da realização das AVD's na 3ª avaliação	67
Gráfico nº 10 – Evolução da capacidade funcional global ao longo do Programa de RFM	67
Gráfico nº 11 – Mensuração da Força muscular no membro operado ao longo das avaliações através da Escala MSC	68
Gráfico nº 12 – Comparação da Força Muscular (média) do membro operado e do membro não operado	69
Gráfico nº 13 – Força muscular média de todos os segmentos dos membros superiores ao longo das avaliações	69
Gráfico nº 14 – Evolução da dor (média) ao longo do Programa de RFM	70

INTRODUÇÃO

No âmbito do 5.º Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Reabilitação (ER), em Associação pela Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora e pelas Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre e Setúbal, no ano letivo de 2020/2021, foi elaborado um Relatório que se constitui como um documento ilustrativo da aprendizagem adquirida durante os estágios e consequente aquisição de competências, no qual se incluiu o projeto de intervenção desenvolvido na Unidade de cuidados onde se realizou o estágio final.

Deste modo, a elaboração e apresentação deste Relatório objetiva a obtenção do grau de Especialista em ER e a sua discussão/defesa pública, perante um júri nomeado para o efeito, tem como motivação e propósito a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

O presente Relatório tem como objetivo geral apresentar o processo de aquisição/desenvolvimento de competências, através da exposição detalhada e da análise reflexiva no âmbito dos estágios desenvolvidos.

Como objetivos específicos pretende-se refletir criticamente sobre a prática clínica, o modelo de organização, bem como a prestação de cuidados de enfermagem diferenciados em ER; conhecer o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) no cuidado à pessoa submetida a artroplastia da anca (AA); compreender de que forma a implementação de um programa estruturado de ensino, pós-operatório, tem influência no tempo de internamento, na adaptação e na capacitação da pessoa submetida a AA e ainda descrever de modo fundamentado o projeto de intervenção desenvolvido no âmbito do estágio final, na Unidade de internamento de ortopedia de uma Instituição de Saúde no sul do país.

O Projeto contempla uma área de intervenção da ER, nomeadamente área motora, no qual as intervenções profissionais especializadas recaem no cuidado à pessoa submetida a AA. Este Projeto consistiu na implementação de um Programa de Reeducação Funcional Motora (RFM) a pessoas intervencionadas a AA desde a admissão até à alta hospitalar, utilizando como metodologia o tipo de estudo de casos múltiplos. Pretendeu-se analisar os contributos das intervenções de ER para a capacitação nas atividades de vida diária (AVD's). Para tal, recorreu-se a várias escalas para avaliar os resultados, para as seguintes variáveis: capacidade cognitiva, capacidade de realização de AVD's, força muscular e dor.

Paralelamente às atividades desenvolvidas no estágio final, o Projeto possibilitou aquisição e o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e de competências específicas do EEER, assim como de competências de Mestre.

As quedas constituem uma causa significativa de internamento, de morbilidade e de mortalidade nas pessoas com mais de 70 anos, devido ao facto de, na maioria dos casos, resultarem em lesões que provocam perda de funcionalidade e de autonomia, e, concomitantemente um decréscimo acentuado da qualidade de vida (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2010).

As fraturas, como é o caso da fratura da extremidade superior do fémur, são frequentemente resultantes de uma queda e promovem a perda de massa óssea, uma maior limitação física avaliada pela incapacidade de realizar atividades básicas da vida diária e atividades instrumentais da vida diária, bem como uma menor capacidade para deambular (Sousa & Carvalho, 2017b). A artroplastia total da anca (ATA), segundo a DGS (2013), apresenta-se como 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” (Norma nº 014/2013, de 23 de setembro).

Para além das fraturas, patologias muito frequentes, tais como a artrose e a osteoporose, motivam em grande escala o internamento da população idosa com repercussões negativas para a sua mobilidade e independência nos autocuidados (Seeley et al., 2003).

Perante um declínio de funcionalidade, aumento da dependência e incapacidade em realizar atividades do quotidiano, o EEER deve contribuir para a melhoria contínua da qualidade de cuidados de enfermagem que permitam uma resposta efetiva ao problema identificado e para o desenvolvimento de aptidões cognitivas e instrumentais, facilitando a adoção de estratégias adaptativas, pela pessoa submetida a AA, mantendo a sua independência na realização das AVD's. Para tal, o EEER detém competências para a implementação de um programa de reabilitação na pessoa com alterações do aparelho locomotor, visando a adaptação às limitações da mobilidade e a promoção da maximização da autonomia no exercício dos autocuidados, aliando a programas de treino motor e cardiorrespiratório, essenciais à aquisição da independência e autonomia da pessoa, de modo a promover a reinserção social, familiar e profissional (Sousa & Carvalho, 2017b; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011).

O Regulamento nº 125/2011, de 18 de fevereiro, da OE, defende a capacitação da pessoa para um elevado nível de funcionalidade, especialmente no que se refere às funções do corpo, à atividade e participação da pessoa, proporcionando o direito à dignidade e à qualidade de vida. Assim, consideramos que o EEER deve reconhecer a pertinência de se adequarem estratégias de intervenção às necessidades e/ou dificuldades percecionadas pela pessoa submetida a AA, no sentido de otimizar o seu processo de reabilitação e alcançar os resultados esperados, como seja a autonomia e a recuperação mais ativa.

A elaboração deste Relatório assenta, deste modo, na intervenção do EEER na pessoa sujeita a AA que apresenta mobilidade comprometida, em particular na promoção, manutenção e recuperação da sua capacidade funcional.

A reflexão sobre os dados referidos, aliada à realidade observada durante a prática reforçam a relevância de um estudo mais aprofundado desta problemática de modo a desenvolver uma prática adequada baseada na evidência científica.

No que respeita à organização estrutural do presente relatório, para além da introdução, o mesmo foi organizado em três capítulos. No Capítulo 1, será feita uma abordagem ao contexto de cuidados da ER, onde se concetualiza a reabilitação, os cuidados de ER e ainda a qualidade em saúde. Neste capítulo será caracterizado o ambiente onde decorreram as atividades e as ações planeadas ao longo do projeto de intervenção e efetuada uma análise da produção de cuidados, que reflete o tipo de cuidados realizados no contexto e orienta, simultaneamente, a problemática em estudo. O Capítulo 2 diz respeito ao corpo do Projeto, contempla uma descrição do plano de trabalho e dos métodos, uma exposição detalhada da implementação de um projeto de intervenção de ER com a identificação dos objetivos, as atividades a desenvolver, os resultados obtidos e discussão dos mesmos, objetivando assim contribuir para o desenvolvimento da evidência científica, promovendo a defesa da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. No Capítulo 3, será descrito todo o processo de aquisição de competências, designadamente as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as Competências Específicas do EEER e as Competências de Mestre. Por último serão relatadas as conclusões.

Este trabalho foi elaborado segundo as diretrizes do novo acordo ortográfico português, tendo-se utilizado, como base estrutural, os elementos preconizados na 7ª edição do Manual de Publicação da *American Psychological Association* (*American Psychological Association*, 2020), nomeadamente a referenciação bibliográfica, a fonte, o espaçamento do texto e a formatação do documento.

CAPÍTULO I – APRECIÇÃO DO CONTEXTO

Neste capítulo será realizada uma análise dos contextos de estágio, por meio da caracterização das circunstâncias e ambiente onde decorreram as atividades e os cuidados de ER planejados ao longo do projeto de intervenção.

Será também descrita a realidade presenciada nos serviços de medicina e de ortopedia da Unidade Hospitalar que acolheu os estágios, permitindo ainda a justificação da problemática selecionada para o projeto de intervenção.

1.1. Análise do Envolvimento

1.1.1. Caracterização da Instituição de Saúde

A instituição escolhida para a implementação do Projeto foi uma Instituição de Saúde no sul do país. A Instituição encontra-se integrada no Serviço Nacional de Saúde, constitui-se como uma entidade pública empresarial, integrando três Unidades Hospitalares. É também encarregue pelos serviços de Urgência Básica do Algarve e pelo Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul, caracterizando-se como uma Unidade Hospitalar de referência no Serviço Nacional de Saúde, responsabilizando-se assim pela prestação de cuidados de saúde diferenciados na região do Algarve, bem como pelo apoio à formação pré, pós-graduada e contínua na área da saúde (Ministério da Saúde, 2021a).

A área de influência da Instituição de Saúde no sul do país abrange toda a região do Algarve. No caso do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul, abarca ainda todo o Baixo Alentejo e o concelho de Odemira do Alentejo Litoral.

A Instituição de Saúde em apreço proporciona cuidados de saúde especializados de forma equitativa, universal e diferenciada à população dos 16 concelhos do Algarve, que ronda os 450.000 habitantes, bem como aos visitantes desta região (Ministério da Saúde, 2021b) o que permitiu uma boa casuística para aquisição das competências.

O relatório de contas da Instituição de Saúde no sul do país, relativo ao ano de 2020, apurou uma carência de algumas especialidades clínicas, nomeadamente em recursos humanos médicos, “principalmente nas especialidades de anestesiologia, ginecologia e obstetrícia, imagiologia, ortopedia e pediatria, o que se constituiu como o fator crítico de sucesso que maior impacto teve no condicionamento da atividade realizada e dos resultados obtidos”. Este relatório referencia a média do número de dias de internamento nas especialidades de ortopedia e de medicina interna, no ano de 2020, de 15,2 dias e de 14,4 dias, respetivamente. No que diz respeito

às intervenções cirúrgicas realizadas no ano de 2020, o relatório contabilizou um total de 2.015 cirurgias ortopédicas, correspondendo a 16,1% do total de cirurgias realizadas no bloco operatório. Verificou-se ainda uma taxa de ocupação de 79% e de 81% para as especialidades cirúrgicas e médicas, respetivamente, na Instituição de Saúde no sul do país em apreço.

1.1.2. Caracterização dos recursos humanos e materiais

A OE destaca a importância dos enfermeiros para a qualidade dos cuidados, sendo que terão de existir em número suficiente e possuir competências concetuais, relacionais, emocionais e técnicas (OE, 2004).

Dada a situação pandémica vivida, aquando da escolha de locais de estágios, foi efetuada uma reunião com a Sr^a. Enf.^a Supervisora com o intuito de determinar os possíveis locais de estágio.

Tendo em conta que a área respiratória compreende uma alteração da funcionalidade grave que compromete os restantes sistemas orgânicos, conduzindo a limitações físicas e emocionais que, concomitantemente, induzem à inatividade (OE – Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação, 2018) evidenciou-se como uma área de interesse e gosto pessoal. Foi esta a área escolhida para a realização do primeiro estágio, a desempenhar numa Unidade de medicina da Instituição de Saúde no sul do país, por considerar ser extremamente importante desenvolver para além das competências técnicas, a capacidade de comunicação e a criatividade, só possível quando se sai fora da zona de conforto.

A equipa multidisciplinar nessa Unidade de medicina na área respiratória era composta por uma enfermeira-chefe especialista em Saúde Comunitária, uma enfermeira especialista em ER e outra especialista em Saúde Comunitária, 28 enfermeiros generalistas, 24 assistentes operacionais, três médicos especialistas em medicina interna, um terapeuta da fala e um fisioterapeuta presente de segunda a sexta-feira. Face à existência de apenas um EEER para um rácio diário de cerca de 30 pessoas e as necessidades de cuidados dos mesmos, considera-se fundamental uma gestão articulada entre a equipa multidisciplinar para planear, executar e avaliar cada processo de cuidados.

O segundo estágio foi realizado na área neurológica, em uma Unidade de medicina da Instituição de Saúde no sul do país. A Unidade em questão localiza-se perto da residência própria, o que permitiu mais disponibilidade e, conseqüentemente, motivação para o desempenho das funções em uma área que é exigente e desafiadora. O serviço dispõe de 15 assistentes operacionais, quatro médicos assistentes e ainda de dois fisioterapeutas. No que concerne à equipa de

enfermagem, é constituída por dois enfermeiros especialistas, um especialista em médico-cirúrgica e um EEER, que presta cuidados especializados às pessoas internadas a tempo inteiro nos turnos da manhã e 28 enfermeiros generalistas, incluindo a enfermeira chefe, que prestam cuidados gerais, seguindo o método de trabalho do enfermeiro responsável nesse serviço.

Ambas as Unidades de medicina dispunham dos seguintes recursos materiais: canadianas, cadeira de rodas, andarilhos, cadeirões, faixas elásticas, cicloergómetro, tábua de transferências, superfícies dinâmicas para cama e cadeiras de rodas, pesos, halteres, coletes de imobilização, bola suíça e *slings* (úteis para pessoas com problemas neurológicos). Possuíam ainda vários dispositivos para treinar a proprioção e o equilíbrio.

Conforme referido anteriormente, a instituição escolhida para a implementação do projeto descrito no Capítulo II foi a mesma Instituição de Saúde no sul do país, sendo o serviço eleito o de ortopedia, uma vez que admite pessoas do foro ortotraumatológico. Trata-se de uma área que desde a minha formação inicial sempre me despertou grande interesse pelo que pretendo adquirir e desenvolver competências na mesma.

O serviço em apreço integra 30 enfermeiros generalistas, uma enfermeira-chefe e dois EEER, que prestam cuidados especializados às pessoas internadas. Estes trabalham em conjunto com a equipa multidisciplinar, nomeadamente quatro médicos com especialidade em ortopedia, 18 auxiliares, uma terapeuta da fala, uma assistente social e quatro fisioterapeutas, existindo uma grande interação e entajuda em todos. Tendo por base as impressões e informações recolhidas, considera-se que este local de estágio permite desenvolver o projeto de estágio com sucesso, uma vez que é reconhecido como sendo um hospital de referência na área da ortopedia e porque apresenta uma equipa multidisciplinar experiente e especializada no cuidado à pessoa submetida a AA.

Relativamente aos recursos físicos/materiais do serviço de ortopedia, o espaço físico é amplo e adequado às necessidades, com boas condições físicas e recursos materiais suficientes para a realização de treino funcional e dos autocuidados de referir: faixas elásticas; pesos; halteres; material de tração; *slings*; dispositivos para treinar a proprioção e o equilíbrio como bolas de treino; camas articuladas; tábua de transferências; bola suíça; dispositivo de mobilização passiva contínua (artromotor); meios auxiliares de marcha (canadianas; andarilhos fixos, tripés (pirâmide de suporte); cadeiras de duche; cadeiras de rodas); cadeirões; superfícies dinâmicas para cama; triângulo de abdução; meios auxiliares de apoio utilizados na recuperação funcional das pessoas salvaguardando segurança e conforto. Note-se que as camas das pessoas são todas de elevação elétrica, o que permite a eficácia e diversidade na permuta de posicionamentos.

Não obstante, esta Unidade de internamento apesar de incluir um ginásio de reabilitação e de um espaço adequado para algumas intervenções com as pessoas, atendendo à situação epidemiológica provocada pelo coronavírus, o treino funcional foi limitado ao internamento, nomeadamente o treino de subida e descida de escadas era realizado nas escadas dos pisos da Instituição Hospitalar.

Face ao exposto, julgamos ter-se tratado de um espaço rico para a formação cidadã e profissional e construção de aprendizagens na área do autocuidado e da capacitação da pessoa, permitindo desenvolver competências diferenciadas, em particular no cuidar de pessoas nos diversos contextos da sua práxis, com foco na capacitação e melhoria da funcionalidade, a maximização da independência e da satisfação da pessoa, sob forma a melhorar os seus índices de autoestima (Regulamento nº 125/2011, de 18 de fevereiro da OE).

Todos os serviços suprarreferidos recorrem ao sistema informático SClínico® - versão SClínico Hospitalar, para efetuar os registos clínicos eletrónicos diários. Trata-se de um *software* aplicacional que usa como referencial de linguagem a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE®], do inglês *International Classification for Nursing Practice do International Council of Nurses*.

1.1.3. Caracterização da População

No que concerne a população alvo dos serviços supramencionados, ao longo dos estágios ter-se-á estabelecido contacto com pessoas de faixas etárias diversas, sendo que nos dois serviços de medicina foi, tendencialmente, uma população mais envelhecida, dependente nas AVD's e com várias patologias associadas. No serviço de ortopedia, uma população também adulta, visto serem admitidas pessoas do foro ortotraumatológico, o que torna possível cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo da vida.

Note-se que, para além da patologia que levou ao internamento e intervenção cirúrgica, a população alvo apresenta frequentemente vários antecedentes que, aliados à idade avançada, pode acarretar períodos mais longos de internamento, de incapacidade funcional e de dependência. As consequências derivadas de uma imobilidade prolongada, apresentam-se como um dos maiores desafios da equipa multidisciplinar, em especial para os EEER. Saliente-se a perda de qualidade de vida fruto das alterações da amplitude articular, défice de força, equilíbrio corporal e alterações ao nível de independência funcional para as AVD's.

1.2. Análise da produção dos cuidados

Para a exequibilidade dos planos de intervenção do EER, deverá ser feita uma avaliação da funcionalidade e definição de diagnósticos de ER e posterior avaliação dos resultados das intervenções implementadas. Para tal, é crucial compreender quais as limitações que provocam a dependência, bem como delinear planos de intervenção no sentido de promover capacidades adaptativas. Devem ser elaborados programas de intervenção adequados às capacidades da pessoa, visando alcançar a máxima autonomia.

Os estágios permitiram-me refletir sobre os conhecimentos teóricos adquiridos em contexto de sala de aula e aplicá-los na prática, permitindo-me mobilizar e adquirir conhecimentos e competências nas áreas da reabilitação respiratória (técnicas respiratórias), da reabilitação motora (técnica de exercício muscular e articular ativa, passiva e ativa assistida, ativa resistida), bem como outras necessidades identificadas no âmbito dos cuidados de enfermagem.

No que respeita à intervenção de cuidados de ER, em todos os contextos da prática de cuidados, foram concebidos e implementados planos de intervenção com vista ao autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade e à otimização e reeducação dos vários sistemas.

Os métodos de trabalho em enfermagem respeitaram o conceito dos cuidados individualizados, concernindo a cada enfermeiro o dever da responsabilidade da análise, planeamento e implementação, na sua execução e permanente monitorização dos cuidados de enfermagem prestados desde a admissão até à alta da pessoa.

No serviço de medicina onde o estágio na área respiratória foi realizado, constatou-se que carecia de folhetos informativos para distribuir às pessoas e também para sintetizar informação útil para os profissionais de saúde. Foram assim elaborados dois folhetos sobre a limpeza e manuseamento do aparelho de ventilação não invasiva, um em contexto hospitalar e outro em contexto domiciliário (Apêndice I). Foi também realizada uma sessão de formação (Apêndice II) sobre esse tema, para os enfermeiros e assistentes operacionais do Serviço de medicina.

No que concerne aos cuidados especializados em ER, nas Unidades de medicina verificou-se uma limitação no espaço físico e o insuficiente rácio de EEER. Como ponto forte referira-se a intervenção da equipa multidisciplinar.

O exercício de cuidados de ER no serviço de ortopedia obedece a alguns protocolos de atuação institucional, nomeadamente na atuação no pós-operatório da prótese total da anca (PTA) – conselhos úteis e também exercícios e marcha; posturas sexuais aconselhadas e desaconselhadas na PTA e pós-operatório na prótese total do joelho. Assim, a atuação do Enfermeiro é complementada com a distribuição de um folheto elucidativo a fim de diminuir a ansiedade e

de diagnosticar eventuais necessidades de intervenções específicas planeadas direccionadas para os resultados. De referir as limitações identificadas neste serviço enquanto aluno e juntamente com a Enfermeira gestora, designadamente, o reduzido número de EEER e o facto dos enfermeiros generalistas serem muito jovens, carecendo experiência na equipa.

Foram republicadas e atualizadas competências relativamente ao desenvolvimento de autocuidados com a publicação do Regulamento nº 392/2019, de 3 de maio da OE: Identificação e gestão dos recursos necessários à consecução das atividades que favorecem a transição saúde/doença e incapacidade; promoção e dinamização de planos que facilitam essa transição; uso de novas tecnologias e técnicas para gerir, intervir, avaliar os processos terapêuticos complexos como resposta às necessidades da pessoa, decorrentes da alteração da funcionalidade a vários níveis e para ensinar a pessoa e o cuidador; demonstração e ensino de técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade) e promoção da mobilidade, acessibilidade e da participação social colaborando na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes organizações.

Na pessoa com deficiência, considera-se que os cuidados prestados devem promover a mobilidade, o desenvolvimento de habilidades com o objetivo de realizar o seu autocuidado e com isto promover a sua autonomia e a qualidade de vida. Para tal, foram elaborados e implementados programas de treino de AVD's com vista à promoção da mobilidade, da acessibilidade e da participação social.

Nesse sentido, foram implementados dois programas de ER em cada serviço de medicina, que incluíram o planeamento, a execução, a avaliação e monitorização dos resultados dos cuidados de enfermagem prestados:

- 1) Programa de reeducação funcional respiratória a uma pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, visando a avaliação do impacto de um programa de reabilitação, de modo a obter melhorias a nível da funcionalidade respiratória e prevenir complicações;
- 2) Programa de RFM individualizado a uma pessoa que sofreu um acidente vascular cerebral (AVC), de modo a obter melhorias a nível da funcionalidade cognitiva e motora e promover o autocuidado.

Os programas de treino motor e cardiorrespiratório foram adequados à pessoa e parte integrante na definição dos objetivos da mesma. Para a avaliação da funcionalidade recorreu-se a instrumentos de avaliação, bem como à deteção de alterações conducentes à incapacidade, para que estas fossem trabalhadas e, eventualmente, ultrapassadas, possibilitando à pessoa a

adaptação à sua condição de saúde. Assim, concluiu-se que os objetivos previamente definidos foram atingidos.

Neste âmbito, julgamos que a pessoa deve ser avaliada de forma holística, de modo a detectar outras possíveis áreas de intervenção, permitindo assim alcançar cuidados especializados e de qualidade, que potenciem o rendimento e o desenvolvimento pessoal.

1.2.1. Problemática e enquadramento conceptual

Atualmente constata-se uma tendência mundial para o envelhecimento populacional e, conseqüentemente, comprova-se um aumento de problemas de saúde associados a diferentes níveis de dependência no autocuidado. Segundo a OE, “no nosso país, como no resto da Europa e outros países em desenvolvimento, o aumento da esperança de vida e o conseqüente envelhecimento da população, acabam por traduzir -se num maior número de pessoas com problemas de saúde e dependências” (Regulamento nº 350/2015, de 22 de junho da OE, p. 16655).

Uma das conseqüências do aumento da esperança de vida que resulta no envelhecimento populacional é o surgimento das doenças crónico-degenerativas, tornando-se as suas complicações predominantes. Ou seja, os seres humanos vivem mais tempo, mas experienciam um maior número de condições crónicas. O aumento no número de doenças crónicas leva a uma maior prevalência de incapacidade funcional (Alves et al., 2008).

O autocuidado é um conceito inerente ao ser humano, não se limitando apenas a atividades que se desenvolvem no dia-a-dia. Este compreende todos os aspetos da vida do indivíduo. O autocuidado está associado à autonomia, na medida em que todas as pessoas têm essa capacidade (Queirós et al., 2014).

O autocuidado universal foi definido como “(...) uma função humana reguladora que as pessoas desempenham deliberadamente por si próprias ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar” (Queirós et al., 2014, p. 159).

Os enfermeiros têm um papel determinante no incentivo ao autocuidado, implementando intervenções com vista à autonomia da pessoa, podendo substituí-la na realização das suas atividades de vida. No Regulamento nº 350/2015, de 22 de Junho, vem pautada a importância da intervenção da ER como de excelência e referência, através da prevenção, recuperação e capacitação da pessoa alvo de cuidados (Regulamento nº 350/2015, de 22 de Junho da OE, p. 16656).

A problemática escolhida para o desenvolvimento do projeto de intervenção foi na área da ortopedia, mais concretamente na pessoa submetida a AA, com especial foco na promoção do autocuidado no período pós-operatório.

A escolha deste tema teve por base a importância do EEER na assistência à pessoa pós-AA, auxiliando na prevenção de complicações e na maximização da autonomia, para que desta forma as pessoas se tornem o mais autónomas possível no desempenho do autocuidado.

O estágio final teve uma duração de 336 horas de contacto, das quais 210 horas correspondem ao período onde foi desenvolvido o projeto de intervenção descrito no Capítulo II.

No contexto de prática clínica, verificou-se que as pessoas com patologias do foro ortotraumatológico apresentavam mais frequentemente os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- Autocuidados: vestir-se, transferir-se, uso do sanitário e higiene comprometidos;
- Dor músculo-esquelética presente à mobilização do membro inferior;
- Conhecimento não demonstrado sobre processo patológico e sobre cuidados de segurança;
- Movimento muscular e articular comprometidos;
- Mobilidade comprometida;
- Capacidade de utilização dos meios auxiliares de marcha diminuída.

As principais necessidades das pessoas submetidas a AA incluem a dependência ao nível dos autocuidados relacionada com a restrição funcional e a falta de conhecimento acerca da intervenção cirúrgica e dos aspetos a ter em consideração após a mesma. Na sequência da identificação das necessidades de cuidados e respetivas intervenções suscetíveis de facilitar as transições da doença para a saúde, foi analisada a possibilidade de intervir no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados.

Apesar de na Unidade de internamento de ortopedia as pessoas disporem de um conjunto de cuidados de ER que podem melhorar o seu desempenho nas AVD's, essa prestação de cuidados não é totalmente uniformizada, dependendo não só dos juízos clínicos de cada enfermeiro, mas também das intervenções que, individualmente, consideram pertinentes planear e implementar.

No que respeita a atuação do EEER para a reabilitação das pessoas submetidas a AA, na Unidade de internamento de ortopedia em causa, não existe um protocolo de atuação, sendo os cuidados de ER prestados às pessoas de acordo com o critério de cada EEER e dirigidos às necessidades e aos diagnósticos de ER identificados por este. Deste modo, identificou-se como problemática do projeto de intervenção a capacitação das pessoas submetidas a AA, visando a máxima recuperação da funcionalidade, procurando-se aprofundar conhecimentos sobre as intervenções dos EEER que de alguma forma contribuem para essa mesma recuperação.

1.3. Definição de objetivos

A reflexão efetuada sobre o envolvimento no contexto e a produção de cuidados resultou em uma necessidade de validar um conjunto de intervenções que visavam contribuir para a melhoria de qualidade dos cuidados prestados, de maneira a responder aos propósitos do projeto, fornecer um maior contributo para a recuperação global e marcha eficaz das pessoas submetidas a AA, mas também desenvolver as competências de EEER e de mestre.

Assim, a elaboração do presente Relatório de Estágio teve como objetivo geral a obtenção do grau de Mestre em ER. Foram, portanto, definidos objetivos específicos de Mestre, designadamente:

- Contextualizar a temática do projeto, articulando-a com o papel do EEER no cuidado à pessoa submetida a AA;
- Realizar uma análise crítica e reflexiva da produção dos cuidados de enfermagem;
- Apresentar o Projeto de Intervenção no serviço realizado, ao qual se aplicou um programa de RFM de capacitação para o autocuidado da pessoa submetida a AA.

Foram ainda delineados os seguintes objetivos de especialista:

- Identificar alterações a nível da função cognitiva, do desempenho de AVD's, da dor, do equilíbrio corporal e da força muscular do membro inferior das pessoas submetidas a AA;
- Identificar as limitações funcionais da pessoa submetida a AA;
- Identificar os diagnósticos de ER;
- Identificar os benefícios de um programa de RFM para a capacitação para o autocuidado da pessoa submetida a AA;
- Planear os cuidados de ER, tendo em consideração o diagnóstico clínico, os antecedentes pessoais, os diagnósticos de ER definidos e a história de doença atual;
- Implementar um programa de intervenção de ER dirigido ao treino funcional e de AVD's;
- Identificar os benefícios da implementação dos cuidados de ER;
- Avaliar os resultados do programa de RFM implementado;
- Adequar e individualizar as técnicas de RFM para as necessidades e objetivos da pessoa submetida a AA.

CAPÍTULO II – PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

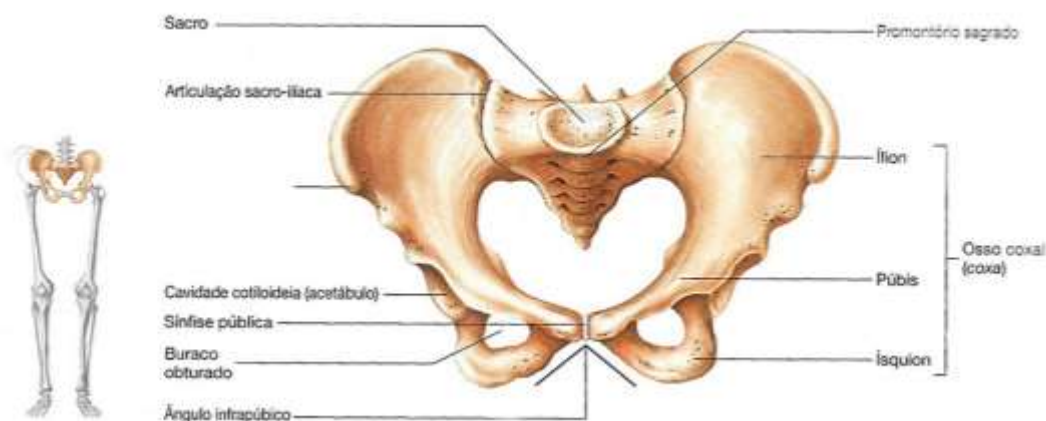
2.1. Fundamentação Teórica

2.1.1. Cíngulo do Membro Inferior

Os dois ossos coxais, direito e esquerdo, que formam a anca ou cintura pélvica, reúnem-se um com o outro anteriormente na sínfise púbica e, posteriormente, articulam-se com a face articular da parte lateral do osso sacro para formar um anel ósseo designado bacia óssea ou pelve (VanPutte et al., 2016; Seeley et al., 2003). O cíngulo do membro inferior é uma formação anatómica importante, constituído por uma parte sacrococcígea da coluna vertebral, pelos ossos coxais e pelas articulações e ligamentos que unem estes ossos entre si (Pina, 2010).

A cintura pélvica é o local de articulação dos membros inferiores com o tronco tendo como funções suportar o peso do corpo e proteger os órgãos internos. Os dois ossos coxais apresentam na superfície lateral uma fossa designada de acetábulo, local onde o membro inferior se articula com a cintura pélvica. Cada osso coxal é formado pela fusão, durante o desenvolvimento, de três ossos: o ílio, o ísquio e o púbis, que se reúnem perto do centro do acetábulo (VanPutte et al., 2016; Seeley et al., 2003). A Figura nº 1 ilustra as estruturas anatómicas da cintura pélvica.

Figura nº 1 – Cintura pélvica: vista ântero-posterior (Seeley et al., 2003, pp. 239).

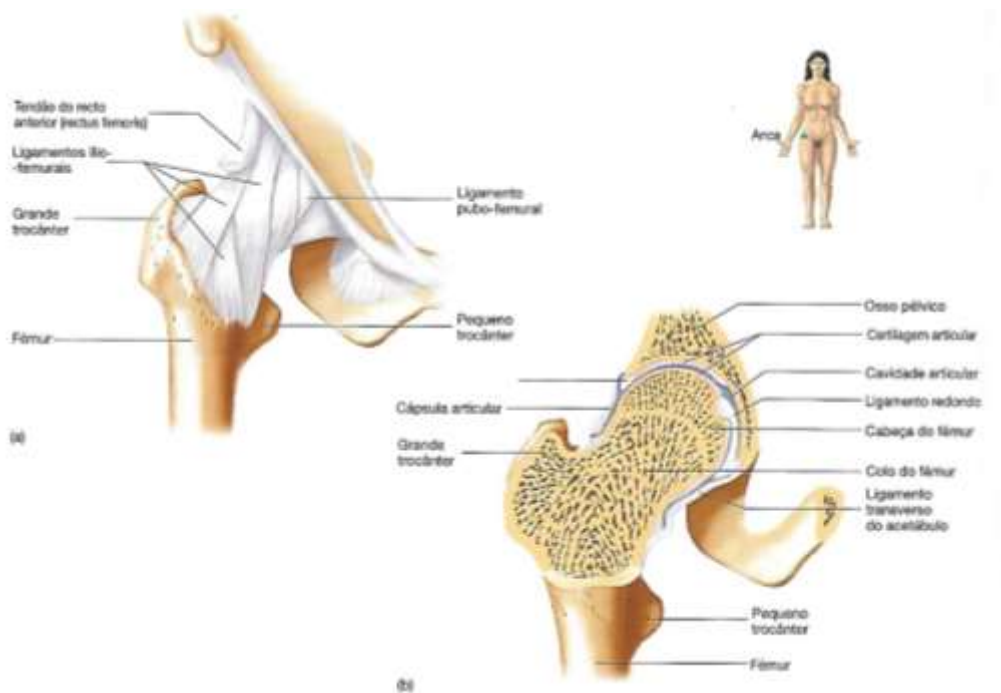


A articulação da anca ou coxo-femoral representada na Figura nº 2 é uma articulação entre a cabeça do fémur e o acetábulo do osso coxal. Dada a sua localização profunda e por se

encontrar envolvida por grandes massas musculares, é considerada a mais robusta articulação do corpo humano, muito estável devido às forças a que se encontra sujeita (Pina, 2010).

Trata-se de uma articulação sinovial simples, do tipo esferóide ou meia enartrose e multiaxial, ou seja, capaz de realizar movimentos em todos os eixos e planos, incluindo movimentos de flexão, extensão, abdução, adução, rotação e circundução (Seeley et al., 2003).

Figura nº 2 – Articulação da anca ou coxofemoral direita: (a) vista anterior (b) secção frontal (Seeley et al., 2003, pp. 266).



A cavidade cotiloideia é acentuada no seu rebordo por um cordão fibrocartilágneo designado debrum cotiloideu ou acetabular, incompleto na sua porção inferior, e por um ligamento transverso do acetábulo, que cruza a chanfradura isquiopúbica no bordo inferior do acetábulo. Esta articulação possui uma cápsula articular extremamente forte, reforçada por diversos ligamentos, que se estende do rebordo cotiloideu ao colo do fémur (VanPutte et al., 2016).

Como todas as articulações móveis, também a cápsula articular da articulação coxofemoral tem prolongamentos que dão origem a bolsas serosas ou bursas situadas inferiormente aos músculos e tendões peri-articulares: bolsa serosa do ílio-psoas; bolsa serosa dos músculos glúteos; a bolsa serosa do músculo obturador interno; a bolsa serosa do músculo obturador externo; a bolsa serosa do músculo quadrado femoral e a bolsa serosa do músculo piriforme (Pina, 2010).

2.1.2. A problemática: artroplastia da anca

Com a idade, o tecido conectivo das articulações torna-se menos elástico e flexível. A rigidez articular resultante aumenta a taxa de desgaste nas superfícies articulares (VanPutte et al., 2016). A osteoartrose ou artrose pode ser definida como uma doença articular degenerativa, resultante da falência de vários processos de reparação face a múltiplas agressões e lesões sofridas pela articulação (DGS, 2004). É considerada como a patologia músculo-esquelética mais frequente a nível mundial, sendo um importante problema de saúde. Afeta principalmente as articulações de carga que estão sujeitas a maior desgaste, como é o caso da anca (Lucas & Monjardino, 2010).

A osteoartrose na anca, ou coxartrose, consiste numa doença do sistema músculo-esquelético de carácter degenerativo que afeta a articulação coxofemoral. A coxartrose manifesta-se clinicamente por dor contínua localizada no quadril, restrição da amplitude de movimento, rigidez articular após repouso, crepitação e aumento do volume articular, impotência funcional com perda de mobilidade e alteração da marcha. A dor é o principal sintoma que é motivada pela destruição da cartilagem e pela estimulação excessiva da propriocepção dos tecidos adjacentes à articulação desencadeada pela fricção aumentada da articulação doente. As pessoas com um estadio de coxartrose mais avançado apresentam incapacidade progressiva para realizar as atividades como calçar meias, abotoar os sapatos ou sentar numa cadeira baixa (Hebert et al., 2017).

Como se trata de um processo degenerativo articular que acaba por cursar com a destruição da cartilagem, o tratamento conservador deixa de ser suficiente, sendo necessária a intervenção cirúrgica para coxartrose. A maior indicação para a artroplastia, em pelo menos um dos lados, é a patologia da anca dolorosa e grave. A cirurgia consiste na remoção do osso ou da cartilagem danificada na articulação, modificação das superfícies articulares que fazem carga ou mesmo a substituição por prótese da anca de material sintético que é semelhante à anatomia humana (Hebert et al., 2017). A ATA consiste em um procedimento cirúrgico ortopédico de substituição da articulação da anca, realizado com o objetivo de promover a qualidade de vida através do alívio da dor e diminuição da rigidez articular e/ou melhoria da função da pessoa com coxartrose, capacitando-o para retomar as suas AVD's (DGS, 2013).

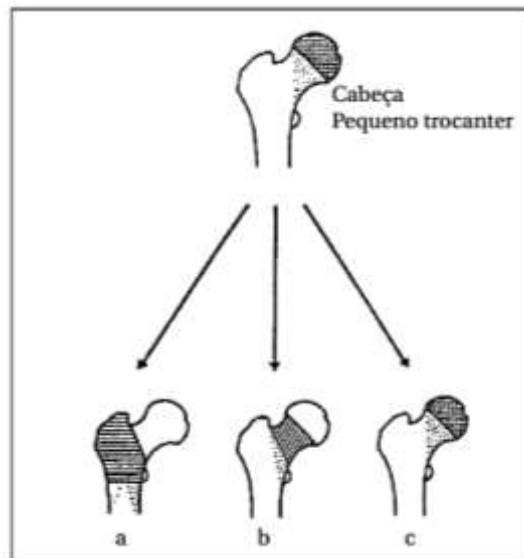
Trata-se de um tratamento cada vez mais frequente para os indivíduos com mais de 64 anos de idade com diagnóstico de coxartrose, sendo expectável uma boa recuperação (Nankaku et al., 2013). A ATA deve ser considerada em pessoas com artropatia da anca que mantenham dor

ou limitação na realização das AVD's, na ausência de sucesso com o tratamento conservador ou outros tratamentos cirúrgicos prévios (DGS, 2013).

Em Portugal, segundo o EpiReumaPt (2011/2013) a prevalência de coxartrose é de 2,9%. Conforme o Relatório Anual de 2013 do Registo Português de Artroplastia [RPA], foram registadas em Portugal, durante o ano de 2013, 9.223 artroplastias das quais 4.440 correspondem a artroplastia primária da anca (RPA, 2014).

Um traumatismo mínimo ou moderado pode ser responsável por uma fratura no 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, designada de fratura da extremidade proximal do fémur. Estas fraturas são, frequentemente, consequência de uma queda sobre osso fragilizado, osteoporótico e, consoante a localização da mesma, podem ser classificadas em fraturas trocantéricas, do colo e as subtrocantéricas (DGS, 2003b) conforme ilustrado na Figura nº 3.

Figura nº 3 – Fraturas da extremidade proximal do fémur (DGS, 2003b).



Legenda: (a) fraturas trocantéricas, ocorrem na área limitada acima pela linha intertrocantérica e, abaixo, pelo limite distal do pequeno trocânter; (b) fraturas do colo, situadas entre a cabeça e a área trocantérica (subdividem-se em subcapitais, transcervicais e basicervicais); (c) fraturas subtrocantéricas, ocorrem no segmento entre o limite inferior do pequeno trocânter e um nível 5 cm abaixo deste.

As taxas de mortalidade e de morbilidade associadas a estas fraturas são elevadas, sendo que apenas 50% das pessoas recuperam a sua função anterior, e ao fim de 6 meses, 17 a 30% das pessoas acabam por falecer (DGS, 2003b). Na população idosa com esse tipo de fratura têm uma mortalidade estimada de 20% a 30% no ano seguinte à ocorrência da lesão e apenas 15%

destas pessoas recuperam a capacidade funcional inicial, o que caracteriza esta doença como a principal causa de morte por trauma em indivíduos com mais de 75 anos de idade (Daniachi, et al., 2015).

Verifica-se um aumento da incidência de fraturas da extremidade proximal do fémur em pessoas com a idade avançada (mais de 70 anos), sexo feminino, estando relacionadas com fatores de risco, tais como doenças prévias associadas, doenças que afetam o metabolismo ósseo (ex.: osteoporose e osteopenia), formação de colagénio, remodelação óssea e fármacos (ex.: bisfosfonatos e glucocorticoides) (Brennan, et al., 2019; Mesquita, et al., 2009).

As causas mais frequentes e que estão na origem da maioria das indicações para a ATA são: osteoartrose primária e secundária; osteonecrose da cabeça femoral; doença inflamatória da anca e fratura do colo do fémur (DGS, 2013).

A substituição protésica é usada em pessoas mais velhas com fraturas deslocadas, com o objetivo de minimizar as complicações. A ATA substitui o acetábulo e o colo do fémur com a prótese, já a hemi-artroplastia substitui apenas o colo do fémur (Olson, 2011).

A DGS (2003b) recomenda a intervenção cirúrgica da artroplastia parcial da anca [APA] (tipo prótese de Moore) quando se tratam de pessoas com idade avançada e/ou com pouca mobilidade. No caso das pessoas desse grupo etário apresentarem uma boa atividade física, sem sinais clínicos de artrose na anca, está recomendada a artroplastia parcial com a cabeça fisiológica ou bipolar. Nas pessoas com uma esperança de vida alargada e com um bom potencial funcional, está indicado o sistema de osteossíntese com parafuso dinâmico de deslizamento e placa. Já no caso das fraturas subcapitais descoaptadas e nas fraturas transcervicais, deverá proceder-se à substituição da cabeça do fémur através de APA ou ATA (DGS, 2003b). Na fratura do colo do fémur, a ATA pode ser considerada como tratamento de primeira opção (DGS, 2013).

A ATA está indicada para pessoas que apresentam uma articulação artrítica dolorosa, incapacitante e que não responde ao tratamento conservador. Não obstante, existem contraindicações, como a infeção ativa local ou sistémica, a imaturidade esquelética, a paraplegia ou tetraplegia, a obesidade mórbida, a artropatia de Charcot, a doença neurológica ou neuromuscular incapacitante e/ou progressiva (Hebert et al., 2017).

Relativamente às complicações que advêm do procedimento cirúrgico, estas estão relacionadas sobretudo com questões clínicas, tais como: trombose venosa profunda, embolia pulmonar, arritmia cardíaca, enfarte do miocárdio, anemia e infeção do trato respiratório e urinário, lesão vascular, fadiga e afundamento da haste e infeção da prótese (Hebert et al., 2017). Outra complicação que ocorre com frequência até seis semanas após a cirurgia é a luxação da prótese. Esta resulta da retroversão do componente acetabular e da tensão inadequada das partes moles

que ocorre devido ao movimento ou a um posicionamento para além dos limites aconselhados de mobilidade de articulação, geralmente em flexão superior a 90º ou em rotação interna (Hebert et al., 2017). Segundo Vital & Cameron (2009), esta é a complicação mais frequente no pós-operatório, em especial na primeira semana após a cirurgia, sendo a incidência de aproximadamente de 4% antes de completar um mês (Vital & Cameron, 2009).

Atualmente, a cirurgia ortopédica recorre a materiais que proporcionam a estabilidade necessária para o início rápido da mobilização e da locomoção. Apesar de se constatar que a cirurgia ortopédica tem evoluído bastante nos últimos anos, recorrendo a procedimentos cirúrgicos menos invasivos que reduzem as limitações pós-operatórias, verificam-se ainda limitações consideráveis no pós-operatório no caso de pessoas submetidas a AA que se refletem no autocuidado, a saber: alterações da mobilidade, alterações da amplitude articular, défice de força, equilíbrio corporal, alterações ao nível da autonomia para as AVD'S (van Silfhout & Edwards, 2020; DGS, 2003b).

Face ao exposto, são necessárias medidas que previnam as complicações pós-cirúrgicas e possibilitem a reabilitação da pessoa e retorno ao nível funcional anterior ou ao nível funcional máximo, como uma abordagem multidisciplinar no internamento (DGS, 2003b).

2.1.3. A intervenção do EEER no período pós-operatório

Os cuidados de ER constituem uma área da intervenção especializada que decorre de conhecimentos e procedimentos específicos à pessoa com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas, que permitem maximizar o potencial funcional e independência da pessoa (Regulamento nº 125/2011, de 18 de fevereiro, da OE, p. 5). Esses cuidados têm foco na manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, na recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização de capacidades (Regulamento nº 350/2015, de 22 de Junho da OE, p. 16656) como por exemplo na realização das AVD's.

Segundo Pestana (2017), a reabilitação envolve diversas etapas e intervenientes, tais como os profissionais de saúde, pessoas, família e/ou cuidadores, para alcançar os objetivos inicialmente delineados. A reabilitação é um processo contínuo, que implica a realização de atividade ao longo do tempo e que pressupõe uma certa regularidade da mesma (Pestana, 2017).

No âmbito das competências específicas, o EEER cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, avaliando a funcionalidade e efetuando diagnóstico de alterações que determinam limitações da atividade e

incapacidades na pessoa, concebendo planos de intervenção para promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado, no âmbito de ação do EEER, em parceria com a pessoa/cuidador e ainda implementando intervenções com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade (Regulamento nº 392/2019, de 3 de maio da OE, p.13566-13567).

A literatura existente comprova que a intervenção de ER desempenha um papel essencial nos ganhos em saúde, para a pessoa submetida a AA, para a família, bem como para a comunidade, através da avaliação das necessidades, planeamento dos cuidados e desenvolvimento dos mesmo em parceria com a pessoa e família (Martins & Fernandes, 2009).

No âmbito da minha experiência pessoal, os cuidadores parecem apresentar poucos conhecimentos sobre o processo de reabilitação da pessoa, dado que apenas são fornecidas as orientações aos familiares no momento da alta hospitalar cingindo-se aos cuidados físicos, não valorizando a componente psicológica e a social. Considerando que o cuidador familiar se encontra numa situação de grande sobrecarga física, o suporte social e psicológico não pode ser descuidado.

Consideramos que é crucial a existência de um adequado apoio familiar para que a pessoa submetida a AA possa ter uma vida digna com qualidade de vida na saúde, integrada na sociedade em que vive. A intervenção dos vários participantes – enfermeiro, pessoa e família/cuidadores – deve assim ser precoce e continuada no tempo necessário à reabilitação, de modo a recuperar ao máximo a funcionalidade.

Roper, Logan e Tierney destacaram, no seu Modelo de Enfermagem, a importância de o profissional de Enfermagem avaliar nas várias atividades o nível de dependência da pessoa, dado que tal permite delinear as intervenções necessárias relativas à assistência às pessoas para que sejam alcançados os objetivos exequíveis em cada caso (Holland & Jenkins, 2019).

O processo de reabilitação na pessoa submetida a ATA envolve a intervenção educacional no período pré-operatório e a intervenção educacional no período pós-operatório (Sousa & Carvalho, 2017a), sendo a última abordada neste trabalho.

Para a pessoa submetida a AA que apresenta alterações da mobilidade no pós-operatório, a reabilitação deve ser direcionada visando a maior autonomia, funcionalidade e qualidade de vida (Lemos et al., 2009). De facto, as pessoas evidenciam uma perda de força entre 3 a 4% por dia durante a primeira semana após a cirurgia devido à imobilização pelo que a restauração da força e função reduz complicações pós-cirúrgicas (Lemmey & Okoro, 2013). Logo, os programas de reeducação funcional de ER assumem um papel relevante tanto na manutenção como na

reabilitação da mobilidade das pessoas, ao permitir maximizar a sua autonomia a nível dos autocuidados. Não podemos deixar de reforçar a importância da recuperação funcional da pessoa submetida a AA após a alta hospitalar, especialmente, tendo em conta que muitos destes indivíduos são idosos que irão ser cuidados por pessoas na mesma faixa etária. Ao otimizar-se a autonomia da pessoa são evitados maiores impactos adversos na dinâmica da família e comunidade onde está inserida.

Vários autores sublinham a importância da intervenção do EEER no período pós-operatório na melhoria da autonomia da pessoa fragilizada nos autocuidados, promovendo uma recuperação mais rápida o que permite uma independência nas AVD's mais precoce e qualidade de vida relacionada com a saúde, com retoma mais rápida da vida normal da pessoa (Lemmey & Okoro, 2013; Loures & Leite, 2012). O EEER auxilia na readaptação da pessoa à nova situação e contexto de vida, que inclui comprometimento ao nível da mobilidade e autonomia, pelo que se conclui que leva a ganhos na autonomia da pessoa tanto em contexto hospitalar como na comunidade.

No período pós-operatório, o EEER estabelece um programa de reabilitação com foco na prevenção de complicações, como a luxação e subluxação da articulação coxofemoral comum nas primeiras semanas após a cirurgia quando a resistência dos tecidos ainda não foi recuperada, na melhoria da funcionalidade da pessoa e na capacidade de autocuidado e desempenho das AVD's, redefinindo estratégias para a promoção da reinserção social, familiar e profissional (Garção & Grilo, 2019; Sousa & Carvalho, 2017b). Segundo Lemmey e Okoro (2013), estes programas direcionam as intervenções para restabelecer a amplitude de movimento, incluindo exercícios e atividades funcionais da anca, geralmente sem carga externa (Lemmey & Okoro, 2013).

Assim, o programa de RFM após AA engloba as intervenções direcionadas para a reabilitação funcional e motora que visam a capacitação da pessoa submetida a AA e o autocuidado, a autonomia e independência da mesma, tais como (Sousa & Carvalho, 2017a):

- Posicionamentos no leito, explicando à pessoa quais as posições a adotar e a importância da alternância de decúbitos (instrução e precaução sobre a ocorrência de luxação da anca);
- Ensinar, instruir e treinar o levantar da cama;
- Ensinar, instruir e treinar o sentar e levantar da cadeira;
- Ensinar, instruir e treinar o uso base da banheira/chuveiro;
- Ensinar, instruir e treinar o uso do sanitário;
- Exercícios isométricos dos quadricípites, glúteos e abdominais;

- Exercícios isotônicos: movimentos ativos da articulação tibiotársica (dorsiflexão); flexão/extensão da articulação coxofemoral associada com extensão/flexão do joelho;
- Ensinar, instruir e treinar transferência da cama para a cadeira e vice-versa;
- Treino de marcha com canadianas ou outro auxiliar de marcha;
- Treino de subir e descer escadas;
- Ensinar, instruir e treinar o entrar e sair do carro;
- Ensinar, instruir e treinar o apanhar objetos do chão.

Devem ser ensinados e treinos os autocuidados como transferências, higiene, ir ao sanitário, vestuário, deambular com auxiliar de marcha e subir e descer escadas (Sousa & Carvalho, 2017a). A Tabela nº 1 esquematiza a intervenção educacional da pessoa submetida a ATA com abordagem posterior, no período pós-operatório.

Tabela nº 1 – Intervenção educacional da pessoa submetida a ATA com abordagem posterior, no período pós-operatório (adaptado de Sousa & Carvalho, 2017a, pp. 412).




ENSINAR, INSTRUIR E TREINAR	DESCRIÇÃO E ILUSTRAÇÃO	
Posicionamentos no Leito		Evitar os movimentos luxantes em: <ul style="list-style-type: none"> • Decúbito lateral para o lado não intervencionado. • Decúbito Semi-dorsal para o lado intervencionado. • Decúbito Dorsal.
Extensão Lombo-Pélvica Ou meia ponte		<ol style="list-style-type: none"> 1. Colocar o membro intervencionado em extensão. 2. Fletir o membro não intervencionado. 3. Usando a força de ambos os membros superiores para elevar a região lombo-pélvica.
Levante da cama		<ol style="list-style-type: none"> 1. Sair pelo lado do membro intervencionado. 2. Sentar na cama, apoiado nos antebraços, evitando fletir o tronco para além de 90º graus, com o membro intervencionado em extensão. 3. Fletir o membro sã, rodar até tocar no chão.

Tabela nº 1 – (continuação).

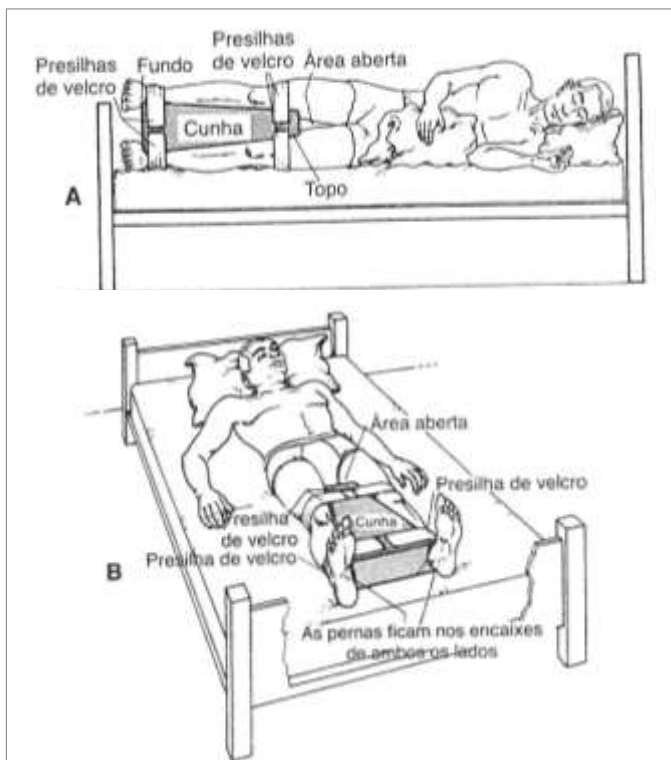
ENSINAR, INSTRUIR E TREINAR	DESCRIÇÃO E ILUSTRAÇÃO	
Uso do sanitário		<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizar o alteador de sanita. 2. Colocar o membro intervencionado em extensão antes de se sentar. 3. Apoiar-se nas barras e baixar-se lentamente usando a força de ambos os membros superiores.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

Atendendo às possíveis complicações associadas à artroplastia referidas no Capítulo I, os fenómenos tromboembólicos podem ser evitados com a realização de exercícios ativos e isométricos da articulação tibiotársica e o ensino e encorajamento da pessoa a fazer a mobilização ativa da articulação (flexão/extensão) para promover o retorno venoso (Sousa & Carvalho, 2017b; Vital & Cameron, 2009). Não pode ser descurada a monitorização da coloração e temperatura da pele bem como sensibilidade, dor, pulso e sinais de edema no membro operado (Olson, 2011).

Está recomendado que: a pessoa saia da cama pelo lado intervencionado, sem fazer carga, manter sempre a abdução sem fazer flexão acentuada da articulação coxofemoral; a pessoa ao sentar-se, recorra a cadeiras altas e mantenha as pernas abduzidas e ao usar o sanitário a pessoa não curve o corpo para a frente e de preferência use o alteador de sanita para evitar assim a flexão acentuada da articulação coxofemoral (Vital & Cameron, 2009).

Após a ATA devem ser evitados os movimentos de flexão, abdução ou rotação da anca, devendo a flexão ser limitada a 90º durante dois a três meses. Para evitar a adução do membro operado pode-se utilizar almofadas ou talas de abdução sempre que a pessoa está em decúbito dorsal ou lateral, conforme ilustrado na Figura nº 4, até a cápsula estar cicatrizada. É recomendado evitar o posicionamento sobre o lado operado para prevenir a adução do membro operado (Olson, 2011).

Figura nº 4 – Pessoa com fratura da anca ou submetida a AA (Olson, 2011, pp. 429).



Legenda: (A) Pessoa com fratura da anca ou submetida a AA posicionada sobre o lado não envolvido. A anca afetada está ligeiramente fletida. A cunha de esponja (ou almofadas) é usada para manter o afastamento das pernas e as articulações da anca em abdução. Note-se o limite de flexão de 90º a nível da anca. (B) A mesma pessoa vista de frente, ilustrando o uso do apoio cunha de espuma (ou almofadas) entre os joelhos e pernas para manter as articulações da anca em abdução. O topo deve estar firme e uniformemente suportado, a cunha não deve cair nem se deve permitir que os joelhos se toquem.

Uma forma de prevenir a luxação ou subluxação da prótese na prestação de cuidados no período pós-operatório da ATA (abordagem posterior) é garantindo a colocação de um triângulo abductor ou uma almofada de dupla abdução, entre os membros inferiores da pessoa, quando a pessoa se encontra em decúbito dorsal ou lateral, desde que esta sai do bloco operatório até ao momento da alta clínica, para evitar a adução. À pessoa deve-se efetuar o ensino sobre a evicção da flexão da articulação coxofemoral acima de 90º, da adução que ultrapasse a linha média e da rotação interna (Sousa & Carvalho, 2017a).

No caso de fraturas operadas de APA ou ATA devem ser tomados os devidos cuidados para prevenir a luxação da prótese, durante 8 a 10 semanas. As limitações variam de acordo com a via de abordagem cirúrgica utilizada, isto é:

“(a) Via de abordagem anterior ou ântero-externa – Não efetuar flexão acima dos 70-90º, rotação externa ou adução (para além da linha média) e, sobretudo, não efetuar estes movimentos em combinação. Não efetuar a hiperextensão da anca.

(b) Via de abordagem posterior – não ultrapassar 70º - 90º de flexão, não efetuar rotação interna, adução (para além da linha média) ou a combinação destes movimentos”. (DGS, 2003b, p. 23).

A carga sobre o membro operado, durante o treino de marcha, pode ser efetuada com ou sem restrições dependendo da estabilidade da fratura e do tipo de implante utilizado, pelo que é o ortopedista que indica (DGS, 2003b). Apesar de a carga ser restringida por forma a reduzir a força de distração na prótese, no caso das próteses cimentadas, as pessoas frequentemente podem efetuar carga devendo ser respeitadas as limitações impostas pela tolerância da pessoa (Olson, 2011).

Segundo a DGS (2003b), o estudo das ajudas técnicas e programação da alta clínica e da reinserção na comunidade, no que respeita à reeducação funcional deve ser iniciada a mobilização da anca operada e treino de marcha 24-48 horas após a cirurgia, apenas com restrições impostas pela tolerância e capacidade funcional da pessoa. A transferência da pessoa do leito para a cadeira pode efetuar-se desde que esteja hemodinamicamente estável (DGS, 2003b).

No caso das pessoas que, antes da fratura realizavam a marcha, está aconselhado fazer o treino com o auxiliar mais adequado para a suas capacidades, que, habitualmente, é o andarilho (DGS, 2003b), pois permite que a pessoa aplique parte do seu peso nos membros superiores e mantenha um equilíbrio e postura corretos (Olson, 2011).

Segundo a DGS (2003b), o processo de reabilitação na pessoa com fraturas da extremidade proximal do fémur deverá incluir durante os primeiros dias de internamento, uma avaliação clínica, funcional, sociofamiliar e dos recursos na comunidade, realizada por uma equipa multidisciplinar, com inclusão dos Serviços de orto-Traumatologia e de anestesia, do serviço de medicina física e de reabilitação, enfermeiro de reabilitação e técnico do serviço social. Para tal, é desejável que seja efetuada uma avaliação funcional e intervenção não só na própria pessoa, mas também uma intervenção junto dos familiares/ prestadores de cuidados e ainda a nível do meio ambiente envolvente (DGS, 2003b). Só assim é possível determinar o potencial de reabilitação e os objetivos a atingir e estabelecer o programa de reabilitação, atentando para a mobilização da pessoa imediatamente após a cirurgia com vista a um rápido retorno ao seu nível funcional anterior e à reinserção na comunidade (DGS, 2003b).

Os exercícios de RFM após o tratamento cirúrgico da fratura deverão assentar em três principais vertentes: mobilização articular da anca operada e restantes articulações dos membros; fortalecimento muscular, em especial do membro operado, em isometria ou através de exercícios isotónicos e treino de transferências e de marcha, dependentes do potencial da pessoa (DGS, 2003b).

Sabe-se que a mobilização precoce está associada a durações do tempo de internamento mais curtas. Os exercícios de força tornam-se mais eficazes quando iniciados precocemente após AA, devendo ser simples, bem descritos e básicos (Bandholm & Kehlet, 2012). O Programa *Norwich Enhanced Recovery Programme* (NERP) revelou-se bem-sucedido na redução da estadia hospitalar (média de 3,5 dias) com complicações mínimas após a ATA. As pessoas que experimentaram o NERP iniciaram a mobilização no dia da operação (4 a 6 horas de pós-operatório sob a analgesia por infiltração local), apresentaram uma redução significativa da dor e na duração da estadia hospitalar em comparação com os que não o fizeram (Smith et al., 2012). Mori et al. (2017) recomendam o levante nas primeiras 24 horas após a cirurgia e a realização de exercícios com as pernas dentro e fora da cama, sendo elaborado um plano individualizado de reabilitação com a colaboração da equipa multidisciplinar de profissionais de saúde.

Lemmey e Okoro (2013) relataram uma redução no músculo quadríceps de 9 a 13% e da força extensora voluntária máxima de 30% no membro operado, comparativamente ao membro contra lateral e 10 a 20% de redução na força dos músculos flexores, extensores e abdutores da anca e músculos extensores do joelho. Assim, após 4 a 5 meses da cirurgia, só conseguiam gerar 60% da força de flexão da anca. Tendo em conta que a força muscular está diretamente relacionada com a massa muscular, os autores concluíram que os programas de reabilitação padrão

são incapazes de evitar a atrofia muscular, revelando-se insuficiente para restaurar adequadamente a massa muscular, a força muscular e a capacidade funcional, sendo mais eficazes os programas de exercícios de reabilitação mais intensos para as pessoas submetidos a esta cirurgia (Lemmey & Okoro, 2013).

Devido à perda exacerbada da força muscular promovida pela cirurgia e pelo repouso no leito, frequentemente as pessoas apresentam função motora comprometida, tornando-se imperioso estabelecer um programa de exercícios intensivo (Lemmey & Okoro, 2013). A bibliografia refere que o treino de resistência progressiva deve ser iniciado logo após a cirurgia e que é um método eficaz no restabelecimento da massa muscular, força e contração muscular, assim como no desempenho funcional, reduzindo o tempo de internamento sem, no entanto, aumentar a taxa de complicações. A progressão dos exercícios de resistência é necessária para evitar a adaptação fisiológica (Lemmey & Okoro, 2013; Okoro et al., 2012). Este método mostrou-se eficaz para induzir a hipertrofia muscular, aumentar a força e o desempenho funcional quando executado quer no domicílio quer em centros especializados (Lemmey & Okoro, 2013).

O fortalecimento muscular do membro operado deve ser realizado através de: exercícios isométricos do quadríceps, extensores e abdutores da coxa; exercícios isotônicos de amplitude de movimento através de mobilizações ativas-assistidas da articulação coxo-femoral dentro de amplitudes protegidas; mobilizações ativas, no leito, de flexão e extensão do joelho com deslizamento do calcâneo na base do leito e mobilizações ativas da articulação coxo-femoral na posição ortostática (Hoeman et al., 2011).

No momento da alta clínica, o enfermeiro deve desenvolver um planeamento de alta eficaz com a participação da pessoa/família e restantes profissionais de saúde para garantir a reintegração pessoa/família na comunidade e a continuidade dos cuidados e o bem-estar da pessoa e para reduzir o tempo de internamento e o número de readmissões.

Conclui-se que são necessários estudos para poder definir o tipo de exercícios mais eficazes conducentes à máxima recuperação após ATA.

2.2. Metodologia

2.2.1. Tipo de estudo

Os estudos de caso enquadram-se em uma abordagem qualitativa e são frequentemente utilizados com vista à obtenção de dados na área dos estudos organizacionais. Um caso pode ser definido como um “fenómeno de certa natureza ocorrendo num dado contexto”, sendo uma unidade de análise. A utilização dos estudos de caso pode envolver, quer as situações de estudo de um único caso, quer situações de estudo de casos múltiplos (Vilelas, 2020).

No sentido de dar resposta aos objetivos traçados, o Projeto de intervenção teve por base o modelo de estudo de casos múltiplos, tendo sido avaliadas as Atividades de Vida e definidos os diagnósticos de ER, a partir dos quais as intervenções foram planeadas e executadas, com posterior avaliação dos resultados.

Trata-se de um modelo qualitativo que inclui mais de um caso único, capaz de analisar os dados dentro de cada situação e também através de diferentes situações, ao contrário de quando é escolhido um único estudo de caso (Yin, 2012). Considerando o contexto prático, onde estão associadas várias experiências, foi selecionada esta metodologia, visto pretender-se estudar múltiplos casos para compreender as diferenças e as semelhanças entre eles.

Este tipo de estudo, quando comparado com o estudo de caso, apresenta alguns benefícios, nomeadamente a maior fiabilidade dos resultados e conclusões. Além disso, o investigador é capaz de analisar os dados dentro de cada situação e através de diferentes situações. O investigador estuda vários casos para compreender as semelhanças e diferenças entre os casos individuais, o que possibilita uma compreensão mais profunda dos casos como uma unidade social. Os estudos de casos múltiplos permitem também uma exploração mais abrangente das questões de investigação e desenvolvimento teórico. Quando as sugestões são mais intensamente fundamentadas em diferentes evidências, este tipo de estudo de caso cria então uma teoria mais convincente (Heale & Twycross, 2018; Gustafsson, 2017).

2.2.2. População e amostra

A implementação do presente projeto de intervenção decorreu no período de 25/11/21 a 04/03/22, em uma Unidade de ortopedia da Instituição de Saúde no sul do país.

A população-alvo definida para este programa de intervenção incluiu a pessoa submetida a AA, internada no serviço de ortopedia, da Instituição de Saúde no sul do país, admitida no contexto da prática de cuidados, no período suprarreferido.

Para a implementação deste projeto de intervenção, definiram-se como critérios de inclusão:

- Pessoa submetida a AA;
- Pessoa com alteração na autonomia para a realização das AVD's.

A definição dos critérios de inclusão bem como o tempo disponível para implementação do programa de intervenção refletem o recurso a uma amostra não probabilística, designadamente, uma amostra por conveniência, que correspondeu a um total de 14 participantes.

2.2.3. Instrumentos e técnicas de colheita de dados

2.2.3.1. Princípios éticos

O Código Deontológico do Enfermeiro visa garantir a salvaguarda dos direitos e normas deontológicas específicas da enfermagem. De acordo com o disposto no Artigo 99.º da Lei nº 156/2015 de 16 de setembro, “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana (...)”, sendo esta ideia reforçada na alínea b) do nº 3 do mesmo artigo, ao definir que “são princípios orientadores da atividade dos enfermeiros (...) o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados”. Também o Artigo 105.º do mesmo diploma legal considera que “no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de (...) respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” e, no Artigo 106.º, relativo ao dever de sigilo, consta que o enfermeiro tem a obrigação de “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados.”

Face ao exposto, o consentimento informado, livre e esclarecido é considerado uma forma de manifestação da vontade própria objetivando o respeito do direito de autonomia e do indivíduo para decidir sobre si próprio, podendo o participante suspender a participação a qualquer momento. Desta forma, o consentimento foi obtido junto da pessoa que possuía o discernimento necessário para avaliar e consentir a proposta apresentada.

De referir que, no caso de incapacidade da pessoa para consentir, por ausência de discernimento necessário, foram descritos os procedimentos a realizar juntos dos seus representantes legais, tendo-se evidenciado que o mesmo podia ser revogado a qualquer momento, não sendo

em causa a prestação dos cuidados necessários ao estado de saúde do participante. O documento foi redigido em duas vias, sendo que uma ficou na posse do participante e a outra integrou o processo de investigação.

Assim, a pessoa foi informada acerca da realização do estudo, tendo dado autorização escrita no consentimento informado, livre e esclarecido em documento elaborado para o presente projeto de intervenção (Apêndice III), salvaguardando-se o direito à identidade pessoal, segundo o disposto no nº 1 do art. 26º da Constituição da República Portuguesa.

Mais ainda, o presente projeto foi alvo de apreciação e aprovação por parte da Comissão de Ética da Universidade de Évora e da Comissão de Ética da Instituição de Saúde no sul do país (Anexo I).

2.2.4. Avaliação Diagnóstica

Após a aplicação dos critérios de inclusão, foi efetuada a avaliação diagnóstica das pessoas que integraram o programa de intervenção e realização das seguintes avaliações com recurso aos respetivos instrumentos de avaliação:

- Processo clínico;
- Entrevistas individuais;
- Avaliação de parâmetros biofisiológicos (ex.: frequência cardíaca, frequência respiratória, tensão arterial, temperatura axilar, dor, saturação de oxigénio periférico, glicémia capilar e pulso);
- Interpretação de Exames Complementares de Diagnóstico;
- Formulário de Colheita de Dados e Formulário de Registo das Sessões de RFM, elaborados especificamente para este projeto de intervenção de ER (Apêndices IV e V respetivamente);
- Escalas de Avaliação (Sousa & Carvalho, 2017a):
 - Escala *Rancho de Los Amigos* (ERA) para avaliação dos níveis de funcionamento cognitivo (Simões, 2011) (Anexo II);
 - *Mini Mental State Examination* (MMSE) (Morgado et al., 2009) (Anexo III);
 - Índice de Barthel (DGS, 2011) para avaliação das atividades básicas e instrumentais de vida diária (Anexo IV);
 - Escala numérica para avaliação da dor (DGS, 2003a) (Anexo V);
 - Escala *Medical Research Council* (MRC) (OE, 2016) para avaliação da força muscular (Anexo VI).

A capacidade funcional para a realização de atividades foi avaliada através do teste de capacidade nas atividades de andar, levantar de uma cadeira, subir escadas e análise da marcha, nos quais foram utilizados os resultados temporais e espaciais, concretamente a velocidade, a cadência e o comprimento do passo (Vissers et al., 2011).

A supervisão foi assegurada por um supervisor clínico com cédula profissional de Enfermeiro Especialista na área de ER e pelo Docente orientador.

Na identificação dos Diagnósticos de ER foi adotada a terminologia CIPE® (*International Council of Nurses*, 2019). Na Tabela nº 2 estão previstos focos e diagnósticos de ER para o projeto de intervenção de reabilitação (OE, 2015).

2.2.5. Planeamento das intervenções de enfermagem de reabilitação/intervenção terapêutica

Cada participante no estudo foi alvo de uma anamnese, observação e quantificação da sua funcionalidade por meio de utilização de escalas funcionais, para assim se recolher informações sobre os problemas existentes (patologias pré-existentes e medicação efetuada), as capacidades cognitiva e cardiorrespiratória, a capacidade para efetuar a marcha, o nível de independência nas AVD's antes do incidente, a mobilidade articular e a força muscular ao nível do aparelho locomotor.

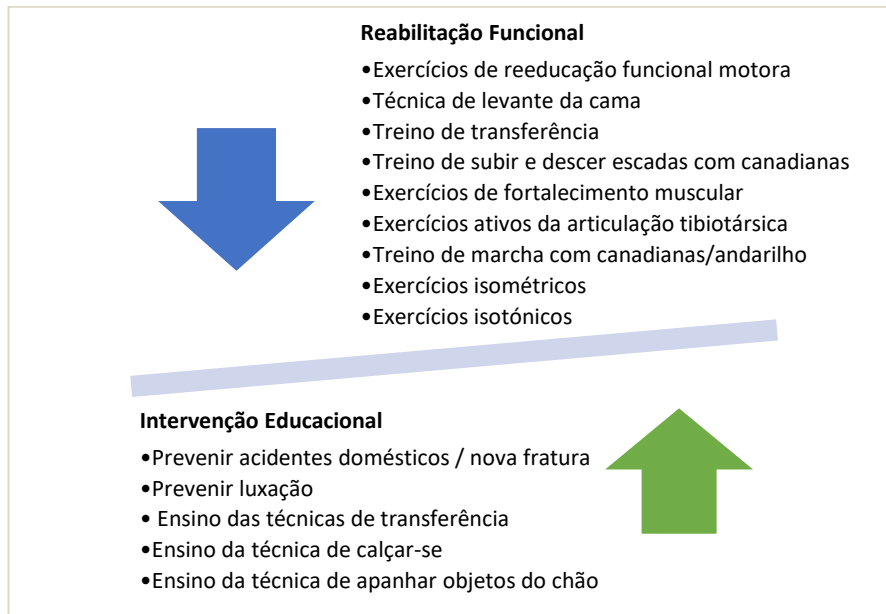
A família, sempre que possível, também foi contactada via telefónica devido às restrições impostas pela situação pandémica pelo vírus COVID-19, pois considera-se um elemento chave neste processo de reabilitação dado fornecer informações sobre a situação social da pessoa, a reintegração da pessoa na comunidade sendo, obviamente, crucial no caso dos participantes com alteração do estado mental.

O programa de reeducação funcional teve em conta o grau de funcionalidade anterior e potencial de reabilitação da pessoa, a cirurgia efetuada e a estabilidade adquirida, com uma intervenção conjunta da equipa multidisciplinar.

As intervenções de ER incluíram o incentivo da pessoa a mobilizar-se precocemente no dia da operação para assim reduzir a duração do internamento e as possíveis complicações, promovendo o movimento e a funcionalidade de forma autónoma e independente, preparando a pessoa para os autocuidados.

A Figura nº 5 esquematiza o Plano de RFM direcionado à pessoa submetida a AA, que engloba uma componente funcional e uma componente educativa, representando as diversas fases da execução do programa de reabilitação.

Figura nº 5 – Processo de execução do Plano de Reeducação Funcional.



O plano de reeducação funcional iniciou-se com a mobilização da anca operada e com o treino de marcha 24 horas após a cirurgia, exceto em caso de indicação médica, de intolerância e/ou de incapacidade funcional da pessoa. A pessoa foi incentivada a sentar-se na cama e começar a deambular gradualmente percorrendo inicialmente uma pequena distância e aumentando a distância de forma progressiva. A deambulação foi incentivada com recurso a dispositivos auxiliares como, canadianas ou andarilho, para evitar complicações associadas à falta de exercícios prolongados e ao excesso do tempo de imobilidade.

Na realidade do serviço em apreço, na grande maioria das intervenções cirúrgicas, a equipa deste serviço assegura os cuidados referidos.

Uma vez que as situações limitantes ou incapacitantes da função articular levam à deterioração da mesma (Hoeman et al., 2011), o plano foi dirigido não só ao membro inferior operado, como ao membro contralateral e aos membros superiores. Neste sentido, foram realizadas mobilizações ativas, ativas-assistidas e ativas-resistidas, dirigidas aos grupos musculares recrutados do membro inferior são e dos membros superiores.

Considerando que a literatura consultada não faz referência à intensidade e frequência de sessões a realizar, implementou-se para este programa de RFM a realização de, no mínimo, uma sessão diária, durante o período de internamento de cada participante, dependendo quer das intervenções de RFM planeadas, quer da colaboração e tolerância da pessoa que integra o programa de intervenção.

A intervenção do EEER encontra-se esquematizada na Tabela nº 2 e incluiu o ensino, a instrução e treino de exercícios e recomendações tanto à pessoa submetida a APA/ATA como à respetiva família, de modo a proporcionar o aumento da sua funcionalidade e capacidade de autocuidado, nunca colocando em risco a articulação intervencionada.

2.2.6. Avaliação da efetividade dos cuidados

Perspetivaram-se três momentos para a avaliação da efetividade do Programa de RFM implementado:

- 1) Avaliação inicial (no primeiro dia do programa de intervenção): após o primeiro contacto com a pessoa e imediatamente antes da implementação das intervenções de RFM, através da realização da entrevista e análise do processo clínico e exames complementares de diagnóstico e preenchimento do Formulário de Colheita de Dados.
- 2) Avaliação em cada sessão de RFM: antes e após cada sessão de RFM, através da avaliação dos parâmetros biofisiológicos e do preenchimento do formulário de registo da sessão, sendo aplicadas as escalas de avaliação enunciadas na avaliação diagnóstica.
- 3) Avaliação final (no último dia do programa de intervenção): corresponde à avaliação da última sessão do programa de intervenção de RFM, com implementação de todas as avaliações e de instrumentos de avaliação enunciados na avaliação diagnóstica.

Tabela nº 2 – Planeamento das intervenções do EEER (adaptado de Teixeira et al., 2021 e OE, 2015).

FOCO	DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
Movimento muscular	Movimento muscular diminuído nos membros inferiores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação e monitorização da força muscular através da Escala MRC. ▪ Incentivo da pessoa na execução de exercícios musculares e articulares ativos (auto-mobilizações). ▪ Avaliação do conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular. ▪ Avaliação da capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular. ▪ Ensino à pessoa sobre posicionamentos de proteção e cuidados a ter, aconselhando a flexão limitada durante a transferência e ao sentar-se e a realização de exercícios funcionais de reabilitação. ▪ Ensino e treino de técnicas de exercício muscular e articular. <ul style="list-style-type: none"> ○ Auto mobilizações; ○ Mobilização ativas; passivas; ativas assistidas e ativas resistidas; ○ Exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores; ○ Atividades terapêuticas no leito.
Dor	Dor presente nos membros inferiores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitorização da dor através da escala numérica. ▪ Administração medicação para controlo de dor. ▪ Ensino sobre a gestão da dor. ▪ Vigilância de sinais de dor.
Autocuidado sentar-se	Capacidade para o autocuidado sentar-se comprometida.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da capacidade para a realização do autocuidado sentar-se (Índice de Barthel). ▪ Avaliação do conhecimento sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: sentar-se. ▪ Avaliação do conhecimento sobre adaptação do domicílio para o autocuidado: sentar-se. ▪ Treino de técnicas de adaptação para o autocuidado: rodar com almofada entre as pernas e sentar-se na cama com os pés pendentes. ▪ Assistência no autocuidado: sentar-se. ▪ Avaliação e treino do equilíbrio estático e dinâmico sentado na beira da cama com os pés pendentes.

<p>Autocuidado higiene</p>	<p>Capacidade para o autocuidado higiene comprometida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da capacidade para a realização do autocuidado higiene (Índice de Barthel). ▪ Avaliação do conhecimento sobre adaptação do domicílio para o autocuidado higiene ▪ Avaliação do conhecimento sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene. ▪ Ensino sobre adaptação do domicílio para o autocuidado higiene. ▪ Ensino sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene. ▪ Avaliação da capacidade para utilização do dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene. ▪ Instrução acerca da utilização de produtos de apoio (cadeira sanitária, esponja de cabo longo, barras de apoio e segurança). ▪ Treino do uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene. ▪ Assistência no autocuidado higiene. ▪ Elogio dos progressos da pessoa para promover o autocuidado. ▪ Avaliação do conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio e sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene. ▪ Instrução do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio e sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado higiene.
<p>Autocuidado vestir-se</p>	<p>Capacidade para o autocuidado vestir-se/despir-se comprometida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da capacidade para a realização do autocuidado vestir-se (Índice de Barthel). ▪ Assistência no autocuidado vestir-se. ▪ Incentivo no autocuidado vestir-se. ▪ Treino de calçar e descalçar meias. ▪ Treino de vestir e despir calças. ▪ Treino de calçar e descalçar sapatos. ▪ Ensino de estratégias adaptativas para vestir e despir e do uso de roupas largas e com maior elasticidade. ▪ Reforço positivo dos esforços efetuados no vestir e despir.
<p>Autocuidado ir ao sanitário</p>	<p>Capacidade para o autocuidado ir ao sanitário comprometida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da capacidade para a realização do autocuidado ir ao sanitário (Índice de Barthel). ▪ Avaliação do conhecimento sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: ir ao sanitário. ▪ Avaliação do conhecimento sobre adaptação do domicílio para o autocuidado: ir ao sanitário. ▪ Avaliação do conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário. ▪ Avaliação da capacidade para usar o dispositivo auxiliar e a técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário

- Reforço positivo dos esforços efetuados na realização do banho assistido no wc.
- Ensino sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha.
- Instrução acerca do uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado: ir ao sanitário.
- Treino de técnicas de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário.
- Assistência no uso de sanitário.
- Avaliação do conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: ir ao sanitário.
- Avaliação do conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para o autocuidado: ir ao sanitário.
- Instrução do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar e adaptação do domicílio para o autocuidado: ir ao sanitário.

Autocuidado Autocuidado andar com auxiliar de marcha com-prometido.

- Avaliação do conhecimento sobre auxiliar de marcha.
- Avaliação do conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha.
- Ensino sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha.
- Ensino sobre condições de segurança para a marcha, nomeadamente: calçado adequado, condições dos auxiliares de marcha e condições do piso.
- Avaliação da capacidade usar auxiliar de marcha para andar.
- Avaliação do equilíbrio estático e dinâmico de pé, com apoio do auxiliar de marcha.
- Instrução e treino sobre andar com auxiliar de marcha:
 - Colocar-se de pé a partir da posição de sentado na beira da cama, com apoio do andarilho;
 - Treino de sentar-se na cadeira de rodas, a partir da posição de pé com apoio do andarilho;
 - Subir e descer escadas;
 - Pequena/média/grande distância.
- Avaliação do conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir com o auxiliar de marcha.
- Avaliação do conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha.

FOCO	DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
Autocuidado transferir-se	Capacidade para o autocuidado transferir-se comprometida.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da capacidade para a realização do autocuidado transferir-se (Índice de Barthel). ▪ Avaliação do conhecimento sobre adaptação do domicílio para transferir-se. ▪ Avaliação do conhecimento sobre dispositivo auxiliar para transferir-se. ▪ Avaliação do conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se. ▪ Ensino sobre adaptação do domicílio para o autocuidado transferir-se. ▪ Ensino sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado transferir-se ▪ Ensino sobre a técnica de adaptação para transferir-se. ▪ Identificação da necessidade de equipamento adaptativo para transferir-se. ▪ Avaliação da capacidade para uso de dispositivo auxiliar e para usar a técnica de adaptação para transferir-se (avaliação das limitações da pessoa). ▪ Treino no uso de dispositivo auxiliar para transferir-se. ▪ Treino da técnica de adaptação para transferir-se. ▪ Providência de dispositivos para transferir-se. ▪ Assistência no autocuidado transferir-se. ▪ Elogio dos progressos da pessoa para promover o autocuidado. ▪ Incentivo do autocuidado transferir-se para promoção da autonomia da pessoa. ▪ Avaliação do conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para transferir-se e sobre dispositivo auxiliar. ▪ Avaliação da capacidade do prestador de cuidados para transferir/assistir no transferir-se. ▪ Ensino do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio e sobre dispositivo auxiliar para transferir-se.
Adesão	Adesão ao regime terapêutico comprometido.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitação para a importância da adesão ao regime terapêutico. ▪ Instrução sobre estratégias adaptativas para realizar RFM.

FOCO	DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
Conhecimento sobre o processo patológico	Conhecimento sobre o processo patológico comprometido	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação do conhecimento sobre processo patológico. ▪ Ensino sobre processo patológico, através do uso de material didático. ▪ Ensino sobre os cuidados a ter com a AA (ex.: movimentos potenciadores da luxação da prótese) ▪ Ensino sobre a existência de produtos de apoio que auxiliam em algumas AVD's, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Andarilho/canadianas para a marcha; ○ Calçadeira de cabo longo e calçador de meias para calçar-se; ○ Elevador de sanita e esponja de banho de cabo longo para a higiene e eliminação; ○ Pinça de cabo longo para apanhar objetos do chão.
Equilíbrio corporal	Equilíbrio comprometido.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação do conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal. ▪ Avaliação do equilíbrio corporal. ▪ Aplicação do dispositivo auxiliar. ▪ Estimulação para manter o equilíbrio corporal: correção postural. ▪ Execução de técnica de treino de equilíbrio: <ul style="list-style-type: none"> ○ Exercícios de treino de equilíbrio estático sentado. ○ Exercícios de treino de equilíbrio dinâmico sentado. ○ Exercícios de treino de equilíbrio estático na posição ortostática. ○ Exercícios de treino de equilíbrio dinâmico na posição ortostática. ▪ Avaliação da capacidade para executar a técnica de equilíbrio corporal ▪ Instrução e treino da técnica de equilíbrio. ▪ Orientação na técnica de treino de equilíbrio.

2.3. Resultados

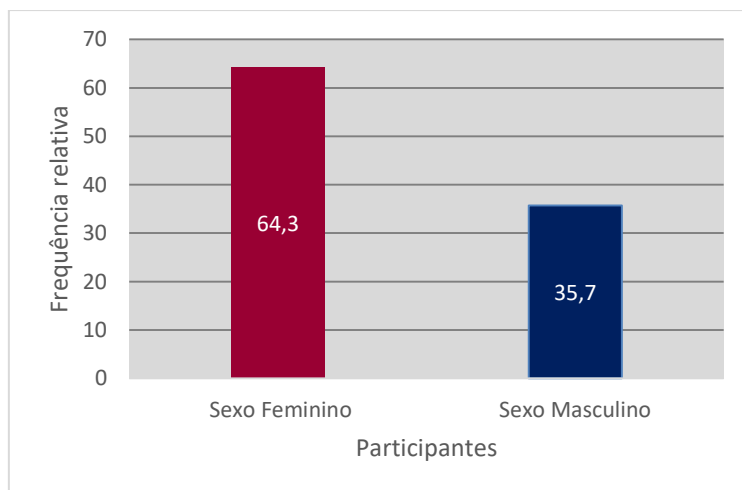
A apresentação dos resultados inicia-se pela caracterização da amostra sob o ponto de vista sociodemográfico, seguindo-se uma análise dos resultados de acordo com os objetivos previamente delineados.

A análise de dados foi obtida através da estatística descritiva, usando-se os recursos considerados mais adequados para transpor a informação recolhida. Utilizou-se a ferramenta *Microsoft Excel* 2019 para a elaboração dos gráficos. Determinaram-se as letras por ordem alfabética de “A” a “O” para referenciar os participantes.

Todos os participantes eram procedentes da cidade de Portimão (Algarve). A maioria dos participantes era do sexo feminino (9/14) (Gráfico nº 1), com faixa etária entre 57 e 92 anos, sendo que 21,4% (n = 3) foram consideradas adultos (18 a 64 anos) e 78,6% (n = 11) foram considerados idosos (≥ 65 anos de idade). O Gráfico nº 2 apresenta a distribuição dos participantes de acordo com a variável idade.

Do total dos participantes, 57,14% eram de nacionalidade portuguesa (n = 8), 7,14% eram de nacionalidade francesa (n = 1), ucraniana (n = 1) e brasileira (n = 1) e os restantes três (21,43%) eram de nacionalidade inglesa.

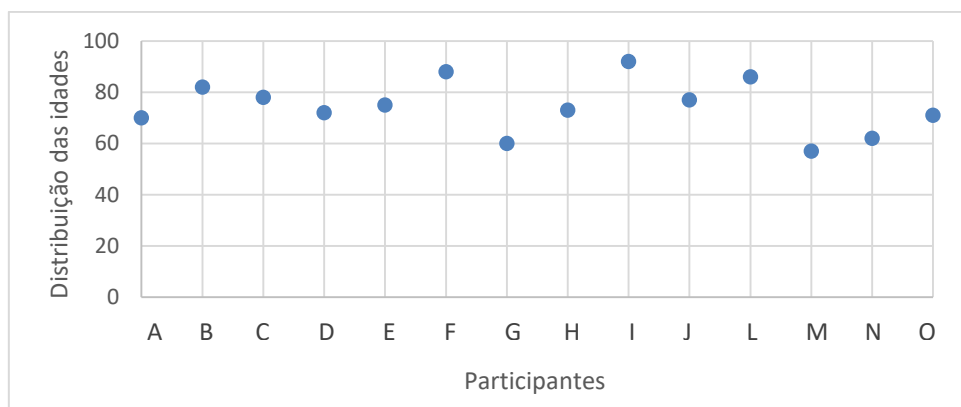
Gráfico nº 1 – Distribuição do número total de participantes incluídos no estudo de acordo com o sexo.



Oito participantes (57,1%) eram casados e seis participantes (42,9%) eram viúvos. No que diz respeito ao agregado familiar, dois participantes vivem em lares (14,3%), três vivem sozinhos (21,4%) e os restantes nove participantes (64,3%) habitam com uma a quatro pessoas.

Relativamente à profissão atual, 85,7% (n = 12) eram reformados/pensionistas, sendo os restantes dois participantes operários (14,3%).

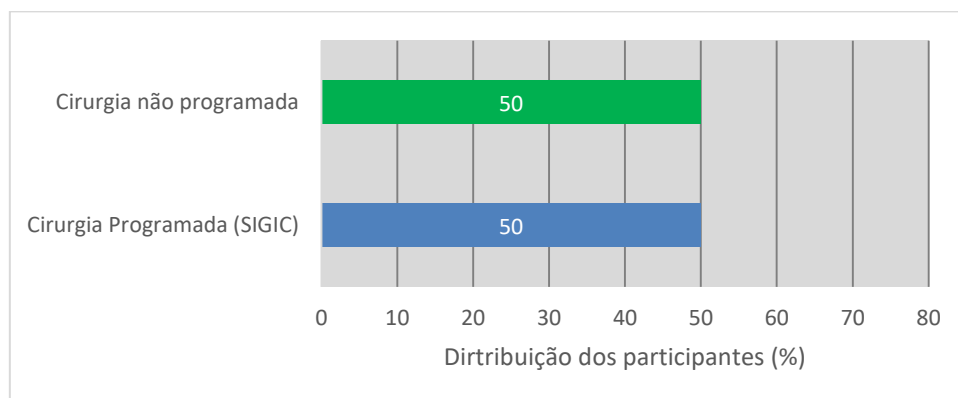
Gráfico nº 2 – Distribuição do número total de participantes incluídos no estudo de acordo com a idade.



No que diz respeito às habilitações académicas dos participantes, um participante não tinha escolaridade (7,1%); 35,7% dos participantes (n = 5) possuíam o 1.º ciclo; 42,9% (n = 6) tinham o ensino secundário e 14,3% (n = 2) eram licenciados.

O Gráfico nº 3 apresenta a distribuição dos participantes de acordo com a cirurgia programada, tendo metade das pessoas (n = 7) sido submetidas a cirurgia programada através do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia [SIGIC] devido a coxartrose e a outra metade (50%) admitida por episódio de urgência, devido a fratura secundária a trauma.

Gráfico nº 3 – Distribuição dos participantes de acordo com a cirurgia.



Por forma a determinar se a capacidade cognitiva que a pessoa apresentava teve ou não influência nos resultados, recorreu-se à escala MMSE. De acordo com os *scores* obtidos na escala MMSE, apenas três dos participantes (21,4%) no período das 24h após a cirurgia e na avaliação intermédia apresentaram valores <20, e 11 participantes apresentaram valores ≥20, dos quais dois obtiveram o valor máximo de 30 valores (Gráfico nº 4). Ao longo do Programa de RFM estes dois participantes mantiveram os valores máximos e os restantes 12, embora de forma variável,

melhoraram a pontuação, como se pode constatar no Gráfico nº 5. Na primeira avaliação os participantes apresentaram um valor médio de aproximadamente 24 valores e na última avaliação um valor médio de 25 valores.

Gráfico nº 4 – Distribuição dos participantes de acordo com a avaliação da capacidade cognitiva.

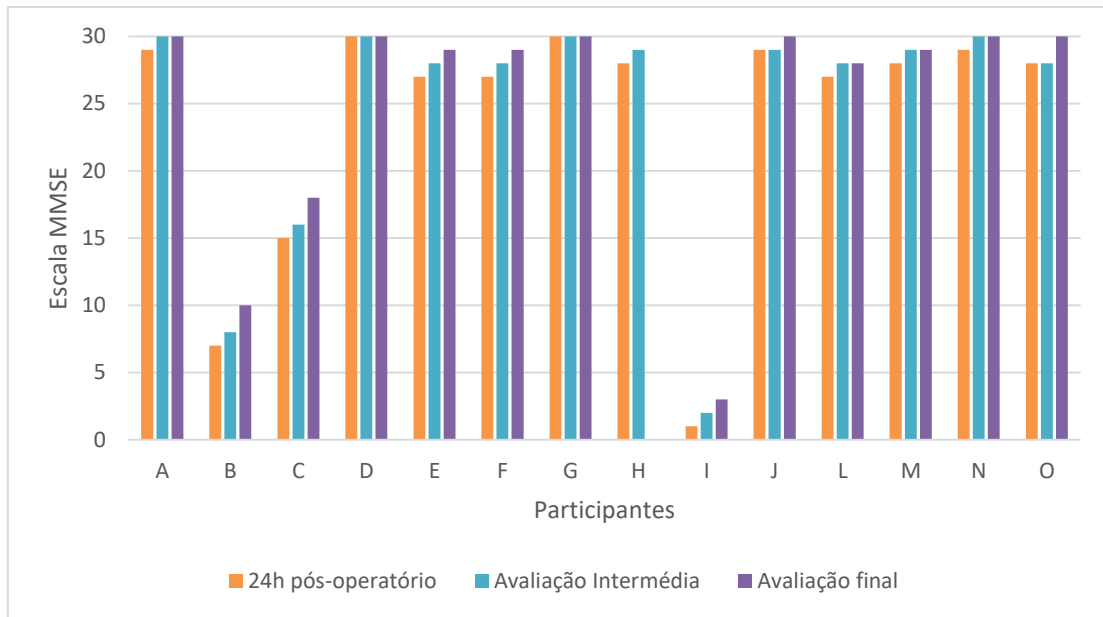
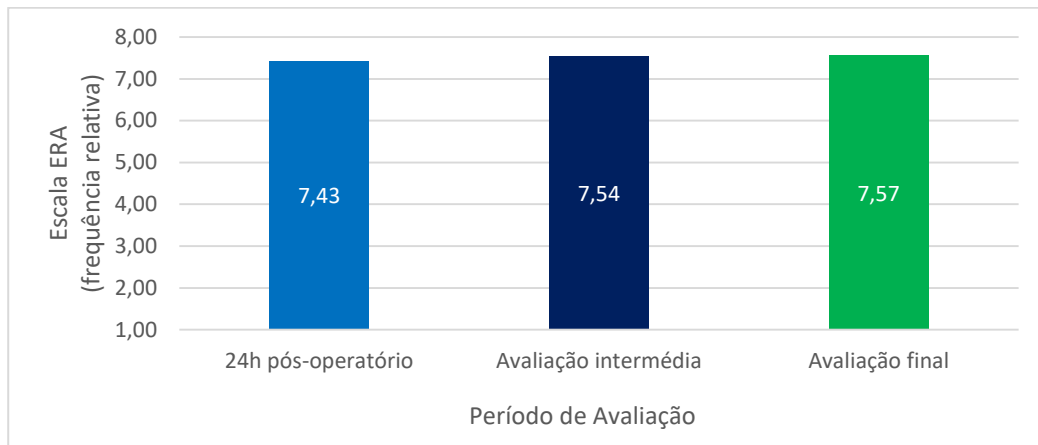


Gráfico nº 5 – Evolução da capacidade cognitiva dos participantes ao longo do Programa de RFM com base na escala MMSE.



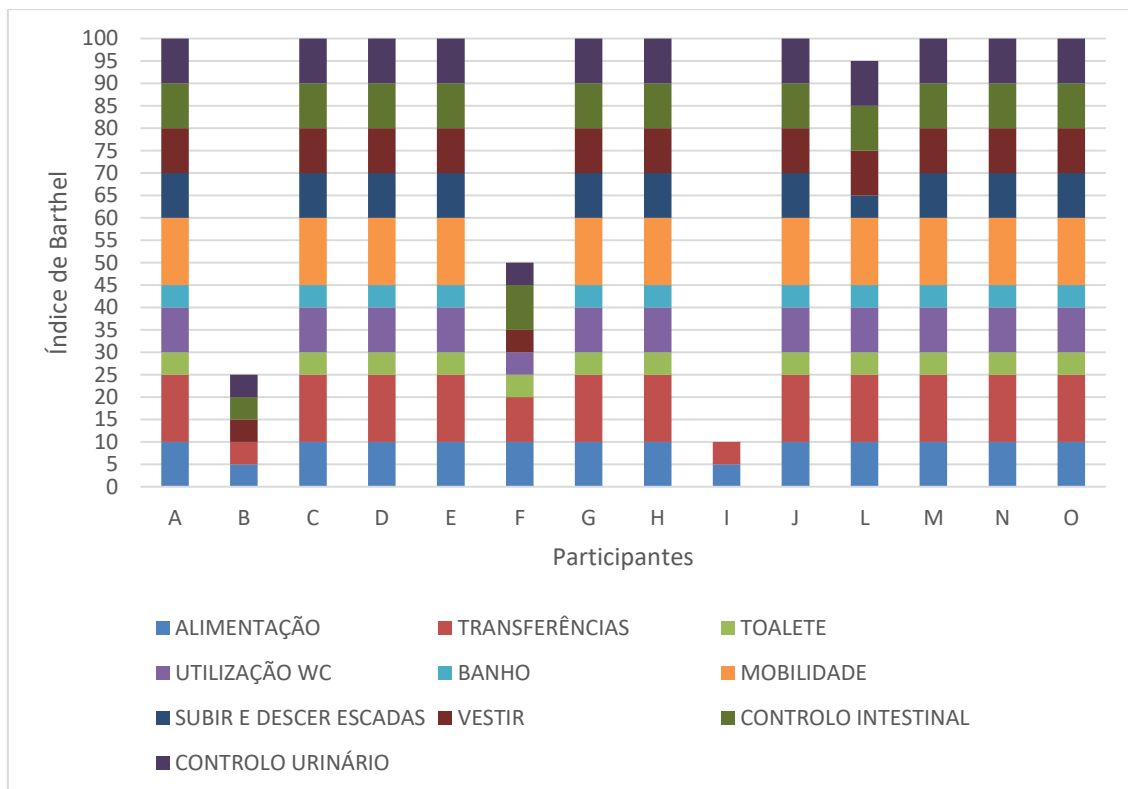
O mesmo se observou ao aplicar a Escala de avaliação ERA: na primeira avaliação os participantes apresentaram um valor médio de 7,43 valores e na última avaliação um valor médio de 7,57 valores, conforme Gráfico nº 6.

Gráfico nº 6 – Evolução da capacidade cognitiva dos participantes ao longo do Programa de RFM com base na escala ERA.



No que concerne ao estado de dependência das pessoas antes da cirurgia, através do Índice de Barthel, verificou-se que 11 pessoas eram independentes (78,6%) sendo apenas três pessoas dependentes (21,4%), das quais uma era dependente total e duas eram dependentes parciais, conforme indicado no Gráfico nº 7.

Gráfico nº 7 – Avaliação da realização das AVD's antes do internamento, segundo o Índice de Barthel.

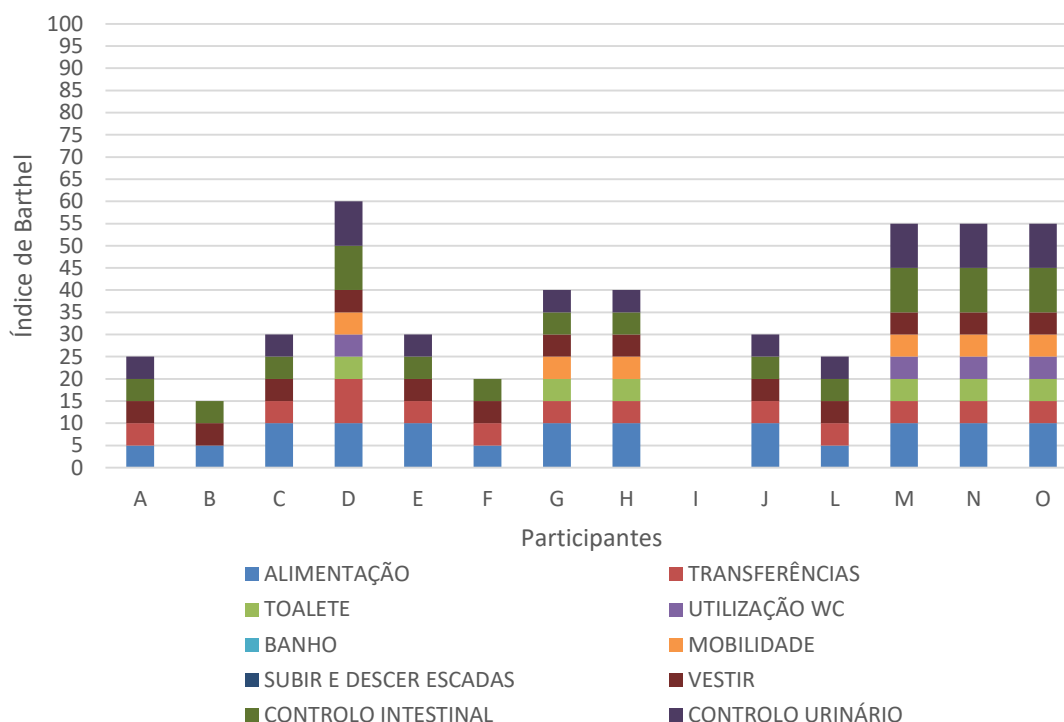


Dos 11 participantes independentes no período anterior à cirurgia, apurou-se que três (27,3%) usavam um auxiliar de marcha e um (9%) precisava de ajuda para subir e descer escadas. Já no caso dos participantes dependentes, observou-se que dois participantes (67%) precisam de alguma ajuda na AVD alimentação, por exemplo cortar os alimentos; na AVD transferências um (33,3%) precisavam de alguma ajuda e dois (66,7%) necessitavam de ajuda de outra pessoa e não se conseguiam sentar; na AVD toalete dois (66,7%) necessitavam de alguma ajuda; na AVD utilização do WC dois (66,7%) eram dependentes e um (33,3%) precisava de alguma ajuda; na AVD banho todos (100%) eram dependentes, necessitavam de alguma ajuda; na AVD mobilidade um (33%) estava em cadeira de rodas, pelo menos 50m, incluindo esquinas e os outros dois (66,7%) estavam imóveis; na AVD subir e descer escadas todos (100%) os participantes eram dependentes; na AVD vestir todos (100%) os participantes vestiam-se com ajuda; na AVD controle intestinal um participante (33,3%) era incontinente ou precisa do uso de clisteres, um participante (33,3%) acidente ocasional e um participante (33,3%) controla perfeitamente, sem incidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar e na AVD controle urinário dois participante (66,7%) acidente ocasional e um (33,3%) era incontinente ou algaliado sendo incapaz de manipular a algália sozinho.

No período das 24h após a cirurgia (Gráfico nº 8), no que respeita aos autocuidados: alimentação, uma pessoa (7,14%) não conseguia alimentar-se sozinho e quatro (28,6%) necessitavam de ajuda para cortar os alimentos, sendo os restantes independentes; transferências um (7,14%) precisava de alguma ajuda e 11 (78,6%) necessitam de ajuda de outra pessoa, mas não conseguem sentar-se e dois (14%) eram dependentes, não tinham equilíbrio sentado; toalete, seis pessoas (42,9%) eram independentes e restantes oito dependentes ou necessitam de alguma ajuda; utilização de WC, quatro (28,6%) participantes precisavam de alguma ajuda e restantes 10 (71,4%) eram dependentes; tomar banho, todos (100%) eram dependentes, necessitam de alguma ajuda; mobilidade pessoas (42,9%) eram independentes em cadeira de rodas, pelo menos 50m incluindo esquinas e as restantes pessoas eram imóveis; subir e descer escadas, todos os participantes (100%) são dependentes; autocuidado vestir-se 13 (92,9%) pessoas precisavam de ajuda e uma (7,14%) não se conseguia vestir sozinha. Relativamente à continência intestinal, quatro (28,6%) controlam perfeitamente, sem incidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar, nove (64,3%) tiveram acidente ocasional e um (7,14%) era incontinente; controle urinário, quatro (28,6%) controlam perfeitamente, sete (50%) tiveram acidente ocasional e três (27,3%) eram incontinentes.

Do total de participantes, 10 (71,4%) revelaram dependência grave e quatro (28,6%) revelaram dependência moderada.

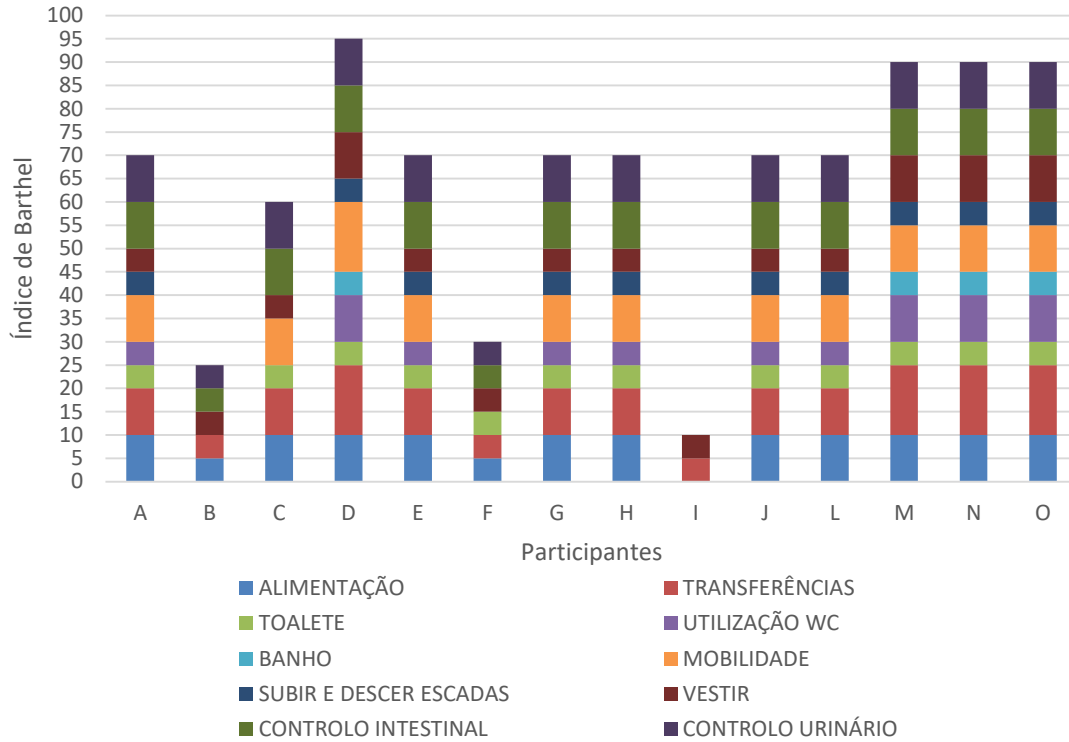
Gráfico nº 8 – Mensuração da realização das AVD's 24h após a cirurgia.



Na última avaliação da capacidade funcional (Gráfico nº 9) na AVD alimentação, 11 (78,6%) pessoas eram independentes, duas (14,3%) precisam de alguma ajuda por exemplo cortar os alimentos e uma pessoa (7,14%) dependente; na AVD transferências, quatro (28,6%) pessoas eram independentes, sete (50%) precisavam de alguma ajuda e três (21,4%) necessitavam de ajuda de outra pessoa e não se conseguiam sentar; na AVD toalete, 12 (%) participantes eram independentes e dois (14%) dependentes, necessitavam de alguma ajuda; na AVD utilização do WC quatro (28,6%) pessoas eram independentes e seis (42,9%) precisava de alguma ajuda e quatro (28,6%) eram dependentes; na AVD banho quatro (28,6%) pessoas eram independentes e os restantes 10 (71,4%) eram dependentes, necessitavam de alguma ajuda; na AVD mobilidade uma (33%) pessoa caminhava 50m sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses), 10 (71,4%) caminhavam menos de 50m com pouca ajuda os outros três (21,4%) estavam imóveis; na AVD subir e descer escadas, 10 (71,4%) pessoas precisavam de ajuda e quatro (28,6%) eram dependentes; na AVD vestir, quatro (28,6%) pessoas eram independentes e 10 (71,4%) vestiam-se com ajuda; na AVD controle intestinal, 11 participante (78,6%) controlavam perfeitamente, sem incidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar, dois participante (14%) tinham acidente ocasional e um (7,14%) era incontinente e na AVD controle urinário, 11 participantes (78,6%) controlavam perfeitamente, sem incidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar controle urinário, dois participante (66,7%) tinham acidente ocasional e um (7,14%) era incontinente ou algaliado sendo incapaz de manipular a algália sozinho.

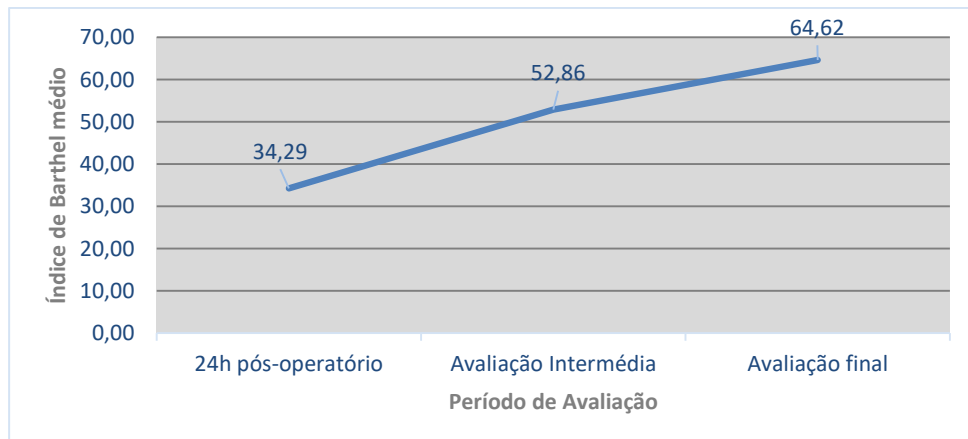
Assim, do total de participantes, três (21,4%) apresentavam dependência grave, 10 (71,42%) revelavam dependência moderada e um (7,14%) mostrava dependência ligeira.

Gráfico nº 9 – Mensuração da realização das AVD's na 3ª avaliação.



Para avaliar a capacidade funcional ao nível dos autocuidados, considerou-se o Índice de Barthel médio. Como se pode constatar no Gráfico nº 10, no período de 24h pós-operatório, o valor do Índice de Barthel era de 34 pontos, no momento da avaliação intermédia 53 pontos e na avaliação final foi de 65 pontos.

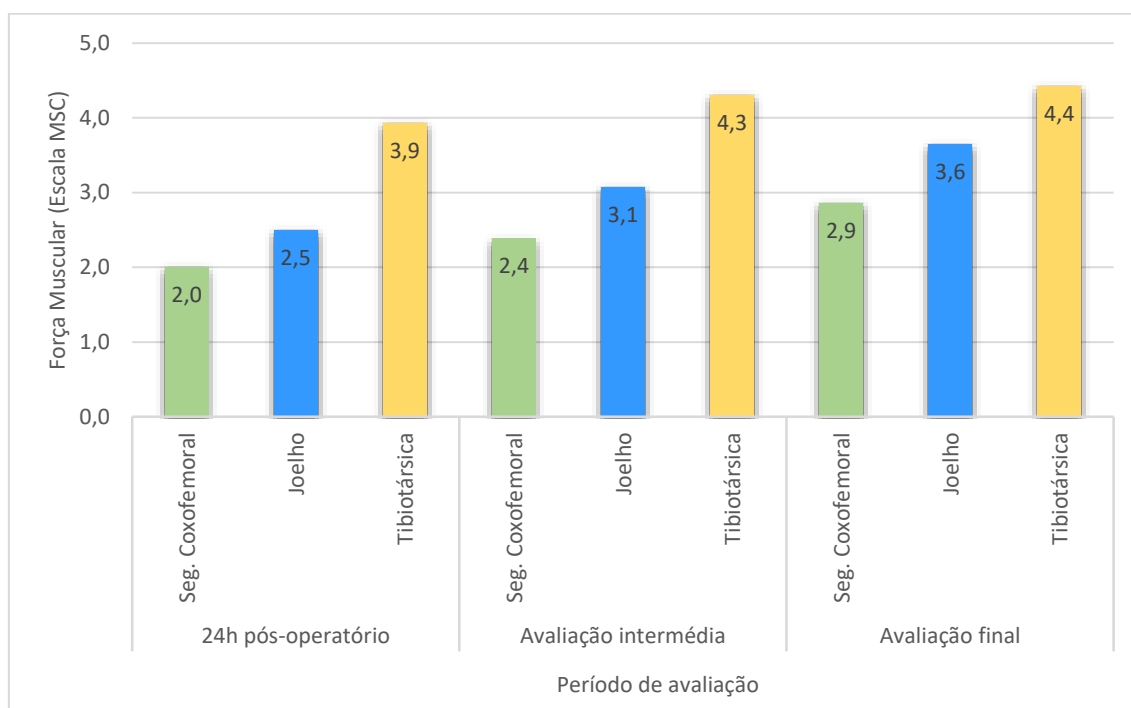
Gráfico nº 10 – Evolução da capacidade funcional global ao longo do Programa de RFM.



Visto que um dos objetivos consistia no aumento da força muscular do membro submetido a intervenção cirúrgica e manutenção da força no membro contralateral, através da realização de exercícios referidos anteriormente, foi mensurada a força muscular através da Escala MRC.

Analisando os três momentos da avaliação, constatou-se uma melhoria nos valores médios em todos os segmentos musculares, conforme indicado no Gráfico nº 11.

Gráfico nº 11 – Mensuração da Força muscular no membro operado ao longo das avaliações através da Escala MSC.



Comparando a força muscular média do membro intervencionado cirurgicamente e o membro não intervencionado (Gráfico nº 12), observa-se um aumento (20%) na força muscular média no membro inferior operado e no membro não operado. De referir que no membro operado, mesmo após a implementação do programa, não foi possível atingir o valor da força muscular média da perna contralateral.

Também nos membros superiores a força muscular média de todos os segmentos melhorou gradualmente ao longo das avaliações, obtendo-se um valor médio de 4,57 valores no período das 24h após a cirurgia e de 4,71 valores na Escala MRC na avaliação final (Gráfico nº 13).

Gráfico nº 12 – Comparação da força muscular (média) do membro operado e do membro não operado.

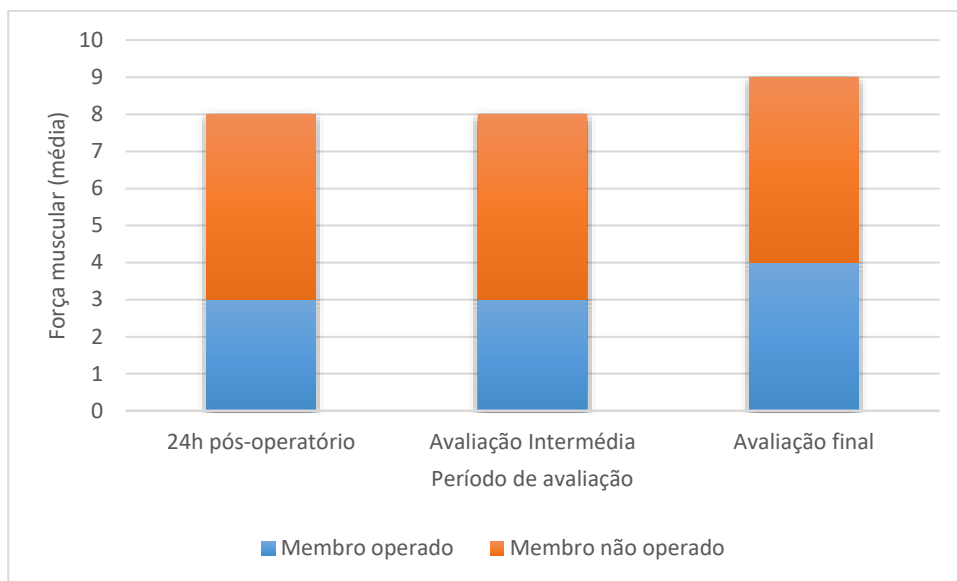
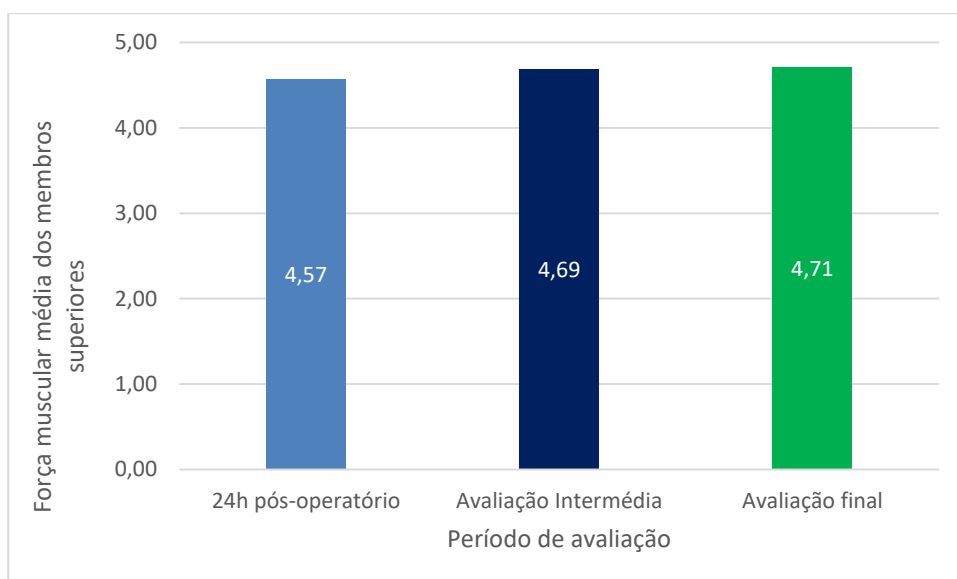
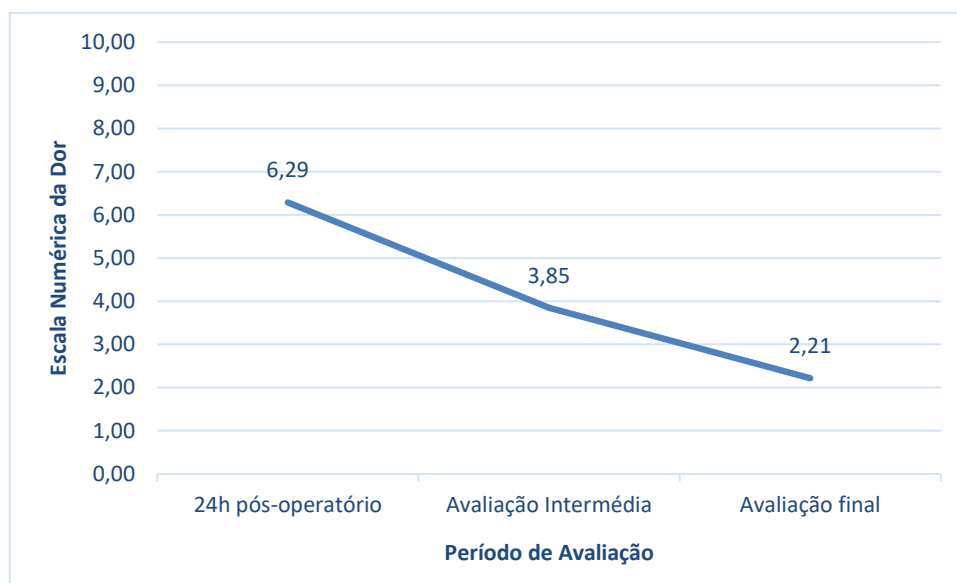


Gráfico nº 13 – Força muscular média de todos os segmentos dos membros superiores ao longo das avaliações.



O Gráfico nº 14 ilustra a evolução da dor ao longo do programa de RFM. Através da escala numérica da dor verificou-se que a dor média no período 24h pós-operatório foi de 6,3 valores, tendo tido uma grande diminuição na segunda avaliação (3,8 valores) e continuado a diminuir aquando da avaliação final (2,2 valores).

Gráfico nº 14 – Evolução da dor (média) ao longo do Programa de RFM.



De forma geral no período das 24h pós intervenção cirúrgica nenhum participante conhecia exercícios de equilíbrio estático e dinâmico, adotando posições viciosas. Ao longo do programa de RFM, verificou-se que os participantes executavam adequadamente exercícios de equilíbrio estático e dinâmico mas com ligeiro desequilíbrio, sendo que, na avaliação final executavam adequadamente com uma melhoria significativa do equilíbrio estático e dinâmico.

No domínio do conhecimento sobre o processo patológico, os participantes em estudo, inicialmente, aparentavam não ter uma opinião muito formada acerca das suas expectativas e na avaliação final tiveram a perceção do seu estado e das suas limitações.

De referir ainda a fraca adesão média dos participantes ao regime terapêutico na primeira avaliação e a forte adesão no momento da avaliação final.

2.4. Discussão

Consideramos como uma limitação do no nosso estudo o facto de se ter desenvolvido em uma reduzida amostra e o método de seleção ter sido por conveniência.

Devido a fatores externos aos investigadores e ao programa, não foram abrangidas ainda mais pessoas submetidas a este tipo de cirurgia. Não obstante, no que concerne à representatividade de género, os resultados estão de acordo com o estudo de Mesquita, et al. (2009) e com a realidade em Portugal, pois, segundo a DGS (2003b) é mais frequente nas mulheres na proporção de 3:1 no nosso país.

O facto da população-alvo do estudo ser maioritariamente idosa (média de idades 74,5 anos) reflete o declínio da capacidade cognitiva decorrente de processos fisiológicos associados ao envelhecimento e reforça a importância da aplicação da escala de MMSE com o objetivo de avaliar a função cognitiva e como tal compreender a capacidade de aprendizagem da pessoa no que respeita aos ensinamentos e treinos.

Verificaram-se alterações positivas do estado de consciência passando em média dos participantes de um comportamento automático-apropriado (*nível VII* na Escala ERA) para um comportamento propositado-apropriado (*nível VIII* na Escala ERA) e de um *score* de 24 na Escala MMSE para um *score* de 25 no final do Programa de ER.

Como forma de prevenir as complicações da intervenção cirúrgica, as intervenções do EEER devem ser direcionadas para a promoção da RFM. Neste sentido foram instituídas as intervenções relacionadas com o autocuidado, ensino e execução de técnicas que promovam o autocuidado, nomeadamente na realização de treino de fortalecimento muscular e de equilíbrio, sentar-se, rodar e levantar-se, treino de marcha e treino de escadas, tendo contribuído para o conhecimento sobre as técnicas para melhorar a função motora.

No presente estudo, aquando da primeira avaliação no período pós-operatório, observou-se que os participantes apresentaram vários autocuidados comprometidos, o que pode ser justificado pela presença de dor, pela limitação funcional e pela incapacidade/capacidade reduzida na realização das diferentes AVD's relacionadas com a patologia, evidenciando um dos objetivos do projeto: a melhoria da funcionalidade dos participantes. Neste sentido, o treino funcional procurou atuar sobre o equilíbrio muscular estático e dinâmico, ampliando a eficiência dos movimentos, melhorando a força, a agilidade e coordenação motora.

Para avaliar a importância do programa de reabilitação nos participantes e corroborar a melhoria na funcionalidade utilizou-se o Índice de Barthel, primeiramente, para cada autocuidado e, posteriormente, de uma forma global com os valores médios da escala.

Através da avaliação do Índice de Barthel, verificou-se um aumento da autonomia desde a avaliação no período de 24h pós cirurgia, em que se obteve 34/100 valores (dependência grave), até à última avaliação, em que o índice era de 65/100 valores, preditor de dependência moderada.

Com a implementação do programa de RFM verificou-se uma melhoria a nível dos diagnósticos de ER identificados, como seja a melhoria da funcionalidade motora comprovada através da melhoria da autonomia para o desempenho das AVD's; minimização da dor; aumento da força dos membros e dos movimentos musculares, na execução e intensidade da marcha e do equilíbrio.

As AVD's mais afetadas na primeira avaliação no período pós-operatório foram: transferências; toalete; utilização do WC; banho; mobilidade e subir e descer escadas associadas ao período de fragilidade após a cirurgia, conforme descrito no ponto 2.1.3.

Atendendo à evolução para a realização dos autocuidados ao longo do programa de reabilitação, verificou-se uma evolução mais significativa nos autocuidados: alimentação, transferências, mobilidade, controlo intestinal e urinário. A melhoria nas AVD's: alimentação, controlo intestinal e urinário pode ser justificado pelo facto de estarem associados ao procedimento cirúrgico, à obrigatoriedade de repouso e à existência de dor que, ao longo do programa de RFM é controlada/diminuída. Já a melhoria mais significativa nas AVD's: transferências e mobilidade deve-se ao cumprimento e adesão dos participantes ao programa instituído bem como à discriminação de mais itens (total de quatro) no Índice de Barthel que permite mais objetividade por parte do investigador.

Obtiveram-se ganhos de força muscular no membro operado e por outro lado não houve perda de força no membro não operado, que era o objetivo.

De referir que os participantes com maior comprometimento cognitivo (B, C e I) não alcançaram os mesmos resultados ao nível da capacidade funcional motora que os restantes, visto serem dependentes previamente ao procedimento cirúrgico.

Assim, após a finalização do processo de reabilitação, a maioria dos participantes readquiriram as habilidades motoras que lhe permitem a realização das AVD's com independência, tal como verificado nos estudos de Loures & Leite (2012) e de Lemos et al. (2009).

A evolução positiva na capacidade funcional nos autocuidados foi associada às intervenções de enfermagem, nomeadamente através dos exercícios de reeducação motora que permitiram a manutenção da força no membro não operado e evitaram aparecimento de complicações, dos conhecimentos adquiridos através de todos os ensinamentos efetuados, da adesão ao programa e do controlo da dor benéfico na realização dos exercícios.

Os resultados obtidos são corroborados por estudos anteriores realizados também em Portugal, particularmente dissertações de mestrado que indicaram melhorias significativas a nível de independência funcional, da qualidade de vida da mobilidade e do equilíbrio (Azevedo, 2015; Gomes, 2014). Também revisões sistemáticas da literatura concluem que a implementação de protocolos pós-operatórios iniciais é benéfica para a pessoa submetida a PTA (Santos, 2019; Di Monaco, 2009).

A dor dos participantes foi sempre valorizada no programa de ER e só foi possível diminuir o máximo possível graças a todos os esforços e estratégias disponíveis, tendo-se atingido o valor 1/10 em três dos participantes (21,4%). Por outro lado deve ser tida em conta a tolerância individual da pessoa à dor visto que os participantes com menos capacidades cognitivas no teste MMSE e/ou mais idosos, provavelmente apresentam dor crónica, conseqüentemente implica que a tolerância à dor poderá esta aumentada e a mobilidade reduzida.

Todos os participantes manifestaram menor nível da dor na última avaliação, confirmando os resultados obtidos na dissertação de mestrado realizada em Portugal por Gonçalves (2014) que incluiu uma amostra de 66 participantes submetidos a ATA, em que a dor evoluiu de grave no momento da admissão para moderada no momento da alta (Gonçalves, 2014).

Os resultados refletem a importância da intervenção do EEER para a capacitação da pessoa para a realização de AVD's, pois mantem a pessoa mais ativa. A melhoria a nível dos diagnósticos de ER identificados está de acordo com o descrito por Teixeira et al. (2021) e por Sousa & Carvalho (2017a).

Zhang e Xiao (2020) apresentam resultados que concluem que a cirurgia rápida combinada com um protocolo clínico de enfermagem pode melhorar eficazmente os sintomas clínicos e o autocuidado das pessoas submetidas a ATA, com uma menor incidência de complicações totais e um tempo de hospitalização mais curto melhorando a satisfação para o trabalho de enfermagem, em comparação com as pessoas que receberam cuidados de enfermagem de rotina.

Também Yang et al. (2016), no seu estudo sobre a intervenção clínica de enfermagem aplicada aos exercícios funcionais em pessoas com substituição total da anca antes e após a cirurgia, concluíram que o efeito desses exercícios foi significativamente melhor do que as intervenções de rotina de enfermagem.

Quanto ao conhecimento sobre o processo patológico estar inicialmente comprometido pelo facto da maioria dos participantes não apresentar conhecimentos acerca da patologia e seu tratamento, após terem sido instruídos, estes demonstram apresentar conhecimentos. A implementação das intervenções pretendeu proporcionar respostas adaptativas a adotar perante a

presença de barreiras, de forma a prevenir complicações e promover a independência. Tudo isto facilitou a capacitação para a importância da adesão ao regime terapêutico.

Através da análise dos instrumentos de avaliação, é possível afirmar que a intervenção do EEER foi fundamental para a reabilitação da pessoa submetida a AA, que se confirma pela significativa melhoria da funcionalidade motora e cognitiva, sendo os autocuidados alimentação, transferências, mobilidade e controlo intestinal e urinário onde os resultados foram mais evidentes.

Face ao exposto, o presente estudo de caso comprova a importância do EEER na reabilitação da pessoa submetida a AA, tendo sido perceptível a evolução da pessoa a nível de autonomia e funcionalidade. Prova disso é a análise dos instrumentos de avaliação utilizados. Não obstante, o período pós-operatório é crítico face à incidência de maior risco de complicações, pelo que os EEER têm que procurar estabelecer um equilíbrio entre o receio de produzir efeitos adversos e a maximização da recuperação da pessoa.

Apesar de as conclusões deste estudo não poderem ser generalizadas, pretende-se que contribuam para o conhecimento nesta área.

CAPÍTULO III – IDENTIFICAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER

Tendo o Relatório como objetivo planejar os ensinamentos clínicos, enquanto estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em ER, é essencial o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências presentes no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no Regulamento de Competências Específicas do EEER, bem como no Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março.

Os locais de estágios eleitos para a implementação do projeto de estágio, foram contextos que permitiram o desenvolvimento das competências necessárias para a formação pessoal e, uma vez que a intervenção do EEER abrangeu pessoas com diferentes patologias, usufruiu-se de uma diversidade de experiências de aprendizagem que sem dúvida enriqueceram o processo formativo.

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Segundo o Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, os cuidados de enfermagem, assumem atualmente uma maior exigência técnica e científica, o que torna a diferenciação e especialização uma realidade comum a todos os profissionais de saúde. Nesta perspectiva, aos enfermeiros especialistas são-lhes reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, devendo os enfermeiros especialistas partilhar um conjunto de competências comuns, aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.

Estas competências englobam as dimensões de educação das pessoas, orientação, aconselhamento, e liderança, bem como de descodificação e disseminação de investigação com o objetivo da melhoria contínua da prática de enfermagem, assentando em quatro domínios: o da responsabilidade profissional, ética e legal; o da melhoria contínua da qualidade; o da gestão dos cuidados e o do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro). Todos estes domínios foram desenvolvidos ao longo dos três estágios.

Relativamente ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, de acordo com o disposto no Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro:

A. Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A1: Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

A1.1. Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas;

A1.2. Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade;

A1.3 Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.

A2: Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos;

A2.2. Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4746),

O desenvolvimento destas competências foi promovido inicialmente pelo corpo docente na Unidade Curricular de Epistemologia, Ética, Direito em Enfermagem e através da realização do trabalho de grupo realizado no 1º semestre, intitulado “Direito da pessoa com VIH à confidencialidade”. O trabalho analisou esta temática e refletiu sobre a mesma, sob o ponto de vista do enquadramento ético, deontológico e jurídico.

No âmbito dos estágios clínicos, efetuei uma prática profissional, sustentada por princípios legais, éticos e deontológicos intrínsecos à profissão de Enfermagem, que se encontram concretizados no Código Deontológico, com respeito pela singularidade de cada pessoa, pelas suas crenças e valores, garantindo práticas de cuidados que asseguram os direitos humanos e a responsabilidade profissional. Estes princípios foram adaptados a cada situação clínica específica, e sempre alvo de discussão e validação junto dos enfermeiros preceptores.

Colaborei na prática de cuidados, com base numa conduta preventiva, no zelo pela segurança e pela dignidade da pessoa, na medida em que sempre que participei em procedimentos invasivos ou na prestação de cuidados, por exemplo o dar banho, procurei minimizar a exposição da pessoa através da redução da área exposta.

Assim, a minha prática foi pautada pela individualidade, pelo respeito e pela promoção da dignidade humana, promovendo o respeito mútuo e o sigilo profissional na recolha, processamento e divulgação dos dados identificados para a elaboração do projeto de intervenção, salvaguardado a vontade da pessoa pela aplicação de um consentimento informado de participação no mesmo.

Neste âmbito, evitei falar nos corredores com a pessoa ou acompanhante sobre temas delicados e, quando abordava os mesmos, tentei sempre falar baixo e evitar expressões ou gestos que pudessem denunciar os meus sentimentos ou expor algo da pessoa.

Em cada local de estágio procurei nos primeiros dias compreender as dinâmicas, métodos de trabalho, os costumes e a disposição do material. Observei os protocolos, as regras institucionais e os métodos de trabalho para os cuidados. Tive como preocupação no exercício das minhas funções, o respeito pelo princípio da igualdade, o direito à saúde e o direito à vida, de modo a poder cuidar das pessoas com toda a dignidade e respeito, mantendo sempre vivas as ideias de liberdade individual, igualdade perante a lei e universalidade da sua extensão, bases da moderna cidadania.

No domínio da melhoria contínua da qualidade:

B. Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

B1: Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B1.1. Mobiliza conhecimento e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade;

B1.2. Orienta projetos institucionais na área da qualidade;

B2: Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

B2.1. Avalia a qualidade das práticas clínicas;

B2.2. Planeia programas de melhoria contínua;

B2.3. Lidera programas de melhoria contínua.

B3: Garante um ambiente terapêutico e seguro

B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo;

B3.2. Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais. (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, pp. 4747-4748).

Procurei sempre exercer, enquanto estudante de EEER, uma prática baseada em evidência científica atual e optou-se pela elaboração de um projeto de intervenção com um programa de intervenção de ER no estágio final fundamentado no estado da arte. Deste modo aprofundei os conhecimentos e contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, tal como participei em projetos na área da saúde nos serviços onde realizei os estágios. A promoção de um ambiente terapêutico e seguro norteou também a minha intervenção através da integração nas dinâmicas respetivas a cada contexto da prática clínica e da gestão dos cuidados de ER.

Ao longo do meu percurso pelos diversos serviços, deparei-me com situações em que a pessoa idosa apresentava um conjunto de emoções, obrigando a criar estratégias enquanto aluno, de forma a lidar e a gerir as situações encontradas, facilitando a presença dos profissionais de saúde, o apoio psicológico, a interação com a equipa multidisciplinar, estabelecendo um relacionamento terapêutico e empático, promovendo um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção da pessoa e da família.

Em alguns momentos foram detetadas barreiras psicológicas/físicas sentidas pela pessoa e família, o que foi também trabalhado dentro da equipa através da criação de um espaço para as pessoas verbalizarem os seus medos e inseguranças. Só assim e recorrendo aos recursos existentes na comunidade, será possível a total reabilitação da pessoa e respetiva reintegração na comunidade.

Consideramos que fornecer informação à pessoa e à família no decurso do diagnóstico é algo extremamente difícil, mas procurei sempre fazê-lo quando solicitado, tendo conseguido adquirir e desenvolver esta competência com a ajuda dos profissionais com quem contactei.

Considero que, no domínio da gestão dos cuidados:

C. Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados

C1: Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde

C1.1. Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão

C1.2. Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade

C.2: Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados

C2.1. Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados

C2.2. Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos. (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, pp. 4748-4749),

foi crucial a colaboração nas tomadas de decisões da equipa multidisciplinar, o supervisionamento dos cuidados prestados e a utilização eficiente dos recursos disponíveis com vista à promoção da qualidade e de um ambiente positivo e favorável à prática clínica, que se verificou ao longo de todo o meu percurso.

No decurso dos estágios procurei cumprir todos os procedimentos que visam a melhoria da qualidade dos serviços, pois penso que a existência de protocolos e de normas potenciam a uniformidade no cuidar, a organização do serviço, dos cuidados, minimizando, conseqüentemente, o risco da existência de erros.

Pretendeu-se, deste modo, desenvolver uma prática baseada na gestão dos cuidados, encontrando as melhores respostas por parte da equipa de enfermagem e de saúde, garantir a qualidade das tarefas delegadas e ajustar os recursos às necessidades de cuidados sem descuidar a qualidade dos mesmos. Procurei ainda identificar as necessidades específicas de cada pessoa, delinear planos de intervenção específicos e adequados aos diagnósticos de ER e avaliar o resultado das intervenções implementadas, contribuindo para a melhoria da informação para a tomada de decisão no processo de cuidar (OE, 2019a), otimizando assim todos os recursos disponíveis (Regulamento nº 350/2015, de 22 de junho da OE:16659).

Um dos focos da minha atenção, nos diferentes estágios foi a promoção de uma atitude de autonomia, criatividade, de cooperação e de partilha com o docente orientador, enfermeiros preceptores e toda a equipa profissional, com um olhar investigativo/interpretativo do espaço profissional que considero ter sido crucial na aquisição desta competência.

Na coordenação de cuidados, os enfermeiros na reabilitação têm um papel fundamental na ligação entre os vários níveis de cuidados, entre as instituições e entre profissionais. Assim, devem estar presentes nestes novos modelos de prestação de cuidados, centrando-se na gestão das equipas, articulando-se no planeamento da alta e na transição/continuidade de cuidados e

intervindo na educação das pessoas e seus familiares/cuidadores. Pensamos que fatores como o ambiente familiar, as relações afetivas, a disponibilidade dos familiares, dos cuidadores formais e das instituições de suporte social, permitem ao enfermeiro conhecer a globalidade da pessoa, sendo fundamentais para a preparação da alta clínica.

Posto isto, assume-se como fundamental a necessidade constante de optar por uma linguagem uniforme, numa tentativa de continuar a melhorar o modelo de cidadania existente com uma visão cada vez mais universal que garanta a todos o acesso à saúde, sem qualquer exclusão. Perante uma população cada vez mais envelhecida este paradigma torna-se ainda mais importante pelo que urge a necessidade de políticas integradas para fortalecer a Saúde Global.

No que diz respeito à segurança da pessoa, entendemos que é impreterível que toda a equipa preste cuidados de uma forma coordenada e adequada. No contexto clínico trabalha-se em equipa, mas constatei que por vezes certos elementos da equipa multidisciplinar desvalorizam aspetos relacionados com a segurança da pessoa. Neste sentido, considero que se deveria apostar em formações dirigidas não só aos enfermeiros, mas a toda a equipa multidisciplinar.

Os trabalhos de pesquisa e reflexão individual, nomeadamente sobre “O futuro da cidadania/democracia na minha profissão” e trabalho de grupo sobre “Gestão de conflitos em Enfermagem” elaborados no 1º semestre da Unidade Curricular “Gestão em Saúde e Governação Clínica”, contribuíram também para a aquisição destas competências.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

D. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D1: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

D1.1. Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro

D1.2. Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional

D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho

D2.2. Suporta a prática clínica em evidência científica

D2.3. Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho. (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, pp. 4749-4750),

procurou-se desenvolver o autoconhecimento, atuar de forma assertiva, contribuir para a excelência da ER, trazendo ganhos em saúde, assim como influenciar a introdução na mudança das políticas e estratégias em saúde (OE, 2019; OE, 2015). Deste modo, a promoção da saúde, o diagnóstico, tratamento e reabilitação deverão ser etapas encaradas como uma interligação contínua de cuidados de forma a obter ganhos em saúde.

De um modo geral, os três estágios foram bastante positivos na medida em que possibilitaram a aquisição e consolidação de conhecimentos teóricos.

Atualmente os cuidados de Enfermagem assumem uma grande importância pelo que, enquanto enfermeiros e cidadãos, cabe-nos desenvolver uma prática baseada na evidência, ir sempre mais além, numa busca incessante de conhecimentos e meios de atuação, apostando no progresso profissional, desenvolvendo uma prática baseada na evidência.

O enfermeiro especialista deverá ser a pessoa a quem a equipa pode recorrer para esclarecimento de dúvidas ou pedido de ajuda na tomada de decisões. A aquisição de competências a este nível torna-se uma ferramenta importante na prestação de cuidados de qualidade baseados na evidência científica, tanto enquanto aluno durante a realização dos estágios, como no exercício da minha atividade profissional.

Assume extrema importância obter uma base sólida de conhecimentos teóricos complementados em contexto de prática clínica, adquirindo assim as competências necessárias. Neste sentido, procedeu-se à elaboração de um projeto de intervenção com um programa de reabilitação no estágio final fundamentado com o estado da arte atual, participou-se ainda em formações/congressos na área da saúde (Anexo VII), nomeadamente no 21º Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação, organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação (APER), nas 1^{as} Jornadas de Enfermagem de Reabilitação, organizado pelo Centro Hospitalar Universitário do Algarve e no 22º Congresso do Núcleo de estudos da Doença Vasculiar Cerebral da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Enquanto especialista, o enfermeiro vê acrescidas as suas competências, permitindo-lhe uma atuação diferenciada, individualizada e estruturada face à pessoa, direcionando a sua atuação com foco na capacitação da mesma com limitação ou restrição na sua participação, bem

como na maximização da funcionalidade (Regulamento nº 125/2011, de 18 de fevereiro, da OE). Neste sentido, o EEER assume extrema importância na reabilitação da pessoa submetida a AA, pois possui ferramentas que lhe permitem capacitar a mesma, minimizando ou, até mesmo, eliminando barreiras que condicionem a sua participação social.

A OE dispõe as competências específicas do EEER no Anexo I do Regulamento nº 125/2011, de 18 de fevereiro, da OE:

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

J1.1. Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades;

J1.2. Conceber planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;

J1.3. Implementar as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação e eliminação;

J1.4. Avaliar os resultados das intervenções implementadas.

J2. Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

J2.1. Elaborar e implementar programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida;

J2.2. Promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.

J3. Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

J3.1. Conceber e implementar programas de treino motor e cardiorrespiratório;

J3.2. Avaliar e reformular programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados. (Regulamento nº 125/2011, de 18 de fevereiro, pp. 8658-8659).

O desenvolvimento da competência referida no domínio J1 teve por base a prossecução das diversas intervenções realizadas, entre as quais a colheita de dados, a aplicação das escalas de avaliação, o controlo da dor e a preocupação com o bem-estar e a segurança das pessoas.

Ao longo dos estágios contactou-se com diversas faixas etárias, sendo que nos dois serviços de medicina foi, tendencialmente, uma população mais envelhecida. No entanto, no serviço de ortopedia, uma população também jovem e adulta e foi possível cuidar de pessoas com necessidades especiais em contexto de estabilização de fase aguda da doença, de reabilitação e/ou adaptação à cronicidade das limitações.

No que respeita o cuidado de pessoas com necessidades especiais ao longo de toda a vida e em todos os contextos da prática de cuidados, conceberam-se e implementaram-se planos de intervenção com vista ao autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade e à otimização e reeducação dos vários sistemas. Foram republicadas e atualizadas competências relativas ao desenvolvimento de autocuidados com a publicação do Regulamento nº 392/2019, de 3 de maio: Identificação e gestão dos recursos necessários à consecução das atividades que favorecem a transição saúde/doença e incapacidade; promoção e dinamização de planos que facilitam essa transição; uso de novas tecnologias e técnicas para gerir, intervir, avaliar os processos terapêuticos complexos, face às necessidades da pessoa, decorrentes da alteração da funcionalidade a vários níveis e para ensinar a pessoa e o cuidador; demonstração e ensino de técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade) e promoção da mobilidade, acessibilidade e da participação social colaborando na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes organizações.

Para a exequibilidade destes planos, foi feita uma avaliação da funcionalidade e definição de diagnósticos de ER, foram postas em prática as intervenções de ER, com o foco em ações da funcionalidade e das AVD's e posterior avaliação dos resultados das intervenções implementadas. Para tal, foi crucial compreender quais as limitações que provocaram a dependência, bem como delinear planos de intervenção no sentido de promover capacidades adaptativas. Foram assim elaborados programas de intervenção adequados às capacidades da pessoa, visando alcançar a máxima autonomia.

Os ensinamentos clínicos dirigidos às pessoas permitiram minimizar as sequelas, levando a uma melhoria funcional e da autonomia, de modo que a pessoa pudesse ser reintegrada nas suas atividades diárias, visando o retorno da mesma ao domicílio.

A experiência em contexto clínico revelou-se bastante gratificante em termos de capacitação para os autocuidados e na aptidão funcional da pessoa institucionalizada.

A competência referida no ponto J2 foi aprofundada na componente teórica da Unidade Curricular de Fundamentos de Enfermagem de Reabilitação, através da elaboração da revisão sistemática da literatura “Intervenção do Enfermeiro Especialista na Reabilitação da Pessoa pós AVC”, realizado no 2º semestre, que teve como objetivo avaliar a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na promoção do autocuidado e da melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde da pessoa com sequelas de AVC.

Na pessoa com deficiência, considera-se que os cuidados prestados devem promover a mobilidade, o desenvolvimento de habilidades com o objetivo de realizar o seu autocuidado e assim promover a sua autonomia e a qualidade de vida. Para tal, foram elaborados e implementados em todos os estágios, programas de treino de AVD's, de treino de equilíbrio e de RFM e respiratória, assentes no ensino, demonstração, sensibilização, identificação e orientação da pessoa, com vista à capacitação, promoção da mobilidade, da acessibilidade e da participação social da mesma.

Relativamente à terceira competência, consideramos que a reinserção na vida socioprofissional da pessoa com funcionalidade diminuída se apresenta como uma preocupação capital, tanto por parte da pessoa que enfrenta uma limitação física, como da família e da equipa de saúde multidisciplinar. Foi importante constatar a difícil tarefa de reinserção nas várias vertentes para delinear estratégias de superação das limitações resultantes da nova condição em que a pessoa se encontra. No entanto temos ainda um longo caminho a percorrer para ultrapassar todos os obstáculos que barram uma reinserção mais célere e eficaz.

De salientar que os cuidados se centraram, maioritariamente, na pessoa idosa, por norma reformados/pensionistas, o que implicou a identificação de aspetos sensíveis relativos à sua situação anterior, aspetos estes bastante comuns a esta faixa de população, de modo a ajudar na sua reinserção comunitária.

O programa de treino motor e cardiorrespiratório foi adequado à pessoa e parte integrante na definição dos objetivos da mesma. Houve a necessidade de avaliar diariamente cada pessoa incluída nos cuidados de ER para um conhecimento das funções cardiorrespiratória e motora e cognitiva (colaboração e capacidade de aprendizagem da pessoa). Para a avaliação da funcionalidade recorreu-se a instrumentos de avaliação, bem como à deteção de alterações que tinham conduzido à incapacidade, para que estas fossem trabalhadas e eventualmente ultrapassadas, possibilitando à pessoa a adaptação à sua condição de saúde. Assim, consegue-se concluir se os objetivos previamente definidos estão a ser atingidos e caso seja necessário o programa deve ser reformulado e adaptado à situação da pessoa. Efetuaram-se ajudas técnicas com dispositivos de compensação, ensinos visando o autocuidado com a finalidade de assegurar à pessoa e à

família a sua máxima capacitação funcional e, simultaneamente, prevenir eventuais complicações. Procurou-se avaliar sempre a pessoa de forma holística, de modo a alcançar cuidados especializados e de qualidade.

Em todos os Programas de reeducação funcional, verificou-se uma melhoria significativa da funcionalidade da pessoa, independência e autonomia, o que traduziu o sucesso do plano de intervenção do respetivo EEER. Este sucesso dependeu também da avaliação e reformulação desses programas, pelo que foi garantido um seguimento de três dias, no mínimo e reavaliações diárias em função dos objetivos definidos para cada participante, e sempre que necessário o plano de intervenção individual foi readaptado.

3.3. Competências de Mestre

O Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março, republicado pelo Decreto-Lei nº 65/2018 de 16-08-2018, no seu nº 1 do artigo 15.º (Grau de mestre) do Capítulo III (Mestrado) do Título II, consigna que o grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março, p. 2246).

O Decreto-Lei nº 115/2013, de 7 de agosto, do Ministério da Educação e Ciência, no seu artigo 15.º do Capítulo III do Título II, elenca as seguintes competências de Mestre: (1) possuir conhecimentos e capacidade de compreensão; (2) saber aplicar os conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares; (3) capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta; (4) ser capaz de comunicar as conclusões e os conhecimentos e raciocínios de forma clara; (5) demonstrar competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de forma auto-orientada ou autónoma.

Através do desenvolvimento das competências do EEER e das competências comuns do enfermeiro especialista, no qual o exercício profissional de enfermagem fundamentado demonstrou a capacidade de julgamento clínico e de tomada de decisão, no campo de intervenção, permitiu adquirir e desenvolver a primeira competência.

Conforme referido anteriormente, com o presente relatório pretendeu-se evidenciar, através da apresentação de dados clínicos, o impacto dos cuidados de ER e os seus benefícios na funcionalidade da pessoa. A própria elaboração do relatório possibilitou ancorar os conhecimentos teórico-práticos adquiridos para a prática clínica que são um pilar na prestação de cuidados de ER. Assim, permitiu a aquisição da segunda e terceira competência de mestre dado ter contribuído para o aprofundamento de conhecimentos relacionados com a área de estudo.

A aplicação da metodologia referida no Capítulo II para a realização do Projeto permitiu melhorar as capacidades de planeamento e de resolução de problemas. Também a aplicação de conhecimentos e capacidade de compreensão na resolução de problemas em situações novas e desconhecidas foi uma competência desenvolvida ao longo do Curso.

A demonstração de conhecimentos e a capacidade de compreensão no domínio da ER, incluindo em contexto de investigação, foi outra competência adquirida e desenvolvida ao longo do Curso. O desenvolvimento desta competência foi promovido pelo corpo docente do Curso

desde o início, quer através do trabalho de reflexão individual, nomeadamente sobre “Competência comum – Domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais”, ou de uma Revisão Sistemática da literatura elaborada em grupo, sobre “Prevenção do choque hemorrágico em pessoas com fratura instável da bacia” realizado no 1º semestre, trabalho este que fomentou a pesquisa de inúmeros artigos e a análise crítica e reflexiva dos mesmos, quer através da Unidade Curricular “Investigação em Enfermagem” em que os conteúdos programáticos incluíram a Prática Baseada na Evidência que permite a prestação de cuidados baseados na evidência científica, e facilita a tomada de decisão e ainda os métodos de tratamento de informação e a metodologia de projeto.

Pensa-se que a eficácia e eficiência da aquisição de todas estas competências formativas decorrem também da componente prática no âmbito dos três estágios, assumindo um papel diferenciado na aquisição de conhecimentos teóricos associados às necessidades dos cuidados de enfermagem e, conseqüentemente, na construção de uma identidade pessoal e profissional. O estágio final do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação complementou e sustentou as competências adquiridas previamente, permitindo por seu lado, um aporte na aprendizagem individualizada nas incapacidades resultantes de uma patologia e cirurgia decorrente e seu impacto no quotidiano da pessoa.

A capacidade para integrar conhecimentos e para lidar com questões complexas e desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, na previsão das conseqüências científicas, éticas, deontológicas e jurídicas das decisões e das ações foi outra das competências desenvolvidas. A previsão destas conseqüências, inerentes a qualquer decisão e/ou ação, era um aspeto em que existia algum desconhecimento e em que este curso de mestrado foi bastante enriquecedor, em particular através da Unidade Curricular “Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde” ministrada no primeiro semestre, na qual foram abordadas questões pertinentes, como a integração dos cuidados de Enfermagem. Foram inclusivamente elaborados um trabalho de reflexão intitulado “Repensar os Cuidados de Enfermagem na Perspetiva e Integração dos Cuidados” e um de grupo (intitulado “Enfermagem no Contexto da Integração da Prestação de Cuidados”) que teve como objetivo identificar uma nova abordagem na integração dos cuidados sob o ponto de vista de enfermagem, fazendo-se referência aos principais aspetos teóricos da integração, suas potencialidades, com uma visão crítica do papel profissional do enfermeiro neste âmbito.

A comunicação de conclusões e dos conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de forma clara e sem ambigüidades, quer a especialistas, quer a não especialistas, foi outra competência desenvolvida/adquirida. No âmbito da comunicação em contexto de investigação,

tendo em conta que a comunicação/ divulgação dos resultados permite a melhoria da prática, da prestação de cuidados, foram produzidos documentos orientadores: dois folhetos informativos sobre a limpeza e manuseamento do aparelho de ventilação não invasiva em contexto hospitalar e domiciliário; a elaboração e apresentação de dois *posters* (Apêndice VI), uma revisão bibliográfica da literatura intitulada “Impacto da intervenção do EEER na recuperação e capacitação da pessoa pós-AVC, ao nível da promoção do autocuidado e da melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde” apresentados nas 1^{as} Jornadas de Enfermagem de Reabilitação, promovidas pelo Centro Hospitalar Universitário do Algarve e no 21^o Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação, organizado pela APER.

Foi também realizada uma sessão de formação, incluindo um plano de sessão (Apêndice II) da mesma, para os enfermeiros e os assistentes operacionais do serviço de medicina, onde se efetuou o estágio na área respiratória, sobre o tema “Limpeza e desinfeção do ventilador e dispositivos em meio hospitalar e domiciliário”, com duração de 30 minutos.

Com esta ação de formação pretendeu-se uniformizar os cuidados desempenhados por todos os enfermeiros que prestam cuidados no internamento, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A própria procura, candidatura e frequência deste curso de mestrado demonstrou uma atitude reflexiva sobre as necessidades de formação individual, ficando patente a aquisição e desenvolvimento da capacidade que permite a aprendizagem ao longo da vida profissional no domínio da ER, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

CONCLUSÃO

A elaboração do Relatório possibilitou a reflexão acerca das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do EEER e ainda das Competências de Mestre, e, por conseguinte, uma maior consciencialização do que deve ser trabalhado para que sejam alcançados os objetivos. A aquisição e o desenvolvimento das competências conducentes ao grau de Mestre em ER não teriam sido possíveis sem o aporte teórico dos semestres anteriores do Curso.

De uma forma geral, a prática clínica no âmbito dos estágios permitiu a integração enquanto aluno na equipa multidisciplinar e a aquisição e desenvolvimento de competências necessárias a uma prática de cuidados especializados, nomeadamente à prática do EEER. Considero que os objetivos propostos inicialmente foram amplamente atingidos com um balanço muito positivo tendo para tal contribuído as atividades planeadas e as oportunidades de aprendizagem que os estágios me proporcionaram. Contudo, penso que ainda existe muito para melhorar.

Atualmente, os cuidados de Enfermagem assumem uma grande importância pelo que, enquanto enfermeiros e cidadãos, cabe-nos ir sempre mais além, numa busca incessante de conhecimentos e meios de atuação e do progresso profissional, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, mas acima de tudo continuar a lutar por uma cidadania cada vez mais alargada e inclusiva, respeitando o princípio da igualdade, o direito à saúde e o direito à vida, de modo a que possamos cuidar dos nossos utentes com toda a dignidade e respeito, mantendo sempre vivas as ideias de liberdade individual, igualdade perante a lei, e universalidade da sua extensão, bases da moderna cidadania.

A artrose da anca é reconhecida como uma doença degenerativa do sistema músculo-esquelético, frequente e debilitante, pertencendo ao conjunto de doenças crónicas das populações atuais e com grande impacto social e económico. Uma das articulações mais afetadas pela osteoartrose é a articulação coxofemoral. Sendo uma doença progressiva, o tratamento conservador torna-se, por vezes, ineficaz, pelo que a AA surge como o tratamento cirúrgico com maior sucesso. O procedimento cirúrgico tem como finalidade erradicar a dor, aumentar a amplitude do movimento e melhorar o estado funcional, promovendo a qualidade de vida. Não obstante, acarreta alterações físicas e psíquicas que originam um défice de autocuidado e com impacto na reintegração na comunidade. Nesse sentido, a capacitação pós-operatória através de um plano de reabilitação e ensino proporcionado à pessoa submetida a AA torna-se crucial para possibilitar a maximização da sua funcionalidade, a independência e o desempenho seguro das AVD's.

A AA condiciona a autonomia, pelo que é causadora de dependência, de uma restrição no autocuidado e respetivamente nas AVD's. É desejável que o programa de reeducação funcional resulte de um plano conjunto da equipa multidisciplinar. Tanto a mobilização da anca operada como a carga no membro estão dependentes do tipo de cirurgia e da estabilidade conseguida. Na maioria dos casos não existem restrições à mobilização da anca operada ou à carga durante a marcha, para além das impostas pela tolerância da pessoa.

Nesta medida, o EEER identifica os défices presentes e, através dos diagnósticos de ER, atua no sentido de reduzir os défices e prevenir os riscos, com o intuito de restituir a capacidade funcional, através do treino de AVD's, obtendo ganhos em saúde.

Vemos como necessidade compreender a família como agente importante no processo de reabilitação, incluir os cuidadores nos cuidados dos profissionais, incluir a família na realização de cuidados simples para que haja uma proximidade com a pessoa e a estimule na reabilitação. Não esquecer que o nosso papel como profissionais de saúde e como especialistas em ER, é de educadores em saúde em todos os nossos âmbitos de atuação, proporcionando ferramentas à família/cuidadores para a reabilitação e reintegração da pessoa na sociedade.

O Projeto de intervenção descreve os resultados da sistematização de um conjunto de intervenções realizadas no estágio final, a 14 pessoas submetidas a AA, através de um Programa de RFM no período pós-operatório. Pretendeu-se analisar os contributos das intervenções de ER para a capacitação nas AVD's. O programa revelou-se benéfico, evidenciando a melhoria da força muscular, da mobilidade, do alívio e controlo da dor e da independência funcional. Os dados obtidos na implementação do programa de RFM reforçam a importância da atuação do EEER na capacitação funcional da pessoa submetida a AA.

Para a fundamentação do Relatório foi crucial a pesquisa e a seleção de estudos, tendo por base que a prática de cuidados de ER deve ser baseada na evidência, ou seja, sustentada em resultados da investigação e em orientações de boas práticas de cuidados.

Assim, julga-se que o presente trabalho será uma ferramenta decisiva na execução de um programa de intervenção que contribuirá para aumentar o nível de evidência para a prática clínica, pelo que considero ter alcançado os objetivos da elaboração do programa de RFM proposto.

Para futuras investigações recomenda-se a realização de estudos experimentais ou quasi-experimentais, com amostras mais representativas, sobre a intervenção do EEER no período pós-operatório da cirurgia AA para aumentar o nível de evidência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, L. C., Leite, I. D. C., & Machado, C. J. (2008). Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Colet*, 13(4), 1199-1207. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.06322013>
- American Psychological Association. (2020). *Publication Manual Of The American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>.
- Azevedo, T. S. M. (2015). *Reabilitação, no domicílio, da pessoa com prótese total da anca* [Master's thesis, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/1434>
- Bandholm, T., & Kehlet, H. (2012). Physiotherapy exercise after fast-track total hip and knee arthroplasty: Time for reconsideration? *Arch Phys Med Rehabil*, 93(7), 1292-1294. <http://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.02.014>
- Brennan, M., O'Shea, P. M., O'Keeffe, S. T., & Mulkerrin, E. C. (2019). Spontaneous insufficiency fractures. *J Nutr Health Aging*, 23(8), 758-760. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1234-6>.
- Daniachi, D., Santos Netto, A. D., Ono, N. K., Guimarães, R. P., Polesello, G. C., & Honda, E. K. (2015). Epidemiology of fractures of the proximal third of the femur in elderly patients. *Rev Bras Ortop*, 50(4), 371-377. <https://doi.org/10.1016/j.rboe.2015.06.007>
- Decreto-Lei nº 115/2013, de 7 de agosto, do Ministério da Educação e Ciência. (2013). *Diário da República: II série*, nº 151. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/498487/details/maximized>
- Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006). *Diário da República: série I-A*, nº 60. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/671387/details/maximized>
- Di Monaco, M., Vallero, F., Tappero, R., & Cavanna, A. (2009). Rehabilitation after total hip arthroplasty: a systematic review of controlled trials on physical exercise programs. *Eur J Phys Rehabil Med*, 45(3), 303-317. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19238130/>
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2013). Norma nº 014/2013, de 23 de setembro. *Artroplastia Total da Anca*. Direção Geral da Saúde. Direção Geral da Saúde. <https://nocs.pt/artroplastia-total-da-anca/>

- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2011). Norma nº 054/2011 de 27/12/2011. *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2010). *Programa nacional de prevenção de acidentes 2010-2016*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/dast-programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes-pdf.aspx>.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2004). *Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006345.pdf>
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2003a). Circular Normativa Nº 09/DGCG, de 14 de junho. *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Direção Geral da Saúde. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2003b). *Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso. Recomendações para intervenções terapêuticas*. Direção Geral da Saúde. <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/683/1/Fracturas%20da%20extremidade%20proximal%20do%20f%3a9mur%20no%20idoso.pdf>
- Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Portugal [EpiReumaPt] (2011/2013). http://www.reumacensus.org/pdf/quadriptico_resultados_epireu-mapt.pdf
- Garção, A., & Grilo, E. (2019). The importance of teaching and training activities in nursing care to patients undergoing hip arthroplasty. *J Aging Innovation*, 8(1), 127-140. <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/9JAIV8E1.pdf>
- Gonçalves, L. M. D. (2014). *Determinantes da capacidade funcional em indivíduos com coxartrose submetidos a artroplastia total da anca* [Master's thesis, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/2560>
- Gomes, J. M. P. A. (2014). *A pessoa com artroplastia total da anca: atividades de vida diária e qualidade de vida* [Master's thesis, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1324>

- Gustafsson, J. (2017). *Single case studies vs. multiple case studies: a comparative study*. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1064378/FULLTEXT01.pdf>
- Heale, R., & Twycross, A. (2018). What is a case study?. *Evid Based Nurs*, 21(1), 7-8. <http://dx.doi.org/10.1136/eb-2017-102845>
- Hebert, S. K., Filho, T. E., Xavier, R., & Pardini, A. G. (2017). *Ortopedia e Traumatologia: princípios e prática*. (5th ed.). Artmed.
- Hoeman, S., Liszner, K., & Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional nas Atividades de Vida Diária. In S. Hoeman (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4th ed., pp. 209-270). Lusodidacta.
- Holland, K., & Jenkins, J. (2019). *Applying the Roper-Logan-Tierney Model in Practice-E-Book*. (3th ed.). Elsevier Health Sciences. https://books.google.pt/books?hl=pt-BR&lr=&id=er-KMDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=applying+the+Roper,+Logan+and+Tierney+model&ots=cC55yeSZHw&sig=IMDjeQuBd5zqQBzyGMxmF F6hoU&redir_esc=y#v=one-page&q=applying%20the%20Roper%2C%20Logan%20and%20Tierney%20model&f=false
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>.
- Instituição de Saúde no sul do país (s.d.). *Anexo 4 - Recomendações para a elaboração do consentimento informado para estudos de investigação*. Comissão de Ética para a Saúde.
- Lemmey, A. B., & Okoro, T. (2013). The efficacy of exercise rehabilitation in restoring physical function following total hip replacement for osteoarthritis: a review. *OA Musculoskeletal Med*, 1(2), 13. <https://doi.org/10.13172/2052-9287-1-2-760>
- Lemos, K. F. T., Nascimento, L. R., & Guedes, R. D. C. (2009). Impacto da reabilitação na marcha de indivíduos idosos com artroplastia total de quadril: revisão sistemática. *Rev Geriatr Gerontol*, ISSN, 9823, 131-137. https://www.researchgate.net/profile/Kelly-Lemos/publication/264458578_Impacto_da_reabilitacao_na_marcha_de_individuos_idosos_com_artroplastia_total_de_quadril_revisao_sistemtica/links/610c56060c2bfa282a27bd16/Impacto-da-reabilitacao-na-marcha-de-individuos-idosos-com-artroplastia-total-de-quadril-revisao-sistemtica.pdf

- Loures, E. D. A., & Leite, I. C. G. (2012). Análise da qualidade de vida de pacientes osteoartrósicos submetidos à artroplastia total do quadril. *Rev Bras Ortop*, 47(4), 498-504, doi: 10.1590/S0102-36162012000400017
- Lucas, R., & Monjardino, M. (2010). O estado da Reumatologia em Portugal. *Porto: Observatório Nacional das Doenças Reumáticas*. https://ispup.up.pt/wp-content/uploads/2021/11/Estado_Reumatologia_Portugal_pdf.pdf.
- Martins, M. M., & Fernandes, C. S. (2009). Percurso das necessidades em cuidados de enfermagem nos clientes submetidos a artroplastia da anca. *Journal of Nursing Referência (Revista de Enfermagem Referência)*, 2(11), 79-92. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33473/1/artigo%20afiliado-mm90.pdf>
- Mesquita, G. V., Lima, M. A. L. T. D. A., Santos, A. M. R. D., Alves, E. L. M., Brito, J. N. P. D. O., & Martins, M. D. C. D. C. (2009). Morbimortalidade em idosos por fratura proximal do fêmur. *Texto Contexto Enferm*, 18, 67-73. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000100008>
- Ministério da Saúde (2021a). *Instituição*. In Centro Hospitalar Universitário do Algarve. <http://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>
- Ministério da Saúde (2021b). *Área de influência*. In Centro Hospitalar Universitário do Algarve. <http://www.chualgarve.min-saude.pt/chalgarve-em-numeros/area-de-influencia/>
- Morgado, J., Rocha, C.S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I.P. (2009). Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination. *Rev Sinapse*, 9(2), 10-16.
- Mori, C., Hageman, D., & Zimmerly, K. (2017). Nursing care of the patient undergoing an anterior approach to total hip arthroplasty. *Orthop Nurs*, 36(2), 124-130. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000326>
- Nankaku, M., Tsuboyama, T., Akiyama, H., Kakinoki, R., Fujita, Y., Nishimura, J., Yoshioka, Y., Kawai, H., & Matsuda, S. (2013). Preoperative prediction of ambulatory status at 6 months after total hip arthroplasty. *Phys Ther*, 93(1), 88-93. <https://doi.org/10.2522/ptj.20120016>
- Olson, R. S. (2011). Função Musculoesquelética. In S. Hoeman (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4th ed., pp. 411-442). Lusodidacta.
- Okoro, T., Lemmey, A., Maddison, P., & Andrew, J. G. (2012). Methods for Optimising Patient Function After Total Hip Arthroplasty. In S. Foker (Ed.), *Recent Advances in Hip and Knee*

Arthroplasty (pp. 119-132). Intech. [https://books.google.pt/books?hl=pt-BR&lr=&id=rgWaDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA119&dq=Okoro,+T.,+Lemmey,+A.,+Maddison,+P.,+%26+Andrew,+J.+G.+\(2012\).+Methods+for+Optimising+Patient+Function+After+Total+Hip+Arthroplasty.+Recent+Advances+in+Hip+and+Knee+Arthroplasty&ots=yeYNdz9T-H&sig=9USf5Uf NUB-C7aWQovVdjohgLY&redir_esc=y#v=one-page&q&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-BR&lr=&id=rgWaDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA119&dq=Okoro,+T.,+Lemmey,+A.,+Maddison,+P.,+%26+Andrew,+J.+G.+(2012).+Methods+for+Optimising+Patient+Function+After+Total+Hip+Arthroplasty.+Recent+Advances+in+Hip+and+Knee+Arthroplasty&ots=yeYNdz9T-H&sig=9USf5Uf NUB-C7aWQovVdjohgLY&redir_esc=y#v=one-page&q&f=false)

Ordem dos Enfermeiros [OE] - Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação. (2018). *Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação. Guia Orientador de Boa Prática: Reabilitação Respiratória*. ISBN 978-989-8444-41-7. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. *Ordem dos Enfermeiros*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER Assembleia/Padrao-Documental_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Padrao-Documental_EER.pdf)

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2011). Proposta dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Ordem dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2004). Quadro de Referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. *Suplemento da Revista, 6*, 3-8. <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe13julho2004suplemento.pdf>

Pestana (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: enquadramento. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (1st ed., pp. 47-56). Lusodidacta.

Pina, J. A. E. (2010). *Anatomia Humana da Locomoção*. (4th ed.). Lidel.

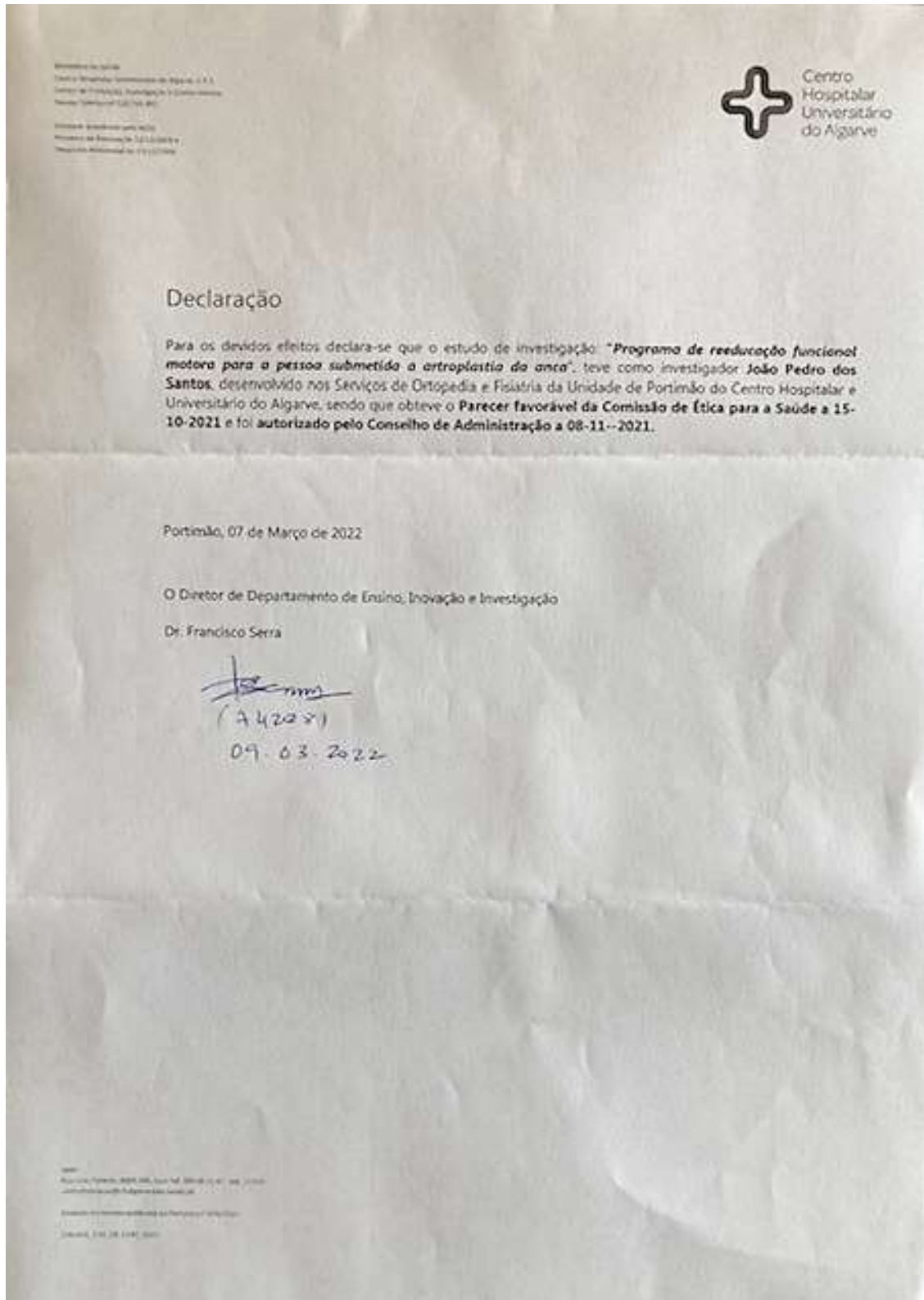
- Queirós, P. J. P., dos Santos Vidinha, T. S., & de Almeida Filho, A. J. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Rev Enf Ref*, 4(3), 157-164. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
- Registo Português de Artroplastias [RPA]. (2014). *Relatório Anual de 2013*. <http://www.rpa.spot.pt/getdoc/656b137c-4a0c-4bfc-a34d-8dafedaa0c62/Relatorio-Anual-2013.aspx>
- Regulamento nº 392/2019, de 3 de maio, da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República: II série, nº 85. <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>
- Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República: II série, nº 26. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento nº 350/2015, de 22 de junho, da Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República: II série, nº 119. <https://dre.pt/home/-/dre/67552234/details/maximized>
- Regulamento nº 125/2011, de 18 de fevereiro, da Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República: II série, nº 35. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompeterenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf
- Santos, M. D. F. P. D. (2019). *Prótese total da anca: efetividade de um programa de reabilitação* [Master's thesis, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/5455>
- Seeley, R. R., Stephens, T. D., & Tate, P. (2003). *Anatomia e Fisiologia*. (6th ed.). Lusociência.
- Simões, J. (2011). *A influência da estimulação auditiva na pessoa em coma*. Universidade de Aveiro.
- Smith, T. O., McCabe, C., Lister, S., Christie, S. P., & Cross, J. (2012). Rehabilitation implications during the development of the Norwich Enhanced Recovery Programme (NERP) for patients following total knee and total hip arthroplasty. *Orthop Traumatol Surg Res*, 98(5), 499-505.

- Sousa, L. M., & Carvalho, L. (2017a). Pessoa com osteoartrose na anca e joelho em contexto de internamento e ortopedia. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (1st ed., pp. 405-420). Lusodidacta.
- Sousa, L. M., & Carvalho, L. (2017b). Pessoa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (1st ed., pp.421-431). Lusodidacta.
- Teixeira, H., Palma, M., Vieira, J. V., & Bule, M. J. (2021). A Pessoa submetida a prótese parcial da anca: Relato de caso. *Rev Port Enf Reab*, 4(1), 4-55. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.16>
- van Silfhout, L., & Edwards, M. J. (2020). Mobilising the patient: With emphasis on innovative technologies. *Injury*, 51, S15-S17. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2020.01.011>
- VanPutte, C., Regan, J., & Russo, A. (2016). *Anatomia e Fisiologia de Seeley*. (10th ed.). McGraw Hill Brasil.
- Vilelas, J. (2020). *Investigação - O processo de construção do conhecimento*. (3th ed.). Edições Sílabo.
- Visser, M. M., Bussmann, J. B., Verhaar, J. A., Arends, L. R., Furlan, A. D., & Reijnen, M. (2011). Recovery of physical functioning after total hip arthroplasty: systematic review and meta-analysis of the literature. *Phys Ther*, 91(5), 615-629. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100201>
- Vital, I. C., & Cameron, L. E. (2009). Assistência ao paciente submetido à artroplastia total de quadril: o saber da enfermagem traumato-ortopédica. *Rev enferm UFPE on line*, 1134-1141. <https://doi.org/10.5205/reuol.581-3802-1-RV.0304200945>
- Yang, L., Wang, X. M., Zuo, X. L., Gong, S. Q., & Meng, F. J. (2016). Systematic evaluation of the clinical nursing pathway with the GRADE approach applied to functional exercise in patients with hip replacements before and after surgery. *Chin Nurs Res*, 3(4), 185-193. <https://doi.org/10.1016/j.cnre.2016.11.008>
- Yin, R. K. (2012). Case study methods. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (pp. 141-155). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13620-009>

Zhang, C., & Xiao, J (2020). Application of fast-track surgery combined with a clinical nursing pathway in the rehabilitation of patients undergoing total hip arthroplasty. *J Int Med Res*, 48(1), 1-13. <https://doi.org/10.1177/0300060519889718>

ANEXOS

Anexo I – Comprovativo de aprovação pela Comissão de Ética da Instituição onde decorreu a implementação.



Anexo II – Escala Rancho de Los Amigos [ERA] (*Rancho los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale* [LCFS]).

Nível	Comportamento	Descrição
I	SEM RESPOSTA	Ausência de resposta do doente a qualquer estímulo.
II	RESPOSTA GENERALIZADA	Reacção inconsistente e inapropriada do doente a estimulação não específica.
III	RESPOSTA LOCALIZADA	Resposta específica, mas não consistente, do doente aos estímulos.
IV	CONFUSO - AGITADO	Doente hiperactivo com redução grave da capacidade de processamento da informação.
V	CONFUSO-DESPROPOSITADO	Doente aparentemente alerta, não consegue responder a instruções simples de modo bastante razoável.
VI	CONFUSO-APROPRIADO	Doente evidencia comportamento dirigido, mas dependente da informação externa para orientação.
VII	AUTOMÁTICO-APROPRIADO	Doente aparentemente apropriado e orientado no hospital e no domicílio, cumpre automaticamente a rotina diária, com confusão mínima, ou nenhuma, e recorda-se vagamente das acções.
VIII	PROPOSITADO-APROPRIADO	Doente alerta e orientado, capaz de recordar acontecimentos passados e presentes, estando consciente e evidenciando comportamento adaptado.

Fonte: Simões (2011, p. 49).

Anexo III – Mini Mental State Examination (MMSE).

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

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

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

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

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repta a frase que eu vou dizer: O RATO RDEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____
Dobra ao meio _____
Coloca onde deve _____

Nota: _____

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

Fechou os olhos _____

Nota: _____

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

Frase:

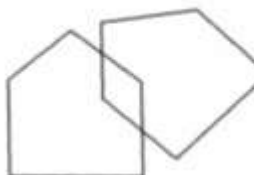
Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

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

Nota: _____

TOTAL (Máximo 30 pontos): _____



Considera-se com defeito cognitivo: • analfabetos ≤ 15 pontos
• 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
• com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Anexo IV – 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 supositório ou similar.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input 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	

Fonte: Norma nº 054/2011, de 27/12/2011 da DGS.

Anexo V – Escala numérica para avaliação da dor.

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor má- xima
--------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-----------------------------

Fonte. Adaptado de DGS (2003a).

Anexo VI – Escala de Força Muscular: Escala *Medical Research Council Muscle Scale* (MRC).

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

Fonte: Adaptado de OE (2016).

Anexo VII – Certificados de presença em Congressos.



Legenda: Certificado de presença no 22º Congresso do Núcleo de estudos da Doença Vascular Cerebral da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

Certificado

Certifica-se que **João Pedro dos Santos** participou nas **1^{as} Jornadas de Enfermagem de Reabilitação "Transversalidade"** do Centro Hospitalar Universitário do Algarve que decorreram nos dias 22 e 23 de novembro de 2021, das 8h30 às 18h00, na Escola de Hotelaria e Turismo do Algarve.

Mariana Santos
Enfermeira Diretora do Centro
Hospitalar Universitário do Algarve, EPE

Mariana Santos

Enfermeira Diretora



Legenda: Certificado de presença nas 1^{as} Jornadas de Enfermagem de Reabilitação "Transversabilidade" do Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

APÊNDICES

Apêndice I – Folhetos informativos

Folheto informativo elaborado no contexto hospitalar (frente e verso).

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO VENTILADOR E DISPOSITIVOS EM MEIO HOSPITALAR

Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI)

Importância

A VNI é uma terapia de suporte ventilatório cada vez mais utilizada no tratamento de insuficiência respiratória aguda. Seu sucesso depende de eficácia e controle de infecções, tornando-se uma medida essencial para a saúde do paciente, tanto a curto quanto a longo prazo.

Esta terapia é crucial e fundamental para o sucesso do tratamento de pacientes em cuidados intensivos. Para tal, é essencial ter em conta as normas e recomendações emitidas pelo Conselho de Controle de Infecção do hospital.

Procedimentos de Limpeza e Desinfecção dos Equipamentos

A limpeza e a desinfecção correta dos equipamentos deve ser feita com o equipamento designado ao serviço clínico, seguindo as instruções abaixo indicadas.

Ventilador

- Deve ser limpo com um pano húmido (água e álcool).
- Preferencialmente passar um desinfetante recomendado pelo CDC de infeção.
- Não deverá ser utilizado quando estiver totalmente seco.





✓



✗

Não use água, sabão ou álcool para limpar o ventilador. Limpe com um pano húmido com água e álcool.

Intertubo

Reservatório

Exatidão: alguns minutos por unidade, por unidade de distribuição de acordo com as instruções de fabrica e o protocolo de controle de infecção do hospital.



Filtro descartável

Exatidão: por dispositivo no período de vida do paciente.



Dispositivo

Exatidão: por dispositivo no período de vida do paciente.



Conector de Oxigênio

Exatidão: por dispositivo no período de vida do paciente.



Filtro de ar

Exatidão: por dispositivo no período de vida do paciente.



Anticorrosivo

Exatidão: 1 vez por semana com água oxigenada, solução desinfetante de uso hospitalar.

Exatidão: passar álcool 70% com frequência durante o uso.

Exatidão: evitar a utilização de produtos para limpar as partes metálicas.



Contacte-nos

Trabalhe connosco para obter mais informações.

Folheto informativo elaborado no contexto domiciliário (frente).

Ventilação Não Invasiva (VNI): O que é?

- A ventilação não invasiva, mais conhecida como VNI, consiste em um método para ajudar na respiração de uma pessoa, através de aparelhos que não são introduzidos no sistema respiratório, como é o caso da intubação que precisa de ventilação mecânica.
- Esta terapia facilita o trabalho de oxigênio pelas vias aéreas devido à uma pressão de ar, que é aplicada com auxílio de uma máscara.

Quais as vantagens?

- Permite respirar e dormir melhor.
- Não sente maior tolerância ao esforço.
- Prevenção de episódios de agudização da sua doença respiratória.

Permite uma melhoria da sua qualidade de vida.

Contacte-nos



VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (VNI)

Cuidados de Limpeza e Desinfecção do Ventilador e Dispositivos no Domicílio



Unidade de [redacted] - Medicina

Endereço: João Barros e Ana Luiza Oliveira

Folheto informativo elaborado no contexto domiciliário (verso).



Possíveis complicações

As principais complicações descritas são:

- **Lesão da face** (úlceras por pressão principalmente na pirâmide nasal); causam desconforto. Deve evitar a máscara, utilizar uma proteção na pele como pensos almofadados e avaliar a necessidade de mudar o tipo de máscara;
- **Irritação/infeção ocular:** provocada habitualmente por fuga de ar. Deve reajustar a máscara e verificar a existência de outras possíveis fugas;
- **Retenção de secreções, congestão nasal, secura das mucosas oral e nasal:** deve beber cerca de 2l água/dia, tossir para expelir as secreções e cumprir um plano de fisioterapia respiratória;
- **Distensão abdominal:** deve manter a boca fechada ao usar o aparelho e providenciar a toma de antiflatulento;
- **Hemorragia nasal:** se acontecer deve suspender a ventilação e contactar o seu médico;
- **Outros:** Sensação de claustrofobia, sinusite, cefaleias e otalgias, vômito, privação de sono, confusão, hipertensão e pneumotórax.



Tipos de máscaras

Máscara nasal (1): deve manter a boca fechada, comunicando através de gestos ou escrita.

Máscara facial (2): adapta-se à face da pessoa e ajusta-se o arnés à cabeça, sem efetuar grande pressão.



Quando for utilizar o aparelho deve:

- Colocá-lo numa superfície plana e estável;
- Lavar a cara antes de colocar a máscara;
- Efetuar uma adequada higiene brônquica;
- Efetuar uma descongelação nasal com soro fisiológico;
- Ligar o oxigénio ao aparelho (apenas se estiver prescrito);
- Colocar a máscara e ajustá-la através das fitas do arnés;
- Ligar o aparelho.

Deve verificar sempre se existem fugas entre a máscara e a face.

Ter em atenção:

⇒ Não tapar a válvula expiratória da máscara e retirar a máscara para ingerir alimentos.

Não esquecer...

- O seu ventilador funciona como um 3º pulmão que ajuda a respirar melhor pelo que deve cumprir diariamente o tratamento (principalmente o n.º de horas que o médico prescreveu).
- Deve avisar a empresa fornecedora de energia elétrica sobre a existência do ventilador em casa.
- Caso o equipamento se danifique, deve pedir a substituição à firma fornecedora.
- Se viajar deve-se fazer acompanhar do ventilador e cumprir as normas de segurança para o seu transporte (contactar a empresa).

Cuidados na limpeza

Aparelho: Desligar da corrente elétrica quando proceder à sua limpeza. Este deve ser limpo com um pano húmido sem produtos químicos e só deve ser utilizado quando estiver totalmente seco.



Filtro: Lavar 1 vez por mês com água morna e secar bem antes de voltar a colocar. Deverá ser descartado no período indicado pelo fabricante.

Máscara e acessórios: Desmontar completamente e lavar 1 vez por semana todas as peças com água morna.

Tubo: Lavar semanalmente com água e sabão, por fora. Enxaguar muito bem. Não deve entrar água para dentro do circuito. Nesta eventualidade deve-se pendurar o circuito de modo a que saia a água.

Apêndice II – Sessão de Formação.

Plano de sessão “Limpeza e desinfeção do ventilador e dispositivos em meio hospitalar e domiciliário”.

Dados de Identificação			
Título:	LIMPEZA E DESINFEÇÃO DO VENTILADOR E DISPOSITIVOS EM MEIO HOSPITALAR E DOMICILIÁRIO		
Grupo:	Enfermeiros e Assistentes Operacionais do Serviço de Medicina de Lagos	Local:	██████████
Preletor:	Enfermeiro João Santos	Duração:	20 minutos
Data:	25/06/2021	Hora:	14:30

Objetivos	
Objetivo Geral da Sessão:	Os formandos deverão ser capazes de reconhecer quais os cuidados de limpeza e desinfeção a ter no ventilador e dispositivos utilizados na VNI, quer em contexto hospitalar quer domiciliário.
Objetivos Específicos da Sessão:	<p>No final da sessão, os formandos deverão ser capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconhecer a importância das precauções básicas do controlo de infeção; ✓ Identificar métodos de limpeza e desinfeção do ventilador e dos dispositivos utilizados na VNI; ✓ Distinguir medidas de limpeza e desinfeção em contexto hospitalar e no domicílio; ✓ Proceder de forma correta à limpeza e desinfeção de um equipamento, conforme explicado na atividade de demonstração.

Desenvolvimento da Sessão			
Etapas da sessão	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Tempo Previsto
1- Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do preletor • Diagnóstico de conhecimentos; • Apresentação do tema. 	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos expositivo e interrogativo. 	3 min.
2- Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Importância da higiene do equipamento VNI; • Procedimentos de utilização para a prevenção da contaminação; • Procedimentos gerais de limpeza e desinfeção; • Recomendações específicas para efetuar em meio hospitalar e no domicílio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos expositivo e demonstrativo; • Atividade de demonstração; • Atividade de grupo; • Folheto informativo; • Panfleto; • Ecrã multimédia; • Vídeo; • Fotografias reais de um aparelho que necessita de limpeza/desinfeção. 	15 min.
3- Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese final dos conteúdos abordados; • Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos expositivo e interrogativo. 	2 min.
Avaliação: Debate temático.			

Apêndice III – Consentimento informado, livre e esclarecido para participar em investigação

Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

João Pedro dos Santos, Enfermeiro que se encontra a implementar um Projeto de Intervenção no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, que visa a realização de um programa de reeducação funcional motora cujo propósito é a promoção do autocuidado, vem por este meio solicitar consentimento para incluir a sua participação no presente estudo, que se realiza de acordo com o decretado pela Declaração de Helsínquia e pela Convenção de Oviedo, onde a proteção do interesse e bem-estar do ser humano surge como prioridade, garantindo-lhe o cumprimento dos princípios da confidencialidade e proteção de dados.

Declara-se que os dados colhidos serão exclusivamente utilizados para este estudo e respetivas divulgações, não havendo a identificação de nenhum dos participantes. A qualquer momento pode desistir da sua participação, sem necessidade de apresentar qualquer justificação e sem sofrer nenhuma consequência.

Enquadramento: Projeto de intervenção realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, em Associação entre a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora e as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre e Setúbal, com a orientação do Professor João Vítor da Silva Vieira, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação a realizar funções no serviço de Ortopedia de uma Unidade de uma Instituição de Saúde no sul do país, e regência do Professor Luís Manuel Mota de Sousa.

Título: Contributos de um Programa de Reeducação Funcional Motora na capacitação da pessoa submetida a Artroplastia da Anca – Promoção do Autocuidado.

Objetivo: Averiguar se a implementação de um programa de reeducação funcional motora pelo EEER à pessoa submetida a artroplastia da anca contribuí para a promoção do autocuidado.

Intervenções: Ensinar, instruir e treinar exercícios e técnicas que contribuam para a melhoria da funcionalidade, do equilíbrio sentado e de pé, da capacidade de realizar as atividades do dia-a-dia (como andar, transferir-se, ir ao sanitário, levantar da cama/cadeira).

Investigador: João Pedro dos Santos; joaosantos07@hotmail.com

Orientador: Professor João Vítor da Silva Vieira, joao.vieira@ipbeja.pt

Assinatura _____ (Enfermeiro João Santos)

Data ____/____/____

Declaro ter lido e compreendido a informação que consta no documento, bem como as informações verbais que me foram transmitidas. Foi-me garantida a possibilidade de abandonar o estudo a qualquer momento, sem que tal facto acarrete qualquer consequência nem prejuízo dos meus direitos assistenciais. Tomei conhecimento que os meus direitos à confidencialidade, anonimato e autodeterminação serão salvaguardados. Tive a oportunidade de esclarecer dúvidas sobre o assunto tendo ficado clarificado acerca das mesmas.

Face ao exposto, aceito participar neste estudo e autorizo a utilização de dados que forneço de forma voluntária, acreditando que serão apenas utilizados para fins relacionados com a investigação e sempre com a garantia de confidencialidade e anonimato. Considerando-me esclarecido(a), declaro participar de livre vontade.

Assinatura:

Data:

____/____/____

Caso não seja o próprio a assinar por incapacidade, indicar o grau de relação com o participante:

Este documento é constituído por duas páginas e feito em duplicado, sendo um exemplar para o investigador e o outro para a pessoa que consente ou seu representante.

Apêndice IV – Formulário de registo de colheita de dados.

Nome (Iniciais): _____

Idade: _____ anos

Motivo de internamento:

Diagnóstico: _____

Antecedentes pessoais:

Exames complementares efetuados:

- Análises sanguíneas: _____

- Raio-X: _____

- Outros: _____

Apêndice V – Formulário de registo de sessão de reeducação funcional motora

Data de avaliação: ___/___/___

Nº de participante: _____

Nº da Sessão: _____

Hora de início: _____ Hora de fim: _____ Duração total: _____

Avaliação de Parâmetros Biofisiológicos:

TA	___/___ mmHg	FC	___ bpm	FR	___ ciclo/min	Temp.	___ °C
Dor		SPO ₂	___ %	Glicémia	___ mg/dl	Pulso	

FOCO	INTERVENÇÕES	SIM	NÃO	DURAÇÃO / FRERQUÊN- CIA
Movimento muscular	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da Força muscular • Conhece técnicas de exercício muscular/articular <ul style="list-style-type: none"> - Usa adequadamente as técnicas - Outro: _____ • Tipo de mobilização muscular e articular: <ul style="list-style-type: none"> - Auto-mobilização - Ativas - Ativas Assistidas - Ativas resistidas • Exercícios de fortalecimento muscular: • Atividades Terapêuticas no leito: • Exercícios na cadeira de rodas: • Exercícios de força dos membros superiores: • Exercícios de força dos membros inferiores: • Outro: _____ 			MI dto.: MI esq.: N.º de ses- sões: Freq.:
Autocuidado higiene	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação do conhecimento sobre <ul style="list-style-type: none"> - adaptação do domicílio para o autocuidado - dispositivo auxiliar para o autocuidado - outro: ▪ Avaliação da capacidade para utilização do dispositi- vo auxiliar para o autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> - lava a zona inferior do corpo - seca todas as zonas do corpo - entra e sai da banheira - Outro: _____ ▪ Treino do uso de dispositivo auxiliar para o autocui- dado: higiene. 			N.º de ses- sões: Freq.:

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação do conhecimento do prestador de cuidados sobre: <ul style="list-style-type: none"> - adaptação do domicílio - dispositivo auxiliar para o autocuidado - Outro: _____ 			
Autocuidado sentar-se	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Treino de técnicas de adaptação para o autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> - Rodar com almofada entre as pernas e sentar-se na cama com os pés pendentes. - Outro: _____ ▪ Avaliação e treino do equilíbrio estático e dinâmico sentado na beira da cama com os pés pendentes 			N.º de sessões: Freq.:
Autocuidado ir ao sanitário	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação do conhecimento sobre <ul style="list-style-type: none"> - adaptação do domicílio para o autocuidado <ul style="list-style-type: none"> - conhece a necessidade de adaptação - identifica barreiras arquitetónicas - dispositivo auxiliar para o autocuidado - técnica de adaptação: ▪ Avaliação da capacidade para utilização do dispositivo auxiliar para o autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> - Usa adequadamente - Outro: ▪ Avaliação da capacidade para usar a técnica de adaptação para o autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> - Despe a roupa - Posiciona-se na sanita - Faz a higiene íntima após urinar/evacuar - Ergue-se na sanita - Veste a roupa - Outro: _____ ▪ Avaliação do conhecimento do prestador de cuidados sobre: <ul style="list-style-type: none"> - adaptação do domicílio <ul style="list-style-type: none"> - conhece a necessidade de adaptação - identifica barreiras arquitetónicas - dispositivo auxiliar para o autocuidado - Outro: _____ 			N.º de sessões: Freq.:
Autocuidado transferir-se	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação do conhecimento sobre <ul style="list-style-type: none"> - adaptação do domicílio para o autocuidado <ul style="list-style-type: none"> - conhece a necessidade de adaptação - identifica barreiras arquitetónicas 			N.º de sessões: Freq.:

	<ul style="list-style-type: none"> - conhece dispositivo auxiliar - conhece técnica de adaptação ▪ Avaliação da capacidade para utilização do dispositivo auxiliar para o autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> - Usa adequadamente o dispositivo - Usa adequadamente a técnica - Outro: _____ ▪ Avaliação do conhecimento do prestador de cuidados: <ul style="list-style-type: none"> - conhece a necessidade de adaptação - identifica barreiras arquitetónicas - conhece dispositivo auxiliar 			
Autocuidado vestir-se	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação do conhecimento sobre: <ul style="list-style-type: none"> - dispositivo auxiliar para o autocuidado -descreve o modo de utilização do dispositivo - técnica de adaptação ▪ Avaliação da capacidade para utilização do dispositivo auxiliar para o autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> - Usa adequadamente - Outro: ▪ Avaliação da capacidade para usar a técnica de adaptação para o autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> - Despe a roupa na parte inferior do corpo - Veste a roupa na parte inferior do corpo - Despe a roupa na parte superior do corpo - Veste a roupa na parte superior do corpo - Descalça e calça meias - Desabotoa e abotoa as roupas - Descalça e calça sapatos - Seleciona roupas adequadas ao ambiente - Usa cordões para amarrar - Usa fechos - Outro: _____ ▪ Avaliação do conhecimento do prestador de cuidados sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Dispositivo auxiliar para o autocuidado - Outro: _____ 			N.º de sessões: Freq.:
Adesão				
Conhecimento sobre o processo patológico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A pessoa conhece o processo patológico ▪ O prestador de cuidados conhece o processo patológico 			

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Outro: _____ 			
Equilíbrio corporal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação do conhecimento sobre técnica de treino e da capacidade de execução: <ul style="list-style-type: none"> - Conhece exercícios de equilíbrio dinâmico - Conhece exercícios de equilíbrio estático - Outro: _____ - Executa adequadamente: <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de equilíbrio dinâmico - Exercícios de Equilíbrio estático • Avaliação do equilíbrio: <ul style="list-style-type: none"> - Tem equilíbrio dinâmico sentado - Tem equilíbrio dinâmico em pé - Tem equilíbrio estático sentado - Tem equilíbrio estático em pé - Adota posições viciosas - Suporta o próprio peso em diferentes posições - outro: _____ • Exercício de Correção postural: • Exercícios de treino de equilíbrio estático sentado: • Exercícios de treino de equilíbrio dinâmico sentado • Exercícios de treino de equilíbrio estático na posição ortostática: • Exercícios de treino de equilíbrio dinâmico na posição ortostática: 			<p>N.º de sessões:</p> <p>Freq.:</p>
Queda	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação do conhecimento da pessoa: <ul style="list-style-type: none"> - Conhece a necessidade de prevenção - conhece técnicas de prevenção - Outro: _____ ▪ Avaliação do conhecimento prestador de cuidados: <ul style="list-style-type: none"> - Conhece prevenção de quedas 			<p>N.º de quedas:</p>
Autocuidado andar com auxiliar de marcha	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação do conhecimento: <ul style="list-style-type: none"> - conhece a necessidade de adaptação - identifica barreiras arquitetônicas - conhece auxiliar de marcha - vigia as condições do auxiliar - demonstra capacidade para usar adequadamente o auxiliar de marcha - Outro: _____ • Auxiliar de marcha utilizado: _____ • Tipo de treino marcha: <ul style="list-style-type: none"> - Subir/descer escadas - Pequena distância (até 5m) - Média distância (até 30 m) - Grande distância (>30 m) - Outro: _____ 			<p>N.º de sessões:</p> <p>Freq.:</p> <p>Distância:</p>

Apêndice VI – Posters científicos.



IMPACTO DA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA RECUPERAÇÃO E CAPACITAÇÃO DA PESSOA, AO NÍVEL DA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO E DA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE



João Santos*, David Santos*, Ana Luísa Oliveira*

* Enfermeiros de unidade geral e especializada do 1º Método em Enfermagem em Saúde da Faculdade de Saúde da Universidade Nova de Lisboa, Unidade de Enfermagem de Reabilitação, * Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Centro Hospitalar Universitário de Alentejo (CHUA), Portugal. joao.santos@unl.pt, david.santos@unl.pt, ana.luisa.oliveira@unl.pt.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte e de incapacidade funcional grave, que implica limitações e custos elevados influenciando a qualidade de vida da pessoa e da sua família. Devido ao elevado potencial de depressão, esta situação traduz-se em propensão para o isolamento e dependência da sociedade. O enfermeiro especializado em enfermagem de reabilitação (EER) assume um papel importante na prestação de cuidados de saúde pós-AVC, dando resposta às necessidades detetadas para recuperação das funções físicas de vida, e consequentemente promovendo competências, limitando incapacidades e promovendo a recuperação da independência funcional, melhoria da capacidade de autocuidado e melhoria da qualidade de vida da pessoa.^{1,2,3,4}

Para isso é necessário fazer uma revisão sobre a realidade, com o objetivo de avaliar a importância da intervenção do enfermeiro especializado em reabilitação na promoção do autocuidado e da melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde da pessoa pós-AVC.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Autocuidado; Funções de Vida; Qualidade de Vida; Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde; Qualidade de Vida.

MÉTODOS

Para a pesquisa de evidência, recorreu-se à base de dados eletrónica Medline via EBSCOhost (MEDLINE with Full Text, CINAHL, PsycInfo, PsycARTICLES, Nursing, e Allied Health Collection e Cochrane Database System) e também às páginas de internet de revistas científicas, nos idiomas de língua inglesa, da seguinte forma: "Rehabilitation Nursing" OR "Nursing Care" AND "Stroke" OR "Neurovascular Disorders" OR "Self-Care" AND "Quality of Life", entre 2013 e 2020. Foram feitas alterações para a busca.

Classificação revista segundo critérios PRISMA

Identificação	Quanto foi filtrado	Resposta pós-AVC que apresentaram sintomas.
Intervenção	17 que foi feita	Atuação de EER, no âmbito da recuperação e capacitação da pessoa.
Capacitação	Capacitação entre resultados	-
Intervenção	-	-
Qualidade	Quanto os resultados se elevou?	Promoção da autocuidado e melhoria da qualidade de vida.

Critérios de seleção e exclusão

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none"> • Indivíduos com qualquer situação de AVC • Indivíduos com idade > 18 anos de idade • Indivíduos de qualquer idade ou género • Estudos de intervenção qualitativa, quantitativa, e estudos de caso com intervenções e intervenções de intervenção do enfermeiro de reabilitação ou qualquer outra situação de AVC. • Estudos realizados entre 2013 e 2020 • Publicações em inglês ou português • Publicações disponíveis em texto integral 	<ul style="list-style-type: none"> • Indivíduos pós-AVC com qualquer outra doença • Estudos e intervenções • Estudos cujo conteúdo não se relacionam com o foco da intervenção • Estudos de revisão bibliográfica, protocolos de estudo sem avaliação final ou estudos em estado de elaboração • Duplicação de estudos • Estudos com dados anteriores a 2013

RESULTADOS

Os resultados da intervenção de reabilitação promovem aumento e melhoria da capacidade funcional, com implicações positivas na recuperação funcional e qualidade de vida da pessoa pós-AVC, promovendo competências, limitando incapacidades e promovendo a recuperação da independência funcional e melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde.

REFERÊNCIAS

(Santos et al., 2018)	(Santos et al., 2018)	(Caldas et al., 2018)	(Pereira et al., 2005)	(Jo et al., 2016)
As intervenções de pedagogia de saúde promovem para a melhoria da adesão, aumentando a motivação, a qualidade de vida, bem como a participação e a autonomia, verificando-se uma melhoria na qualidade de vida relacionada com a saúde e diminuição da utilização de serviços.	Demonstrou-se que a implementação e sustentabilidade do programa Stroke Nursing Specialist e do Stroke Nursing Specialist contribuiu para a melhoria da saúde.	Notaram de forma positiva a melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde, particularmente a nível de funcionalidade e satisfação, como resultado da intervenção de promoção de saúde e de vida positiva.	O programa de reabilitação teve impacto positivo no melhoria da qualidade de vida e melhoria da funcionalidade. No âmbito da melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde, os resultados de vida diária foram positivos para as pessoas com AVC.	O programa de intervenção de AVC tem benefícios nos resultados físicos, qualidade de vida e melhoria da participação, promovendo melhores resultados na qualidade de vida relacionada com a saúde.

CONCLUSÃO

A intervenção de enfermagem especializada em reabilitação para AVC surge com evidência, como a principal medida que se espera a eficácia das intervenções promovendo a recuperação e capacitação da pessoa pós-AVC. Estudos comprovando o seu impacto positivo na recuperação funcional e melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde.


AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos enfermeiros de unidade geral e especializada do 1º Método em Enfermagem em Saúde da Faculdade de Saúde da Universidade Nova de Lisboa, Unidade de Enfermagem de Reabilitação, e ao enfermeiro especializado em Enfermagem de Reabilitação do Centro Hospitalar Universitário de Alentejo (CHUA).

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Os autores declaram não ter conflitos de interesse.

Legenda: Poster científico apresentado no 21º Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação, organizado pela APER: revisão bibliográfica da literatura intitulada “Impacto da intervenção do EER na recuperação e capacitação da pessoa pós-AVC, ao nível da promoção do autocuidado e da melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde”.



IMPACTO DA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO, NA RECUPERAÇÃO E CAPACITAÇÃO DA PESSOA PÓS AVC, AO NÍVEL DA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO E DA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE

1^{as} Jornadas de Enfermagem de Reabilitação

David Santos^{1,4}, João Santos^{1,4}, Tiago Santos¹, Vanda Esperança¹, Ana Luísa Oliveira²

¹Enfermeiros de cuidados gerais e mestrandos do 5º Mestrado em Enfermagem em Associação da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Évora, especialização em Enfermagem de Reabilitação; ²Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), Portugal; ³Estes dois autores contribuíram igualmente para este trabalho.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte e de incapacidade funcional grave, que impõe limitações a vários níveis influenciando a qualidade de vida da pessoa e da sua família. Aduz um evento gerador de dependência, com elevada incidência na população idosa, conduzindo à dependência no autocuidado. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) assume um papel importante na reeducação funcional motora da pessoa com AVC, dando resposta às necessidades afetadas para manutenção das funções básicas de vida, e consequentemente prevenindo complicações, limitando incapacidades e promovendo a recuperação da independência funcional, melhoria da capacidade de autocuidado e garantia da qualidade de vida e do bem-estar.^{1,2,3,4,5}

Procurou-se fazer uma revisão sobre a temática, com o objetivo de avaliar a importância da intervenção do EEER na promoção do autocuidado e da melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde da pessoa com sequelas de AVC.

Palavras-chave: *Acidente Vascular Cerebral; Autocuidado; Cuidados de Enfermagem; Doença cerebrovascular; Enfermagem em Reabilitação; Qualidade de vida.*

MÉTODOS

Para a pesquisa de estudos, recorreu-se à base de dados científica eletrónica Medline via EBSCOhost (MEDLINE with Full Text, CINAHL Plus with Full Text, MedC latina, Nursing & Allied Health Collection e Cochrane Plus Collection), utilizando o método de PIC(D), e as seis palavras-chave, validadas nos Descritores em Ciências da Saúde (MeSH), da seguinte forma: "Rehabilitation Nursing" OR "Nursing care" AND "Stroke" OR "Cerebrovascular Accident" AND "Self Care" AND "quality of life", entre 2015 e 2020, tendo sido selecionados cinco artigos.

Critérios de seleção de artigos

Critérios de Inclusão	Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none"> Indivíduos com sequelas pós-situação de AVC. Indivíduos com idade ≥ 18 anos de idade. Indivíduos do sexo masculino ou feminino. Estudos de abordagem quantitativa, qualitativa, e estudos de caso que abordem a problemática da Intervenção do EEER na pessoa em situação de AVC. Estudos realizados entre 2015 e 2020. Publicações em inglês ou português. Publicações disponíveis em texto integral. 	<ul style="list-style-type: none"> Indivíduos pós-AVC sem sequelas da doença. Crianças e adolescentes. Estudos cujo conteúdo não se relacione com o fenómeno de interesse nem com o objetivo deste estudo. Estudos de revisão bibliográfica, protocolos de estudo sem avaliação final ou estudos em estado de elaboração. Duplicação de estudos. Estudos com data anterior a 2015.

RESULTADOS

Os cuidados de enfermagem de reabilitação promovem autonomia e otimização da capacidade funcional, com implicações positivas na recuperação funcional e social da pessoa em situação de AVC, incentivando comportamentos valorativos do processo de reabilitação fundamentais para a sua independência e consequente melhoria na qualidade de vida.

CONCLUSÃO

A promoção da autonomia e independência no autocuidado após AVC surge nos estudos, como o principal resultado que espelha a eficácia das intervenções/programas de enfermagem de reabilitação no âmbito da recuperação e capacitação da pessoa pós-AVC, ficando comprovado o seu impacto positivo na recuperação funcional e social da pessoa com sequelas pós-AVC. Foram igualmente valorizados outros aspetos, como a promoção do autocuidado e a melhoria da qualidade de vida associada à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Fu, J., Song, L., Wang, P., Peng, F., & Dong, S. (2020). Effect of comprehensive rehabilitation nursing intervention on hemiplegia patients in sequela stage of stroke. *J Pak. Med Assoc.*, 70(9), 38-44.
- 2- Cordeiro, A., & Lúcio, J. (2022). Efficacy of rehabilitation interventions for improving quality of life in patients with stroke: a systematic review of randomized controlled trials. *Stroke*, 53(1), 21-32.
- 3- Pothier, H., Nave, S., Fard, E. T., Garcia, S. S., Fard, S. C. S., Serrano, F. L., Boudreau, L., & Mawardi, J. T. (2020). Stroke risk factors: a cross-sectional trial of the effect of a novel self-management intervention to support elderly people with stroke. *Trials*, 21(1), 1-12.
- 4- Bertmann, L., & Hultsch, T. B. (2017). Implementation and feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: a mixed methods study. *BMC Nurs*, 16(1), 1-17.
- 5- Lu, S. H., Chang, A. M., & Chang, C. P. (2016). Study protocol: a randomized controlled trial of a nurse-led community-based self-management programme for promoting recovery among community-dwelling stroke survivors. *BMC health services research*, 16(1), 1-10.

Legenda: Poster científico apresentado nas 1^{as} Jornadas de Enfermagem de Reabilitação, promovidas pelo Centro Hospitalar Universitário do Algarve: revisão bibliográfica da literatura intitulada “Impacto da intervenção do EEER na recuperação e capacitação da pessoa pós-AVC, ao nível da promoção do autocuidado e da melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde”.